

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

LA IMAGEN SOCIAL DEL INVALIDO
PARAPLEJICO

SCIB

POR

DEPARTAMENTO DE
BIBLIOTECAS
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

IRMA DEL C. BONFANTE P.
DILCIA DEL C. LOPEZ A.
FANNY PEREZ CLAMERAN.

Estudio Científico para optar el título de
Licenciadas en Trabajo Social

112052

Cartagena 1975

T 362.4
B65

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD
DR. ALBERTO CAIMONA ARANGO

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE
TRABAJO SOCIAL
LIC. LUZ AMALIA THUJILLO DE BERRIO

ASESOR DEL ESTUDIO
DR. RICARDO MORALES BRID

DIRECCION DEL ESTUDIO
LIC. ALICIA JIMENO DE CAMACHO

A S E S O R D E L E S T U D I O

P R E S I D E N T E

JURADOS

Queremos expresar nuestros sinceros
agradecimientos al Dr. Julio E. Pre
ciado, y a todas aquellas personas
que en una u otra forma hicieron po
sible la realización de éste traba
jo.

A NUESTROS PADRES

T A B L A D E C O N T E N I D O

INTRODUCCION

CAPITULO I

LA INVALIDEZ EN GENERAL	paginas
1. La Médula Espinal	1
1.1. Membranas de Revestimiento	1
1.2. Divisiones de la Médula <u>Es</u> pinal	2
1.3. Segmentos de la Médula <u>Es</u> - pinal	3
1.4. Substancia Gris	4
1.5. Substancia Blanca	6
1.6. Raíces Terminales y Nervios	6
 2. Tipos de Parálisis o Paresias <u>ba</u> sados en la localización	 7
 3. Invalidez	
3.1. Definición	8
3.2. Causas de la <u>Inv</u> álidez	9
3.2.1. Traumatismos de la médula	9

3.2.2. Tumores de la Médula	paginas	
Espinal	.....	13
3.2.3. Enfermedades Infec-		
ciosas	.....	18
Poliomelitis	.....	18
Mielitis	.....	22
3.2.4. Enfermedades Degenera-		
tivas (esclerosis múltiple)	.....	24
3.2.5. Enfermedades Vascula-		
res de la Médula Espi-		
nal (Hematomielia)	.....	29
4. Situación Física del Inválido Pa-		
rapléjico	.....	31

CAPITULO II

DESCRIPCION DE LA MUESTRA

1. Definición de la Muestra	.....	33
1.1. Inválidos Parapléjicos	.....	33
1.2. Miembros de Familia	.....	34
1.3. Grupo Social Próximo	.....	35
2. Justificación de la Muestra	.....	35
3. Encuesta Aplicada a la Muestra		
(Apéndice No 1 )	.....	36

CAPITULO III

PRESENTACION Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

1. Presentación de datos globales (n=48)

1.1. Gran parte de la sociedad Colombiana piensa que el invá
lido es una persona: (primer bloque)

1.1.1. Datos Globales	.....	37
1.1.2. Datos globales con di ferencias menores que Diez	.....	38
1.1.3. Datos globales con di ferencias mayores que Diez	.....	39
1.1.4. Datos globales con di ferencias mayores que veinte	.....	40
1.1.5. Gráficas	.....	41

1.2. La mayoría de las personas piensan que el inválido en
sus relaciones con los demás (padres, esposo(a), hijos,
hermanos, amigos, etc.) es una persona: (segundo bloque).

1.2.1. Datos Globales	.....	44
1.2.2. Datos globales con di ferencias menores que diez	.....	45
1.2.3. Datos globales con di ferencias mayores que diez	.....	46
1.2.4. Datos globales con di ferencias mayores que veinte	.....	47
1.2.5. Gráficas	.....	48

1.3. Para el común de las personas el inválido en una activi
dad es una persona: (tercer bloque)

- 1.3.1. Datos Globales 51
- 1.3.2. Datos globales con di
ferencias menores que
diez 52
- 1.3.3. Datos globales con di
ferencias mayores que
diez 53
- 1.3.4. Datos globales con di
ferencias mayores que
veinte 54
- 1.3.5. Gráficas 55

2. Presentación de datos por paciente(No=16)

2.1. Primer Bloque

- 2.1.1. Datos Generales 58
- 2.1.2. Datos con diferencias
menores que diez 59
- 2.1.3. Datos con diferencias
mayores que diez 60
- 2.1.4. Datos con diferencias
mayores que veinte 61

2.2. Segundo Bloque

- 2.2.1. Datos Generales 62
- 2.2.2. Datos con diferencias
menores que diez 63
- 2.2.3. Datos con diferencias
mayores que diez 64
- 2.2.4. Datos con diferencias
mayores que veinte 65

2.3. Tercer Bloque

- 2.3.1. Datos Generales 66
- 2.3.2. Datos con diferencias
menores que diez 67
- 2.3.3. Datos con diferencias
mayores que diez 68
- 2.3.4. Datos con diferencias
mayores que veinte 69

3. Presentación de datos por familia (n=16)

3.1. Primer Bloque

- 3.1.1. Datos Generales 70
- 3.1.2. Datos con diferencias
menores que diez 71
- 3.1.3. Datos con diferencias
mayores que diez 72
- 3.1.4. Datos con diferencias
mayores que veinte 73

3.2. Segundo Bloque

- 3.2.1. Datos Generales 74
- 3.2.2. Datos con diferencias
menores que diez 75
- 3.2.3. Datos con diferencias
mayores que diez 76
- 3.2.4. Datos con diferencias
mayores que veinte 77

3.3. Tercer Bloque

- 3.3.1. Datos Generales 78
- 3.3.2. Datos con diferencias
menores que diez 79
- 3.3.3. Datos con diferencias
mayores que diez 80

3.3.4. Datos con diferencias mayores que veinte	81
4. Presentación de datos por grupo social próximo(N=16)	
4.1. Primer Bloque	
4.1.1. Datos Generales	82
4.1.2. Datos con diferencias menores que diez	83
4.1.3. Datos con diferencias mayores que diez	84
4.1.4. Datos con Diferencias mayores que veinte	85
4.2. Segundo Bloque	
4.2.1. Datos Generales	86
4.2.2. Datos con diferencias menores que diez	87
4.2.3. Datos con diferencias mayores que diez	88
4.2.4. Datos con diferencias mayores que veinte	89
4.3. Tercer Bloque	
4.3.1. Datos Generales	90
4.3.2. Datos con diferencias menores que diez	91
4.3.3. Datos Con diferencias mayores que diez	92
4.3.4. Datos con diferencias mayores que veinte	93
5. Conclusiones	94

5.1. La sociedad	.....	95
5.2. El paciente	.....	96
5.3. La familia	.....	98
5.4. El grupo social próximo	.....	99

CAPITULO IV

REHABILITACION DEL PARAPLEJICO

1. Definición	.....	102
2. Organización de los programas de rehabilitación en Colombia	.....	106
3. Fases de la rehabilitación	.....	109
3.1. Rehabilitación Médica	.....	110
3.2. Rehabilitación Profesional	.....	113
3.2.1. La evaluación y orientación para una formación profesional	.....	115
3.2.2. El acondicionamiento y adaptación del inválido al trabajo	.....	116
3.2.3. La formación profesional en casos seleccionados	.....	117
3.2.4. La colocación y seguimiento del inválido en el empleo	.....	118
3.2.5. Tipos de empleo	.....	119
Empleo competitivo	.....
Empleo Protegido	.....
3.3. Rehabilitación Social	.....	122
Deportes	.....

4. Principios de la rehabilitación	.....	124
5. Profesionales que intervienen	.....	126
5.1. Médico Rehabilitador	.....	127
5.2. Fisioterapeuta	.....	128
5.3. Protesista	.....	128
5.4. Psiquiatra	.....	129
5.5. Psicólogo	.....	129
5.6. Trabajador Social	.....	131
5.7. Enfermera	.....	132
5.8. Orientador Vocacional	.....	134

CAPITULO V

APLICACION DEL METODO DE TRABAJO SOCIAL EN REHABILITACION

1. Definición de Trabajo Social-	.....	136
2. Funciones y papeles del <u>Trabajador Social</u> en rehabilitación	.....	137
2.1. Orientador	.....	140
2.2. Coordinador	.....	141
2.3. Investigador	.....	142
2.4. Terapeuta	.....	143
2.5. Promotor de Cambio	.....	143
2.6. Docente	.....	144
3. Ayuda Individual: con el <u>In</u> válido parapléjico y con su familia	.....	145
4. Ayuda Grupal- <u>Equipo Interdisciplinario</u>-	.....	151

5. Ayuda Comunitaria 153

Apéndice No 1. Encuesta apli
cada a la muestra 156

Apéndice No 2. Fraternidad
cristiana de Enfermos y Li
siados de la ciudad de Carta
gena 160

Anexo No 1 Legislación de la
rehabilitación 164

Anexo No 2. Sugerencias en di
seños de plantas para inválidos
en sillas de ruedas 174

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

Con el presente trabajo queremos dar a conocer la imagen que del inválido parapléjico encontramos en la ciudad de Cartage na y de esta manera apoyar la permanencia y engrandecimiento de programas que contribuyan a lograr en el inválido su reafirma - ción como persona útil a la sociedad, y, en esta el deseo de brin dar cada vez nuevas y mejores oportunidades a todos aquellos que la vida ha limitado físicamente.

Por ser nuevo el campo de investigación sobre este tema - en la ciudad, y a pesar de nuestro gran esfuerzo por abarcar to - dos los aspectos que a ella compete, sugerimos se siga investi - gando sobre las diferentes variantes, ya que delimitamos la inves tiguación al inválido parapléjico, tocando someramente los otros tipos de invalidez en los cuales sería interesante profundizar y continuar aportando, contribuyendo así en la solución de proble - mas de los inválidos los cuales varían de acuerdo a la lesión, al nivel de la misma y a la manera como afecta al limitado.

Confiamos que este trabajo sirva como instrumento de in - vestigación, solo así veremos compensado nuestros esfuerzos.

CAPITULO I

LA INVALIDEZ EN GENERAL

Para la realización del presente estudio se ha considerado importante hacer una reseña anatómica de la médula, aspecto éste que servirá de base al lector para una mayor comprensión del concepto Inválidez y Rehabilitación.

1. LA MEDULA ESPINAL: Es una masa cilíndrica alargada, de tejido nervioso que ocupa los dos tercios superiores del conducto raquídeo y mide usualmente 42 - 45 cms. de longitud en los adultos. Se extiende desde el borde superior del Atlas (primera vertebra cervical) hasta el borde superior de la segunda vertebra lumbar. En su extremo rostral se continúa con el bulbo raquídeo.

El cono medular es el extremo distal cónico o inferior de la médula espinal, desde el vértice del cual se extiende un delicado filamento, el filum terminable, que se inserta en el primer segmento del cóccix.

1.1. Membranas de Revestimiento: Tres membranas rodean a la médula espinal, La Duramadre, La Aracnoide y

La Piamadre.

La Duramadre.- la más externa de las membranas, es una vaina tubular fibrosa y resistente que desciende hasta la segunda vertebra sacra donde termina en un fondo de saco. El Espacio Epidural separa a la duramadre de la columna vertebral y contiene tejido areolar laxo y plexos venosos. El Espacio Subdural es un estrecho entre la duramadre y la aracnoide subyacente.

La Aracnoide.- es una membrana transparente, delgada, separada de la piamadre por el espacio subaracnoideo que contiene el líquido céfalo raquídeo (L. C. R.).

La Piamadre.- se adosa intimamente a la médula espinal y envía tabiques a la sustancia de la médula.

El Filum Terminale.- está compuesto principalmente de tejido fibroso que se continúa con la piamadre. Los tres cuartos proximales del Filum Terminale, que están rodeados por la cola de caballo, se conoce como el Filum Terminale Externe y están insertados a la parte posterior del primer segmento del cóccix.

1.2. Divisiones de la Médula Espinal: La médula espinal contiene un surco medio anterior y un surco medio posterior, los que se consideran dividiendo a la médula en mitades simétricas derecha e izquierda

unidas en las porciones medias centrales. El surco medio anterior es relativamente profundo y contiene un pliegue de piamadre; su suelo está formado por substancias blanca, La Comisura Blanca Anterior. El surco medio posterior es un surco poco profundo. En las regiones cervical y dorsal superior aparece el surco paramedio posterior, en la superficie dorsal de la médula entre el surco medio posterior y el surco colateral posterior, Las raíces posteriores de los nervios están unidas a la médula espinal a lo largo del surco colateral posterior vertical, que queda a corta distancia - per delante del surco paramedio posterior.

El conducto central se extiende por toda la longitud de la médula espinal. Está lleno de líquido céfalo raquídeo y se continúa hacia arriba para abrirse en la porción posterior del cuarto ventrículo en el bulbo raquídeo.

- 1.3. Segmentos de la Médula Espinal: Se refieren como cervical, dorsal, lumbar y sacro para hacerles corresponder con los grupos de nervios. Los segmentos individuales varían en longitud, siendo cerca de dos veces más largos en la región media dorsal que en las áreas cervical o lumbar superior.

La médula espinal se agranda considerablemente en dos regiones: el abultamiento cervical que corresponde al área de los nervios para los miembros su

periores y se extiende desde cerca del tercer segmento vertebral hasta el segmento dorsal, y el ensanchamiento lumbar que vá desde cerca del nivel de la novena vertebra dorsal hasta la duodécima dorsal y se adelgaza después para formar el cono medular.

Los dos ensanchamientos de la médula corresponden al origen de los nervios para las extremidades superiores e inferiores. El ensanchamiento cervical dá origen a los nervios del plexo braquial y el ensanchamiento lumbar, que no es tan extenso, corresponde al origen de los nervios del plexo lumbosacro.

Debido a las diferentes velocidades de crecimiento de la médula y columna vertebral los segmentos medulares son desplazados hacia arriba de su correspondiente vértebra, haciéndose mayor la discrepancia cuando se baja a lo largo de la médula. Así mientras más baja es una raíz nerviosa, mayor es la distancia entre su origen en el segmento medular y su punto de salida en el conducto raquídeo. Esta relación entre los segmentos medulares, cuerpos vertebrales y apófisis espinosa es de importancia clínica para localizar el nivel de la lesión de la médula, para su acceso quirúrgico, por ende a la rehabilitación.

- 1.4. Substancia Gris: En sección transversal se vé que la médula espinal contiene una masa interna de --

substancia gris en forma de H, rodeada de substancia blanca.

La substancia gris, está constituida por dos mitades simétricas unidas en la línea media por una conexión transversal (comisura), de substancia gris, a través de la cual corre un pequeño conducto central. La columna gris anterior (asta anterior), está adelante del conducto central. La columna lateral (asta lateral) es la proyección triangular de substancia gris prominente en las regiones cervical superior, dorsal y lumbar media. La columna gris posterior (asta posterior) es una columna larga y delgada que llega casi hasta el surco colateral posterior. La formación reticular es una red de prolongaciones que se extiende dentro del cordón lateral, situado entre los cordones anterior y posterior. El conducto central divide a la comisura transversal en las comisuras grises anterior y posterior.

La forma, cantidad y aspecto de la substancia gris varía a diferentes niveles de la médula espinal. La mayor proporción de substancia gris a substancia blanca está en los abultamientos lumbar y cervical.

En la región cervical, la columna gris posterior es comparativamente estrecha y la columna anterior es amplia y expansiva. en la región dorsal, las columnas grises anterior y posterior son estrechas siendo evidente la columna lateral. En la región

lumar, las columnas anterior y posterior son am-
plias y expandidas. En el cono medular, la subs-
tancia gris semeja dos masas ovaes, una en cada
mitad de la médula, conectado por una ancha comi-
sura gris.

La substancia gris de la médula espinal puede ser
dividida en dos componentes principales: MOTOR y
RECEPTOR. La parte motora comprende a las colum-
nas anterior y lateral y dá origen a las raíces -
anteriores.

1.5. Substancia Blanca: La substancia blanca de la médu-
la espinal se compone de fibras nerviosas dentro
de una red de neuroglia. Estas fibras son mielini-
cas y no mielinizadas y sirven para enlazar entre
sí a diferentes segmentos de la médula espinal y
conectar a éstas con el encéfalo.

La substancia blanca está dividida en tres cordo-
nes por las raíces posteriores y las más latera-
les de las raíces anteriores:

A.- El cordón anterior, se extiende entre el sur-
co medio-anterior y el anterolateral.

B.- El cordón lateral, se extiende entre los sur-
cos anterolateral y colateral posterior.

C.- El cordón posterior, se extiende entre los sur-
cos colateral posterior y medio posterior.

1.6. Raíces Terminales y Nervios: De la médula espinal
nacen treinta y un pares de nervios espinales, los
que están divididos en ocho cervicales, doce dor-

sales, cinco lumbares, cinco sacros y un coccígeo. Las Raíces Cervicales dan origen al plexo braquial que a su vez originan los nervios que inervan los músculos del tronco. Las Raíces Lumbo-sacra salen plexos que van a dar origen a nervios que inervan miembros inferiores.

2. TIPOS DE PARALISIS O PARESIAS BASADOS EN LA LOCALIZACION: En cuanto a trastornos motores se refiere, se incluyen debilidad y parálisis, las cuales pueden resultar de lesiones de las vías motoras voluntarias o de los músculos mismos. El deterioro del funcionamiento motor puede provenir de la afección del músculo, unión mioneural, nervio periférico o sistema nervioso central.

La Hemiplejía.- Es una parálisis espástica o flaccida de un lado del cuerpo y sus dos extremidades, limitada por la línea media - adelante y atrás.

La Monoplejía.- Es la parálisis de una extremidad solamente.

La Diplejía .- Es la parálisis de cualesquiera de las dos extremidades, sean las inferiores o superiores según el caso.

La Paraplejía.- Tipo en el cual delimitamos el trabajo, y consiste en una parálisis simétrica de ambas extremidades inferiores.

La Cuadriplejía o Tetraplejía.- Es la parálisis de las

cuatro extremidades.

La "emiplejía Alterna o Parálisis Cruzada.- Es la parálisis de uno o más pares craneales ipsilaterales y parálisis contralateral del brazo y pierna.

3. INVALIDEZ

3.1. Definición:

La Organización Internacional del Trabajo -OIT- define lo que es una persona inválida como "aquella cuyas posibilidades de obtener o retener un empleo adecuado, están reducidas a causa de una disminución en la capacidad física o mental".

"Inválido es el deficitario que, como consecuencia de su déficit, sufre una reducción de su capacidad operativa en relación a las exigencias del medio, dependiendo en principio la magnitud de la invalidez del grado de esa reducción, y no, directamente, de la severidad del déficit"(1).

Según la Ley Federal del Trabajo de los Estados Unidos Mejicanos se concibe a la Invalidez, "como la pérdida de facultades o de aptitudes que imposibilitan a un individuo para poder desempeñar cualquier trabajo"(2).

(1) Ferrari Forcade, Alvaro. Invalidez y Rehabilitación. Montevideo-Uruguay. 1970.

(2) Saavedra Alfredo M. Nuevo Libro de Trabajo Social. - la Edición. Mejico 1967.

Se ha considerado Invalida, " aquella persona que sufre lesiones físicas, mentales, o sociales y de acuerdo a la limitación y dictámen médico, le impide o reduce a desempeñarse en cualquier empleo, en forma normal.

3.2. Causas de la Inválidez:

3.2.1. Traumatismos de la Médula.-

Se pueden clasificar los traumatismos de la médula en Cerrados y Abiertos, los primeros son producidos por caída de pié, sentado o sobre la espalda; impactos de objetos pesados sobre el tronco, o accidente automovilario y tracción anormal como sucede durante el parto. Los abiertos son producidos por arma de fuego y menos frecuente, por arma cortopunzante. Todos los anteriores son traumas directos. Si la lesión es por la llamada Onda de Explosión - lo mismo que lesiones producidas por electrocución, son tipos de traumas indirectos.

En la mayoría de los casos es posible demostrar la existencia de lesiones óseas como fracturas o fractura-luxación de los cuerpos vertebrales; fracturas de láminas o pedículos, hernias discales, que explican la lesión medular por acción mecánica; en otros las lesiones óseas son mínimas o no existen por lo cual el sufrimiento medular puede explicarse por alteración cir-

culatoria de la misma.

Se ha demostrado que en la médula hay tres zonas de diferente vascularización y que son la cervical y la dorsal, hasta la dorsal 3, de ésta a la dorsal 9 y la dorsal baja y lumbar, siendo la zona entre la dorsal 3 y la 9 la más pobremente irrigada, -- lo que hace que sea más frágil a cualquier forma de compresión.

"Las compresiones medulares agudas son de peor pronóstico que las crónicas y en ella el trauma actúa más sobre el tejido nervioso que sobre la irrigación medular"(1).

La cola de caballo es más resistente a las compresiones prolongadas y es de más fácil recuperación.

Las lesiones medulares post-traumáticas -- más frecuentes ocurren donde la movilidad de la columna es más amplia relativamente ya que debido a la fijeza de la columna se necesita un trauma de mucha más intensidad para producir una lesión; la médula también tiene movilidad relativa dentro del conducto vertebral y un no poco poder de adaptación espacial, en el diámetro transver

(1) Vélez, Hernán Fundamentos de Medicina .
Borrero, Jaime Universidad de Antioquia.
Restrepo, Jorge Colombia 1971.

sal de manera especial, por lo que en presencia de una lesión medular se manifiesta rápidamente por signos y síntomas de compresión.

Manifestaciones Clínicas.- Por lo general en las lesiones medulares completas presentan su cuadro con shock medular, el que aparece inmediatamente después del trauma y se manifiesta por parálisis flácida por debajo de la lesión con arreflexia osteo-tendinosa y cutánea, retención vesical y cambios vegetativos. La duración puede ser de seis a ocho semanas o más, cuando empieza a aparecer los signos de automatismo medular, estado en el cual quedará permanentemente el enfermo.

Las manifestaciones neurológicas después de establecida la lesión son la parálisis total por debajo de ella; de tipo cuadruplejía en caso de lesiones cervicales altas; biparesia braquial con paraplejía crural en las lesiones cervicales bajas. En las lesiones dorsales y lumbares se encontrará paraplejía con compromiso de músculos paravertebrales, intercostales y abdominales en el primer caso, hay arreflexia osteo-tendinosa y cutánea, de acuerdo al nivel de la lesión.

Hay abolición para todo tipo de sensibili-

dad, superficiales y profundas, el nivel sensitivo sirve como guía para saber cual es exactamente la altura de la lesión, teniendo en cuenta que al hacer la investigación de la sensibilidad, si se hace de los miembros inferiores en dirección cefálica se encuentra que el nivel está en una metámera más alta que si se hace en sentido opuesto, de cefálica hacia miembros inferiores, por la superposición de la inervación metamérica.

A nivel de la vertebra lesionada hay dolor bien sea espontaneamente o a la presión y deformación de la columna en casos de luxación.

Los trastornos esfinterianos siempre están presentes. hay retención con abolición de la sensación de repleción y si la vejiga no es sondeada se llega a la micción por rebosamiento, lo cual no puede confundirse con la incontinencia. El esfinter anal presenta el mismo tipo de compromiso.

Existen casos con menor frecuencia en que la lesión se considera incompleta - parcialmente no presenta la sintomatología descrita anteriormente y su recuperación es más fácil a pesar de que se logra pasados muchos meses.

3.2.2. Tumores de la Médula Espinal.-

"Por tumor medular se entiende cualquier neoplasia localizada dentro del conducto vertebral"(1).

Los tumores pueden clasificarse así:

Intradurales.- que abarcan exclusivamente la médula. Suelen originarse dentro de ella, pero pueden invadirla desde su exterior.

Extramedulares.- Pueden dividirse en intradurales y extradurales. Los extradurales son conocidos también como epidurales.

Se desconoce la causa de los tumores medulares. Frecuentemente ocurren entre los 20 y los 50 años, pero pueden desarrollarse en niños pequeños y en ancianos.

Los tumores frecuentes son el meningioma o el fibroblastoma meníngeo, el fibroblastoma perineural, el fibroma, el neurofibroma y el sarcoma. Los más comunes son los meningiomas benignos y fácilmente extirpable, pero que pueden recidivar. Entre otros tu-

(1) Wechsler, Israel S. Neurología Clínica. 9 Edición. - Editorial Interamericana S.A. 1965

mores pueden mencionarse lipomas, gliomas, sifilomas, tuberculomas, sarcomas, linfosarcomas, cloromas, neuroepitelomas, condromas, y los quistes.

El tamaño del tumor varía desde el de un guisante al de una nuez grande. Puede ser extremadamente grande y plano, extenderse ampliamente hacia arriba y abajo en el conducto vertebral, constituyendo los llamados tumores gigantes. Generalmente el tumor duro y pequeño se introduce profundamente en la médula, causa más síntomas y posiblemente produzca lesión más amplia.

Los tumores intradurales quizás sean más frecuentes en la región cervical, lumbar y al rededor de la cola de caballo, en tanto que los tumores extradurales son más frecuentes en la región dorsal. El asiento del tumor en el diámetro transversal también varía. La localización más frecuente de los tumores son las regiones dorsal y dorsolateral, pero a menudo son anteriores o anterolaterales, en las raíces motoras.

Cuando una neoplasia crece dentro del conducto vertebral, comprime las raíces y causa trastornos secundarios en las fibras nerviosas. Al empujar la médula hacia uno u otro lado, generalmente la comprime en el lado contiguo pero, en ocasiones, la

presión contralateral hacia el raquis altera primero la función del lado opuesto. Además de los trastornos, debido a presión directa sobre la médula, el tumor puede también comprimir los vasos sanguíneos y se produce reblandecimiento secundario de la médula o mielopatía. El tumor puede bloquear parcial o totalmente el conducto vertebral, e interferir con la circulación del líquido cefálo-raquídeo.

Manifestaciones Clínicas.- Mientras el tumor no comprima la médula o afecte su función o la de las raíces, no originará signos ni síntomas. Sin embargo, generalmente los produce pronto. El primer síntoma, y el más prominente, puede imputarse a la afección de las raíces sensitivas. Por lo tanto, frecuentemente el primer síntoma es el dolor. Puede preceder en meses o años a los síntomas de compresión. Por lo general el dolor se localiza en la región de las raíces afectadas; puede ser de un lado aunque también afecte ambos lados.

En la región del tumor, la columna puede mantenerse algo rígida (especialmente en los tumores cervicales), como protección al dolor, y con frecuencia hay hipersensibilidad a la percusión sobre el sitio del tumor. Al mismo tiempo que el dolor, o poco después de él, pueden aparecer entumeci

miento, ardor u hormigueo en las zonas cutáneas de la raíz afectada; como signos objetivos pueden aparecer hiperestesia y, después pérdida de la sensibilidad en la zona de la raíz o raíces afectadas. Si el tumor afecta primero las raíces motoras, en lugar del dolor puede haber contracciones, calambre y espasmos, particularmente en los segmentos cervical y lumbar, seguidos por atrofia muscular.

Cuando ocurren los fenómenos sensoriales y motores irritativos o paralíticos, son de gran utilidad, ya que indican el nivel del tumor, pero algunas veces no los hay, y en ocasiones son pasados por alto.

Los signos de compresión medular tienen mayor significación que los dolores. A medida que los tumores comprimen la médula, originan trastornos graduales sensitivos y motores. En ese caso, el primer síntoma puede ser debilidad de una pierna, generalmente del lado del tumor compresor, rara vez del lado opuesto. Posteriormente también aparece debilidad en el lado opuesto. Si el tumor se encuentra arriba de la región lumbar, empiezan a aparecer signos de afección piramidal: espasticidad, reflejos profundos afectados, signo de babinski, y según la altura, ausencia de reflejos abdominales y cremasterianos. Finalmente hay PARAPLEJIA

ESPASTICA completa. Generalmente, al iniciarse los signos motores aparecen trastornos sensitivos, pero, es frecuente que aparezcan simultáneamente.

Además de los signos generales de compresión medular, hay signos que manifiestan la función segmentaria del nivel medular afectado. Así, los tumores cervicales altos frecuentemente originan dolor de cuello u occipital, rigidez de nuca, al principio hemiplejía, después cuadriplejía. Si la lesión está en la dilatación cervical puede presentarse parálisis flácida con pérdida de reflejo en las extremidades superiores, además del dolor braquial, paraplejía espástica y otros síntomas de compresión. En ocasiones los tumores de la región dorsal, producen compresión intensa y se caracterizan por paraplejía en flexión y espasmos dolorosos de las piernas, las que se observan espásticas y flexionadas. Los tumores de la dilatación lumbar pueden caracterizarse por dolores en las piernas y parálisis flácida de porciones de las extremidades inferiores, con pérdida o disminución de los reflejos de Aquiles. Los tumores de la cola de caballo se acompañan de dolores intensos, ausencias de reflejos profundos, parálisis flácida completa, ausencia de signos medulares, pérdida o disminución de todas las formas de sensación, trastornos

rectales y vesicales variables. Los tumores del cono causan síntomas médulares bilaterales tempranos, anestesia en silla de montar y trastornos tróficos.

El tumor del filum terminal es extremadamente raro, se caracteriza por retención de orina brusca al principio, seguida por anestesia ligera al rededor del ano y trastornos motores discretos.

En general, el curso de los tumores de la médula son lentos y progresivos. Si el tumor no se extirpa, los síntomas de compresión progresan hasta la interrupción completa de las funciones de la médula. La parálisis se vuelve total; la incontinencia rectal y vesical se hacen permanentes, aparecen úlceras por decúbito y la cistitis con infección ascendente, y alguna enfermedad intercurrente lo llevan a la muerte.

3.2.3. Enfermedades Infecciosas.

Poliomielitis.- Es una enfermedad infecciosa de aparición generalmente epidémica, producida por un virus filtrable, siendo las vías de entrada los conductos nazales o el tubo gastrointestinal y puede transmitirse por el esputo, secreciones de nariz y heces, gotas infectantes o posiblemente mediante algún huésped intermediario. Pue-

de ser transportado por la mosca.

La poliomiелitis es una inflamación de la substancia gris del sistema nervioso central. El virus afecta selectivamente células motoras: en las astas anteriores de la médula, en los núcleos motores del tallo cerebral e incluso en la corteza motora.

Además de ser la poliomiелitis una enfermedad infecciosa es contagiosa, y ataca principalmente a niños de uno a doce años, pero no respeta a los adultos; es más frecuente entre los dos y los cuatro años, y prácticamente no se presenta antes de los seis meses. Se ha descrito la poliomiелitis intrauterina, pero su existencia es dudosa. La enfermedad se presenta principalmente en epidemias pero los casos esporádicos son bastante frecuentes.

Manifestaciones Clínicas.- Existen cuatro variedades de poliomiелitis:

Inaparente.- que es la forma más común y en ella el virus invade los tractos digestivos y respiratorios superior y es luego excretado en las heces sin producir viremia por lo cual la infección pasa inadvertida o se manifiesta como una infección intestinal o respiratoria inespecífica sin trascendencia.

Sistémica.- Al invadir el virus el torrente circulatorio aparecen síntomas sistémicos de severidad variable que generalmente duran varios días, entre otros, fiebre, malestar general y dolores musculares generalizados que pueden acompañarse de congestión faríngea, tos y diarrea.

Meningítica.-"Durante la infección sistémica puede afectarse el sistema nervioso central, por lo común después de un periodo breve de mejoría de los síntomas generales y aparece entonces las manifestaciones meníngeas: fiebre generalmente moderada, apatía que progresa a somnolencia o estupor - en casos severos, cefalea en ocasiones intensa y frecuentemente acompañada de vómito y dolor en la nuca y espalda al igual que a las palpaciones en las masas musculares"(1).

Paralítica.- La forma paralítica de la poliomiélitis usualmente se inicia durante la fase meníngea de la enfermedad, aunque en algunos casos ésta cede completamente y después de un periodo asintomático, afebril, se desarrolla la parálisis y aún en otros la parálisis aparece sin historia de com -

(1) Vélez, Hernán. Fundamentos de Medicina. Universidad de Antioquia. Colombia 1971.
Borrero, Jaime.
Restrepo, Jorge.

promiso meníngeo previo. Puede distinguirse dos tipos principales de poliomielitis parálitica:

Medular.- El síntoma es parálisis en las extremidades, la cual aparece por lo común en forma aguda aunque con cierta frecuencia ésta asume un curso subagudo que puede enunciarse por pérdida de los reflejos profundos en los miembros afectados. La parálisis es flácida y luego se sucede una reacción de degeneración.

La distribución de la parálisis es variable debido al compromiso desigual de las astas anteriores a un mismo nivel, el déficit motor es asimétrico. Con mayor frecuencia se afectan ambas piernas, luego ambas piernas y un brazo, ambas piernas y brazos. Ocasionalmente se encuentran formas ascendentes en las cuales la parálisis se inicia por los miembros inferiores y progresa hasta comprometer el tronco, los músculos respiratorios y luego los miembros superiores dando lugar a confusión inicial con el síndrome Guillain-Barré, cuando no existe historia de epidemia. En algunos casos puede aparecer compromiso esfinteriano, manifestado especialmente por retención urinaria.

Bulvar.- Este tipo de poliomielitis predomina en lagunas epidemias. Cualquier núcleo

hay dolor de espalda irradiado hacia abajo, hacia los miembros o al rededor del cuerpo (en cinturón). Frecuentemente hay fiebre - moderada. El paciente puede tener sensación de entumecimiento u hormigueo en las piernas. Es común que los síntomas agudos aparezcan en uno o dos días (rara vez en pocas horas), la mayor parte de las veces en una semana.

El principio y el curso del cuadro clínico son influidos en cierto grado por el carácter del proceso patológico, es esencial el nivel medular donde ocurre y la intensidad y extensión de la afección, que rige la sintomatología.

La lesión puede ocurrir a cualquier nivel (cervical, dorsal, o lumbar). Suponiendo - que la lesión se encuentra abajo del nivel cervical, como generalmente sucede, el primer síntoma es debilidad de las piernas; - rápidamente progresa hasta la parálisis completa. Como la lesión prácticamente secciona la totalidad de las vías sensitivas, todas las formas de sensibilidad están per- turbadas o pérdidas abajo del nivel de la lesión.

En caso de mielitis cervical, la parálisis flaccida se presenta en las extremidades superiores, y es espástica en las inferio-

res. La mielitis lumbosacra, si es grave, produce parálisis flácida completa en las extremidades inferiores, trastornos vesicales y rectales intensos, ausencia de reflejos y posteriormente atrofia.

La mielitis puerperal es grave, más aún porque tiende a recidivar. El panorama es más favorable en la mielitis incompleta, benigna y aguda, y cuando se presenta en el curso de una enfermedad infecciosa. En el mejor de los casos, el pronóstico es du doso.

En síntesis la enfermedad depende de la in tensidad y extensión de la lesión. El pae ciente puede morir de la enfermedad aguda por infección vesical, o por úlceras de de cúbito.

3.2.4. Enfermedades Degenerativas

Esclerosis Múltiple.- Es un padecimiento crónico, progresivo del Sistema Nervioso Central manifiesto por un síndrome o una serie de ellos, causados por diferentes fac tores (1).

El curso de la enfermedad es episódico, hay progresión gradual con remisiones tempora-

(1) Wechsler, Israel S. Neurología Clínica.
Ed. Interamericana S.A. 9a edi ción. 1965.

les, seguida de mayor progreso y otras remisiones, hasta que la agravación es continua de todos los signos y síntomas.

El cuadro clínico, depende de dos hechos patológicos principales.: 1) hay muchos focos o zonas diseminadas de esclerosis en todo el sistema nervioso central, 2) hay desintegración de la capa mielínica, conservándose el cilindroeje, ocurriendo degeneración secundaria después de largo tiempo.

Otras características importantes desde el punto de vista clínico es el que los focos afectan prácticamente todo el sistema nervioso central (no el periférico), con especial predilección por la materia blanca. Por alguna razón, el proceso afecta gran parte de la materia blanca de la médula espinal. La materia blanca del encéfalo propiamente dicho también suele estar afectada. En cambio, la gris, tanto encéfalo como en médula generalmente queda indemne.

Manifestaciones Clínicas.- La esclerosis múltiple es un padecimiento insidioso, aun que puede comenzar muy bruscamente. Antes del comienzo real de la enfermedad pueden aparecer signos como parálisis oculares, perturbaciones ligeras de la visión, interferencia del control vesical, o debilidad

transitoria de las extremidades. Estos síntomas frecuentemente son inadvertidos o su importancia no es reconocida por el paciente, de manera que sólo se descubren con una historia clínica cuidadosa.

Las manifestaciones subjetivas son raras, pero puede haber cierta debilidad y entumecimiento de las piernas o de un brazo, probablemente cierta rigidez de extremidades, fatiga fácil o algo de dificultad al caminar, ocasionalmente mareos o cefaleas y escasas perturbaciones emocionales. Todos estos síntomas indican afección de sistema nervioso, pero no son valorados o se agrupan bajo la designación de psiconeurosis, especialmente histérica.

Es muy poco frecuente que el proceso esclerótico sea tan amplio o repentino que el padecimiento empiece en forma aguda; pero puede ocurrir en casos de esclerosis aguda o apoplética, a veces acompañada de inconciencia, y el síndrome vá precedido por hemiplejía, a veces acompañado por inconciencia, raramente por convulsiones. O bién la enfermedad es anunciada por síntomas de mielitis transversal, que indican afección de la médula espinal.

Todos estos síntomas generalmente ceden, y sólo cuando todo el cuadro clínico (signo

de afección múltiple) se ha desarrollado, se aclara el diagnóstico. Mientras se presentan los síntomas fugaces enumerados, - ya señalan un curso remitente, la enfermedad muestra su naturaleza progresiva.

En la esclerosis múltiple, las alteraciones de movilidad son prominentes. hay dificultad gradual para caminar, la marcha se hace espástica, aumenta el tono de las extremidades inferiores y se presenta rigidez. - si además son afectados los cordones posteriores de la médula o las vías cerebelosas, el paciente se tambalea o cae al caminar, - su marcha se torna atáxica. este síntoma - puede ser precoz o tardío, ligero o grave. La incoordinación suele afectar las extremidades superiores, pero no respeta las inferiores.

El temblor es otro de los signos característicos de esclerosis múltiple, aunque su mecanismo real es obscuro. El temblor se establece gradualmente, por lo general en las extremidades superiores y frecuentemente se torna violento, el que impide cualquier actividad manual. hay también perturbaciones del lenguaje, que se vuelve lento, entrecortado o explosivo.

"El nistagmo es otro signo precoz y muy frecuente de esclerosis múltiple. De hecho, -

en casos dudosos puede ser patognomónico.- Este signo al igual que, el temblor y las alteraciones del lenguaje, constituyen la tríada clásica de Charcot y han sido con-sideradas como el síndrome de esclerosis múltiple. Pero, si bien son frecuentes, es-pecialmente en etapas tardías, de manera alguna constituyen todo el cuadro clínico" (1).

Como la esclerosis afecta prácticamente to-do el encéfalo y médula, suele lesionarse - las vías sensoriales, apareciendo perturba-ciones objetivas de la sensibilidad, en mu-chos casos de esclerosis múltiple, pero es-tas alteraciones de la sensibilidad suelen ser transitorias. No hay dolores, pero si entumecimiento y hormigueos.

Dada la naturaleza del proceso patológico, es natural que se presenten muchas formas "atípicas" de esclerosis múltiple, tales - como el tipo de esclerosis lateral amiotró-fica, el tipo apoplético hemipléjico, el - tipo tabético, el tipo de paraplejía espás-tica.

El padecimiento de esclerosis múltiple pue- de ser de uno a dos y hasta veinte años o

(1) Wechesler, Israel S. Neurología Clínica.
Ed. Interamericana S.A.
9a edición. 1965.

más; el promedio según Bramwel es de siete a nueve años. Los tipos agudos son más breves lo mismo los casos que muestran síntomas bulbares.

El pronóstico de vida para estos pacientes no es malo, pero en cuanto a recuperación no es favorable. Las remisiones pueden durar mucho tiempo, o el padecimiento hacerse estacionario, pero es muy rara la recuperación completa. Sin embargo hay casos benignos. Algunos pacientes acaban por guardar cama de manera estable, y mueren de algún padecimiento intercurrente.

3.2.5. Enfermedades vasculares de la Médula Espinal: Aunque es muy probable que la médula igual que el encéfalo pueda sufrir en anemias generales, no hay el síndrome clínico correspondiente. tampoco hay explicación suficiente de la paraplejía, que resulta raramente de pérdida excesiva de sangre.

La anemia local por espasmos vasculares (alteraciones vaso-motoras), aunque es probable, todavía es objeto de discusión. La embolia de vasos espinales es muy rara pero se ha descrito en el curso de endocarditis. La trombosis probablemente no sea rara, se presenta en casos de arterioesclerosis y sífilis. La trombosis de la arteria espinal anterior es un síndrome caracterizado por parálisis flácida consecutiva a

la oclusión del vaso, que riega principalmente las células motoras de las astas medulares anteriores. La paraplejía senil, - que depende sobretodo de arterioesclerosis cerebral, puede ser resultado de trombosis y reblandecimiento de médula.

La claudicación intermitente de la médula espinal, descrita por Dejérine, es padecimiento raro, probablemente debido a arteritis lentamente progresiva, es difícil identificarla clínicamente. Generalmente comienza por sensaciones de cansancio y debilidad de una pierna; gradualmente los interválos se acortan y la debilidad persiste. Se presenta retención en la orina y finalmente incontinencia. Los reflejos profundos aumentan y finalmente aparece la paraplejía espática. Se ha descrito parálisis flácida por oclusión de la arteria espinal anterior. Se ha atribuido a sífilis u otras infecciones; generalmente hay arterioesclerosis de vasos espinales.

El curso clínico no difiere del que siguen otras formas de paraplejía espática progresiva, exceptuando que los períodos de debilidad al caminar simulan claudicación intermitente de los vasos periféricos. Sin embargo, en éste último padecimiento no hay alteraciones de esfínteres o reflejos, ni espasticidad; en resumen, no hay signos de -

lesión medular.

La Hematomelia.- Es una hemorragia apoplé-
tica en la sustancia gris de la mécula es-
pinal, puede afectarla en una parte, la mi-
tad o totalmente y en raros casos, se exi-
tiende a la sustancia blanca. Puede ocu-
rrir a cualquier nivel de la médula, pero
es más común en la región cervical.

El paciente puede experimentar dolor agudo
durante la lesión, pero el comienzo carac-
terístico consiste en parálisis flácida -
repentina. Se cae con paraplejía si la le-
sión está en la región dorsal o lumbar y -
cuadriplejía si la hemorragia está en la -
región cervical. Además, suelen presentarse
parálisis vesical y retención o incontinenu-
cia de orina y en muchos casos alteración-
de todas las formas de sensibilidad por de
bajo del nivel de la lesión.

4. SITUACION FISICA DEL INVALIDO PARAPLEJICO; Como bien -
es sabido el inválido parapléjico es aquel sujeto que
padece parálisis simétrica de ambas extremidades infe-
riores, y las características clínicas que presente es
tán determinadas por la altura de la lesión y el défi-
cit neurológico, los cuales fueron anotados en cada -
una de las consideradas como causas de la invalidez.

Lo relativo a lo sexual se consideró importante mencio-
narlo, ya que el PARAPLEJICO tiene que enfrentarse a la
situación desencadenada por la disminución o pérdida -

de dicha función, la que en muchos casos lleva a la de sintegración familiar.

La lesión medular, por pequeña que sea puede originar sobre todo en el varón una impresión de insuficiencia que puede equipararse a la impotencia. En la mujer se acentúan los trastornos por la pérdida de su atractivo físico. Ante esta situación la personalidad, los hábi- tos y la cultura de cada parapléjico e inválido en ge- neral juegan papel importante en la forma como afrota rán su situación según el caso.

C A P I T U L O I I

D E S C R I P C I O N D E L A M U E S T R A

1. DEFINICION DE LA MUESTRA: En la investigación científica realizada para conocer la imagen que del inválido - parapléjico tiene la sociedad de cartagena, se tomó un total de 48 sujetos discriminados así:

- 16 inválidos parapléjicos
- 16 miembros de familia
- 16 vecinos

1.1. Inválidos Parapléjicos.- Un total de 16 inválidos en edades cronológicas que oscilan entre los 15 y 64 años, distribuidos en la siguiente forma:

edades	miembros
15 - 24 -----	4
25 - 34 -----	5
35 - 44 -----	2
45 - 54 -----	3
55 - 64 -----	2

Los datos anteriores nos hacen pensar que el mayor número de inválidos parapléjicos, están en edades de 25 a 34 años, una edad relativamente joven, lo que indica que con una labor rehabilitadora oportuna y adecuada, se pueden obtener resultados positivos para ellos mismos, la familia y la sociedad en general.

El tiempo de inválidez oscila entre 1 y 39 años, - así:

1 - 9	-----	6
10 - 20	-----	8
20 - 29	-----	1
30 - 39	-----	1

Los pacientes investigados son todos de clase de clase social media y baja, y de un nivel cultural medio y bajo; conocidos a través de las fichas socio-económicas que se posee de cada uno de ellos como miembros de la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Lisiados; y del contacto profesional que los une con el Trabajador Social.

1.2. Miembros de Familia.- Se tomó como representante de la familia, la persona que tiene una relación más estrecha con el paciente, porque de esta manera lograríamos datos más concretos de lo que para ellos representa un inválido parapléjico

Otro criterio también tenido en cuenta fué la edad cronológica de estas personas, aspecto importante

tante dentro de una investigación para una mayor seguridad y exactitud de los resultados.

edades	miembros
25 - 34 -----	3
35 - 44 -----	3
45 - 54 -----	6
55 - 64 -----	2
65 - 74 -----	2

1.3. Grupo Social Próximo (vecinos).- Para este grupo, representativo de la comunidad se tuvo en cuenta todos los criterios anteriormente citados y con-sideramos de mucha importancia las relaciones a-mistosas que unen a estas personas con el pacien-te y la familia.

edades	miembros
15 - 24 -----	2
25 - 34 -----	4
35 - 44 -----	7
45 - 54 -----	3

2. JUSTIFICACION DE LA MUESTRA: Se limitó a 16 pacientes porque es el número que hasta el momento tiene relación directa con la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Lis-siados de Cartagena, a los que se les brinda tratamien-to médico - social, pero no laboral, pues hasta el mo-mento la institución tiene poco tiempo de funcionamien-to y no se han establecido dichos servicios para éste tipo de inválidez.

Se tomó también a la familia y al grupo social próximo porque la misma interacción que tienen con el paciente, contribuye a la obtención de una imagen más real del - inválido parapléjico que es precisamente el objetivo - central de nuestro trabajo, y con base en estos datos podremos elaborar una programación técnica y profesional en beneficio de la Institución Fraternidad Cristiana de Enfermos y Lisiados; para hacer del paciente una persona más digna y útil, y en la familia, para que no lo considere un lastre, aspecto éste que debilita las relaciones familiares trayendo consigo sentimientos - frustrantes para el mismo inválido.

3. ENCUESTA APLICADA A LA MUESTRA. (Apendice # 1).

CAPITULO III

PRESENTACION Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

I. Presentacion de Datos Globales. (N_o = 48)

I.1 Gran parte de la Sociedad Colombiana piensa que el Inválido es una persona; (Primer Bloque)

I.1.1 Datos Globales.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia.
			N.	%				N.	%	
Feliz	7	13	20	41.7	9	6	13	19	39.6	2.1
Infeliz										
Débil	14	14	28	58.2	4	5	11	16	33.3	24.9
Fuerte										
Alegre	13	15	28	5.82	3	11	6	17	35.4	22.8
Triste										
Útil	8	16	24	50.0	5	10	9	19	39.6	10.4
Inútil										
Insatisfecha	11	12	23	47.9	4	11	10	21	43.7	4.2
Satisfecha										
Potente	14	7	21	43.7	7	12	8	20	41.7	2.0
Impotente										
Indiferente	6	11	17	35.4	13	16	2	18	37.5	2.1
Aposionado										
Conforme	15	10	25	52.1	4	6	13	19	39.6	12.5
Inconforme										
Desafortunada	17	10	27	56.2	7	10	4	14	29.1	27.1
Afortunada										
Insensible	5	7	12	25.0	6	9	21	30	62.4	37.4
Sensible										
Importante	15	20	25	52.1	11	6	6	12	25.0	27.1
Insignificante										
Frustrada	15	14	29	60.3	4	13	2	15	39.2	29.1
Realizada										
Optimista	13	13	26	59.2	7	8	7	15	31.2	23.0
Pesimista										
Incredula	13	8	21	43.7	6	11	10	21	43.7	-
Credula										
Comprendida	13	8	21	43.7	10	9	8	17	35.4	8.3
Incomprendida										
Exagerada	7	6	13	27.0	13	8	14	22	45.8	18.8
Moderada										
Constante	17	12	29	60.3	5	11	8	19	37.6	20.7
Inconstante										
Madura	17	12	29	60.3	7	7	3	10	20.8	39.9
Inmadura										
Rechazada	9	11	20	41.7	6	10	13	23	49.9	6.2
Aceptada										

Es el resultado de las diferencias entre los porcentajes de los Sub-

1.1.2 Datos Globales con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Comprendida Incomprendida	13	8	21	43.7	10	9	8	17	35.4	8.3
Rechazada Aceptada	9	11	20	41.7	6	10	13	23	49.7	6.2
Insatisfecha Satisfecha	11	12	23	47.9	4	11	10	21	43.7	4.2
Feliz Infeliz	7	13	20	41.7	9	6	13	19	39.6	2.1
Indiferente Apasionada	6	11	17	35.4	13	16	2	18	37.5	2.1
Potente Impotente	14	7	21	43.7	7	12	8	20	41.7	2.0
Incrédula Crédula	13	8	21	43.7	6	11	10	21	43.7	0

1.1.3 Datos Globales con Diferencias Mayores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Debil Fuerte	13	14	28	58.2	4	5	11	16	33.3	24.9
Alegre Triste	13	15	28	58.2	3	11	6	17	35.4	22.8
Útil Inútil	8	16	24	50.0	5	10	9	19	39.6	10.4
Conforme Inconforme	15	10	25	52.1	4	6	13	19	39.6	12.5
Desafortunada Afortunada	17	10	27	56.2	7	10	4	14	29.1	27.1
Insensible Sensible	5	7	12	25.0	6	9	21	30	62.4	37.4
Importante Insignificante	15	10	25	52.1	11	6	6	12	25.0	27.1
Frustrada Realizada	15	14	29	60.3	4	13	2	15	31.2	29.1
Optimista Pesimista	13	13	26	54.2	7	8	7	15	31.2	30.0
Exagerada Moderada	7	6	13	27.0	13	8	14	22	45.8	18.8
Constante Inconstante	17	12	29	60.3	5	11	8	19	39.6	20.7
Madura Inmadura	17	12	29	60.3	7	7	3	10	20.8	39.5

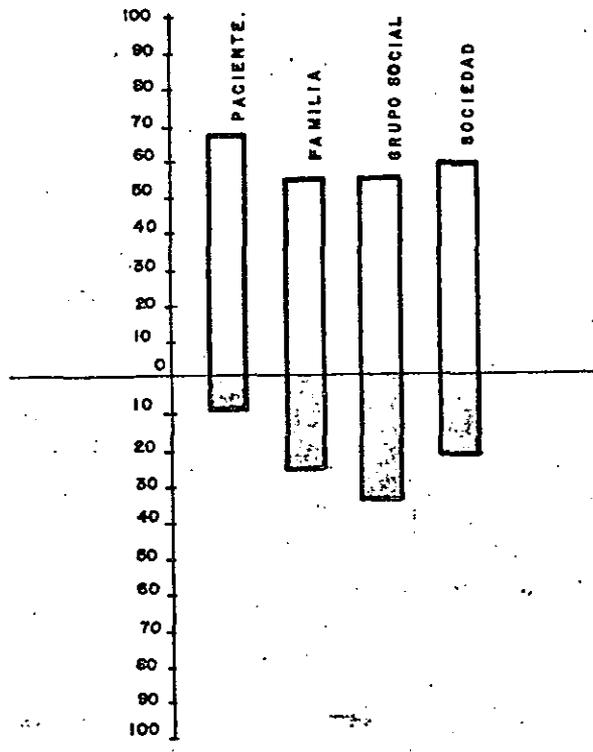
1.1.4 Datos Globales con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUB TOTALES		3	4	5	SUB TOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Maduro Inmaduro	17	12	29	60.3	7	7	3	10	20.8	37.5
Insensible Sensible	5	7	12	25.0	6	9	21	30	62.4	37.4
Frustrada Realizada	15	14	29	60.3	4	13	2	15	31.2	29.1
Desafortunada Afortunada	17	10	27	56.2	7	10	4	14	29.1	27.1
Importante Insignificante	15	10	25	52.1	11	6	6	12	25.0	27.1
Debil Fuerte	14	14	28	58.2	4	5	11	16	33.3	24.9
Optimista Pesimista	13	13	26	54.2	7	8	7	15	31.2	23.0
Alegre Triste	13	15	28	58.2	3	11	6	17	35.4	22.8
Constante Inconstante	17	12	29	60.3	5	11	8	19	39.6	20.7

El Inválido como persona (bloque primero).

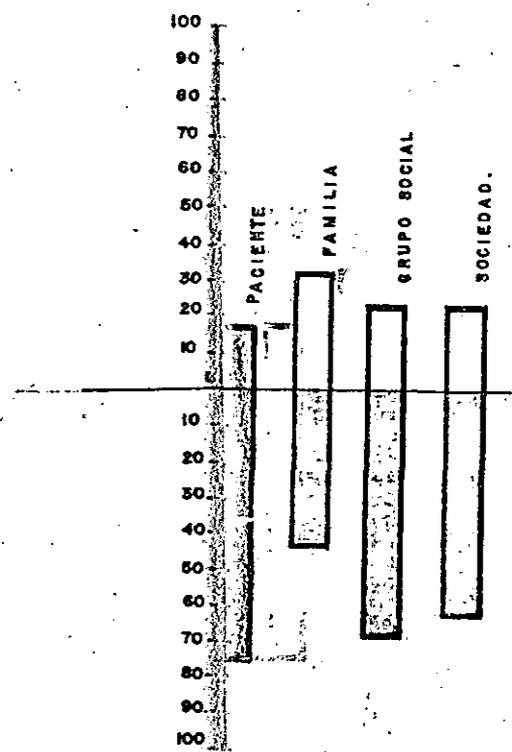
	Paciente	%	Familia	%	Grupo Social	%	Totales	%
Feliz	11	68.75	4	25.00	5	31.25	20	41.66
Infeliz	2	12.50	10	62.50	7	43.75	19	35.00
Débil	11	68.75	7	43.75	10	62.50	28	58.33
Fuerte	5	31.25	7	43.75	4	25.00	16	33.33
Alegre	10	62.50	10	62.50	8	50.00	28	58.33
Triste	5	31.25	5	31.25	7	43.75	17	35.42
Util	11	68.75	6	37.50	7	43.75	24	50.00
Inútil	3	18.75	9	56.25	7	43.75	19	39.58
Insatisfecha	4	25.00	9	56.25	10	62.50	23	47.92
Satisfecha	11	68.75	6	37.50	4	25.00	21	43.75
Potente	9	56.25	8	50.00	4	25.00	21	43.75
Impotente	6	37.50	6	37.50	8	50.00	20	41.67
Indiferente	6	37.50	5	31.25	6	37.50	17	35.42
Apasionada	5	31.25	7	43.75	6	37.50	18	37.50
Conforme	12	75.00	8	50.00	5	31.25	25	52.08
Inconforme	3	18.75	7	43.75	9	56.25	19	39.58
Desafortunada	8	50.00	9	56.25	10	62.50	27	56.25
Afortunada	7	43.75	4	25.00	3	18.75	14	29.17
Insensible	3	18.75	5	31.25	4	25.00	12	25.00
Sensible	12	75.00	7	43.75	11	68.75	30	62.50
Importante	8	50.00	9	56.25	8	50.00	25	52.08
Insignificante	5	31.25	2	12.50	5	31.25	12	25.00
Frustrada	9	56.25	8	50.00	12	75.00	29	60.42
Realizada	6	37.50	7	43.75	2	12.50	15	31.25
Optimista	9	56.25	10	62.50	7	43.75	26	54.17
Pesimista	3	18.75	4	25.00	8	50.00	15	31.25
Incrédula	5	31.25	9	56.25	7	43.75	21	43.75
Crédula	11	68.75	5	31.25	5	31.25	21	43.75
Comprendida	10	62.50	6	37.50	5	31.25	21	43.75
Incomprendida	4	25.00	5	31.25	8	50.00	17	35.42
Exagerada	3	18.75	5	31.25	5	31.25	13	27.08
Moderada	8	50.00	9	56.25	5	31.25	22	45.83
Constante	11	68.75	6	37.50	7	43.75	23	47.92
Inconstante	5	31.25	8	40.00	6	37.50	19	39.58
Madura	11	68.75	9	56.25	9	56.25	29	60.42
Inmadura	1	6.25	4	25.00	5	31.25	10	20.83
Rechazada	5	31.25	5	31.25	10	62.50	20	41.67
Aceptada	8	50.00	10	62.50	5	31.25	23	47.92

MADURO



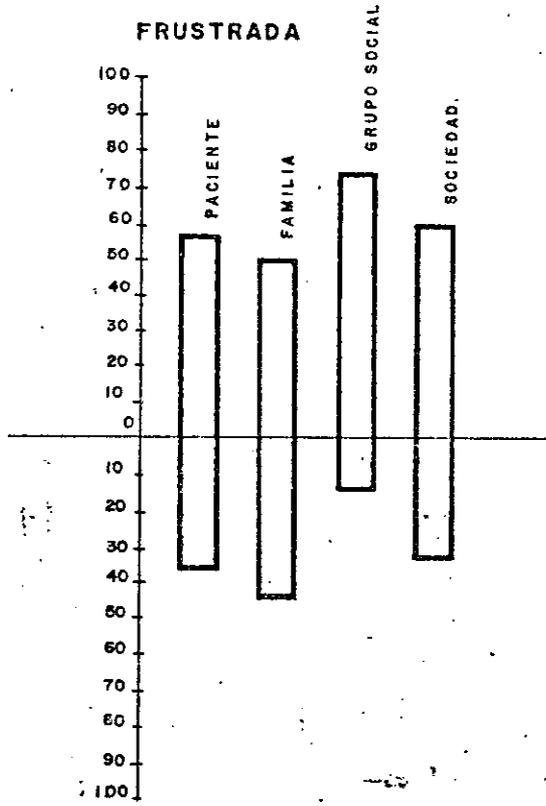
INMADURO

INSIBILE



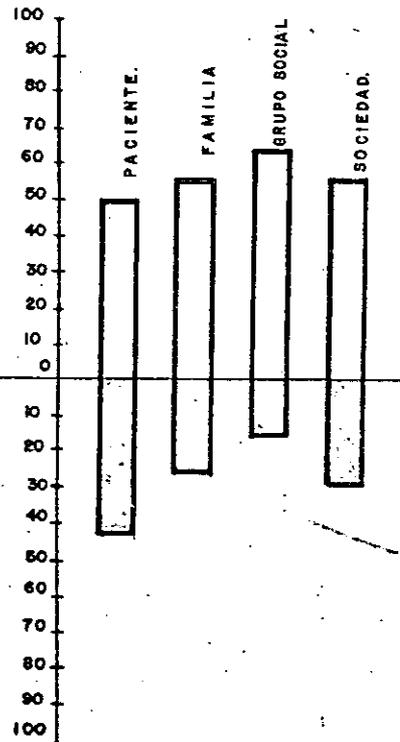
ESIBILE

FRUSTRADA



REALIZADA

DESAFORTUNADA



AFORTUNADA

1.2 La mayoría de las personas piensan que el inválido en sus relaciones con los demás (padres, esposo (a), hijos, hermanos, amigos etc.), es una persona: (Segundo Bloque).

1.2.1 Datos Globales.

	1	2	SUB TOTALES		3	4	5	SUB TOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Atenta Desatenta	18	11	29	60.4	11	4	3	7	14.6	45.8
Mentirosa Verdadera	6	9	15	31.2	14	7	12	19	39.6	0.84
Paciente Impaciente	12	12	24	50.0	3	9	12	21	43.8	8.88
Razonable Obstínada	19	7	26	54.2	8	9	5	14	29.2	25.0
Orgullosa Sencilla	7	7	14	29.2	11	9	14	23	47.9	18.7
Desenvuelta Cohibida	13	8	21	43.8	8	11	8	19	39.6	0.42
Aceptada Rechazada	20	12	32	66.6	6	13	6	13	27.0	39.6
Despreciada Querida	4	9	13	27.0	9	11	15	26	54.2	27.2
Respetuosa Irrespetuosa	20	12	32	66.6	11	2	3	5	10.4	56.2
Irritable Tranquilo	13	17	30	62.5	1	11	6	17	35.4	27.1
Festiva Malhumorada	11	15	26	54.2	5	11	6	17	35.4	18.1
Egoísta Generosa	6	9	15	31.2	13	5	15	20	41.6	10.4
Oportuna Inoportuna	14	9	23	47.9	11	9	5	14	29.1	18.8
Comprensible Incomprensible	12	10	22	45.8	9	10	7	17	35.4	10.4
Introvertida Extrovertida	10	18	28	58.3	4	9	7	16	33.3	25.0
Inútil Útil	12	10	22	45.8	6	15	5	20	41.6	0.42
Sociable Insociable	18	14	32	66.6	5	6	5	11	22.9	43.7
Abandonada Protegida	8	10	18	37.5	6	11	13	24	50.0	12.5
Rebelde Dócil	10	17	27	56.2	6	9	6	15	31.2	25.0
Obediente Desobediente	10	14	24	50.0	5	9	10	19	39.6	10.4
Insignificante Importante	4	11	15	31.2	9	12	12	24	50.0	18.8
Opositora Colaboradora	8	11	19	39.6	7	12	10	22	45.8	0.62
Independiente Subordinada	9	11	20	41.6	11	8	9	17	35.4	6.2
Autoritaria Sumisa	8	20	28	58.3	8	8	4	12	25.0	33.3
Confiable Desconfiable	7	10	17	35.4	6	12	13	25	52.08	16.6
Brusca Delicada	7	7	14	29.1	15	11	8	19	39.6	10.5
Humana Inhumana	26	9	35	72.9	6	5	2	7	14.6	58.3
Indiscreta Discreta	2	6	8	16.6	12	11	17	28	58.3	41.7

1.2.2 Datos Globales con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Paciente Impaciente	12	12	24	50.0	3	9	12	21	43.8	888
Independiente Dependiente	9	11	20	41.6	11	8	9	17	35.4	6.2
Mentirosa Verdadera	6	9	15	31.6	14	7	12	19	39.6	0.84
Opositora Colaboradora	8	11	19	39.6	7	12	10	22	45.3	0.62
Desenvuelta Cohibida	13	8	21	43.8	8	11	8	19	39.6	0.42
Inútil Útil	12	10	22	45.8	6	15	5	20	41.6	0.42

1.2.3 Datos Globales con Diferencias Mayores que diez.

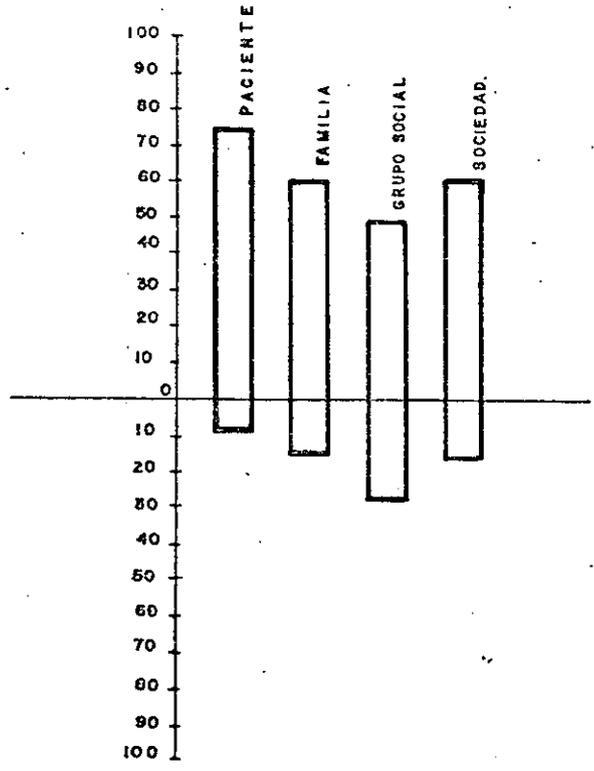
	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Atenta Desatenta	18	11	29	60.4	11	4	3	7	14.6	45.8
Razonable Obstinada	19	7	26	54.2	8	9	5	14	29.2	25.0
Orgullosa Sencilla	7	7	14	29.2	11	9	14	23	49.7	18.7
Aceptada Rechazada	20	12	32	66.6	3	7	6	13	27.0	39.6
Despreciada Querida	4	9	13	27.0	9	11	15	26	54.2	27.2
Respetuosa Irréspetuosa	20	12	32	66.6	11	2	3	5	10.4	56.2
Irritable Tranquila	13	17	30	62.5	1	11	6	17	35.4	77.1
Festiva Malhumorada	11	15	26	54.2	5	11	6	17	35.4	18.8
Egoísta Generosa	6	9	15	31.2	13	5	15	20	41.6	10.4
Oportuna Inoportuna	14	9	23	47.9	11	9	5	14	29.1	18.8
Comprensible Incomprensible	12	10	22	45.8	9	10	7	17	35.4	10.4
Introversa Extroversa	10	18	28	58.3	4	9	7	16	23.3	25.0
Sociable Insociable	18	14	32	66.6	5	6	5	11	22.9	43.7
Abandonada Protegida	8	10	18	37.5	6	11	13	24	50.0	12.5
Relaxada Dócil	10	17	27	56.2	6	9	6	15	31.2	25.0
Obediente Desobediente	10	14	24	50.0	5	9	10	19	39.6	10.4
Insignificante Importante	4	11	15	31.2	9	12	12	24	50.0	18.8
Autoritaria Sumisa	8	20	28	58.3	8	8	4	12	25.0	33.3
Confiado Desconfiado	7	10	17	35.4	6	12	13	25	52.08	26.6
Brusca Delicada	7	7	14	29.1	15	11	8	19	39.6	10.5
Humana Inhumana	26	9	35	72.9	6	5	2	7	14.6	58.3
Indiscreta Discreta	2	6	8	16.6	12	11	17	28	58.3	41.7

1.2.4 Datos Globales con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Humana Inhumana	26	9	35	72.9	6	5	2	7	146	58.3
Respetuosa Irrespetuosa	20	12	32	66.6	11	2	3	5	10.4	56.2
Atenta Desatenta	18	11	29	60.4	11	4	3	7	14.6	45.8
Sociable Insociable	18	14	32	66.6	5	6	5	11	22.9	43.7
Indiscreta Discreta	2	6	8	16.7	12	11	17	28	58.3	41.6
Aceptada Rechazada	20	12	32	66.6	3	7	6	13	27.0	39.6
Autoritaria Sumisa	8	20	28	58.3	8	8	4	12	25.0	33.3
Irritable Tranquila	13	17	30	62.5	1	11	6	17	35.4	27.1
Rebelde Docil	10	17	27	56.2	6	9	6	15	31.2	25.0
Razonable Obstinada	19	7	26	54.2	8	9	5	14	29.2	25.0
Introversa Extroversa	10	18	28	58.3	4	9	7	16	33.3	25.0

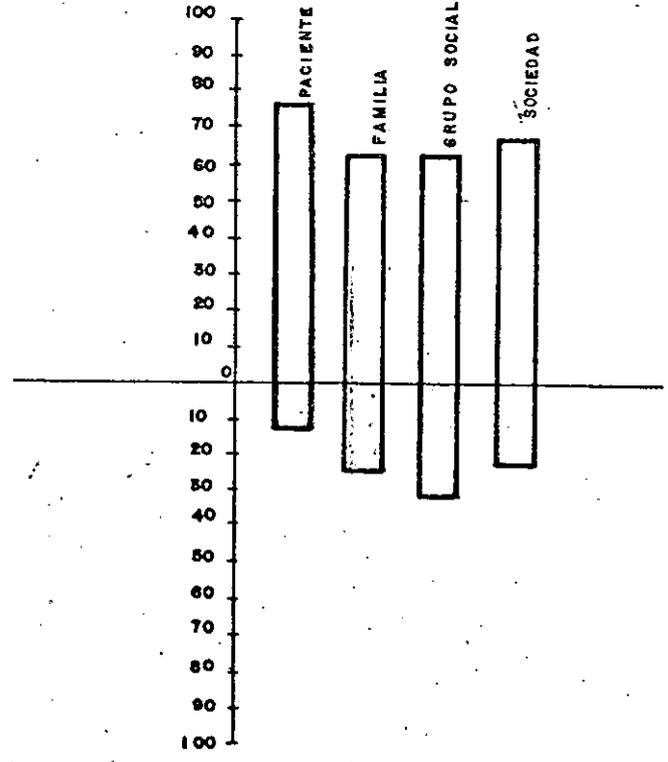
	Paciente	%	Familia	%	Grupo Social	%	Totales	%
Atenta	12	75.00	10	62.50	8	50.00	30	62.50
Desatenta	1	6.25	2	12.50	4	25.00	7	14.58
Mentirosa	3	18.75	7	43.75	5	31.25	15	31.25
Verdadera	9	56.25	5	31.25	5	31.25	19	39.58
Paciente	11	68.75	5	31.25	8	50.00	24	50.00
Impaciente	3	18.75	10	62.50	8	50.00	21	43.75
Razonable	11	68.75	9	56.25	6	37.50	26	56.16
Obstinada	2	12.50	4	25.00	8	50.00	14	29.16
Orgullosa	5	31.25	4	25.00	5	31.25	14	29.16
Sencilla	7	43.75	9	56.25	7	43.75	23	49.72
Desenvuelta	8	50.00	8	50.00	5	31.25	21	43.75
Cohibida	6	37.50	5	31.25	8	50.00	19	39.58
Aceptada	10	62.50	12	75.00	10	62.50	32	66.67
Rechazada	5	31.25	3	18.75	5	31.25	13	27.08
Despreciada	5	31.25	2	12.50	6	37.50	13	27.08
Querida	8	50.00	10	62.50	8	50.00	26	56.16
Respetuosa	14	87.50	11	68.75	7	43.75	32	66.67
Irrespetuosa	0	-	2	12.50	3	18.75	5	10.42
Irritable	10	62.50	9	56.25	11	68.75	30	62.50
Tranquila	6	37.50	7	43.75	4	25.00	17	35.42
Festiva	9	56.25	10	62.50	7	43.75	26	54.16
Malhumorada	7	43.75	4	25.00	6	37.50	17	35.42
Egoísta	2	12.50	4	25.00	9	56.25	15	31.25
Generosa	8	50.00	6	37.50	6	37.50	20	41.67
Oportuna	12	75.00	7	43.75	4	25.00	23	47.92
Inoportuna	4	25.00	4	25.00	6	37.50	14	29.16
Comprensible	10	62.50	6	37.50	6	37.50	22	45.83
Incomprensible	2	12.50	8	50.00	7	43.75	17	35.42
Introvertida	13	81.25	8	50.00	7	43.75	28	58.33
Extrovertida	2	12.50	6	37.50	8	50.00	16	33.33
Inútil	8	50.00	7	43.75	7	43.75	22	45.88
Útil	6	37.50	6	37.50	8	50.00	20	41.67
Sociable	12	75.00	10	62.50	10	62.50	32	66.67
Insociable	2	12.50	4	25.00	5	31.25	11	22.92
Abandonada	5	31.25	4	25.00	9	56.25	18	37.50
Protegida	8	50.00	9	56.25	7	43.75	24	50.00
Rebelde	7	43.75	8	50.00	12	75.00	27	56.25
Dócil	7	43.75	6	37.50	2	12.50	15	31.25
Obediente	10	62.50	8	50.00	6	37.50	24	50.00
Desobediente	4	25.00	7	43.75	8	50.00	19	39.58
Insignificante	3	18.75	2	12.50	10	62.50	15	31.25
Importante	9	56.25	11	68.75	4	25.00	24	50.00
Opositora	5	31.25	5	31.25	9	56.25	19	39.58
Colaboradora	9	56.25	8	50.00	5	31.25	22	45.83
Independiente	8	50.00	5	31.25	7	43.75	20	41.67
Subordinada	4	25.00	8	50.00	5	31.25	17	35.42
Autoritaria	12	75.00	8	50.00	8	50.00	28	58.33
Sumisa	2	12.50	6	37.50	4	25.00	12	25.00
Confianza	6	37.50	5	31.25	6	37.50	17	35.42
Desconfianza	8	50.00	9	56.25	8	50.00	25	52.08
Brusca	4	25.00	3	18.75	7	43.75	14	29.16
Delicada	6	37.50	8	50.00	5	31.25	19	39.58
Humana	14	87.50	10	62.50	11	68.75	35	72.92
Inhumana	1	6.25	4	25.00	2	12.50	7	14.58
Indiscreta	-	-	1	6.25	7	43.75	8	16.67
Discreta	11	68.75	12	75.00	5	31.25	28	58.33

ALENTA

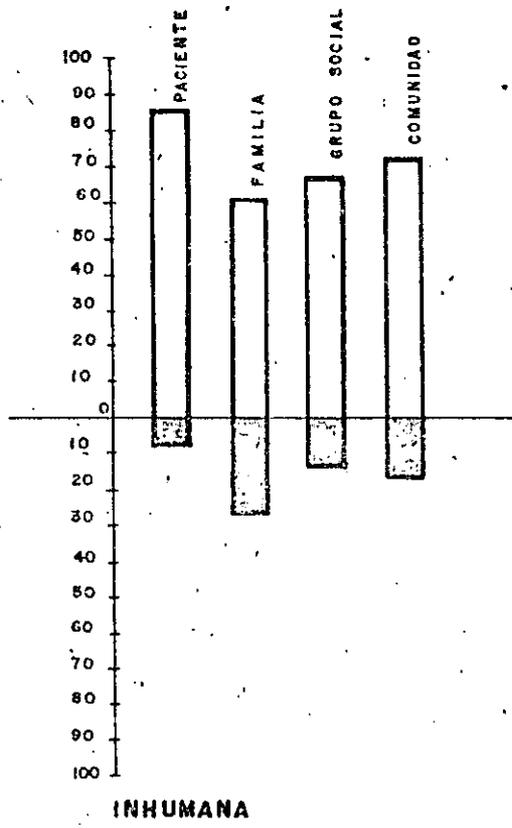


DESALENTA

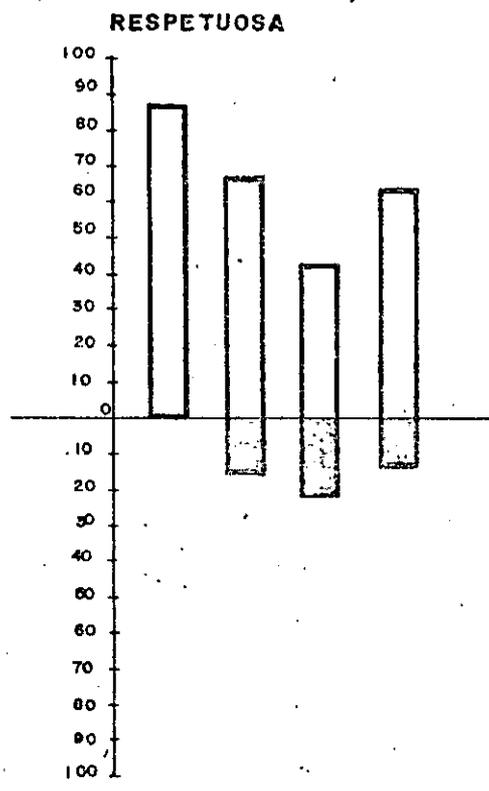
SOCIABLE



INSOCIABLE



INHUMANA



RESPETUOSA

IRRESPETUOSA

1.3 Para el común de las personas el inválido en una actividad es una persona: (Tercer Bloque).

68

1.3.1 Datos Globales.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Responsable Irresponsable	18	11	29	60.4	10	7	2	9	18.7	41.7
Dinámico Apático	13	17	30	62.5	7	6	5	11	22.9	39.6
Útil Inútil	11	18	19	39.6	9	14	6	20	41.7	2.1
Perezosa Diligente	8	7	15	31.2	10	15	8	23	47.9	16.7
Realizada Frustrada	7	16	23	47.9	6	7	12	19	39.6	8.3
Impaciente Paciente	10	15	25	52.1	7	10	6	16	33.3	18.8
Exagerada Moderada	2	9	11	22.2	10	14	13	27	56.2	33.3
Capaz Incapaz	16	15	31	64.6	7	6	4	10	20.8	43.8
Suficiente Insuficiente	10	15	25	52.1	7	11	5	16	33.3	18.8
Tranquila Irritable	10	11	21	43.7	6	11	10	21	43.7	-
Egoísta Generosa	6	10	16	33.3	6	13	13	26	54.2	20.9
Incompetente Competente	7	15	22	45.8	6	9	11	20	41.7	4.1
Conforme Inconforme	14	12	26	54.2	7	6	9	15	31.2	23.0
Importante Insignificante	11	12	23	47.9	6	13	6	19	39.6	8.3
Obstinado Razonable	6	15	21	43.7	6	12	9	21	43.7	-
Cohibida Audaz	8	11	19	39.6	9	13	7	20	41.7	2.1
Colaboradora Opositora	16	14	30	62.5	6	9	3	12	25.0	37.5
Aceptada Rechazada	12	10	22	45.8	5	9	12	21	43.7	2.1
Abandonada Protegida	1	16	17	35.4	4	14	13	27	56.2	20.8
Débil Fuerte	10	14	24	50.0	6	10	8	18	37.5	12.5
Festiva Matumorada	8	14	22	45.8	7	10	9	19	39.6	6.2
Obediente Desobediente	11	13	24	50.0	4	10	10	20	41.7	18.3
Indiferente Aposionada	7	11	18	37.5	10	14	6	20	41.7	4.2
Pesimista Optimista	7	9	16	33.3	9	13	10	23	47.9	14.6

69

52 DEPARTAMENTO DE
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE CALZADILLA

1.3.2 Datos Globales con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUB TOTALES		3	4	5	SUB TOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Reditizada Frustrada	7	16	23	47.9	6	7	12	19	39.6	8.3
Importante Insignificante	11	12	23	47.9	6	13	6	19	39.6	8.3
Festiva Malhumorada	8	14	22	45.8	7	10	9	19	39.6	6.2
Indiferente Apasionado	7	11	18	37.5	10	14	6	20	41.7	4.2
Incompetente Competente	7	15	22	45.8	6	9	11	20	41.7	4.1
Inútil Útil	11	8	19	39.6	9	14	6	20	41.7	2.1
Cohibida Audaz	8	11	19	39.6	9	13	7	20	41.7	2.1
Aceptada Rechazada	12	10	22	45.8	5	9	12	21	43.7	2.1
Tranquila Irritable	10	11	21	43.7	6	12	9	21	43.7	-
Obstinada Razonable	6	15	21	43.7	6	12	9	21	43.7	-

1.3.3 Datos Globales con Diferencias Mayores que diez.

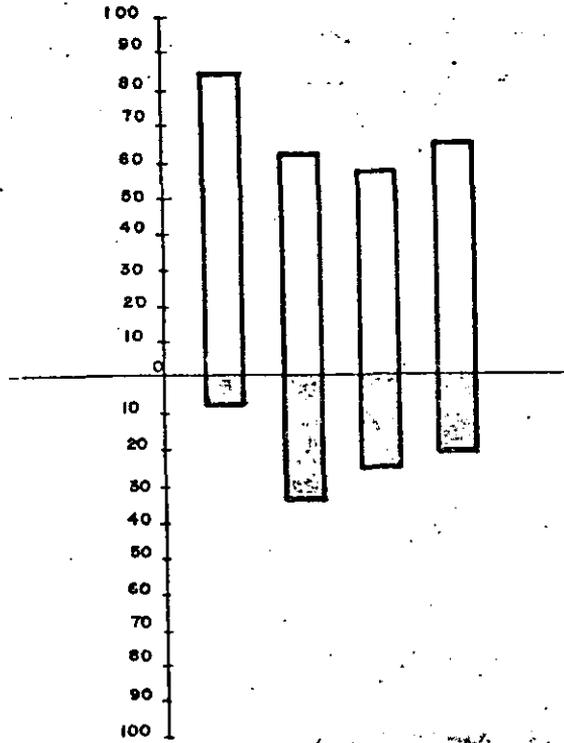
	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Responsable Iresponsable	18	11	29	60.4	10	7	2	9	18.7	41.7
Dinámica Apática	13	17	30	62.5	7	6	5	11	22.9	39.6
Perezosa Diligente	8	7	15	31.2	10	15	8	23	47.9	16.7
Impaciente Paciente	10	15	25	52.1	7	10	6	16	33.3	18.8
Exagerada Moderada	2	9	11	22.9	10	14	13	27	56.2	33.3
Capaz Incapaz	16	15	31	64.6	7	6	4	10	20.8	43.8
Suficiente Insuficiente	10	15	25	52.1	7	11	5	16	33.3	18.8
Egoísta Generosa	6	10	16	33.3	6	13	13	26	54.2	20.9
Conforme Iconforme	14	12	26	54.2	7	6	9	15	31.2	23.0
Colaboradora Opositora	16	14	30	62.5	6	9	3	12	25.9	37.5
Abandonada Protegida	1	16	17	35.4	4	14	13	27	56.2	20.8
Debil. Fuerte	10	14	24	50.0	6	10	8	18	37.5	12.5
Obediente Desobediente	11	13	24	50.0	4	10	10	20	41.7	18.3
Pesimista Optimista	7	9	16	33.3	9	13	10	23	47.9	14.6

1.3.4 Datos Globales con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Capaz Incapaz	16	15	31	64.6	7	6	4	10	20.8	43.8
Responsable Irresponsable	18	11	29	60.4	10	7	2	9	18.7	45.7
Dinámica Apatía	13	17	30	62.5	7	6	5	11	22.9	39.6
Colaboradora Opositora	16	14	30	62.5	6	9	3	12	25.0	37.5
Exagerada Moderada	2	9	11	22.9	10	14	13	27	56.2	33.3
Conforme Inconforme	14	12	26	54.2	7	6	9	15	31.2	23.0
Egoísta Generosa	6	10	16	33.3	6	13	13	26	54.2	20.9
Abandonada Protegida.	1	16	17	35.4	4	14	13	27	56.2	20.8

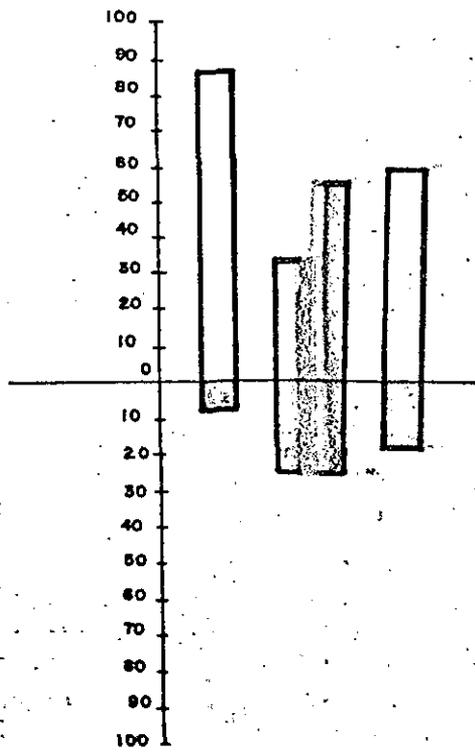
	Paciente	%	Familia	%	Grupo Social	%	Totales	%
Responsable	14	87.50	6	37.50	9	56.25	29	60.42
Irresponsable	1	6.25	4	25.00	4	25.00	9	18.75
Dinámica	12	75.00	9	56.25	9	56.25	30	62.50
Apática	2	12.50	4	25.00	5	31.25	11	22.92
Inútil	5	31.25	8	50.00	6	37.50	19	39.58
Útil	8	50.00	5	31.25	7	43.75	20	41.67
Perezosa	4	25.00	5	31.25	6	37.50	15	31.25
Diligente	8	50.00	8	50.00	7	43.75	23	47.92
Realizada	7	43.75	7	43.75	4	25.00	23	47.92
Frustrada	6	37.50	7	43.75	6	37.50	19	39.58
Impaciente	7	43.75	9	56.25	9	56.25	25	52.08
Paciente	6	37.50	5	31.25	5	31.25	16	33.33
Exagerada	1	6.25	3	18.75	7	43.75	11	22.92
Moderada	11	68.75	10	62.50	6	37.50	27	56.25
Capaz	12	75.00	10	62.50	9	56.25	31	64.58
Incápac	1	6.25	5	31.25	4	25.00	10	20.83
Suficiente	9	56.25	10	62.50	6	37.50	25	52.08
Insuficiente	6	37.50	4	25.00	6	37.50	16	33.33
Tranquila	11	68.75	6	37.50	4	25.00	21	43.75
Irritable	3	18.75	9	56.25	9	56.25	21	43.75
Egoísta	3	18.75	4	25.00	9	56.25	16	33.33
Generosa	11	68.75	9	56.25	6	37.50	26	54.17
Incompetente	4	25.00	8	50.00	10	62.50	22	45.83
Competente	9	56.25	6	37.50	5	31.25	20	41.67
Conforme	10	62.50	8	50.00	8	50.00	26	54.17
Inconforme	2	12.50	7	43.75	6	37.50	15	31.25
Importante	9	56.25	7	43.75	7	43.75	23	47.92
Insignificante	3	18.75	8	50.00	8	50.00	19	39.58
Obstinada	5	31.25	5	31.25	11	68.75	21	43.75
Razonable	9	56.25	8	50.00	4	25.00	21	43.75
Cohibida	6	37.50	6	37.50	7	43.75	19	39.58
Audaz	7	43.75	7	43.75	6	37.50	20	41.67
Colaboradora	12	75.00	9	56.25	9	56.25	30	62.50
Opositora	2	12.50	6	37.50	4	25.00	12	25.00
Aceptada	9	56.25	7	43.75	6	37.50	22	45.83
Rechazada	6	37.50	8	50.00	7	43.75	21	43.75
Abandonada	5	31.25	4	25.00	8	50.00	17	35.42
Protegida	9	56.25	10	62.50	8	50.00	27	56.25
Debil	6	37.50	8	50.00	10	62.50	24	50.00
Fuerte	8	50.00	6	37.50	4	25.00	18	37.50
Festiva	8	50.00	6	37.50	8	50.00	22	45.83
Malhumorada	5	31.25	8	50.00	6	37.50	19	39.58
Obediente	9	56.25	7	43.75	8	50.00	24	50.00
Desobediente	6	37.50	7	43.75	7	43.75	20	41.67
Indiferente	5	31.25	5	31.25	8	50.00	18	37.50
Apasionada	8	50.00	7	43.75	5	31.25	20	41.67
Pesimista	5	31.25	6	37.50	5	31.25	16	33.33
Optimista	10	62.50	8	50.00	5	31.25	23	47.92

CAPAZ



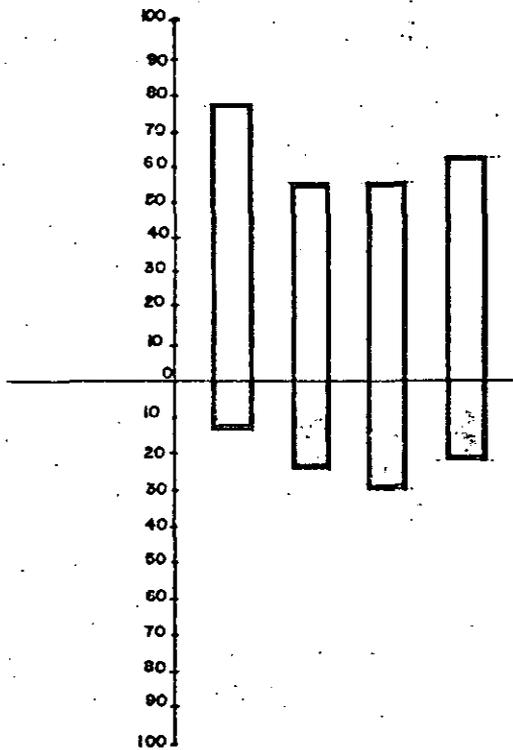
INCAPAZ

RESPONSABLE



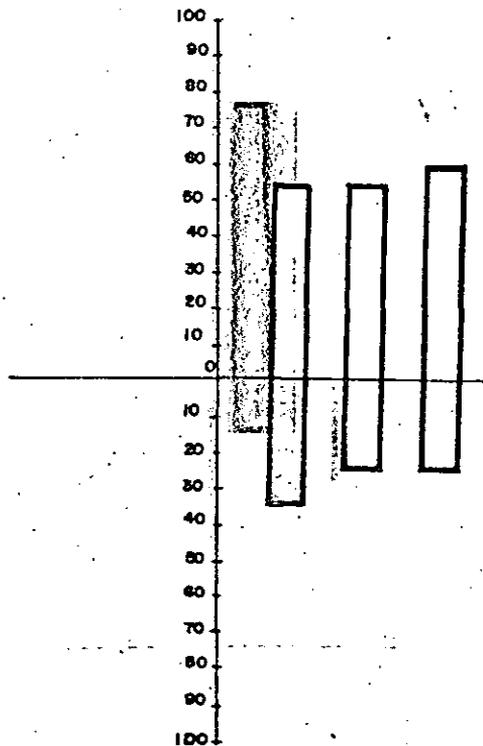
IRRESPONSABLE

DINAMICA



APATICA

GLORADORA



OTORA

2. Presentacion de datos por paciente. (N = 16).

2.1 Primer Bloque.

2.1.1 Datos Generales.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Feliz Infeliz	4	7	11	68.7	3	-	2	2	12.5	56.2
Debil Fuerte	5	6	11	68.7	-	-	5	5	31.2	37.5
Alegre Triste	5	5	10	62.5	1	3	2	5	31.2	31.3
Util Inútil	4	7	11	68.7	2	1	2	3	18.7	50.0
Insatisfecho Satisfecho	2	2	4	25.0	1	5	6	11	68.7	43.7
Potente Impotente	6	3	9	56.2	1	2	4	6	37.5	18.7
Indiferente Apasionada	3	3	6	37.5	5	4	1	5	31.2	6.3
Conforme Inconforme	10	2	12	75.0	1	-	3	3	18.7	56.3
Desafortunado Afortunado	4	4	8	50.0	1	4	3	7	43.7	6.3
Insensible Sensible	3	-	3	18.7	1	3	9	12	75.0	56.3
Indiferente Insignificante	4	4	8	50.0	3	4	1	5	31.2	18.8
Frustrada Realizada	4	5	9	56.2	1	5	1	6	37.5	18.7
Optimista Pesimista	6	3	9	56.2	4	1	2	3	18.7	37.5
Incredula Crdula	2	3	5	31.2	-	4	7	11	68.7	37.5
Comprendida Incomprendida	8	2	10	62.5	2	1	3	4	25.0	37.5
Exagerada Moderada	2	1	3	18.7	5	3	5	8	50.0	31.3
Constante Inconstante	5	6	11	68.7	-	2	3	5	31.2	37.5
Madura Inmadura	7	4	11	68.7	3	-	1	1	6.25	6.2
Rechazada Aceptada	2	3	5	31.2	3	2	6	8	50.0	18.8

2.1.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Indiferente Apasionado	3	3	6	37.5	5	4	1	5	31.2	6.3
Desafortunado Afortunado	4	4	8	50.0	1	4	3	7	43.7	6.3
Madura Inmaduro	7	4	11	68.7	3	-	1	1	6.25	6.2

2.1.3 Datos con Diferencias Mayores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Feliz Infeliz	4	7	11	68.7	3	-	2	2	12.5	56.2
Debil Fuerte	5	6	11	68.7	-	-	5	5	31.2	37.5
Alegre Triste	5	5	10	62.5	1	3	2	5	31.2	31.3
Util Inutil	4	7	11	68.7	2	1	2	3	18.7	50.0
Insatisfecho Satisfecho	2	2	4	25.0	1	5	6	11	68.7	43.7
Potente Inpotente	6	3	9	56.2	1	2	4	6	37.5	18.7
Conforme Inconforme	10	2	12	75.0	1	-	3	3	18.7	56.3
Insensible Sensible	3	-	3	18.7	1	3	9	12	75.0	56.7
Importante Insignificante	4	4	8	50.0	3	4	1	5	31.2	18.8
Frustrada Realizada	4	5	9	56.2	1	5	1	6	37.5	18.7
Optimista Pesimista	6	3	9	56.2	4	1	2	3	18.7	37.5
Incredula Credula	2	3	5	31.2	-	4	7	11	68.7	37.5
Comprendida Incomprendida	8	2	10	62.5	2	1	3	4	25.0	37.5
Exagerada Moderada	2	1	3	18.7	5	3	5	8	50.0	31.3
Constante Inconstante	5	6	11	68.7	-	2	3	5	31.2	37.5
Rechazada Aceptada	2	3	5	31.2	3	2	6	8	50.0	18.8

2.1.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUB TOTALES		3	4	5	SUB TOTALES		Dife-rencia
			Nº	%				Nº	%	
Insensible Sensible	3	-	3	18.7	1	3	9	12	75.00	56.3
Conforme Inconforme	10	2	12	75.0	1	-	3	3.7	18.7	56.3
Feliz Infeliz	4	7	11	68.7	3	-	2	2	12.5	56.2
Útil Inútil	4	7	11	68.7	2	1	2	3	18.7	50.0
Insatisfecha Satisfecha	2	2	4	25.0	1	5	6	11	68.7	43.7
Debil Fuerte	5	6	11	68.7	-	-	5	5	31.2	37.5
Optimista Pesimista	6	3	9	56.2	4	1	2	3	18.7	37.5
Incredula Credula	2	3	5	31.2	-	4	7	11	68.7	37.5
Comprendida Incomprendida	8	2	10	62.5	2	1	3	4	25.00	37.5
Constante Inconstante	5	6	11	68.7	-	2	3	5	31.2	37.5
Alegre Triste	5	5	10	62.5	11	3	2	5	31.2	31.3
Exagerada Moderada	2	1	3	18.7	5	3	5	8	50.0	31.3

2.2 Segundo Bloque

79

2.2.1 Datos Generales.

	1	2	SUBTTOTALES		3	4	5	SUBTTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
A tentada Desatenta	10	2	12	75.00	3	1	-	1	6.25	68.75
Mentirosa Verdadera	2	1	3	18.75	4	3	6	9	56.25	37.5
Paciente Impaciente	7	4	11	68.75	2	1	2	3	18.75	50.0
Razonable Obstinada	9	2	11	68.75	3	2	-	2	12.50	56.25
Orgullosa Sencilla	4	1	5	31.25	4	2	5	7	43.75	12.50
Desenvuelta Cohibida	5	3	8	50.0	2	2	4	6	37.50	12.50
Aceptada Rechazada	8	2	10	62.50	1	3	2	5	31.25	31.25
Despreciada Querida	3	2	5	31.25	3	3	5	8	50.00	18.75
Respetuosa Irrespetuosa	10	4	14	87.50	2	-	-	-	-	87.50
Irritable Tranquila	3	7	10	62.50	-	3	3	6	37.5	25.0
Festiva Melancólica	4	5	9	56.25	-	4	3	7	43.75	12.50
Egoísta Generosa	1	1	2	12.50	6	1	7	8	50.00	37.50
Oportuna Inoportuna	7	5	12	75.00	-	2	2	4	25.00	50.00
Comprensible Incomprensible	7	3	10	62.50	4	1	1	2	12.50	50.00
Introversa Extroversa	6	7	13	81.25	1	1	1	2	12.50	68.75
Inútil Útil	5	3	8	50.0	2	4	2	6	37.50	12.50
Sociable Insociable	8	4	12	75.00	2	1	1	2	12.50	62.50
Abandonada Protegida	2	3	5	31.25	3	3	5	8	50.00	18.75
Rebelde Dócil	3	4	7	43.75	2	4	3	7	43.75	-
Obediente Desobediente	7	3	10	62.50	2	2	2	4	25.00	37.25
Insignificante Importante	1	2	3	18.75	4	5	4	9	56.25	37.45
Opositora Colaboradora	1	4	5	31.25	2	6	3	9	56.25	25.00
Independiente Subordinada	4	4	8	50.00	4	1	3	4	25.00	25.00
Autoritaria Sumisa	5	7	12	75.00	2	1	1	2	12.50	62.50
Confiada Desconfiada	3	3	6	37.50	2	3	5	8	50.00	12.50
Brusca Delicada	3	1	4	25.00	6	4	2	6	37.50	12.50
Humana Inhumana	12	2	14	87.50	1	1	-	1	6.25	81.25
Indiscreta Discreta	-	-	-	-	5	3	8	11	68.75	68.75

2.2.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Rebelde Dócil	3	4	7	43.75	2	4	3	7	43.75	-

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			N°	%				N°	%	
Respetuosa Irrespetuosa	10	4	14	87.5	2	-	-	-	-	87.5
Humana Inhumana	12	2	14	87.5	1	1	-	1	6.25	81.25
Atenta Desatenta	10	2	12	75.00	3	1	-	1	6.25	68.75
Introverso Extroverso	6	7	13	81.25	1	1	1	2	12.50	68.75
Indiscreta Discreta	-	-	-	-	5	3	8	11	68.75	68.75
Sociable Insociable	8	4	12	75.00	2	1	1	2	12.50	62.50
Autoritaria Sumisa	5	7	12	75.00	2	1	1	2	12.50	62.50
Razonable Obstinada	9	2	11	68.75	3	2	0	2	12.50	56.25
Paciente Impaciente	7	4	11	68.75	2	1	2	3	18.75	50.00
Oportuna Inoportuna	7	5	12	75.00	-	2	2	4	25.00	50.00
Comprensible Incomprensible	7	3	10	62.50	4	1	1	2	12.50	50.00
Mentirosa Verdadera	2	1	3	18.75	4	3	6	9	56.25	37.50
Egoísta Generosa	1	1	2	12.50	6	1	7	8	50.00	37.50
Insignificante Importante	1	2	3	18.75	4	5	4	9	56.25	37.50
Obediente Desobediente	7	3	10	62.50	2	2	2	4	25.00	57.25
Aceptada Rechazada	8	2	10	62.50	1	3	2	5	31.25	31.25
Irritable Tranquila	3	7	10	62.50	-	3	3	6	37.50	25.00
Opositora Colaboradora	1	4	5	31.25	2	6	3	9	56.25	25.00
Independiente Subordinada	4	4	8	50.00	4	1	3	4	25.00	25.00
Despreciada Querida	3	2	5	31.25	3	3	5	8	50.00	18.75
Abandonada Protegida	2	3	5	31.25	3	3	5	8	50.00	18.75
Orgullosa Sencilla	4	1	5	31.25	4	2	5	7	43.75	12.50
Desenvuelta Cohibida	5	3	8	50.00	2	2	4	6	37.50	12.50
Festiva Malhumorada	4	5	9	56.25	-	4	3	7	43.75	12.50
Inútil Útil	5	3	8	50.00	2	4	2	6	37.50	12.50
Confiado Desconfiado	3	3	6	37.50	2	3	5	8	50.00	12.50
Brusca Delicada	3	1	4	25.00	6	4	2	6	37.50	12.50

2.2.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Respetuosa Irrespetuosa	10	4	14	87.50	2	-	-	-	-	87.5
Humana Inhumana	12	2	14	87.50	1	1	-	1	6.25	81.25
Atenta Desatenta	10	2	12	75.00	3	1	-	1	6.25	68.75
Introversa Extroversa	6	7	13	81.25	1	1	1	2	12.50	68.75
Indiscreto Discreto	-	-	-	-	5	3	8	11	68.75	68.75
Sociable Insociable	8	4	12	75.00	2	1	1	2	12.50	62.50
Autoritaria Sumisa	5	7	12	75.00	2	1	1	2	12.50	62.50
Razonable, Obstinada	9	2	11	68.75	3	2	-	2	12.50	56.25
Paciente Impaciente	7	4	11	68.75	2	1	2	3	18.75	50.00
Oportuna Inoportuna	7	5	12	75.00	-	2	2	4	25.00	50.00
Comprensible Incomprensible	7	3	10	62.50	4	1	1	2	12.50	50.00
Mentiroso Verdadero	2	1	3	18.75	4	3	6	9	56.25	37.50
Egoísta Generosa	1	1	2	12.50	6	1	7	8	50.00	37.50
Insignificante Importante	1	2	3	18.75	4	5	4	9	56.25	37.50
Obediente Desobediente	7	3	10	62.50	2	2	2	4	25.00	37.25
Aceptada Rechazada	8	2	10	62.50	1	3	2	5	31.25	31.25
Irritable Tranquila	3	7	10	62.50	-	3	3	6	37.50	25.00
Opositora Colaboradora	1	4	5	31.25	2	6	3	9	56.25	25.00
Independiente Subordinada	4	4	8	50.00	4	1	3	4	25.00	25.00

2.3.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Realizado Frustrada	4	3	7	43.75	3	3	3	6	37.5	6.25
Impaciente Paciente	2	5	7	43.75	3	3	3	6	37.5	6.25
Cohibida Audaz	3	3	6	37.50	3	5	2	7	43.75	6.25

2.3.3 Datos con Diferencias Mayores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			N°	%				N°	%	
Responsable Irresponsable	11	3	14	87.5	1	1	-	1	6.25	81.25
Dinámica Apática	7	5	12	75.00	2	1	1	2	12.5	62.5
Útil Inútil	3	2	5	31.25	3	6	2	8	50.00	18.75
Perezosa Diligente	1	3	4	25.00	4	5	3	8	50.00	25.00
Exagerada Moderada	-	1	1	6.25	4	7	4	11	68.75	62.5
Capaz Incapaz	7	5	12	75.00	3	-	1	1	6.25	68.75
Suficiente Insuficiente	6	3	9	56.25	1	5	1	6	37.5	18.75
Tranquila Irritable	7	4	11	68.75	2	2	1	3	18.75	50.00
Egosta Generosa	1	2	3	18.75	2	5	6	11	68.75	50.00
Incompetente Competente	1	3	4	25.00	3	5	4	9	56.25	31.25
Conforme Inconforme	7	3	10	62.5	4	1	1	2	12.5	50.00
Importante Insignificante	5	4	9	56.25	4	2	1	3	18.75	37.5
Obstinado Razonable	-	5	5	31.25	2	6	3	9	56.25	25.00
Colaboradora Opositora	9	3	12	75.00	2	2	-	2	12.5	62.5
Aceptada Rechazada	7	2	9	56.25	1	2	4	6	37.50	18.75
Abandonada Protegida	-	5	5	31.25	2	4	5	9	56.25	25.00
Débil Fuerte	1	5	6	37.50	2	4	4	8	50.00	12.5
Festiva Malhumorada	3	5	8	50.00	3	4	1	5	31.25	18.75
Obediente Desobediente	6	3	9	56.25	1	4	2	6	37.50	18.75
Indiferente Apasionado	3	2	5	31.25	3	4	4	8	50.00	18.75
Pesimista Optimista	2	3	5	31.25	1	6	4	10	62.50	31.25

2.3.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Responsable Irresponsable	11	3	14	87.5	1	1	-	1	6.25	81.25
Capaz Incapaz	7	5	12	75.00	3	-	1	1	6.25	68.75
Dinámica Apática	7	5	12	75.00	2	1	1	2	12.50	62.5
Exagerada Moderada	-	1	1	6.25	4	7	4	11	68.75	62.5
Colaboradora Opositora	9	3	12	75.00	2	2	-	2	12.5	62.5
Tranquila Irritable	7	4	11	68.75	2	2	1	3	18.75	50.00
Egoísta Generosa	1	2	3	18.75	2	5	6	11	68.75	50.00
Conforme Inconforme	7	3	10	62.50	4	1	1	2	12.5	50.00
Importante Insignificante	5	4	9	56.25	4	2	1	3	15.75	37.5
Incompetente Competente	1	3	4	25.00	3	5	4	9	56.25	31.25
Pesimista Optimista	2	3	5	31.25	1	6	4	10	62.50	31.25
Perezosa Diligente	1	3	4	25.00	4	5	3	8	50.00	25.00
Abandonada Protegida	-	5	5	31.25	2	4	5	9	56.25	25.00
Obstinada Razonable	-	5	5	31.25	2	6	3	9	56.25	25.00

3. Presentacion de Datos por Familia (N = 16)

3.1 Primer Bloque.

3.1.1 Datos Generales.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Feliz Infeliz	2	2	4	25.00	2	5	5	10	62.5	37.5
Debil Fuerte	4	3	7	43.7	2	4	3	7	43.7	-
Alegre Triste	6	4	10	62.50	1	3	2	5	31.2	31.3
Útil Inútil	2	4	6	37.5	1	5	4	9	56.2	18.7
Insatisfecho Satisfecho	6	3	9	56.2	1	4	2	6	37.5	18.7
Potente Impotente	5	3	8	50.0	2	6	-	6	37.5	12.5
Indiferente Aposionada	1	4	5	31.2	4	6	1	7	43.7	12.5
Conforme Inconforme	3	5	8	50.0	1	2	5	7	43.7	6.3
Desafortunada Afortunada	7	2	9	56.2	3	4	-	4	25.0	31.2
Insensible Sensible	1	4	5	31.2	4	2	5	7	43.7	12.5
Importante Insignificante	7	2	9	56.2	5	1	1	2	12.50	43.7
Frustrada Realizada	3	5	8	50.0	1	6	1	7	43.7	6.3
Optimista Pesimista	5	5	10	62.5	2	3	1	4	25.0	37.5
Incrédula Crédula	5	4	9	56.2	2	4	1	5	31.2	25.0
Comprendida Incomprendida	3	3	6	37.5	5	2	3	5	31.2	6.3
Exagerada Moderada	3	2	5	31.2	2	4	5	9	56.2	25.0
Constante Inconstante	3	3	6	37.5	2	6	2	8	50.0	12.5
Madura Inmadura	5	4	9	56.2	2	3	1	4	25.0	31.2
Rechazada Aceptada	2	3	5	31.2	2	5	5	10	62.5	31.3

3.1.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Conforme Inconforme	3	5	8	50.0	1	2	5	7	43.7	6.3
Frustrada Realizada	3	5	8	50.0	1	6	1	7	43.7	6.3
Comprendido Incomprendido	3	3	6	37.5	5	2	3	5	31.2	6.3
Debil Fuerte	4	3	7	43.7	2	4	3	7	43.7	-

3.1.3 Datos con Diferencias Mayores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Feliz Infeliz	2	2	4	25.0	2	5	5	10	62.5	37.5
Alegre Triste	6	4	10	62.5	1	3	2	5	31.2	31.3
Útil Inútil	2	4	6	37.5	1	5	4	9	56.2	18.7
Insatisfecha Satisfecha	6	3	9	56.2	1	4	2	6	37.5	18.7
Potente Impotente	5	3	8	50.0	2	6	-	6	37.5	12.5
Indiferente Apasionada	1	4	5	31.2	4	6	1	7	43.7	12.5
Desafortunada Afortunada	7	2	9	56.2	3	4	-	4	25.0	31.2
Insensible Sensible	1	4	5	31.2	4	2	5	7	43.7	12.5
Importante Insignificante	7	2	9	56.2	5	1	1	2	12.5	43.7
Optimista Pesimista	5	5	10	122.5	2	3	1	4	25.0	37.5
Incrédula Crédula	5	4	9	56.2	2	4	1	5	31.2	25.0
Exagerada Moderada	3	2	5	31.2	2	4	5	9	56.2	25.0
Constante Inconstante	3	3	6	37.5	2	6	2	8	50.0	12.5
Madura Inmadura	5	4	9	56.2	2	3	1	4	25.0	31.2
Rechazada Aceptada	2	3	5	31.25	2	5	5	10	62.5	31.3

3.1.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Importante Insignificante	7	2	9	56.2	5	1	1	2	12.5	43.7
Feliz Infeliz	2	2	4	25.0	2	5	5	10	62.5	37.5
Optimista Pesimista	5	5	10	62.5	2	3	1	4	25.0	37.5
Alegre Triste	6	4	10	62.5	1	3	2	5	31.2	31.3
Rechazada Aceptada	2	3	5	31.2	2	5	5	10	62.5	31.3
Madura Inmadura	5	4	9	56.2	2	3	1	4	25.0	31.2
Desafortunada Afortunada	7	2	9	56.2	3	4	-	4	25.0	31.2
Exagerada Moderada	3	2	5	31.2	2	4	5	9	56.2	25.0
Incredula Credula	5	4	9	56.2	2	4	1	5	31.2	25.0

3.2 Segundo Bloque

3.2.1 Datos Generales

91

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			N°	%				N°	%	
Atenta Desatenta	6	4	10	62.5	4	-	2	2	12.50	50.00
Mentirosa Verdadera	3	4	7	43.75	4	2	3	5	31.25	12.50
Paciente Impaciente	2	3	5	31.25	1	4	6	10	62.50	31.25
Razonable Obstinado	6	3	9	56.25	3	3	1	4	25.00	31.20
Orgullosa Sencilla	1	3	4	25.00	3	3	6	9	56.25	31.25
Desenvuelta Cohibida	6	2	8	50.00	3	4	1	5	31.25	18.75
Aceptada Rechazada	8	4	12	75.00	1	2	1	3	18.75	56.25
Despreciada Querida	1	1	2	12.50	4	4	6	10	62.50	50.00
Respetuosa Irrespetuosa	6	5	11	68.75	3	-	2	2	12.50	56.25
Irritable Tranquila	5	4	9	56.25	-	5	2	7	43.75	12.50
Festiva Malhumorada	6	4	10	62.5	2	3	1	4	25.00	37.50
Egoísta Generosa	1	3	4	25.00	6	2	4	6	37.50	12.50
Oportuna Inoportuna	5	2	7	43.75	5	4	-	4	25.00	18.75
Comprensible Incomprensible	2	4	6	37.50	2	4	4	8	50.00	12.50
Introvertida Extrovertida	2	6	8	50.00	2	2	4	6	37.50	12.50
Inútil Útil	4	3	7	43.75	3	4	2	6	37.50	6.25
Sociable Insociable	6	4	10	62.5	2	2	2	4	25.00	37.50
Abandonada Protegida	3	1	4	25.00	3	4	3	9	56.25	31.25
Rebelde Dócil	3	5	8	50.00	2	3	3	6	37.50	12.50
Obediente Desobediente	2	6	8	50.00	1	2	5	7	43.75	6.25
Insignificante Importante	1	1	2	12.50	3	5	6	11	68.75	56.25
Opositora Colaboradora	3	2	5	31.25	3	3	5	8	50.00	18.75
Independiente Subordinado	2	3	5	31.25	3	5	3	8	50.00	18.75
Autoritaria Sumisa	3	5	8	50.00	2	4	2	6	37.50	12.50
Confiada Desconfiada	3	2	5	31.25	2	4	5	9	56.25	25.00
Brusca Delicada	3	-	3	18.75	5	4	4	8	50.00	31.25
Humana Inhumana	8	2	10	62.5	2	3	11	4	25.00	37.50
Indiscreta Discreta	-	1	1	6.25	3	6	6	12	75.00	68.80

3.2.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUB TOTALES		3	4	5	SUB TOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Inútil Útil	4	3	7	43.75	3	4	2	6	37.50	6.25
Obediente Desobediente	2	6	8	50.00	1	2	5	7	43.75	6.25

UNIVERSIDAD DE LOS ANGELES - Los Angeles, California - 90032

UNIVERSITY OF THE SAHARA - Datos de la encuesta. Diferencias Mayores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			N°	%				N°	%	
Indiscreta Discreta	-	1	1	6.25	3	6	6	12	75.00	68.80
Aceptada Rechazada	8	4	12	75.00	1	2	1	3	18.75	56.25
Respetuosa Irrespetuosa	6	5	11	68.75	3	-	2	2	12.50	56.25
Insignificante Importante	1	1	2	12.50	3	5	6	11	68.75	56.25
Atento Desatento	6	4	10	62.50	4	-	2	2	12.50	50.00
Despreciado Querido	1	1	2	12.50	4	4	6	10	62.50	50.00
Festiva Mal humorada	6	4	10	62.50	2	3	1	4	25.00	37.50
Sociable Insociable	6	4	10	62.50	2	2	2	4	25.00	37.50
Humana Inhumana	8	2	10	62.50	2	3	1	4	25.00	37.50
Paciente Impaciente	2	3	5	31.25	1	4	6	10	62.50	31.25
Orgullosa Sencilla	1	3	4	25.00	3	3	6	9	56.25	31.25
Abandonada Protegida	3	1	4	25.00	3	4	5	9	56.25	31.25
Brusca Delicada	3	-	3	18.75	5	4	4	8	50.00	31.25
Razonable Obstinada	6	3	9	56.25	3	3	1	4	25.00	31.20
Confianza Desconfianza	3	2	5	31.25	2	4	5	9	56.25	25.00
Desenvuelto Cohibido	6	2	8	50.00	3	4	11	5	31.25	18.75
Oportuna Inoportuna	5	2	7	43.75	5	4	-	4	25.00	18.75
Opositora Colaboradora	3	2	5	31.25	3	3	3	8	50.00	18.75
Independiente Subordinado	2	3	5	31.25	3	5	3	8	50.00	18.75
Mentirosa Verdadera	3	4	7	43.75	4	2	3	5	31.25	12.50
Irritable Tranquila	5	4	9	56.25	-	5	2	7	43.75	12.50
Egoista Generoso	1	3	4	25.00	6	2	4	6	37.50	12.50
Comprensible Incomprensible	2	4	6	37.50	2	4	4	8	50.00	12.50
Introversa Extroversa	2	6	8	50.00	2	2	4	6	37.50	12.50
Rebelde Dácil	3	5	8	50.00	2	3	3	6	37.50	12.50
Autoritaria Sumisa	3	5	8	50.00	2	4	2	6	37.50	12.50

3.2.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Indiscreta Discreta	-	1	1	62.5	3	3	6	12	75.00	68.80
Aceptada Rechazada	8	4	12	75.00	1	2	1	3	18.75	56.25
Respetuosa Irrespetuosa	6	5	11	68.75	3	-	2	2	12.50	56.25
Insignificante Importante	1	1	2	12.50	3	5	6	11	69.75	56.25
Atenta Desatenta	6	4	10	62.50	4	-	2	2	12.50	50.00
Despreciada Querida	1	1	2	12.50	4	4	6	10	62.50	50.00
Festiva Malhumorada	6	4	10	62.50	2	3	1	4	25.00	37.50
Sociable Insociable	6	4	10	62.50	2	2	2	4	25.00	37.50
Humana Inhumana	8	2	10	62.50	2	3	1	4	25.00	37.50
Paciente Impaciente	2	3	5	31.25	1	4	6	10	62.50	31.25
Orgullosa Sencilla	1	3	4	25.00	3	3	6	9	56.25	31.25
Abandonada Protegida	3	1	4	25.00	3	4	5	9	56.25	31.25
Brusca Delicada	3	-	3	18.75	5	4	4	8	50.00	31.25
Razonable Obstinada	6	3	9	56.25	3	3	1	4	25.00	31.20
Confianza Desconfianza	3	2	5	31.25	2	4	5	9	56.25	25.00

3.3 Tercer Bloque

95

3.3.1 Datos Generales.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			N°	%				N°	%	
Responsable Irresponsable	4	2	6	37.5	6	3	1	4	25.00	12.50
Dinámico Apático	3	6	9	56.25	3	1	3	4	25.00	31.25
Útil Inútil	4	4	8	50.00	3	4	1	5	31.25	18.75
Perezosa Diligente	4	1	5	31.25	3	6	2	8	50.00	18.75
Realizada Frustrada	1	6	7	43.75	2	2	5	7	43.75	-
Impaciente Paciente	5	4	9	56.25	2	4	1	5	31.25	25.00
Exagerada Moderada	1	2	3	18.75	3	4	6	10	62.5	43.75
Capaz Incapaz	6	4	10	62.5	1	4	1	5	31.25	31.25
Suficiente Insuficiente	4	6	10	62.5	2	3	1	4	25.00	37.50
Tranquila Irritable	2	4	6	37.5	1	3	6	9	56.25	18.75
Egoísta Generosa	2	2	4	25.00	3	6	3	9	56.25	31.25
Incompetente Competente	3	5	8	50.00	2	3	3	6	37.5	12.50
Conforme Inconforme	5	3	8	50.00	1	3	4	7	43.75	6.25
Importante Insignificante	3	4	7	43.75	1	6	2	8	50.00	6.25
Obstinado Razonable	2	3	5	31.25	3	4	4	8	50.00	18.75
Cohívido Audoz	3	3	6	37.5	3	5	3	7	43.75	6.25
Colaboradora Opositora	5	4	9	56.25	1	4	1	6	37.5	18.75
Aceptada Rechazada	3	4	7	43.75	1	6	4	8	50.00	6.25
Abandonada Protegida	1	3	4	25.00	2	4	4	10	62.5	37.50
Débil Fuerte	4	4	8	50.00	2	4	2	6	37.5	12.5
Festiva Malhumorada	3	3	6	37.5	2	2	4	8	50.00	12.5
Obediente Desobediente	3	4	7	43.75	2	-	5	7	43.75	-
Indiferente Apasionado	2	3	5	31.25	4	6	1	7	43.75	12.5
Pesimista Optimista	2	4		37.5	2	5	3	8	50	25

3.3.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Realizado Frustrada	1	6	7	43.75	2	2	5	7	43.75	-
Obediente Desobediente	3	4	7	43.75	2	-	5	7	43.75	-
Conforme Inconforme	5	3	8	50.00	1	3	4	7	43.75	6.25
Importante Insignificante	3	4	7	43.75	1	6	2	8	50.00	6.25
Cohibido Audaz	3	3	6	37.5	3	5	3	7	43.75	6.25
Aceptada Rechazada	3	4	7	43.75	1	6	4	8	50.00	6.25

3.3.3 Datos con Diferencias Mayores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Responsable Irresponsable	4	2	6	37.50	6	3	1	4	25.00	12.50
Dinámica Apática	3	6	9	56.25	3	1	3	4	25.00	31.25
Útil Inútil	4	4	8	50.00	3	4	1	5	31.25	18.25
Perezosa Diligente	4	1	5	31.25	3	6	2	8	50.00	18.75
Impaciente Paciente	5	4	9	56.25	2	4	1	5	31.25	25.00
Exagerada Moderada	1	2	3	18.75	3	4	6	10	62.25	43.75
Capaz Incapaz	6	4	10	62.5	1	4	1	5	31.25	31.25
Suficiente Insuficiente	4	6	10	62.50	2	3	1	4	25.00	37.50
Tranquilo Irritable	2	4	6	37.5	1	3	6	9	56.25	18.75
Egoísta Generosa	2	2	4	25.00	3	6	3	9	56.25	31.25
Incompetente Competente	3	5	8	50.00	2	3	3	6	37.50	12.50
Obstinada Razonable	2	3	5	31.25	3	4	4	8	50.00	18.75
Colaboradora Opositora	5	4	9	56.25	1	4	1	6	37.50	18.75
Abandonada Protegida	1	3	4	25.00	2	4	4	10	62.50	37.50
Debil Fuerte	4	4	8	50.00	2	4	2	6	37.50	12.50
Festivo Malhumorado	3	3	6	37.50	2	2	4	8	50.00	12.50
Indiferente Apasionada	2	3	5	31.25	4	6	1	7	43.75	12.25
Pesimista Optimista	2	4	6	37.50	2	5	3	8	50.00	12.5

3.3.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Exagerada Moderada	1	2	3	18.75	3	4	6	10	62.51	43.75
Suficiente Insuficiente	4	6	10	62.5	2	3	1	4	25.00	37.50
Abandonada Protegida	1	3	4	25.00	2	4	4	10	62.5	37.50
Dinámica Apática	3	6	9	56.25	3	1	3	4	25.00	31.25
Capaz Incapaz	6	4	10	62.5	1	4	1	5	31.25	31.25
Egoísta Generosa	2	2	4	25.00	3	6	3	9	56.25	31.25
Impaciente Paciente	5	4	9	56.25	2	4	1	5	31.25	25.00

4. Presentación de Datos por el Grupo Social PROMAS (N=16)

99

4.1 Primer Bloque.

4.1.1 Datos Generales.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Feliz Infeliz	1	4	5	31.2	4	1	6	7	43.7	12.5
Debil Fuerte	5	5	10	62.5	2	1	3	4	25.0	37.5
Alegre Triste	2	6	8	50.0	1	5	2	7	43.7	6.37
Útil Inútil	2	5	7	43.7	2	4	3	7	43.7	-
Insatisfecha Satisfecha	3	7	10	62.5	2	2	2	4	25.0	37.5
Potente Impotente	3	1	4	25.0	4	4	4	8	50.0	25.0
Indiferente Aposionada	2	4	6	37.5	4	6	-	6	37.5	-
Conforme Inconforme	2	3	5	31.2	2	4	5	9	56.2	25.0
Desafortunada Afortunada	6	4	10	62.5	3	3	-	3	18.7	43.8
Insensible Sensible	1	3	4	25.0	1	4	7	11	68.7	37.7
Importante Insignificante	4	4	8	50.0	3	1	4	5	31.2	19.0
Frustrada Realizada	8	4	12	75.0	2	2	-	2	12.50	62.5
Optimista Pesimista	2	5	7	43.7	1	4	4	8	50.00	6.3
Incrédula Crédula	6	1	7	43.7	4	3	2	5	31.2	12.5
Comprendida Incomprendida	2	3	5	31.2	3	6	2	8	50.0	18.8
Exagerada Moderada	2	3	5	31.2	6	1	4	5	31.2	-
Constante Inconstante	4	3	7	43.7	3	3	3	6	37.5	6.2
Madura Inmadura	5	4	9	56.2	2	4	1	5	25.0	31.2
Rechazada Aceptada	5	5	10	62.5	1	3	2	5	25.0	37.5

4.1.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUB TOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Alegre Triste	2	6	8	50.00	1	5	2	7	43.7	6.3
Optimista Pesimista	2	5	7	43.75	1	4	4	8	50.0	6.3
Constante Inconstante	4	3	7	43.7	3	3	3	6	37.5	6.2
Útil Inútil	2	5	7	43.7	2	4	3	7	43.7	-
Indiferente Apasionada	2	4	6	37.5	4	6	-	6	37.5	-
Exagerado Moderado	2	3	5	31.2	6	1	4	5	31.2	-

4.1.3 Datos con Diferencias Mayores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Feliz Infeliz	1	4	5	31.2	4	1	6	7	43.7	12.5
Debil Fuerte	5	5	10	62.5	2	1	3	4	25.0	37.5
Insatisfecha Satisfecha	3	7	10	62.5	2	2	2	4	25.0	37.5
Potente Impotente	3	1	4	25.0	4	4	4	8	50.0	25.0
Conforme Inconforme	2	3	5	31.2	2	4	5	9	56.2	25.0
Desafortunado Afortunado	6	4	10	62.5	3	3	-	3	18.7	43.8
Insensible Sensible	1	3	4	25.0	1	4	7	11	68.7	37.7
Importante Insignificante	4	4	8	50.00	3	1	4	5	31.0	18.8
Frustrada Realizada	8	4	12	75.0	2	2	-	2	12.5	62.5
Incrédula Credula	6	1	7	43.7	4	3	2	5	31.2	12.5
Comprendida Incomprendida	2	3	5	31.2	3	6	2	8	50.0	18.8
Madura Inmadura	5	4	9	56.2	2	4	1	5	25.00	31.2
Rechazada Aceptada	5	5	10	62.5	1	3	2	5	25.00	37.5

4.1.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Frustrada Realizada	8	4	12	75.00	2	2	-	2	12.5	62.5
Desafortunada Afortunada	6	4	10	62.5	3	3	-	3	18.7	43.8
Insensible Sensible	1	3	4	25.0	1	4	7	11	68.7	37.7
Insatisfecho Satisfecho	3	7	10	62.5	2	2	2	4	25.0	37.5
Débil Fuerte	5	5	10	62.5	2	1	3	4	25.0	37.5
Rechazada Aceptada	5	5	10	62.5	1	3	2	5	25.0	37.6
Maduro Inmaduro	5	4	9	56.2	2	4	1	5	25.0	31.2
Potente Impotente	3	1	4	25.0	4	4	4	8	50.0	25.0
Conforme Inconforme	2	3	5	31.2	2	4	5	9	56.2	25.0

4.2 Segundo Bloque

4.2.1 Datos Generales.

103

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Atenta Desatenta	3	5	8	50.00	4	3	1	4	25.00	2500
Mentiroso Verdadero	1	4	5	31.25	6	2	3	5	31.25	-
Paciente Impaciente	3	5	8	50.00	-	4	4	8	50.00	-
Razonable Obstinada	4	2	6	37.50	2	4	4	8	50.00	12.50
Orgullosa Sencilla	2	3	5	31.25	4	4	3	7	43.75	12.50
Desenvuelta Cohibida	2	3	5	31.25	3	5	3	8	50.00	1875
Aceptada Rechazada	4	6	10	62.50	1	2	3	5	31.25	31.25
Despreciada Querida	-	6	6	37.50	2	4	4	8	50.00	12.50
Respetuoso Irréspetuoso	4	3	7	43.75	6	2	1	3	18.75	25.00
Irritable Tranquila	5	6	11	68.75	1	3	1	4	25.00	43.75
Festiva Malhumorada	1	6	7	43.75	3	4	2	6	37.50	6.25
Egoista Generosa	4	5	9	56.25	1	2	4	6	37.50	18.75
Oportuna Inoportuna	2	2	4	25.00	6	3	3	6	37.50	12.50
Comprensible Incomprensible	3	3	6	37.50	3	5	2	7	43.75	6.25
Introversa Extroversa	2	5	7	43.75	1	6	2	8	50.00	6.25
Inútil Útil	3	4	7	43.75	1	7	1	8	50.00	6.25
Sociable Insociable	4	6	10	62.50	1	3	2	5	31.25	31.25
Abandonada Protegida	3	6	9	56.25	-	4	3	7	43.75	12.50
Rebelde Dócil	4	8	12	75.00	2	2	-	2	12.50	62.50
Obediente Desobediente	1	5	6	37.50	2	5	3	8	50.00	12.50
Insignificante Importante	2	8	10	62.50	2	2	2	4	25.00	37.50
Opositora Colaboradora	4	5	9	56.25	2	3	2	5	31.25	25.00
Independiente Subordinada	3	4	7	43.75	4	2	3	5	31.25	12.50
Autoritaria Sumisa	0	8	8	50.00	4	3	1	4	25.00	25.00
Confiado Desconfiado	1	5	6	37.50	2	5	3	8	50.00	12.50
Brusca Delicada	1	6	7	43.75	4	3	2	5	31.25	12.50
Humana Inhumana	6	5	11	68.75	3	1	1	2	12.50	56.25
Indiscreta Discreta	2	5	7	43.75	4	2	3	5	31.25	12.50

4.2.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Festiva Malhumorada	1	6	7	43.75	3	4	2	6	37.50	6.25
Comprensible Incomprensible	3	3	6	37.50	3	5	2	7	43.75	6.25
Introversa Extroversa	2	5	7	43.75	1	6	2	8	50.00	6.25
Inútil Útil	3	4	7	43.75	1	7	1	8	50.00	6.25
Mentirosa Verdadera	1	4	5	31.25	6	2	3	5	31.25	-
Paciente Impaciente	3	5	8	50.00	-	4	4	8	50.00	-

4.2.3 Datos con Diferencias Mayores que diez.

105

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Atenta Desatenta	3	5	8	50.00	4	3	1	4	2500	2500
Razonable Obstinada	4	2	6	37.50	2	4	4	8	5000	1250
Orgullosa Sencilla	2	3	5	31.25	4	4	3	7	4375	1250
Desenvuelta Cohibida	2	3	5	31.25	3	5	3	8	5000	1875
Aceptada Rechazada	4	6	10	62.50	1	2	3	5	31.25	3125
Despreciada Querida	-	6	6	37.50	2	4	4	8	50.00	12.50
Respetuosa Irrespetuosa	4	3	7	43.75	6	2	1	3	18.75	25.00
Irritable Tranquila	5	6	11	68.75	1	3	1	4	25.00	43.75
Egoista Generosa	4	5	9	56.25	1	2	4	6	37.50	18.75
Oportuna Inoportuna	2	2	4	25.00	6	3	3	6	37.50	12.50
Sociable Insociable	4	6	10	62.50	1	3	2	5	31.25	31.25
Abandonada Protegida	3	6	9	56.25	-	4	3	7	43.75	12.50
Rebelde Dócil	4	8	12	75.00	2	2	-	2	12.50	62.50
Obediente Desobediente	1	5	6	37.50	2	5	3	8	50.00	12.50
Insuficiente Importante	2	8	10	62.50	2	2	2	4	25.00	37.50
Opositora Colaboradora	4	5	9	56.25	2	3	2	5	31.25	25.00
Independiente Subordinada	3	4	7	43.75	4	2	3	5	31.25	12.50
Autoritaria Sumisa	-	8	8	50.00	4	3	1	4	25.00	25.00
Confiado Desconfiado	1	5	6	37.50	2	5	3	6	50.00	12.50
Brusca Delicada	1	6	7	43.75	4	3	2	5	31.25	12.50
Humana Inhumana	6	5	11	68.75	3	1	1	2	12.50	56.25
Indiscreto Discreto	2	5	7	43.75	4	2	3	5	31.25	12.50

4.2.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Dife- rencia
			Nº	%				Nº	%	
Rebelde Dócil	4	8	12	75.00	2	2	0	2	12.50	62.50
Humana Inhumana	6	5	11	68.75	3	1	1	2	12.50	56.25
Irritable Tranquilo	5	6	11	68.75	1	3	1	4	50.00	43.75
Insignificante Importante	2	8	10	62.50	2	2	2	4	25.00	37.50
Sociable Insociable	4	6	10	62.50	1	3	2	5	31.25	31.25
Aceptada Rechazada	4	6	10	62.50	1	2	3	5	31.25	31.25
Atententa Desatenta	3	5	8	50.00	4	3	1	4	25.00	25.00
Respetuosa Irrespetuosa	4	3	7	43.75	6	2	1	3	18.75	25.00
Opositora Colaboradora	4	5	9	56.25	2	3	2	5	31.25	25.00
Autoritaria Sumisa	-	8	8	50.00	4	3	1	4	25.00	25.00

4.3 Tercer Bloque

4.3.1 Datos Generales.

107

	1	2	SUB TOTALES		3	4	5	SUB TOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Responsable Irresponsable	3	6	9	56.25	3	3	1	4	25.00	31.25
Dinámica Apático	3	6	9	56.25	2	4	1	5	31.25	25.00
Útil Inútil	4	2	6	37.50	3	4	3	7	43.75	6.25
Perezoso Diligente	3	3	6	37.50	3	4	3	7	43.75	6.25
Realizada Frustrada	2	7	9	56.25	1	2	4	6	37.50	18.90
Impaciente Paciente	3	6	9	56.25	2	3	2	5	31.25	25.00
Exagerada Moderada	1	6	7	43.75	3	3	3	6	37.50	6.25
Capaz Incapaz	3	6	9	56.25	3	2	2	4	25.00	31.25
Suficiente Insuficiente	-	6	6	37.50	4	3	3	6	37.50	-
Tranquila Irritable	1	3	4	25.00	3	6	3	9	56.25	31.25
Egoísta Generosa	3	6	9	56.25	1	2	4	6	37.50	18.90
Incompetente Competente	3	7	10	62.50	1	1	4	5	31.25	31.25
Conforme Inconforme	2	6	8	50.00	2	2	4	6	37.50	12.5
Importante Insignificante	3	4	7	43.75	1	5	3	8	50.00	6.25
Obstinada Razonable	4	7	11	68.75	1	2	2	4	25.00	43.8
Cohibida Audaz	2	5	7	43.75	3	4	2	6	37.5	6.25
Colaboradora Opositora	2	7	9	56.25	3	2	2	4	25.00	31.25
Aceptada Rechazada	2	4	6	37.5	3	3	4	7	43.75	6.25
Abandonada Protegida	-	8	8	50.00	-	4	4	8	50.00	-
Debil Fuerte	5	5	10	62.5	2	2	2	4	25.00	38.8
Festivo Malhumorado	2	6	8	50.00	2	2	4	6	37.5	12.5
Obediente Desobediente	2	6	8	50.00	1	4	3	7	43.75	6.25
Indiferente Apasionada	2	6	8	50.00	3	4	1	5	31.25	18.8
Pesimista Optimista	3	2	5	31.25	6	2	3	5	31.25	-

4.3.2 Datos con Diferencias menores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Suficiente Insuficiente	-	6	6	37.5	4	3	3	6	37.5	-
Abandonada Protegida	-	8	8	50.00	-	4	4	8	50.00	-
Pesimista Optimista	3	2	5	31.25	6	2	3	5	31.25	-
Útil Inútil	4	2	6	37.5	3	4	3	7	43.75	6.25
Perezoso Diligente	3	3	6	37.5	3	4	3	7	43.75	6.25
Exagerada Moderada	1	6	7	43.75	3	3	3	6	37.5	6.25
Importante Insignificante	3	4	7	43.75	1	5	3	8	50.00	6.25
Cohibido Audaz	2	5	7	43.75	3	4	2	6	37.5	6.25
Aceptado Rechazado	2	4	6	37.5	3	3	4	7	43.75	6.25
Obediente Desobediente	2	6	8	50.00	1	4	3	7	43.75	6.25

4.3.3 Datos con Diferencias Mayores que diez.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Responsable Irresponsable	3	6	9	56.25	3	3	1	4	25.00	31.25
Dinámica Apática	3	6	9	56.25	2	4	1	5	31.25	25.0
Realizada Frustrada	2	7	9	56.25	1	2	4	6	37.5	18.9
Impaciente Paciente	3	6	9	56.25	2	3	2	5	31.25	25.00
Capaz Incapaz	3	6	9	56.25	3	2	2	4	25.00	31.25
Tranquilo Irritable	1	3	4	25.00	3	6	3	9	56.25	31.25
Egoísta Generosa	3	6	9	52.25	1	2	4	6	37.5	18.9
Incompetente Competente	3	7	10	62.50	1	1	4	5	31.25	31.25
Conforme Inconforme	2	6	8	50.00	2	2	4	6	37.5	12.5
Obstinada Razonable	4	7	11	68.75	1	2	2	4	25.00	43.8
Colaboradora Opositora	2	7	9	56.25	3	2	2	4	25.00	31.25
Débil Fuerte	5	5	10	62.50	2	2	2	4	25.00	38.8
Festiva Matumorada	2	8	8	50.00	2	2	4	6	37.50	12.50
Indiferente Apasionada	2	6	8	50.00	3	4	1	5	31.25	18.8

4.3.4 Datos con Diferencias Mayores que veinte.

	1	2	SUBTOTALES		3	4	5	SUBTOTALES		Diferencia
			Nº	%				Nº	%	
Obstinada Razonable	4	7	11	68.75	1	2	2	4	2500	43.8
Débil Fuerte	5	5	10	62.5	2	2	2	4	2500	38.8
Responsable Irresponsable	3	6	9	56.25	3	3	1	4	25.00	31.25
Capaz Incapaz	3	6	9	56.25	3	2	2	4	25.00	31.25
Tranquila Irritable	1	3	4	25.00	3	6	3	9	56.25	31.25
Incompetente Competente	3	7	10	62.5	1	1	4	5	31.25	31.25
Colaboradora Opositora	2	7	9	56.25	3	2	2	4	25.00	31.25
Dinámica Apática	3	6	9	56.25	2	4	1	5	31.25	25.00
Impaciente Paciente	3	6	9	56.25	2	3	2	5	31.25	25.00

5. CONCLUSIONES:

Para determinar las conclusiones que a continuación se presentarán, se han tomado los resultados mayores en un 20% y los menores en un 10%, cifras que consideramos significativas para determinar la imagen que se tiene del inválido parapléjico.

Consideramos importante anotar que los resultados aquí presentados son los obtenidos fielmente en una investigación realizada en la ciudad de Cartagena, en inválidos parapléjicos pertenecientes a la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Lisiados, en un miembro de su familia y en un vecino; representandonos éste último la comunidad general, ya que es un grupo que habita en todos los sectores de la ciudad.

El método utilizado para ésta investigación fué el Científico, elaboramos una prueba con base en el modelo de Osgood (de polaridades) y el medio fué el de encuestas por muestreo.

La muestra fué de 48 sujetos en su totalidad (la inválidos parapléjicos, 16 miembros de familia y 16 vecinos).

Las conclusiones del primer bloque se tomarán como resultado de la sociedad global ya que agrupamos el conjunto de respuestas dadas por el paciente, la familia y el vecindario a quien llamamos específicamente grupo social próximo. En tanto que las conclusiones de los demás bloques fueron consideradas específicas de cada

aspecto: paciente, familia y grupo social próximo.

En el análisis de los resultados se tiene en cuenta el significado literal de la palabra y las diferencias en porcentajes de más de 20. La imagen resultante muchas veces contiene palabras contradictorias, complementarias o sinónimas, sin embargo, como desconocemos los diferentes sentidos dados por las personas encuestadas, una discusión a cerca de estos aspectos se hará desde el punto de vista de la significación para los investigadores de los diferentes conceptos utilizados.

5.1. La Sociedad: El inválido parapléjico es considerado por la sociedad de Cartagena como una persona madura, sensible, frustrada, desafortunada, importante, débil, optimista, alegre y constante en un porcentaje mayor al 20%.

Conceptuó en un porcentaje menor al 10% que es una persona comprendida, aceptada, insatisfecha, feliz, apasionada y potente. Consideró en igualdad de porcentajes el ser una persona crédula - incrédula.

Nosotras consideramos, que para la sociedad, el ser el inválido una persona frustrada, desafortunada, débil e insatisfecha es consecuencia de su misma limitación física y lo vé sólo desde ese aspecto.

La sociedad vé al inválido dentro de sus relaciones con los demás (padre, esposo (a), hijos, hermanos, amigos; etc.) como una persona humana, respetuosa, atenta, sociable, discreta, aceptada, au

toritaria, irritable, rebelde, razonable e introvertida.

También lo considera una persona paciente, independiente, verdadera, colaboradora, desenvuelta e inútil.

En los conceptos sociable, introvertida dados por la sociedad, suponemos, que para ella aunque el inválido parapléjico mantenga relaciones positivas con los demás, prefiere vivir su mundo interior.

Creemos además que para ella la palabra inútil no representa el que el inválido sea una carga, un lastre, sino que lo toma como seudónimo de la palabra invalidez, ya que lo vé como una persona colaboradora.

Dentro de una actividad lo califica como un sujeto capaz, responsable, dinámico, colaborador, moderado, conforme, generoso y protegido, en porcentajes mayores que 20 , lo que indica que el paciente puede desenvolverse y desarrollarse socialmente sin que su impedimento físico y las consecuencias que éste trae lo afecte en la actividad que pueda desarrollar.

5.2. El Paciente: El inválido se considera a si mismo indiferente, desafortunado y maduro. También se considera en porcentajes mayores que 20 como una persona sensible, conforme, feliz, útil, satisfecha, débil, optimista, crédula, comprendida, cons

tante, alegre y moderada.

Por todos estos datos consideramos que el paciente, tiene un concepto positivo de si mismo, aunque se considere desafortunado al no poderse desempeñar normalmente en todos los aspectos de la vida, precisamente por su limitación física.

Dentro de sus relaciones familiares y sociales el inválido no pudo definirse como rebelde o dócil, pero si se considera dentro de ellas respetuoso, humano, atento, introverso, discreto, sociable, autoritario, razonable, paciente, oportuno, comprensible, verdadero, generoso, importante, obediente, aceptado, irritable, colaborador e independiente.

Interpretamos el concepto que tiene el inválido parapléjico de sus relaciones interpersonales como muy positivo, considera a su vez, su comportamiento muy normal y aceptable con el de las personas con quien continuamente se interacciona.

Suponemos en el inválido un poco de autoritarismo por la necesidad que siente de manifestar su importancia dentro de su grupo familiar y una irritabilidad dada por su misma limitación física.

En una actividad se considera el paciente una persona realizada, impaciente, audaz, responsable, capaz, dinámica, moderada, colaboradora, tranquila, generosa, conforme, importante, competente, -

optimista, diligente, protegida y razonable.

Todo lo anterior nos lleva a la conclusión de que el inválido como persona se siente realizado, capaz de desenvolverse en una actividad de una forma adecuada y en la medida de su limitación, contando con la protección de que es objeto por su misma situación vivida, tomándolo de una forma normal y sin importancia en el desenvolvimiento cotidiano.

5.3. La Familia: Lo sitúa como una persona conforme, frustrada y comprendida. En los conceptos débil-fuerte, los porcentajes fueron equitativos.

También lo consideran infeliz, alegre, insatisfecho, potente, apasionado, desafortunado, sensible, importante, optimista, incrédulo, moderado, constante, maduro y aceptado.

Por tanto, suponemos que la familia vé al inválido como una persona desafortunada e insatisfecha por que considera que no ha podido realizarse a plenitud como persona, y siempre están limitadas sus funciones, lo que lo lleva a ser frustrado e infeliz. pero esto no le resta importancia dentro de su grupo familiar.

Para la familia el inválido parapléjico es inútil y obediente en porcentajes menores que el 10%.

Es discreto, aceptado, respetuoso, importante, atento, querido, festivo, sociable, humano, impa-

ciente, sencillo, protegido, delicado, razonable y desconfiado en porcentajes mayores al 20%.

La familia aprecia, quiere y apoya al inválido parapléjico, por lo tanto suponemos que el carácter de inútil que le atribuye, no lo enfocan por el significado literal de la palabra.

El concepto que tiene la familia del inválido dentro de una actividad es de ser conforme, insignificante, audaz, rechazado; los conceptos realizado-frustrado, y obediente-desobediente quedaron equilibrados, además lo ven como moderado, suficiente, protegido, dinámico, capaz, generoso e impaciente. Luego si confían en las potencialidades del inválido, pero no de una forma total, pues al considerarlo insignificante no lo enfocan en el sentido humano en si, sino dentro de la actividad a realizar condicionada por la gravedad e intensidad de la invalidez.

5.4. El Grupo Social Próximo: A su vez vé al inválido alegre, pesimista y constante.

También lo considera frustrado, sensible, insatisfecho, débil, rechazado, maduro, impotente e inconforme. Para el grupo social próximo el inválido parapléjico a pesar de ser una persona madura, considera que su incapacidad física lo ha llevado a un estado negativo y lo subestima como persona, lo siente además como una carga y por eso muestra sentimientos de rechazo.

El grupo social próximo lo considera festivo, in-comprensible, extrovertido y útil, en porcentajes menores que 10. Los conceptos mentirosa-verdadera, paciente-impaciente, quedaron equilibrados.

Dió porcentajes mayores al 20% a los conceptos rebelde, humano, irritable, insignificante, socia-ble, atento, respetuoso, opositor y autoritario.

El porcentaje dado por este grupo nos hace pensar que vé la situación del inválido parapléjico des-de un punto de vista muy personal y dada la inca-pacidad física lo siente como una persona insignificante y al mismo tiempo opositora.

El grupo social próximo a su vez, estima que el inválido es inútil, diligente, exagerado, insignificante, cohibido, rechazado y desobediente en una actividad; los conceptos suficiente-insuficiente, abandonado-protegido, y pesimista-optimista, no lo consideraron al quedar estable el porcentaje. También lo cree obstinado, débil, responsable, capaz, irritable, incompetente, colaborador, diná-mico e impaciente.

En la interpretación de este bloque consideramos que el grupo social vé al inválido como una persona que poco puede aportar en una labor específica, por su limitación física y además este mismo factor lo lleva a su estado irritable e impaciente - lo que en algunos casos lo hacen que sea rechazado; pero cuando se desempeña en una actividad en

la medida de sus posibilidades le reconoce su sen
tido de responsabilidad y diligencia.

DEPARTAMENTO DE
SESIONES
UNIVERSIDAD DE GARCERAN

CAPITULO IV

REHABILITACION DEL PARAPLEJICO

1. DEFINICION: La rehabilitación es uno de los términos - que ha experimentado mayores alteraciones en los últimos años, remontandonos a la edad media, rehabilitación significaba la restauración de un derecho, rango o privilegio que un título nobiliario o caballero había perdido.

Un diccionario la define como "la acción de habilitar de nuevo o restablecer a una persona o cosa de su antiguo estado" (1).

Sin embargo, la velocidad del progreso en el campo médico y social ha convertido en anticuada estas definiciones. Si asistimos a un taller protegido donde trabajan productivamente personas subnormales con una jornada diaria regular, realizando independientemente su desplazamiento del hogar al taller y recibiendo una remun-

(1) Cáseres, Julio. Diccionario Ideológico de la Lengua Española.

Barcelona 1957.

neración proporcional a su trabajo, se dirá que dichas personas están siendo rehabilitadas.

Si visitamos un departamento de rehabilitación de un hospital general y encontramos que una serie de personas aquejadas de limitaciones neurológicas, musculares articulares, amputaciones, etc. realizan ejercicios físicos que le permitirán una vida más plena e independiente, a esta actividad se denomina rehabilitación.

Por lo anterior la rehabilitación queda ligada a la restauración de la capacidad funcional fisiológica y a la capacidad para ejercer una actividad laboral, pero no es sólo eso, ya que sus técnicas se extienden a todas las áreas del comportamiento social y del desarrollo personal. Podemos definirla como el proceso por el cual una persona con limitaciones físicas, psicológicas y/o sociales, consigue a través de ciertas técnicas y servicios, su máximo desarrollo personal.

La rehabilitación como proceso busca el máximo desarrollo de todas las aptitudes de la persona por lo que no se puede reducir a una restauración física, psicológica o profesional, sino que busca el bien global de la misma.

Este desarrollo requiere una coordinación de actividades que no pueden conformarse con éxitos parciales, presupone la colaboración y no la competencia entre los profesionales y los servicios. La colaboración debe incluir la participación del beneficiario (componente -

más importante del equipo rehabilitador) que debe querer rehabilitarse, porque ha interiorizado las ventajas que para él supone la rehabilitación.

La totalidad de la rehabilitación afecta a todos los miembros de la sociedad, que aunque colaboradores indirectos de la rehabilitación, pueden contribuir a la misma con muchas capacidades, especialmente en la readaptación social. La rehabilitación es un proceso útil para el beneficiario y para toda la sociedad, individualmente restablece aptitudes perdidas o compensa las inexistentes, aumentando la capacidad vital de las personas.

"La rehabilitación es la restauración del inválido hasta sus máximos límites físico, mental, social, vocacional y económico posible" (1).

"La rehabilitación aplicada a la incapacidad, se entiende como la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo, con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional" (2).

(1) González Mas, Rafael. Tratado de Rehabilitación Médica.
Ed. Científico-médica.
Barcelona. 1969.

(2) Serie de Informes Técnicos #419. Comité de Expertos de la OMs. Ginebra 1969

Nos identificamos con todas estas definiciones ya que también consideramos a la rehabilitación como un proceso continuo y coordinado tendiente a obtener la restauración máxima de las personas incapacitadas en los aspectos físicos, psíquico, educacional, social, profesional u ocupacional y económico con el fin de reintegrar los a la comunidad como miembros activos de ella.

El primer objetivo es eliminar la incapacidad física o reducirla y aliviarla en todo lo posible; y el segundo, es reentrar a la persona con su incapacidad residual, a vivir y trabajar dentro de los límites de su invalidez desarrollando al máximo sus capacidades.

2. ORGANIZACION DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION EN COLOMBIA: Los orígenes de la rehabilitación en Colombia se remonta a la década de los treinta, con el surgimiento de la Asociación Nacional de Ciegos y Sordomudos, entidad que en un principio solo logró aglutinar a las personas que sufrían este tipo de invalidez y que más tarde se fraccionó en entidades para sordomudos y para ciegos respectivamente. A esta entidad se sumaron otras de carácter privado o asociaciones de padres de familia con hijos incapacitados.

Estos servicios ni cubrían las necesidades del país ni abarcaban todos los aspectos de la rehabilitación profesional, representaba más bien esfuerzos privados incondicionados e incompletos, financiados con algunos aportes anuales, por lo demás precarios.

Las personas que trabajan en rehabilitación pidieron -

al gobierno interesarse en la creación de un programa que a nivel gubernamental planificara y organizara los servicios de rehabilitación de una manera integrada.

El gobierno solicitó entonces asesoría a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para que estudiara nuestras necesidades y trazara un plan de acción.

En 1966 el señor Norman Phillips, hoy consejero regional de la OIT en rehabilitación profesional, para América Latina, viajó a Colombia y realizó un estudio de dos meses. Sus recomendaciones fueron, que se llevara a cabo una asesoría a largo plazo, a través de la OIT, para desarrollar un programa a fondo, con énfasis en rehabilitación profesional.

En Septiembre de 1968 llegó al país la señorita Hilary A. Schlesinger, experta de la OIT, en rehabilitación profesional, quien llevó a cabo un estudio profundo de la situación del país en este campo, estudio que la llevó a conocer en detalles aspectos de seguridad social, legislación laboral, índices de desempleo, oferta y demanda de trabajo, existencia de recursos humanos y económicos, estadísticas de invalidez y otros.

A raíz de este estudio se creó el Consejo Nacional de Rehabilitación, mediante el decreto del gobierno número 3132 de Diciembre 26 de 1968, siendo presidente de la República el Dr. Carlos Lleras R.

Algunos países no poseen leyes que regulen la rehabilitación, mientras que en otros existen decretos, a veces

contradictorios procedentes de los distintos ministe -
rios. La rehabilitación es costosa y por ello su fun -
cionamiento ha de correr a cargo de los gobiernos, con
la ayuda y colaboración de los organismos de seguridad
social. En ciertas zonas los servicios de rehabilita -
ción están a cargo casi totalmente de las sociedades -
privadas.

Los programas en Colombia se han organizado y orienta -
do hacia oficios calificados o semicalificados tenien -
do en cuenta la demanda que existiese para ellos, esto
en vista de que en nuestro país abunda la mano de obra
no calificada y ésta a su vez es mal remunerada.

En Colombia, como en cualquier otro país en vía de de -
sarrollo, es suficiente limitación el carecer de ade -
cuada educación o preparación para un oficio que permi -
ta defenderse en la vida decorosamente, si a ello agre -
gamos una limitación física con los efectos psíquicos
colaterales que comunmente conlleva, podemos hablar fá -
cilmente de una limitación doble, triple o múltiple .

Los enormes prejuicios de la población general, sólo -
ahora están siendo combatidos justamente con los resul -
tados de la rehabilitación profesional.

No hay quizás un país en el cual el incapacitado no -
haya sido discriminado de una u otra forma. En algunos
casos esta discriminación ha tomado formas extremas co -
mo en la antigua Esparta donde los niños nacidos con de -
fectos físicos eran arrojado a los abismos del monte -
Taijeto.

Algunas tribus indígenas de Sur América, daba muerte a los físicamente disminuidos por considerarlos marcados por el espíritu del mal.

Paradójicamente en algunos países el nacimiento de un niño inválido era recibido con regocijo. En la era de la esclavitud en los Estados Unidos, el niño nacido con deformidades, representaba la única garantía de que no sería vendido como esclavo.

Durante siglos, los incapacitados fueron personas apartadas del grupo social, alternativamente adoradas o despreciadas, muy a menudo compadecidos, con frecuencia temidos y siempre incomprendidos.

Ya en el siglo XX, no se piensa en el inválido en términos de un individuo diferente; se admite que es como otro cualquiera, capaz de realizar una vida normal, si le proporcionamos los medios adecuados que le permitan desarrollar las capacidades que le han quedado y superar sus limitaciones.

3. FASES DE LA REHABILITACION: En la rehabilitación del paciente parapléjico se consideran tres fases o aspectos fundamentales:

La recuperación médica por medio de los métodos más avanzados de la Medicina Física, etapa llamada Rehabilitación Médica.

La Rehabilitación Profesional, que tiene por objeto reintegrar al individuo al trabajo.

La Rehabilitación Social.

3.1. Rehabilitación Médica: "Es la parte de la asistencia médica que trata de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y, si es preciso, sus mecanismos de compensación a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y activa"(1).

La parte inicial del proceso arranca con la Rehabilitación Médica, de cuyos resultados depende el éxito de las etapas posteriores, en ella todos los esfuerzos están dirigidos a conseguir la máxima restauración posible de las capacidades físicas y mentales de la persona incapacitada, mediante tratamiento clínico, quirúrgico, terapéuticos, y de la aplicación de aparatos ortopédicos, la enseñanza de su uso, el aprendizaje de modos de efectuar las actividades de la vida diaria en forma independiente.

También se toma en cuenta la adaptación psicológica y social de la persona, factores que influyen mucho en su desempeño futuro y que significan no solamente la adaptación de la persona a sus limitaciones, sino también la adaptación y aceptación del inválido por su grupo familiar, su ambiente social y de trabajo.

(1) Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos # 419.

Ginebra 1969.

Los servicios de la Rehabilitación Médica se en -
cuentran en centros de salud, hospitales, clínicas
o centros de rehabilitación a cargo de personal es
pecializado que incluye Médicos, Psiquiatras, Psi-
cólogos, Trabajadores Sociales, Técnicos Protesis-
tas, Enfermeras, Terapeutas Físicas y Ocupaciona-
les.

Durante estas etapas debe orientarse al paciente
hacia sus posibilidades futuras de trabajo por me
dio de la terapia ocupacional y educación básica,
de esta manera, cuando se ha logrado su máxima res
tauración física y mental, el inválido estará en
condiciones de encontrar un trabajo de acuerdo a
sus capacidades residuales.

Antes de cualquier intento rehabilitativo para un
enfermo que padece una paraplejía por sección medu
lar es necesario establecer con exactitud cuales
son las posibilidades recuperativas y cual será -
el límite máximo de la ayuda.

"Junto a la valoración de la altura de la lesión
medular, será igualmente necesario tener en cuen-
ta otros factores no por secundarios menos valio-
sos, son aquellas complicaciones que pueden supo-
ner para el enfermo una disminución de su capaci-
dad potencial de máximo esfuerzo. Así, las grandes
ulceraciones por decúbito, los espasmos musculares,
las infecciones urinarias, o de cualquier otra lo
calización, las incontinencias esfinterianas, de-
formidades, dolores, o reacciones depresivas. Por

ello se procurará que tales factores no se presenten o sean disminuidos al máximo"(1).

Para la recuperación física del parapléjico, deberá establecerse una serie de cuidados y de actividades preventivas, preparadoras o curativas, que lo sitúen en condiciones óptimas para el logro de una eficaz rehabilitación. Se velará por la ejecución de las siguientes actividades:

Movilización pasiva, suave y sin violencia para lograr los límites de los máximos desplazamientos articulares.

Ejercicios precoces de independización que aumenten el desarrollo muscular en las zonas indemnes del enfermo y le den la suficiente independización para desarrollar por sí mismo las tareas de vestirse, movilizarse en la cama, salir de ésta a la silla etc.

Desarrollo de equilibrio, éste suele ser casi siempre satisfactorio si los ejercicios se efectúan con suficiente constancia y son bien dirigidos.

Ejercicios de silla de rueda, a) traslado de la cama a la silla, y viceversa. b) traslado de la silla a la colchoneta, y viceversa.

(1) González Mas, Rafael. Tratado de Rehabilitación Médica.
Edit. Científico- Médico.
Barcelona. 1969.

Gimnasia respiratoria, sobre todo en parapléjicos encamados por períodos largos de tiempo, o en aquellos otros con lesiones dorsales altas.

Ejercicios en colchonetas con el objeto de mejorar el equilibrio e iniciar desplazamiento del paciente.

La bipedestación precoz, se llevará a cabo desde el momento en que la lesión ósea y el estado general del paciente lo permita. La bipedestación estática mejora las condiciones psicológicas del parapléjico y las condiciones cardiorespiratorias, digestivas y urinarias, así, como la osificación de las extremidades inferiores; y en último término la marcha con aparatos ortopédicos y muletas.

La alimentación que deberá ser rica en calorías, en ningún caso inferior a las cuatro mil calorías diarias para un adulto.

Prevención o tratamiento de complicaciones. La obtención de un máximo rendimiento físico y psicológico del parapléjico y exige que éste no vea disminuidas sus capacidades por la aparición de complicaciones infecciosas, urinarias, algias, fracturas, espasmos y sobre todo úlceras de decúbito (Escaras).

3.2. Rehabilitación Profesional: La OIT la define como "aquella parte del proceso continuo y coordinado que comprende el suministro de servicios profesio

nales, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación en el empleo, destinados a permitir a una persona inválida obtener y retener un empleo adecuado.

La orientación profesional del parapléjico constituye una de las piezas básicas de su rehabilitación. El logro de una óptima independización física debe ir seguida a la obtención de una independencia profesional, económica, bien regulada y prevista para la totalidad de su futuro.

Los fines de la rehabilitación profesional son:

Evaluación del inválido para un empleo o formación especializada.

La orientación profesional del inválido de acuerdo con sus capacidades y las oportunidades existentes de formación profesional o empleo.

El acondicionamiento o adaptación del inválido al trabajo.

La formación profesional de casos seleccionados.

La colocación y seguimiento del inválido en un empleo adecuado (en condiciones normales, industrias protegidas, cooperativas o trabajo en el hogar).

Si los resultados de la rehabilitación llegan a ser positivos, es esencial que el inválido se le

den las mismas oportunidades que a las personas - sanas para llevar a cabo un trabajo para el cual está capacitado y que sea aceptado como parte integrante de la población, con los mismos derechos que los demás y también con las mismas responsabilidades.

3.2.1. La Evaluación y Orientación para una formación Profesional.- La evaluación profesional del inválido está llevada a efecto por especialistas, profesionales y técnicos - que trabajando en estrecha coordinación - forman el equipo de rehabilitación. Hacen un estudio del parapléjico para obtener un cuadro claro de sus capacidades y posibilidades para el trabajo en aspectos físicos, intelectuales y profesionales. Por otra parte se evalúa al inválido en situaciones reales de trabajo, en talleres de rehabilitación profesional bajo la responsabilidad de instructores especializados.

Mediante ejercicios prácticos y de trabajo de producción en algunos campos, se mide la tolerancia de trabajo, las habilidades y potencialidades del inválido para determinar sus capacidades reales para su futura preparación profesional o empleo, y al mismo tiempo se establece cualquier necesidad que tenga de adaptaciones para facilitar su rendimiento en el trabajo.

Las actividades básicas en los talleres - están seleccionadas de acuerdo con los principales campos de trabajo en la zona del - centro de rehabilitación en que hay deman- da de mano de obra y posibilidades de capa- citación.

También se califica el rendimiento de cada persona con el objeto de satisfacer las nor- mas y requisitos de la industria y los cen- tros de formación profesional, para asegu- rar una orientación y preparación que le - pone en condiciones de competir en igual - dad con el hombre normal.

Es muy común en el parapléjico no rehabili- tado su falta de confianza en su capacidad de trabajo, así mismo surgen problemas de adaptación que traen dificultades en las - relaciones personales y en su integración con el grupo.

3.2.2. El Acondicionamiento y Adaptación del Invá- lido al Trabajo.- Después de cirto tiempo de enfermedad o inactividad, es natural que el parapléjico tenga cierto temor al futu- ro ya que su vida ha sido protegida, y du- rante su rehabilitación médica se ha concen- trado en mejorar sus capacidades físicas, siempre esperando su recuperación total. A hora debe aceptar sus limitaciones e inevi- tablemente comparar su estado físico con el

de aquellos que llevan una vida normal, y temen al fracaso.

Por lo tanto hay una etapa muy importante que prepara al inválido para el ritmo de vida normal, que se puede llamar acondicionamiento, el cual consiste en un entrenamiento básico en los talleres de rehabilitación profesional, con el objeto de restaurar su capacidad para trabajar en forma normal, y se contemplan los siguientes puntos:

Aumentar la tolerancia, resistencia y velocidad en el trabajo y su confianza en su capacidad de trabajar.

Crear y mejorar los hábitos de trabajo (disciplina, responsabilidad, relaciones con jefes y compañeros, observaciones de normas de seguridad, etc.).

Adiestrar en un determinado trabajo u ocupación no especializada o semiespecializada en preparación para un empleo.

Proporcionar una formación adecuada para tomar luego un curso de formación profesional.

3.2.3. La Formación Profesional en Casos Seleccionados.- Es importante preparar al inválido

para trabajos especializados, ya que así tendrá mejores oportunidades de empleo. La formación que se le dá debe estar situada en el mismo nivel de la que reciben los trabajadores normales, para una mayor integración de unos y otros. Se ha comprobado que esta experiencia ayuda al inválido a adaptarse a trabajar en condiciones corrientes, y a la vez a las personas sanas les brinda la oportunidad de trabajar con personas incapacitadas, lo que contribuye a despojarlas de cualquier prejuicio.

3.2.4. La Colocación y Seguimiento del Invalído en el Empleo.- Es necesario analizar en detalle los diferentes puestos vacantes y al mismo tiempo conocer las capacidades residuales y cualidades del inválido parapléjico para determinar el trabajo y las condiciones más adecuadas para cada persona rehabilitada.

A través del proceso rehabilitador se debe guiar y preparar a la persona para su futuro trabajo de acuerdo con las oportunidades reales de empleo. También es importante el contacto personal con los patrones, con el objeto de interesarlos para ocupar a las personas rehabilitadas, ya que es común en ellos una actitud de reserva en cuanto al empleo de personas inválidas, temiendo que estarán expuestas a accidentes, que se au-

sentarán con frecuencia y que tendrán un bajo rendimiento. "Aún más común es que los patronos no analizan los requisitos de los diferentes trabajos, y, por tanto no se dan cuenta que existen muchas actividades que una persona inválida rehabilitada puede desempeñar perfectamente" (1).

Se debe enfocar con los patronos la actitud más adecuada al emplear una persona inválida; el que no es un acto de caridad, ni una ocasión para explotar esta mano de obra disponible, sino que se coloca a un inválido rehabilitado con el mismo criterio que a una persona no inválida, porque es capaz de hacer el trabajo.

3.2.5. Tipos de Empleo:-

Empleo Competitivo.- Son muchos los inválidos que pueden trabajar en un empleo normal a la par de las personas normales, esto contribuye a que la comunidad no los mire como un grupo segregado, por lo que hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

La capacidad de producción y la calidad del trabajo tanto del inválido como del traba-

(1) Manual de Rehabilitación. Industrias de Buena Voluntad. II Encuentro Latinoamericano. Bogotá, Junio 1970.

dor normal debe ser igual.

Los locales y condiciones de trabajo deben ser adecuados, y, en el caso necesario, las posibilidades de adaptación deben ser consideradas por los patronos (Anexo #1).

Los directivos y supervisores industriales deberán ser instruidos sobre los problemas especiales que surgen del empleo del personal inválido. Debe hacerse hincapié en la importancia de integrarlos con la mayor suya en el ambiente de trabajo.

Los directivos deben tener en cuenta la presencia de los trabajadores inválidos dentro de la entidad, de modo que cualquier alteración en las condiciones de empleo o en la organización de la empresa no afecte a estos trabajadores.

Dentro de la empresa se debe asegurar la igualdad de condiciones de trabajo y trato, para los trabajadores inválidos como para los demás.

Empleo Protegido.- Puede ser que el inválido al salir del centro de rehabilitación profesional no ha adquirido aún la capacidad de trabajo necesario para un empleo normal y requiere trabajar un tiempo bajo condiciones especiales, en un taller prote

gido, con supervisión médica y técnica, hasta que su tolerancia, velocidad y ganancias sean comparables con la de un trabajador normal en la industria, en la agricultura, el comercio, etc. y que esté en condiciones de asistir a un empleo corriente.

Un taller protegido debe estar organizado como una industria, con criterio de producción, cuya finalidad sea la capacidad de trabajo del inválido.

La OIT dice que los talleres protegidos deberían proporcionar la suficiente vigilancia médica y profesional, no solo trabajo útil y remunerado, sino también oportunidades de adaptación al empleo y de ascenso, y siempre que sea posible de traslado a un empleo corriente.

Para un alto nivel de producción es esencial que el personal del taller sea de un nivel técnico alto con buena experiencia industrial, y que los productos sean de buena calidad. Se deben adoptar las últimas técnicas y equipo de trabajo, y, los trabajadores inválidos deben ser sujetos a la misma disciplina que se aplica a los trabajadores en un empleo corriente.

Trabajos Independientes y Cooperativas.- El trabajo independiente y la integración en

cooperativas, son otra fuente de empleo para los incapacitados que en algunas circunstancias suelen ser las más adecuadas.

3.3. Rehabilitación Social: Es la parte del proceso de rehabilitación que trata de integrar o de reintegrar a una persona impedida en la sociedad ayudándola a adaptarse a las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional, disminuyendo al propio tiempo las cargas económicas y sociales que pueden obstaculizar el proceso global de rehabilitación y al mismo tiempo una aceptación y adaptación de la familia, el grupo de trabajo y el medio para con el inválido. Las actitudes colectivas que contemple la persona a rehabilitar son un factor importante en el éxito del proceso global y frecuentemente los esfuerzos profesionales competentes fracasan frente a una familia, comunidad, grupo de relación etc. que no se sensibiliza con los objetivos de la rehabilitación.

La Rehabilitación Social se puede definir "como el proceso que compensa las limitaciones y desarrolla las posibilidades del rol social de la persona discapacitada"(1).

La adaptación social de la persona impedida puede ser complicada y difícil para ella misma, su familia y su comunidad, y, por consiguiente, debe ha-

(1) Moragas M, Ricardo. Rehabilitación: Un Enfoque Integral.

Ed. Vicens. España 1972.

cérse todo lo posible por facilitar una adaptación máxima en las diferentes fases del proceso de re-habilitación. Esta rehabilitación conduce a una re-habilitación psíquica, ya que toda afección física conlleva aparejada una afección psíquica.-- El problema surge cuando una grave afección fisi-ca supera la capacidad de reacción psicológica - del individuo o cuando esa limitación física se - produce en personalidades débiles carentes de me-canismos psicológicos de defensa.

Deportes.- La práctica de determinados deportes - constituye para los paraplégicos otra de las acti-vidades necesarias y eficaces para el logro total de la rehabilitación.

El deporte constituye la base ideal, no tan solo para un mayor incremento de la función muscular, sino también para despertar y aumentar en ellos el espíritu de competición, incrementar su apti-tud psicológica positiva frente a la enfermedad, elevar el sentimiento de sociabilidad, normalizar y perfeccionar su función de equilibrio, crear -nuevos reflejos de control postural dinámico y fa-vorecer la integración en la colectividad.

La mayoría de las actividades deportistas se efec-túan utilizando la silla de ruedas, encontrándose entre los más usuales los siguientes: boxeo, ba-loncesto (en equipo), polo (en equipo), jabalina, arco, natación, esgrima, tenis de mesa, billar y bolos.

Actualmente la eficiencia de los deportes individuales o en equipo para parapléjicos se encuentra bien demostrada, practicandose competiciones deportivas nacionales e internacionales. El último encuentro deportivo nacional de parapléjicos se llevó a cabo en Bogotá del 27 al 30 de Noviembre de 1974.

4. PRINCIPIOS DE LA REHABILITACION:

Totalidad.- La rehabilitación como proceso busca el máximo desarrollo de todas las aptitudes de la persona, por lo que no se puede reducir a una restauración física, psicológica, o profesional, sino que busca el bien global de la misma. Este desarrollo requiere una coordinación de actitudes y no puede contentarse con éxitos parciales en cada readaptación.

Individualidad.- La rehabilitación enseña ante todo a estudiar la complejidad de cada caso y elabora soluciones individuales, dada la pluralidad de factores que componen el problema final, que es el individuo limitado en su desarrollo.

Fundamento Científico.- La rehabilitación como proceso utiliza los descubrimientos constantes que se realizan en las ciencias naturales y sociales a través de las disciplinas aplicadas, Medicina, Educación, Trabajo Social, etc.

El progreso de la rehabilitación y su potencial para la resolución de los problemas de la progresiva independencia de los limitados en su cuerpo o relación social,

se fundamenta en la aplicación de conocimientos científicos.

Enfoque Interdisciplinario.- Esto supone en rehabilitación la colaboración de diversas disciplinas, médicas, psicológicas, profesionales y sociales para conseguir el máximo nivel de desarrollo personal y social del disminuido.

Es conveniente que la dirección de dicho equipo, recaiga sobre una persona que por encima de su rehabilitación profesional, posea una visión equilibrada de las necesidades del disminuido.

Permanencia.- En las características de la rehabilitación como proceso se recalca que no finaliza aunque el paciente salga del centro formativo ya que dicho proceso nunca se completa y siempre existen posibilidades de que pueda proseguirse.

Universalidad.- Clase social, sexo, edad, raza, o cualquier otro atributo bajo el cual puedan clasificarse las personas, están expuestos al riesgo de disminución.

Utilidad Social.- La rehabilitación es un proceso útil para el beneficiario y para toda la sociedad. Individualmente restablece aptitudes perdidas o compensa las inexistentes aumentando la capacidad vital de las personas. Económicamente es rentable por la utilización de los recursos humanos, políticamente satisface la realización de la igualdad humana y vital de una gran masa de la población.

socialmente facilita la integración de sujetos arbitriamente excluidos de actividades básicas, y contribuye así a la estabilidad social.

La rehabilitación contribuye a la realización de la igualdad de oportunidades para toda la población, objetivo socialmente deseable.

5. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN: Lo que ante todo hace posible la rehabilitación, no son los medios materiales, ni los grandes centros, sino básicamente las personas que trabajan para el logro de los objetivos de la rehabilitación: Médico rehabilitador, Fisoterapeuta, Técnico de Ortesis, Psiquiátra, Trabajador Social, Enfermeras y Orientador Vocacional.

Es necesario que todo este personal actúe en equipo para evitar consecuencias negativas sobre el afectado, - por lo que deben considerarse unos a otros como coopartícipes de una causa común para que tenga éxito el trabajo del equipo de rehabilitación. Se requiere un respeto profundo para las potencialidades y capacidades - de cada persona.

"Cuanto más grave sea la incapacidad de un paciente, - más necesita el trabajo en equipo de muchos profesionales y tanto más se necesitan entre si los profesionales" (1).

(1) Rusk, Howard A. Medicina de Rehabilitación.

Ed. Interamericana S.A.

2a Edición. 1968.

Para entender y comprender mejor las necesidades del paciente, cada miembro del equipo debe relacionarse con los demás, de manera que permita cambiar con facilidad opiniones, e ideas, obtener datos fundamentales y brindar ayuda o consejo, cuando sea necesario en la rehabilitación. Es indispensable el deseo por parte de todos los miembros del equipo de colaborar y despertar colaboración.

5.1. Médico Rehabilitador.- Es la persona más importante dentro del equipo, puesto que toma las decisiones críticas de la valoración y procedimiento. - Sus funciones son eminentemente técnicas. Los datos médicos deben comprender el diagnóstico, la etiología, el pronóstico (que mejora, es estático, progresivo o recurrente), la tolerancia al trabajo actual y potencial, las limitaciones en las actividades cotidianas; las prótesis y aparatos ortopédicos necesarios, el tratamiento presente y futuro, y ayuda en la situación médica: Medicamentos, Cirugía, Medicina Física, Medio Ambiente, y limitaciones sociales y físicas.

El médico rehabilitador tiene al paciente a su cargo como lo tendría en cualquier situación estándar entre facultativo y enfermo. Toma las decisiones sobre el ingreso y el alta con la ayuda de otros miembros del equipo.

El Fisiátra necesita trabajar en íntima relación con los enfermos, el carácter propio de su trabajo origina al paciente dolor y ansiedad, y hace -

resaltar la insuficiencia física. Esta situación exige destreza y comprensión por parte del terapeuta.

- 5.2. Fisioterapeuta.- Es una de las profesiones que inmediatamente se asocia con la rehabilitación por su relación con la medicina física y la fisiatría.

La fisioterapia es una actividad profesional en expansión por las enormes necesidades que plantean los clientes en los centros de rehabilitación.

Sus profesionales trabajan íntimamente con el médico rehabilitador (tanto en la valoración como durante el proceso) y se informan directamente de los progresos y problemas que plantea el cliente.

- 5.3. Protesista.- Se conoce también como Ortosista o constructor de prótesis. Las funciones de este profesional consisten en la construcción y adaptación de miembros artificiales a personas que han perdido totalmente los propios, así como el acomplamiento de aparatos que facilitan el movimiento y utilización de miembros y órganos existentes, pero paralizados o impedidos.

Sus funciones no se restringen solamente a casos de amputados que requieren miembros artificiales sino que son más amplios, no puede considerarse el trabajo desconectado del equipo de rehabilitación puesto que la implantación de una prótesis plantea no sólo problemas fisiológicos-funciona

les, psicológicos y social.

5.4. Psiquiatra.- La presencia del psiquiatra es necesaria dentro del equipo rehabilitador ya que la incapacidad física es un desafío profundo para el sujeto, por la enfermedad misma y por las cosas que exige el proceso de rehabilitación. El paciente debe enfrentarse a si mismo, a relaciones personales y a la estructura social del medio de rehabilitación. Se vé empeñado en una lucha de la cual puede surgir verdaderas modificaciones de personalidad, actitudes, sentimientos, formas de pensar, perspicacia y percepciones, y también en lo que se refiere a la dirección y las finalidades de su vida, ello representa una verdadera crisis que puede conducir a una actividad como ser humano más significativa y madura, más constructiva y creadora que la que antes pudo haber tenido.

Es responsable del diagnóstico de las enfermedades mentales y emocionales. Sirve como consultor para todos los miembros del equipo y representantes de diversas agencias, y practica la psicoterapia.

Así mismo el Trabajador Social puede recurrir a él, con el fin de que vigile el tratamiento, y para adquirir la comprensión de los pacientes que estén a su cargo para estudio asistencial individualizado.

5.5. Psicólogo.- Utiliza métodos específicos y hace a-

portaciones fundadas en las pruebas psicológicas. Estima el estado y las dotes intelectuales del paciente.

El exámen psicológico es la valoración de la conducta del individuo en una situación ideada de tal manera que sus reacciones puedan ser registradas, codificadas, comparadas con las de otros individuos y valoradas de una manera bastante precisa.

Valorar la personalidad es tan importante como valorar la inteligencia. Sin embargo se acepta que la valoración de la estructura de la personalidad es más difícil y complicada que medir la facultad intelectual.

En el aspecto psicológico hay que tener en cuenta:

Problemas actuales del paciente.

Percepción de los problemas actuales por parte del enfermo.

Norma de adaptación al mundo por parte del paciente, a) nivel de ansiedad; b) fuerza del ego.

Las pruebas psicológicas de proyección son auxiliares diagnósticos que tienen como fin descubrir conflictos inconcientes. Están encaminadas a valorar su medio ambiente, y para ello analizan como responden a estímulos deliberadamente vagos y amorfos. La comprensión obtenida por la valoración es im -

portantísima para precisar las limitaciones y potencialidades de la personalidad del paciente.

5.6. Trabajador Social.- El Trabajador Social como miembro del equipo rehabilitador suele tener a su cargo la evaluación social y terapia de soporte, participando activamente en las referencias que el caso requiera.

Analizará el Trabajador Social las expectativas, situación familiar, profesional y social del parapléjico, señalando como limitaciones presentes el matiz patológico, de su extrema ansiedad y temores personales. Su voluntad inhibida, bloqueada por el impacto del accidente y la secuela psicossocial del mismo. Además sus potencialidades y capacidad de racionalización.

Las actividades del Trabajador social en rehabilitación son entre otras, la de actuar como coordinador de las actividades del equipo, y de la comunidad. Su participación es vasta e importante, estando ligada a un entrenamiento profesional, sus diversas actividades se proyectan en distintas direcciones, pero convergen en el interés común del equipo: la rehabilitación del paciente y su incorporación o reincorporación a la sociedad. En este propósito su labor se auna a la del Fisiátra, Ortopedista, Protesista, Psicólogo, Psiquiátra, Terapeuta, etc. con quienes planea en determinado momento comprendiendo y respetando las capacidades de todos y cada uno de los integrantes del

equipo.

El Trabajador Social debe ofrecer al equipo informaciones - iniciales y posteriores - que permitan viabilizar el tratamiento por la mejor comprensión del paciente, sus necesidades y problemas psicossociales.

Ayudará al paciente a encontrarse a sí mismo, desarrollando frente a la vida una actitud realista y de aceptación que le permita utilizar constructivamente sus potencialidades y capacidades.

El Trabajador Social asistirá a los familiares - cuya intervención sea necesaria o significativa - en el proceso de rehabilitación. Utilizará adecuadamente y cooperará con los servicios hospitalarios e instituciones de la comunidad. Participará en el desarrollo de programas que tiendan a expandir o superar servicios de rehabilitación existentes.

5.7. Enfermera.- La enfermera ayuda al paciente a aumentar la independencia física; éste es un concepto nuevo, ya que antes se consideraba que la enfermera hacía cosas, por ejemplo alimentar a un paciente en un padecimiento agudo. En la rehabilitación, la enfermera puede ayudar a enseñar al enfermo a alimentarse a sí mismo.

Las enfermeras pueden tener una participación dinámica en su relación con los diversos grupos pro

fesionales, puede dar mucho a otros miembros del equipo y puede obtener mucho de cada uno de los miembros.

La enfermera puede ayudar a unificar el proceso de rehabilitación considerado globalmente, puede obtener datos e informes de todos los miembros del equipo y utilizar sus aportaciones con el fin de unir todos los aspectos de la rehabilitación que puedan entretajerse en la asistencia global de enfermería al paciente.

Al participar activamente en el equipo, asistir a conferencias del mismo, y consultar con cada uno de sus miembros, puede aprender muchos datos de sus pacientes que sean pertinentes, ventajosos y aplicables en beneficio del paciente, de ella misma y del equipo.

5.8. Orientador Vocacional.- Lo que hace que se considere como único el trabajo del Asesor Vocacional radica en su habilidad para ayudar a la persona incapacitada a obtener el máximo de su potencial vocacional. El Orientador ayuda al paciente a valorar y a aceptar sus recursos y limitaciones vocacionales y a llevar a cabo el programa necesario para alcanzar esta finalidad realista.

El papel del asesor es ayudar al paciente a expresar su propia decisión proporcionándole los informes y las relaciones de la asesoría que permitan a éste aclarar los datos básicos necesarios para

la elección. El problema de regulación del servicio vocacional señala la importancia del trabajo de equipo y de la comunicación interdisciplinaria en la rehabilitación, la planeación vocacional requiere la consideración efectiva de los factores médicos, sociales, psicológicos y económicos; ya que los problemas que se presentan en cualquiera de estos aspectos pueden ser obstáculos para la rehabilitación vocacional.

El papel del asesor de rehabilitación reflejará las necesidades actuales del paciente en las fases tempranas del programa de rehabilitación podrá tener solo un contacto informal con el paciente y puede servir como consultante vocacional para otros miembros del equipo. Más tarde, cuando los problemas vocacionales sean la preocupación dominante, el asesor será la relación clave con el paciente y asumirá la responsabilidad de coordinar los hilos del equipo para la movilización de los recursos necesarios de ayuda al paciente al llegar a un plan vocacional o a un trabajo.

CAPITULO V.

APLICACION DEL METODO DE TRABAJO SOCIAL EN REHABILITACION

1. DEFINICION DE TRABAJO SOCIAL: El trabajo social es una profesión que promueve el desarrollo integral de individuos, grupos, comunidades y organizaciones; ayudando los a valerse por sí mismo basada en la dignidad del ser humano y en su capacidad de superación. Está estrechamente vinculada a los moldes de la estructura social de cualquier comunidad y aunque sus principios son universales, los métodos y contenidos reales varían según las condiciones de cada país.

La lucha por un puesto en la sociedad que dignifique a la persona físicamente impedida constituye la misión del Trabajador Social en éste área, cuyos fines tradicionales consisten en proporcionar bienestar a todos.

Esta lucha, que en definitiva es el propósito de los programas de rehabilitación no depende del tipo, la causa, la importancia, la duración o el síntoma determinante de la enfermedad.

El Trabajo Social ha seguido esta tendencia porque al hacerlo contribuiría a alcanzar sus objetivos intrínsecos. Así se abriría un nuevo camino conducente a la solución de los problemas de la persona con condiciones crónicas, de las de edad avanzada y, en especial de las consideradas no aptas para el trabajo a causa de prejuicios tradicionales que equipara la capacidad profesional a la perfección física.

Las necesidades totales de las personas físicamente impedidas no se pueden evaluar con precisión porque antes hay que efectuar muchas investigaciones a fin de obtener datos concretos sobre la importancia y naturaleza del problema; no obstante cabe suponer que la gran mayoría de los individuos a quienes se considera con derecho a recibir servicios de rehabilitación no se valen de ellos por falta de instalaciones adecuadas. Esperan, a quienes intenta mejorar esta situación largos años de intenso trabajo.

Se puede afirmar entonces que el objetivo de la profesión de Trabajo Social dentro de un programa de rehabilitación, es resolver científicamente y prácticamente los conflictos socio-económicos que trae consigo una limitación física y lograr la utilización de recursos y potencialidades por parte del impedido para alcanzar el máximo de su independencia.

2. FUNCIONES Y PAPELES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN REHABILITACION: La función del Trabajador Social dentro de la rehabilitación no consiste únicamente en contribuir a que la persona incapacitada obtenga la asistencia económica

o los servicios de rehabilitación necesarios; sino también en ayudarla a comprender como, a pesar de sus limitaciones, puede participar en la vida comunal como miembro independiente capaz de ganarse la vida.

El Trabajador Social no trata de resolver los problemas de su paciente, sino que orienta sus esfuerzos para contribuir a que la persona impedida se ayude a sí misma; para ello el profesional debe tener un conocimiento integral del proceso de rehabilitación a fin de que comprenda mejor y situe racionalmente el papel que le corresponde desempeñar eficazmente en cada caso.

El Trabajador Social presta sus servicios, ya sea haciendo visitas a domicilio, asesorando al paciente y a su familia, encargandose de los distintos arreglos administrativos y tomando medidas prácticas para que la vida del paciente resulte más agradable, ocupandose por ejemplo de sus distracciones, transporte y actividades en los momentos de descanso. Sin embargo el Trabajador Social debe estimular constantemente a la persona incapacitada, pues el éxito o el fracaso de la rehabilitación depende de la actitud que asuma el paciente y de sus propios esfuerzos.

"De este modo los Trabajadores Sociales desempeñan una función en la rehabilitación, tanto a través de servicios directos a personas impedidas o incapacitadas, como mediante las actividades indirectas que suponen la consulta administrativa, la planificación de los progra

mas, la política de desarrollo y la investigación"(1).

El Trabajador Social en la rehabilitación debe tener presente los factores decisivos que determinan la naturaleza de las respuestas del paciente o sea, el desarrollo previo de su personalidad, factores de orden emocional e intelectual y el comportamiento e influencia de las personas que lo rodean, especialmente de su familia con los respectivos patrones culturales de su misma estructura familiar, las normas aceptadas de comportamiento social, la función de cada uno de ellos en el hogar y en la comunidad y por último la influencia de sus amigos; más que nada necesita ayuda para hacer planes realistas para el futuro.

El Trabajador Social como persona importante y necesaria en la rehabilitación del inválido, desempeña funciones y papeles con el individuo, con la familia, con la comunidad, con el grupo de profesionales, en política social, en investigación y en programas de educación y formación profesional.

Entre las funciones del Trabajador Social dentro del equipo están:

Realizar la evaluación de la situación socio-económica y ambiental, del incapacitado y de la familia, en coordinación con los miembros del equipo que actúan en otras áreas.

(1) Rehabilitación de las Personas Físicamente Impedidas.

Revista Internacional de Servicio Social #2

Marzo 1957.

Participar en las reuniones del equipo en las cuales - se discuten los problemas del incapacitado, para colaborar en el plan general de rehabilitación.

Continuar conjuntamente con los miembros del equipo el proceso de seguimiento del incapacitado hasta su comple integración a la comunidad.

Ahora bién los papeles que desempeña el Trabajador So-cial tanto en el hospital como en el centro de rehabi-litación son: orientador, coordinador, investigador, - terapeuta, promotor de cambio y docente.

2.1. Orientador.- El Trabajador Social asesora y orienta al equipo interdisciplinario en relación a los factores sociales que afecta el proceso de rehabi-litación del paciente.

Orienta al paciente y su familia sobre su limita-ción y los recursos disponibles para una mejor solución de la situación.

El profesional orienta al paciente y su familia - sobre el uso adecuado de los servicios de rehabi-litación.

Dentro del centro de rehabilitación orienta al paciente para una mejor utilización de los servicios de capacitación ocupacional.

Orienta tanto al inválido como a su familia en la solución de cualquier problema personal, familiar,

o económico que afecte su rehabilitación profesional.

El Trabajador Social orienta al paciente para que haga uso adecuado de sus horas libres empleándolas en actividades recreativas que tengan efectos constructivos.

El Trabajador Social orienta al paciente y a su familia a evitar o preveer complicaciones o recaídas en el transcurso del proceso.

Una vez terminada la capacitación lo encamina y orienta al desempeñarse en la fase competitiva de un trabajo remunerado.

2.2. Coordinador.- Colabora y coordina con los directivos la formación de planes y programas.

Coordina con miembros del equipo, presentando informes estadísticos y narrativos sobre los programas específicos de Trabajo Social en la rehabilitación del parapléjico.

El Trabajador Social coordina las reuniones periódicas con los pacientes en colaboración con los miembros del equipo con el fin de hacer el seguimiento en el tratamiento o en su defecto con el instructor ocupacional en lo relacionado propiamente a la rehabilitación.

Efectúa coordinaciones con otras instituciones -

que puedan colaborar en la solución de los casos que no corresponden específicamente al proceso de rehabilitación.

Coordina la participación de los grupos para la formación humana de los inválidos a través de actividades sociales, culturales y recreativas.

- 2.3. Investigador.- El Trabajador Social investiga para obtener datos sobre la situación social del paciente, relaciones familiares, recursos económicos, recursos emocionales para saber hasta que punto está en capacidad de enfrentarse y sobreponerse a la tensión que produce la invalidez y que dificulta el proceso de rehabilitación.

A nivel de la familia del paciente, investiga para ver la repercusión del problema de salud ya que puede tener incidencia en cuanto a lo económico o a la estabilidad del hogar.

Investiga todo lo relacionado con el paciente y su limitación, datos que suministra al equipo interdisciplinario para que se pueda prestar mejor una ayuda en el proceso de rehabilitación.

Realiza investigaciones en el campo de la rehabilitación profesional.

Efectúa investigaciones que la política u objetivos del instituto requiera.

Investiga para saber las causas de ausencia o re-
tiro del paciente en su proceso de rehabilitación.

Efectúa el Trabajador Social investigaciones en la
comunidad para saber con que recursos dispone y -
en base a ellos hacer la formulación del programa.

El Trabajador Social busca oportunidades de trabaj
o a los incapacitados.

2.4. Terapeuta.- El Trabajador Social ayuda al inválid
o tanto individualmente como a través de la tera
pia grupal, ya sea en el hospital o en el centro
de rehabilitación.

Realiza actividades grupales con participación de
los familiares del inválido.

Desarrolla programas y actividades de Trabajo So
cial enfocado a los aspectos de promoción, prote
cción y recuperación de la salud a nivel institu-
cional y comunitario.

Motiva a la comunidad a tener una actitud positi
va frente al incapacitado.

El Trbajador Social prepara al inválido y a su fa
milia para cualquier situación de cambio: opera
ción, dada de alta, empleo competitivo.....

2.5. Promotor de Cambio.- Mediante la habilidad profe
sional el Trabajador Social busca cambios, si hay

actitud negativa y desconfianza por parte del inválido en relación al equipo rehabilitador y a la enfermedad en sí.

El Trabajador Social busca cambios en las normas de conducta como pautas para lograr mejor rela - ción y comportamiento del personal asistido -invá lido y asistente- equipo rehabilitador.

Busca el cambio de actitud negativa del paciente y su familia sobre la inválidez.

Promueve el profesional, relaciones adecuadas en - tre los miembros del equipo rehabilitador, contri buyendo al mejor manejo del paciente y a su cura - ción integral.

Busca el Trabajador Social cambios en la comunidad, obteniendo de ésta el mayor apoyo moral, y aporte económico para la institución, haciéndolos conci - en tes de esa necesidad de cambio y ayuda.

Promueve y mejora los sistema de trabajo profesio nal para una mejor prestación de servicios, ajus - tandose a las necesidades del inválido e institu - ción.

El Trabajador Social busca cambios en la labor del voluntariado si esta no vá con los objetivos del equipo de rehabilitación.

2.6. Docente.- Imparte el Trabajador Social la debida

enseñanza a cerca del componente social de la limi tación física, su significado, la actitud de la familia respecto al paciente y su tratamiento. Para ello es necesario estructurar lecturas y semi narios con el equipo y demás miembros de la insti tución.

Realiza programas y actividades dirigidas al pa - ciente, familia y comunidad que conduzcan a obte ner mejores conocimientos sobre la inválidez y sus consecuencias.

Prepara y desarrolla programas educativos tendien tes a elevar el nivel cultural, mejorar las rela ciones del personal asistido y auxiliar.

3. AYUDA INDIVIDUAL, CON EL INVALIDO PARAPLÉJICO Y CON LA FAMILIA: En cuanto al inválido propiamente, existen mu chas maneras de ayudarlo. La medicina es una de ellas, la Enfermería, el Trabajo Social, son otras. La ayuda que el paciente requiere depende de un número de fac tores: la naturaleza de la enfermedad en sí, la perso nalidad del paciente, el ambiente social del que forma parte y los recursos de que dispone.

Las necesidades del paciente a menudo son complejas y requieren diversos tipos de ayuda al mismo tiempo.

Cualquiera de las causas de la inválidez tienen impli caciones debido a problemas internos del paciente o de su ambiente, que le impiden pasar a la recuperación fi sica según el caso, y de ésta al restablecimiento de -

la vida social.

El logro de la adaptación social de la persona impedi-da suele ser complicada y difícil para ella misma, su familia y su comunidad; y por consiguiente debe hacerse todo lo posible por facilitar una adaptación máxima en las diferentes fases del proceso de rehabilitación.

La acción concertada y coordinada del grupo encargado de la rehabilitación es de importancia decisiva, pues una sola persona no puede poseer todos los conocimientos y la experiencia requerida por los distintos aspectos de la rehabilitación.

Las actividades relacionadas con el trabajo de caso no se limitan al cliente únicamente, sino que también se extienden a la familia o fuentes colaterales, que permitan manifestar factores del medio ambiente.

El tiempo empleado en la asistencia de un caso depende en gran parte de la gravedad de la lesión, el grado de ansiedad o de la probabilidad de que surjan modifica-ciones en los problemas de personalidad, al igual que del grado de educación, de la cultura y costumbres predominantes las cuales harán mucho más fácil la adapta-ción y rehabilitación del inválido.

Es importante para el Trabajador Social tener en cuen-ta el aspecto psicológico del paciente ya que éste re-percute no sólo en el inválido sino también en su familia y su comunidad.

En el limitado físico generalmente se desarrollan sentimientos de desadaptación, inseguridad e inferioridad; las cuales producen amargura y frustraciones, que proyectados en la colectividad dan lugar a formas de conductas antisocial (tomando antisocial como la persona a la cual, no le gusta relacionarse).

Puede decirse que a medida que la relación Trabajador Social-lisiado se vá reforzando, éste último vá perdiendo la sensación de inseguridad e impotencia, pues esta relación es el mejor medio que el lisiado encuentra para expresar sus sentimientos sin ser condenado, encarar temores y sentirse aceptado y comprendido.

Al infundirle el Trabajador Social confianza en sí mismo, al analizar con él sus dificultades, al ayudarle para trazar planes para el futuro, le proporcionará una sensación de liberación que le permite decidir sus acciones futuras, podrá así afrontar nuevos avances y progresos que le permitirán estabilizarse.

" Los Trabajadores Sociales deben recordar..... que, si bien algunos de los principios básicos para ejecutar los trabajos sociales y de bienestar son universales aplicables a toda la humanidad muchos de los problemas sociales son regionales y nacen de las condiciones, clima, costumbres, hábitos, creencias, tradiciones, ritos y formas de conducta, estructura social y organización del país. Por lo tanto, no deben adoptar a ciegas criterios importados ni aplicar sin reflexionar y en gran escala técnicas extranjeras o aprendidas en el extranjero. Mientras por un lado las incapacidades ff-

sicas son en distintas proporciones iguales en el Asia Sud-oriental, o en Europa o en América, y por lo tanto los métodos fundamentales de tratamiento pueden aplicarse en todas partes, por otro el efecto social y psicológico y la influencia de la inválidez en los pacientes variará según las condiciones sociales. En consecuencia la solución de los distintos aspectos de la rehabilitación social y psicológica debe encomendarse a expertos del país, aún cuando la formación científica de éstos pueda hacerse por regiones, enseñándoles los principios y métodos de diagnóstico, y tratamientos adoptados en el mundo entero" (1).

Si el Trabajador Social ha de prestar asistencia, debe estudiar la situación social del paciente y de su familia dentro de las condiciones de la comunidad en que viven. Debe identificar los elementos de fuerza y debilidad, comprender las relaciones familiares, los efectos de la incapacitación sobre el paciente y sobre cada uno de los miembros de la familia y entender las modalidades de comportamiento, si existen problemas de conducta, debe determinar si son parte de la personalidad básica del paciente o resultado directo de la incapacidad.

Debe tener conocimiento de la situación financiera del paciente, su historial de trabajo y sus actividades de esparcimiento. Debe el Trabajador Social elaborar un cuadro de la vida paciente y su familia, esto le ayuda

(1) Servicio y Material Básico para los Centros de Rehabilitación. Naciones Unidas. 1967.

rá a analizar el problema y a idear y planear con el - paciente y su familia, así como también con todos los demás miembros del equipo rehabilitador el programa y las metas de la rehabilitación.

Sólo pueden hacerse planes de tratamiento eficaz si se cuenta con la plena cooperación y confianza del paciente. El Trabajador Social ayudará al paciente a identificar las etapas intermedias y a relacionarlas con los objetivos a largo plazo. Esto puede resultar difícil - para el paciente, pero si se parte del éxito por pequeño que sea, que muestre las capacidades y potencialidades del paciente y se muestran además las relaciones - favorables con el resto del personal, se puede estimular el interés del lisiado por el tratamiento.

La recuperación del inválido parapléjico debe ser limitada y el Trabajador Social deberá trabajar con el paciente de manera que éste acepte en un nivel óptimo el desenvolver su vida lo más activamente posible en una silla de ruedas o el trabajo sea en una tarea menos calificada.

" El Trabajador Social también coordina y mantiene relaciones con los organismos gubernamentales y no gubernamentales que intervienen en el plan de tratamiento y ayuda al paciente a utilizar estos servicios en forma adecuada y ventajosa por ejemplo en materia de empleo y sanidad pública" (1).

(1) Servicio y Material Básico para los Centros de Rehabilitación. Naciones Unidas. 1967

La función específica del Trabajador Social no es planificar cada uno de los aspectos del programa de rehabilitación, sino constituir el vehículo que une al paciente con todos los demás miembros del equipo de rehabilitación o en la importantísima tarea de ayudar a la persona incapacitada a readaptarse en el hogar, en el empleo, en la dependencia de capacitación industrial o en el ambiente de un taller protegido; además se ocupa de la organización del trabajo a domicilio y de la recreación de los inválidos.

El Trabajador Social estimulará al paciente y a su familia a sentirse parte del grupo de rehabilitación, a que concurren a las reuniones de grupo y aporten ideas sobre el programa de tratamiento.

" En la práctica del Trabajo Social de caso y en teorías recientemente descritas en la literatura profesional, la familia como grupo ha comenzado a considerarse como unidad del tratamiento individualizado" (1).

Actualmente se enfoca la práctica del Trabajo Social individual principalmente hacia el individuo y sus problemas psíquicos internos, dentro del contexto de su situación y su familia.

" La familia es más que la suma de varias personalidades diferentes, es además, la interacción de esas per-

(1) Younghusband, Eileen. Servicio Social Familiar. Eura-
mérica S.A. Madrid 1971

sonalidades y la influencia de una en otra" (1).

El ajuste social de la familia del limitado físico es decisiva e importante para su futuro. El Trabajador Social debe trabajar con ellos, ya que necesitan guías y valor para enfrentarse a la situación que debe vivir el parapléjico, el Trabajador Social manejará la angustia familiar y tratará de reducirla a niveles tolerables.

El Trabajador Social será el encargado de explicar en forma clara a la familia del paciente, cual es la naturaleza de la lesión, y cuales son las posibilidades de recuperación, de tal manera que no se abriguen falsas esperanzas y actúen dentro de la realidad.

Se debe conseguir que la familia acepte al inválido con criterio realista, el profesional tendrá muy en cuenta que " Así como todas las personas reaccionan de un modo diferente ante una misma circunstancia, la familia reaccionará ante la invalidez de modo diferente" (2).

4. AYUDA GRUPAL, CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

" El trabajo en rehabilitación debe ser en equipo, que es la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y su familia, llegando a ser -

(1) Younghusband, Eileen. Servicio Social Familiar. Euramérica S.A. Madrid 1971.

(2) Lidia C.H. Vettorioso. Trabajo Médico Social. Edit. Humanitas. Buenos Aires.

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO

considerado como el mejor enfoque para solucionar el - complejo problema de la recuperación y el mantenimiento de la salud" (1).

Ninguna persona puede reunir todos los conocimientos y experiencias que requieren las distintas etapas de la rehabilitación. Es por ello que se necesita de un cuerpo de profesionales para el logro de una rehabilitación médica, social y profesional en las personas físicamente impedidas.

Este equipo estará conformado por Médico, Fisioterapeuta, Protésista, Trabajador Social, Psicólogo, Psiquiátra, Enfermera, Orientador Profesional, los cuales trabajarán en unión íntima, cooperadora, democrática, coordinada y multiprofesional para el logro del objetivo - trazado: LA REHABILITACION.

La idea del trabajo en equipo no es nueva en los servicios sociales y los miembros del mismo al trabajar deben partir de un diagnóstico combinado e integrado, dirigiendose hacia una planificación flexible y dinámica para lograr el tratamiento oportuno consecuente y equilibrado en la acción rehabilitadora, ya que " el tratamiento en rehabilitación se basa en el principio de tratarar a las personas en su totalidad, subrayando la conveniencia de que las distintas especialidades y profesiones colaboren en el diagnóstico y tratamiento de - los problemas médicos, psicológicos y sociales del pa-

(1) Nathan, Acherman. Psicoterapia de la Familia Neurótica. Edit. Paidós. Ediciones Hormes S.R.E. Buenos Aires.

ciente" (1).

La comunicación de las conclusiones del Trabajador Social es muy importante y debe efectuarse de tal modo - que todos los miembros del equipo puedan comprenderla y aceptarla como contribución al tratamiento del paciente, y a la solución de sus dificultades, como resultado de una identificación con las necesidades humanas fundamentales.

Tanto el Trabajador Social como los demás profesionales tienen la obligación de crear un ambiente que permita establecer relaciones eficaces y satisfactorias dentro del equipo, así como mantener la coordinación de servicios que evite la multiplicidad de los mismos.

5. AYUDA COMUNITARIA:

" Lo que más importa en la comunidad son las características de la población, por que la comunidad es la gente; es decir un conjunto de seres humanos que viven en un área geográfica determinada en la que comparten condiciones generales de vida, poseen tradiciones y creencias comunes y se organizan políticamente de tal modo que pueden diferenciarse como una entidad. Los individuos tienen entre sí un cierto grado de conocimiento y mantienen relaciones intergrupales que pueden ser positivas o negativas, y favorecer los estados de

(1) Younghusband, Eileen. Servicio Social Familiar. Euroamérica S.A. Madrid 1971.

salud o provocar la enfermedad" (1).

Para que la asistencia que presta se vea coronada por el éxito el Trabajador Social debe tener pleno conocimiento de la situación social de la persona y su familia en relación con la comunidad en que viven.

La adaptación social del inválido parapléjico a la estructura de la comunidad a la que ha de integrarse como miembro activo partcipe y autosuficiente, es la meta final de la rehabilitación.

Es por ello que la comunidad es responsable en la rehabilitación del impedido, por lo que el Trabajador Social se le dará la información adecuada para que se eduque y pueda contribuir con su comprensión, respeto y solidaridad a la solución de los problemas.

El hombre busca en el ambiente la satisfacción de intereses y necesidades. El ambiente debe proporcionar oportunidades para esa satisfacción con su estructura y mecanismo, por tanto es de vital importancia que la persona impedida ocupe su lugar en la comunidad y sea aceptada por ella. En este caso tropieza con un conjunto diferente de problemas sociales que debe resolver si ha de participar activamente en la vida cotidiana: como ciudadano, como estudiante, como persona que busca empleo o que lo tiene.

Al ayudar a la persona impedida a desarrollar sus fuerzas y a alcanzar la máxima medida de ajuste social, el Trabajador Social debe desempeñar una tarea continua y

múltiple, para lograr resultados óptimos con su paciente, debe cooperar con otros profesionales en materias afines y utilizar los recursos de la comunidad que pueden ser útiles para contribuir al amplio proceso de rehabilitación" (1).

La comunidad debe conocer las necesidades de las personas impedidas. El Trabajador Social con la colaboración de los demás profesionales, informará a la comunidad - las necesidades, las verdaderas causas de las situaciones personales, familiares y sociales que debe afron-tar el inválido parapléjico.

Las técnicas y recursos existentes para las personas - deben rehabilitarse, las diversas instituciones que - pueden prestar sus servicios en la comunidad y fuera - de ella y la colaboración que pueden prestar a éste tipo de problema, debe ser tenido en cuenta por el Trabajador social para la prestación eficaz de un servicio integrado.

(1) Servicios y Material Básico para los Centros de Rehabi
litación. Naciones Unidas. 1967.

A P E N D I C E #1

E N C U E S T A A P L I C A D A A L A M U E S T R A

Mediante este cuestionario tendremos la oportunidad de conocer muchos datos valiosos a cerca del inválido parapléjico, lo que nos permitirá elaborar programas en beneficio del mismo, al igual, serán de mucha utilidad para la familia. Por tanto roga_mos a Ud. nos colabore para el logro de un parapléjico lleno de satisfacciones, dándole la mayor sinceridad a sus respuestas.

Para responder este cuestionario Ud. tratará de calificar al enfermo según los conceptos aquí presentados, teniendo en cuenta que la interpretación de cada casilla es la siguiente:

- 1 = plenamente
- 2 = parcialmente
- 3 = no puedo juzgar
- 4 = algunas veces
- 5 = siempre

El ejemplo que a continuación le presentamos le ayudará a una mejor comprensión. Así, al preguntarle si el inválido es una persona:

	1	2	3	4	5	
RESPONSABLE						IRRESPONSABLE

Sí Ud. considera que es plenamente responsable, entonces marcará con una X la casilla 1 ; si es parcialmente responsable entonces colocará la X en la casilla 2; sí Ud. no puede juzgar marque la X en la casilla 3; si es irresponsable algunas veces conteste en la 4 y lo hará en la 5 si siempre es irresponsable.

10. Gran parte de la sociedad colombiana piensa que el in-
válido es una persona:

Feliz						infeliz
débil						fuerte
alegre						triste
útil						inútil
insatisfecha						satisfecha
potente						impotente
indiferente						apasionada
conforme						inconforme
desafortunada						afortunada
insensible						sensible
importante						insignificante
frustrada						realizada
optimista						pesimista
incrédula						crédula
comprendida						incomprendida
exagerada						moderada
constante						voluble
madura						inmadura
rechazada						aceptada

30. Para el común de las personas el inválido en una actividad es una persona:

responsable					irresponsable
dinámica					ápatica
inútil					útil
perezosa					diligente
realizada					frustrada
impaciente					paciente
exagerada					moderada
capaz					incapaz
suficiente					insuficiente
tranquila					irritable
egoísta					generosa
incompetente					competente
conforme					inconforme
importante					insignificante
obstinada					razonable
cohibida					audaz
colaboradora					opositora
aceptada					rechazada
abandonada					protegida
débil					fuerte
festiva					malhumorada
obediente					desobediente
indiferente					apasionada
pesimista					optimista

Gracias.

A P E N D I C E #2

F R A T E R N I D A D C R I S T I A N A D E E N F E R M O S Y L I S I A D O S D E L A C I U D A D D E C A R T A G E N A

Antes de entrar en materia y para una mayor comprensión - consideramos conveniente explicar lo que es una Industria de Buena Voluntad, y un Taller Protegido, que permitirá una mejor ubicación de la Fraternidad de Enfermos y Lisiados , como institución que está en su primera etapa, con miras a desarrollar más sus servicios y en un tiempo no muy lejano proyectarse hacia toda la Costa Atlantica dando capacitación y enseñanza a todos los lisiados sin distinción de ninguna clase y que soliciten los servicios.

Industria de Buena Voluntad.- Es una organización privada de bien común sin fines de lucro, administrada por una Junta Directiva, compuesta por dirigentes sociales, representantes de la iglesia y prominentes miembros de la comunidad, está afiliada a Industrias de Buena Voluntad Internacional (Good Will Industries of American Internaciona Department) que constituye la red de talleres de rehabilitación vocacional más grande del mundo y sirve para sa-

tisfacer a una diversidad de incapacidades.

Taller Protegido.- Es una Organización de bién común sin fines de lucro cuyo objetivo es desarrollar programas de rehabilitación para incapacitados físicos, mentales o sociales, dándole a estos individuos empleo remunerado y una o más actividades de rehabilitación en el campo educacional, psicosocial, terapeutico, vocacional y espiritual.

La Fraternidad Cristiana de Enfermos y Lisiados fué creada en Cartagena, por iniciativa del P.J. Enrique Luis Ramirez, en el año de 1973, prestando sólo una ayuda paliativa de tipo espiritual. Hoy por Hoy, cuenta con servicios más técnicos y diversos.

Para la organización como institución de buena voluntad, se contó con la colaboración de una junta directiva, la que ha venido trabajando con empeño en sacar adelante a la misma y satisfacer en parte una de las necesidades que afecta a un gran número de personas en esta localidad. La Junta Directiva está compuesta por un Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Secretario y dos Vocales, los que necesariamente tienen que ser lisiados, todos y cada uno de estos miembros tienen sus respectivos suplentes con voz y voto en el desempeño de las funciones como tal.

Como taller protegido o de transición, es un servicio al alcance de cualquier inválido adulto, cuya limitación le impide trabajar sin entrenamiento previo, que tenga capacidad de llegar a él por sus propios medios y aprovechar el entrenamiento que se le ofrece, sin diferencia de educación, raza, estado civil, credo o filiación política.

A través de un año de práctica en esta institución, colaborando con ella, se ha observado el inconveniente de que muchos enfermos entre ellos el inválido parapléjico, por la gravedad de su limitación no pueden recibir todavía, - los servicios técnicos, pero sí ayuda y asesoría a través del departamento Médico-social.

Como objetivos tiene, el de promover los contactos personales, intercambio de nombre a nombre.

Crear en cada zona un equipo que tenga su respectivo conciliario y responsable.

Ayudar por todos los medios al alcance de sus miembros, enfermos o lisiados en el aspecto material y espiritual y - en su adaptación social y laboral.

Fomentar la readaptación al trabajo y vida social de los lisiados.

Crear talleres de rehabilitación y enseñanza.

En lo referente a las políticas, han evolucionado al igual que los objetivos, actualmente se le presta servicio de - rehabilitación laboral a los enfermos que por sus propios medios pueden llegar a la institución.

El tratamiento médico-social se presta a todos los lisiados sin distinción de ninguna clase.

Descubrir y promover a los lisiados de las distintas comunidades geográficas de Cartagena.

Para la realización de las metas trazadas por los directivos y equipo interdisciplinario se cuenta con el apoyo moral y económico de veinticinco socios contribuyentes y las personas simpatizantes a la institución que dan donaciones.

Entre las instituciones con quienes se trabaja coordinadamente están: Hospital Universitario de Cartagena, cruz roja, centro de salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

A N E X O #1

LEGISLACION DE LA REHABILITACION

MINISTERIO DEL TRABAJO

DECRETO NUMERO 3132 de DICIEMBRE 26 de 1968

Por el cual se crea el Consejo Nacional de Rehabilitación, como entidad asesora del gobierno, adscrito al Instituto Colombiano de Seguros Sociales y se dictan otras disposiciones sobre rehabilitación y empleo de inválidos.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de las facultades extraordinarias que le confiere la ley 65 de - 1967 y

CONSIDERANDO:

Que el Gobierno se halla empeñado en defender y utilizar al máximo los recursos humanos de la nación;

Que el desarrollo de tales recursos debe buscar la plena realización cultural, social y económica de todos los integrantes de la comunidad;

Que por causa de enfermedad o accidente existe un número considerable de personas en el país, que constituyen una pesada carga económica para la sociedad y sus familias;

Que por medio de la rehabilitación se logra la recuperación de ésta mano de obra ahora inutilizada;

Que el Gobierno Nacional está interesado en elaborar un programa de rehabilitación que comprenda todos sus aspectos y beneficio al mayor número posible de inválidos.

Que es indispensable coordinar las acciones de los sectores público y privado en el campo de rehabilitación, y lograr un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Que existen disposiciones legales que autorizan al Instituto Colombiano de Seguros Sociales a la rehabilitación de los inválidos afiliados, y de aquellas personas que no lo sean, cuando sus posibilidades lo permitan;

Que de acuerdo con la recomendación número 99 de la Conferencia Internacional del Trabajo, reunida en Ginebra en 1955, los delegados de los Estados participantes, entre ellos Colombia, recomendaron establecer en los distintos países la rehabilitación de los inválidos,

DECRETA:

CAPITULO I

Del Consejo Nacional de Rehabilitación de Inválidos

ARTICULO 1o.- Créase el Consejo Nacional de Rehabilitación como entidad asesora del Gobierno, adscrito al Instituto Colombiano de Seguros Sociales, que será el organismo competente para formular recomendaciones en materia de rehabilitación; fijar la política general, planificar, coordinar, promover, financiar, organizar y supervigilar la rehabilitación del inválido de todos los sectores de la población, y de crear los servicios que sean necesarios para cumplir los fines que se propone este decreto, cuando por la naturaleza de la materia, deba proveerse en cualquiera de estos campos por medio de normas con fuerza obligatoria, los acuerdos del consejo serán sometidos a la aprobación del gobierno.

PARAGRAFO 1o.- Para efecto de este decreto, entiéndese por rehabilitación el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima de las personas incapacitadas, en los aspectos físico, educacional, social y profesional, ocupacional y económico, con el fin de reintegrarlas como miembros productivos de la comunidad a lo cual tienen derecho.

ARTICULO 2o.- Los estatutos y reglamentos generales elaborados por el Consejo Nacional de Rehabilitación, serán sometidos a la aprobación del Gobierno Nacional, sin los cuales no tendrán validez.

ARTICULO 3o.- El Consejo, para realizar lo dispuesto en el artículo primero, tendrá las siguientes funciones:

a) darse su estatuto orgánico;

- b) Dictar todas las normas sobre rehabilitación en desarrollo de lo dispuesto en el artículo primero de este decreto;
- c) Preparar proyectos para la creación de servicios asistenciales de rehabilitación y hacer los presupuestos;
- d) Asesorar, coordinar subvencionar servicios existentes de rehabilitación y vigilar que cumplan las disposiciones que les obligan;
- e) Elaborar los programas docentes, de investigación y dictar normas para la preparación de especialistas en rehabilitación, en conexión con las Universidades y entidades que tengan a su cargo la formación de personal profesional y técnico;
- f) Servir de organismo de información y de divulgación;
- g) Organizar el registro y el control estadístico nacional de los incapacitados, para su identificación, clasificación y selección;
- h) Adoptar medidas que fomenten las mayores oportunidades de empleo para los inválidos;
- i) Delegar en las entidades que en alguna forma tengan que ver con la rehabilitación de inválidos, formación profesional, educación o empleo, las funciones que considere convenientes.

ARTICULO 4o.- El Consejo Nacional de Rehabilitación se in

tegrará por:

El Director General del ICSS, o por un delegado suyo, quién lo presidirá;

Un delegado del Ministro del Trabajo;

Un delegado del Ministro de Salud;

Un delegado del Ministro de Educación;

Un delegado del Director General del Sena;

Un delegado de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina;

Un delegado de las Asociaciones Nacionales de Patronos;

Un delegado de las Confederaciones de los Trabajadores;

El Presidente de la Sociedad Colombiana de Medicina Fisi-
ca y Rehabilitación;

Un delegado de la Universidad Nacional;

El Secretario Ejecutivo del Fondo Rotatorio de Rehabilita-
ción, con voz pero sin voto.

ARTICULO 5o.- El nombramiento de los delegados que repre-
sentan la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina,
las Asociaciones Nacionales de Patronos, las Confederacio-
nes de Trabajadores y la Universidad Nacional, lo hará el

Director General del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, de ternas que cada una de estas entidades le remitirá. El período de funciones de estos delegados será de dos años y podrán ser reelegidos.

ARTICULO 6o.- La organización administrativa del Consejo Nacional de Rehabilitación, contará con los organismos y personal esenciales para su cabal funcionamiento.

ARTICULO 7o.- Todas las entidades nacionales, departamentales y municipales, prestarán la colaboración que solicite el Consejo Nacional de Rehabilitación, para el cumplimiento de sus fines, y coordinarán con él los servicios de que dispongan para la rehabilitación de inválidos.

ARTICULO 8o.- El Consejo será la entidad oficial competente frente a toda clase de organismos internacionales, para efectos de asistencia técnica, formación y ayuda económica, para lo cual se ceñirá a lo que disponga el Departamento Administrativo de Planeación.

CAPITULO II

Del Fondo Rotatorio de Rehabilitación.-

ARTICULO 9o.- Créase, dentro del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, un Fondo Rotatorio para la Rehabilitación.

ARTICULO 10o.- El Fondo Rotatorio de Rehabilitación tiene como finalidad proporcionar los recursos económicos necesarios para realizar los programas de rehabilitación acordados por el Consejo Nacional de Rehabilitación.

ARTICULO 11o.- Con cargo al Fondo Rotatorio de Rehabilitación se harán las investigaciones, inversiones directas, o mediante contratos, para la construcción de centros de rehabilitación, talleres protegidos, escuelas especiales y todas las instalaciones, dotaciones y operación que para su funcionamiento se requieran, se prestará colaboración económica a los establecimientos de rehabilitación públicos o privados, que la requieran, siempre que los recursos del Fondo lo permitan y se ciñan a las normas trazadas por el Consejo Nacional de Rehabilitación, y cuenten con recursos complementarios; se suministrarán créditos a los inválidos rehabilitados, para obtener equipos y herramientas o para establecer o ampliar pequeñas industrias, talleres, comercio o cooperativas, que estén de acuerdo con la orientación vocacional y preparación que han recibido; se atenderán los gastos suyo y del Consejo Nacional.

ARTICULO 12o.- El Fondo Rotatorio de Rehabilitación estará formado:

- a) Con un aporte inicial de la nación que se destinará preferentemente como capital de trabajo de la entidad;
- b) Con las sumas que anualmente se apropien en los presupuestos nacional, departamentales, municipales y en las instituciones de asistencia social, de beneficencia, y empresas estatales o paraestatales, para cubrir los costos de la rehabilitación de aquellas personas que no gozan de protección legal ni disponen de medios económicos.
- c) Con los aportes que reciba el Fondo Nacional Hospitala

rio, de acuerdo con lo dispuesto en el literal c) del artículo 2o del decreto 687 del 20 de Abril de 1967, - para la construcción y dotación de centros de rehabilitación médica, profesional, formación, talleres de empleo protegido, escuelas especiales, etc.

d) Con las partidas que el Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, apropie en los presupuestos de egresos del riesgo de invalidez, vejez y muerte, y que se destinarán al establecimiento y mantenimiento de un servicio de rehabilitación de inválidos, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 42 del decreto número 3041 del 19 de Diciembre de 1966;

e) Con las partidas que el Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, apropie en los presupuestos de egresos del riesgo de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, y que destinarán a los mismos fines señalados en el literal c. de este mismo artículo de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 63 del Decreto 3170 del 21 de Diciembre de 1964;

f) Con otros aportes que el Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales destine, como contrapartida de los que apropien en las entidades Nacionales, Departamentales y Municipales;

g) Con los demás bienes que a cualquier título ingresen a él.

ARTICULO 13o.- Los Gobiernos Nacionales, Departamentales o Municipales se comprometerán, por medio de contratos -

UNIVERSIDAD DE SANTAFÉ

con el Fondo Rotatorio de Rehabilitación, a apropiar anualmente, mediante inclusión en su presupuesto, las sumas necesarias para cubrir los costos de los servicios de rehabilitación que dicho fondo les proporcione.

ARTICULO 14o.- Los aportes que la nación haga al fondo, directamente o a través del Fondo Nacional Hospitalario, se destinarán a la rehabilitación de inválidos indigentes.

ARTICULO 15o.- Los créditos que obtenga el Fondo de Entidades Internacionales deberán ser previamente autorizados por el Gobierno.

ARTICULO 16o.- La administración del Fondo Rotatorio de Rehabilitación, esto es la ordenación de gastos y la celebración de contratos con cargo al mismo, se hará por un secretario ejecutivo nombrado por el Consejo Nacional de Rehabilitación a propuesta del presidente del mismo.

El personal auxiliar será designado por el secretario ejecutivo con aprobación del presidente del Consejo de Rehabilitación.

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales prestará los servicios necesarios para la más adecuada y económica administración del Fondo Rotatorio de Rehabilitación.

CAPITULO III

De la integración de los servicios, del empleo de los inválidos rehabilitados y de su protección laboral.

ARTICULO 17o.- La rehabilitación de los inválidos deberá estar integrada con los servicios existentes en el país, de educación general, orientación vocacional, formación profesional y empleo.

CAPITULO IV

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 18o.- Por el presente Decreto quedan derogadas - todas las disposiciones contrarias a éste, que se hayan expedido por medio de leyes generales o especiales, Decretos o Resoluciones de cualquier autoridad u organismo.

ARTICULO 19o.- Este Decreto rige a partir de la fecha.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

Dado en Bogotá, D.E., a 26 de Diciembre de 1968.

(Fdo.) CARLOS LLERAS RESTREPO.

Abdón Espinosa Valderrama - Ministro de Hacienda y Crédito
Público

John Agudelo Rios - Ministro del Trabajo

Antonio Ordoñez Plaja - Ministro de Salud Pública.

Octavio Arizmendi Posada - Ministro de Educación.

ANEXO # 2

SUGERENCIAS EN DISEÑO DE PLANTAS
PARA INVALIDOS EN SILLA DE
RUEDAS

En las páginas siguientes hay sugerencias para el diseño de plantas donde trabajan individuos en sillas de ruedas que tienen control de miembros superiores.

Una persona en sillas de ruedas necesita más espacio que una persona de piés pues, la base y circunferencia de la silla es mayor. El permanecer sentado restringe el alcance lateral lo mismo que hacia arriba y hacia abajo.

En la figura 1 se describe un diámetro de vuelta de 90 cms, pero en otras sillas puede ser necesario hasta 1.10 mts, dependiendo del ancho y largo de cada silla y del número de ruedas (trés o cuatro).

La figura 1 muestra planta y elevación de un tipo común de silla de ruedas. Se muestra el radio de acción en três niveles, pero el tamaño de la persona o de la silla pueden ser diferente, individualmente.

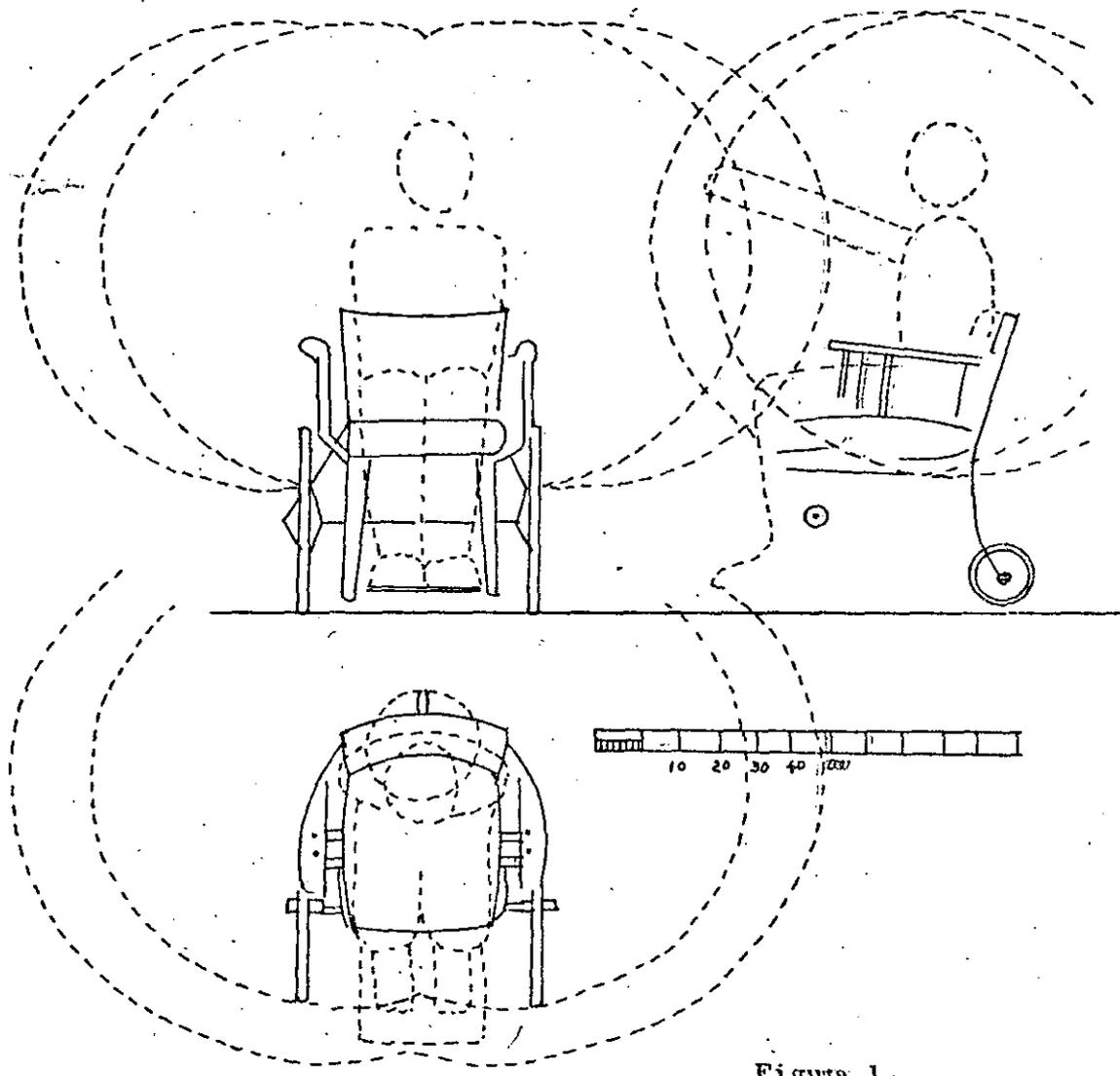


Figura 1.

POSICION DE TRABAJO Y ALTURA:

En una silla de ruedas se puede trabajar de frente o de lado.

Para trabajar de frente (figura 2) se requiere un es pacio libre de un mínimo de 67 cms. desde el piso - hasta la mesa de trabajo. Esta altura se determina - con la del asiento, que usualmente es de 47 cms a 50 cms, el ancho del muslo de la persona, más o menos - de 15 cms. y un margen mínimo de 2 cms.

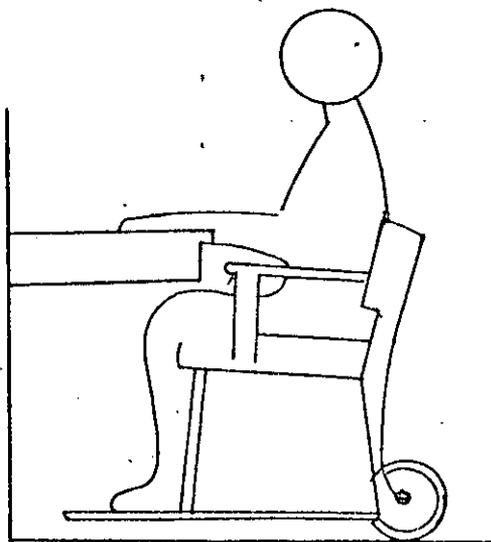


Figura 2.

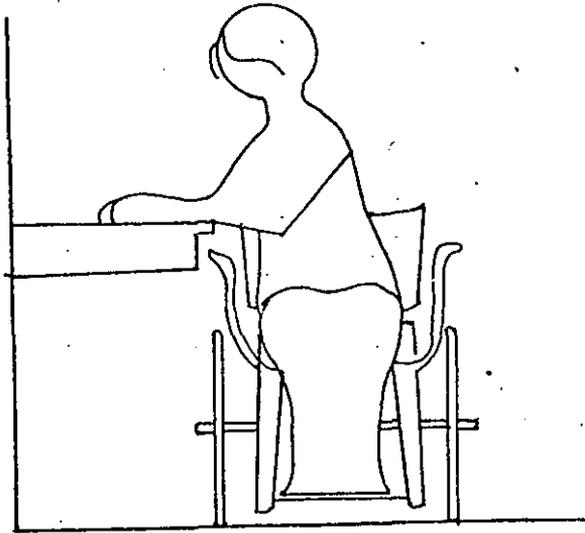


Figura 3.

La posición lateral (figura 3) permite alturas diversas, dependiendo principalmente de la técnica del trabajo.

ESPACIO PARA ALMACENAMIENTO:

Para acercarse y utilizar estanterías o armarios cuyas puertas de 50 cms, se abren hacia el frente, es necesario un espacio libre de 140 cms, para que la silla pueda pasar con las puertas abiertas (figura 4).

Este espacio puede reducirse a 110 cms, si los armarios tienen puertas de corredera (figura 5).

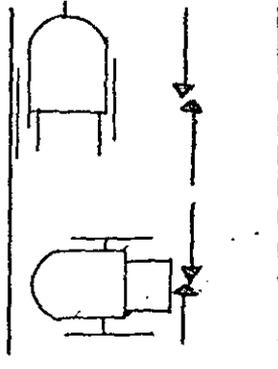
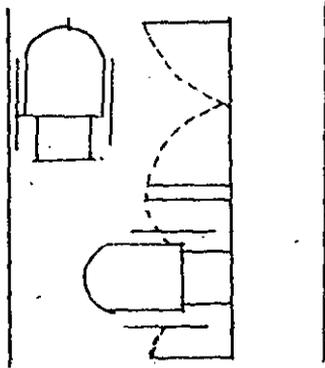
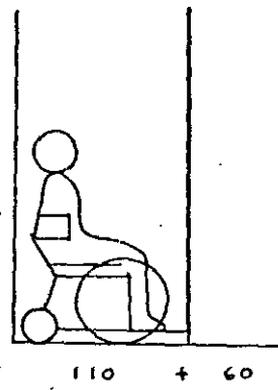
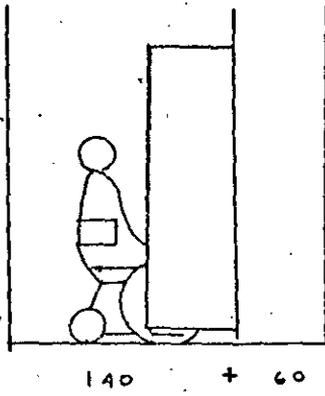


Figura 4.

Figura 5.

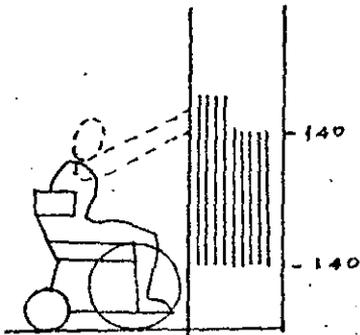


Figura 6.

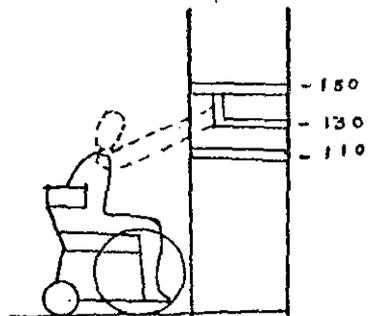


Figura 7.

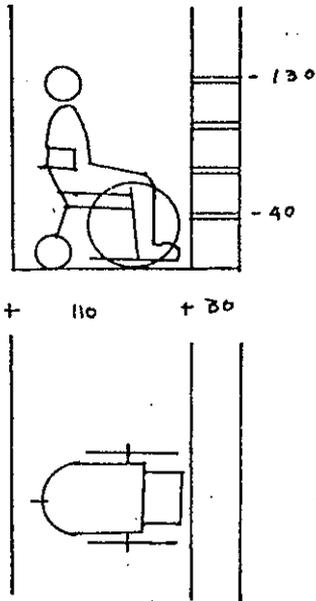


Figura 8.

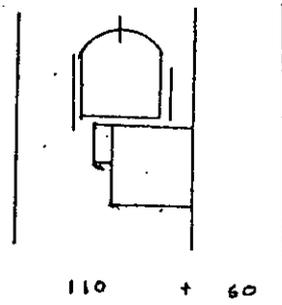


Figura 9.

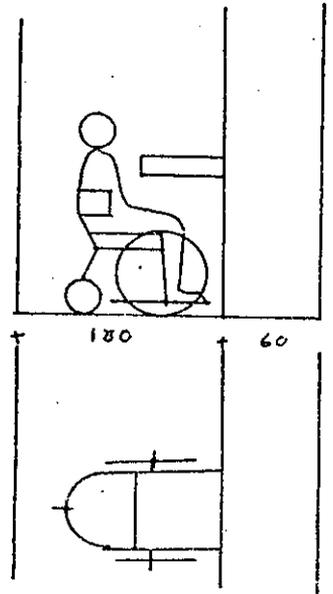


Figura 10.

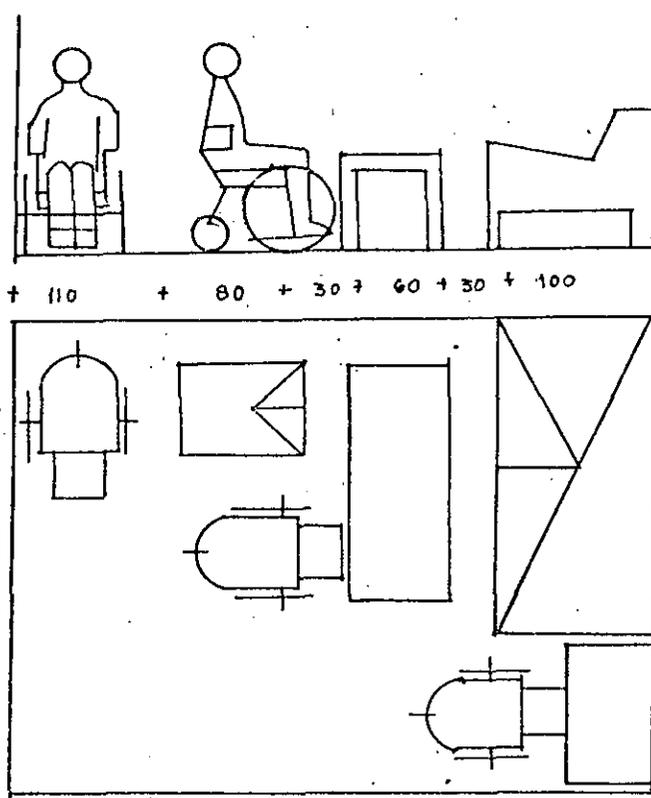
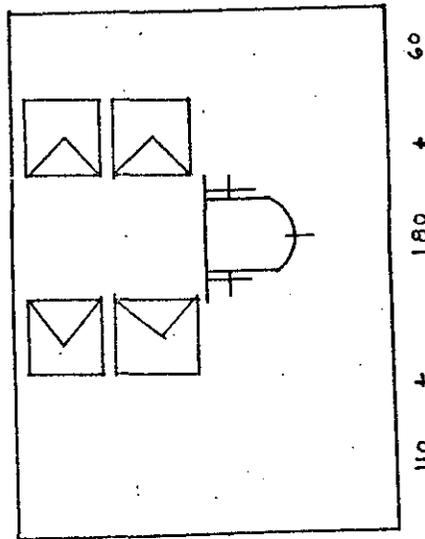
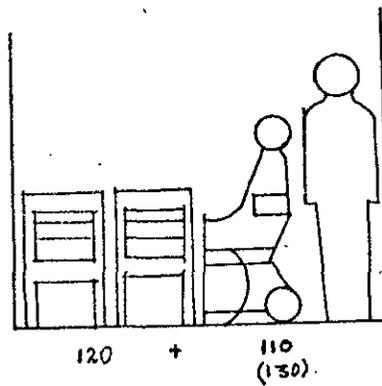


Figura 11.

AMOBLANDO UN ESTADERO:

Teniendo en cuenta comodidad y estética, se debe con-siderar la facilidad con que la silla de ruedas se puede mover entre el resto de los muebles y puede usar se como substituto de una silla.

Una silla de ruedas no necesita más espacio que una silla común; si se deja una zona libre de 110 cms. en tre la pared y los muebles para permitir su paso (fi-gura 11).



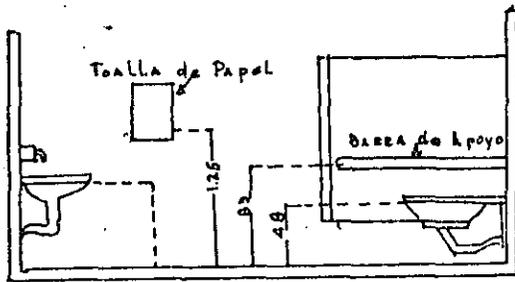
230

Figura 12.

COMEDOR O ZONA DE TRABAJO:

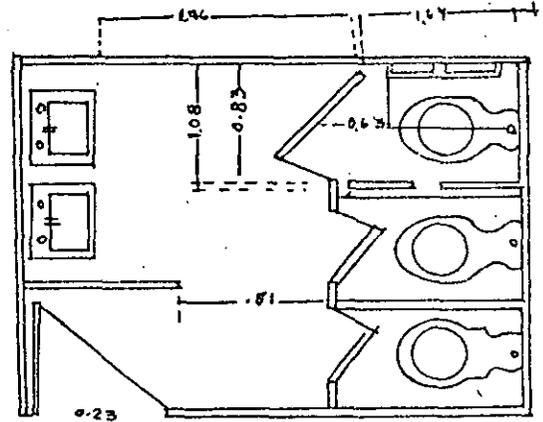
Aquí la silla de ruedas reemplazará un asiento ordinario, de preferencia en el extremo de la mesa donde su tamaño no interfiera con los demás asientos que requieren más o menos 60 cms, de espacio.

Una zona libre de 110 cms, entre la mesa y la pared es suficiente para un tipo standard de silla de ruedas. Si es necesario que la silla gire y permita el paso de otras personas, se requiere un espacio de 130 cms, (figura 12).



Baño público corte

Figura 13.



Baño público planta

Figura 14.

BAÑOS:

El fácil acceso a los baños es de primordial importancia. Las puertas deben tener un paso libre mínimo de 83 cms.

Los orinales deben estar montados en el suelo. Si están en la pared su altura no debe pasar de 48 cms y deben estar equipados de una barra de apoyo.

El espacio debajo de los lavamanos debe estar libre, con la tubería de desagüe lo más alta posible, para evitar los golpes de la silla y en las piernas.

Los espejos, la jabonera y los interruptores de la luz deben estar colocados a menor altura que lo común.

El espacio de circulación dentro de los baños debe ser suficiente para que la silla se pueda voltear - (figura 13, 14 y 15).

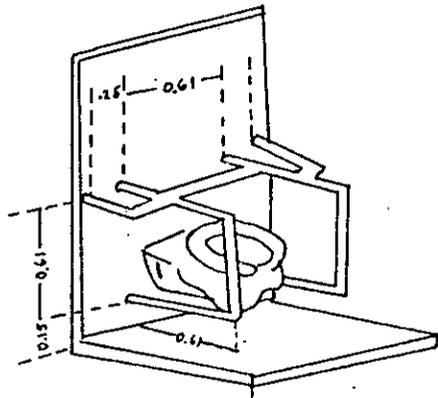


Figura 15.

C O N C L U S I O N E S

Los resultados obtenidos en el estudio científico realizado con el inválido parapléjico, su familia y el grupo social próximo nos permite concluir:

Que en una Institución de Rehabilitación Laboral el objetivo del Trabajador Social estará siempre encaminado al logro constante y progresivo de un cambio de reacción o actitud negativa - ante el hecho irreparable de una persona que brusca o lentamente se vé ante un futuro con un problema que le afecta psicológica - económica y socialmente, infundiendo en ellos un nuevo sentido filosófico de la vida, aceptando su estado invalidante, adquiriendo confianza en sí mismo y haciendo un mejor uso de las indicaciones rehabilitadoras (Médica, Social y Laboral), necesarias para conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades.

Todo lo anterior consideramos se logra a través de la utilización de los métodos y técnicas propios de la profesión como son:

Ayuda individual directa al paciente y a su familia, haciéndolos conscientes de su situación y del papel que dentro de ellas pueden desempeñar; en esta ayuda el Trabajador Social enfatiza la

importancia de las relaciones profesionales adecuadas entre Trabajador Social - paciente, Trabajador Social - familia y paciente familia, las cuales traen consigo la disminución de los sentimientos de angustia, frustración y desajuste de los cuales son víctimas.

Ayuda grupal, organizando grupos sociales con el paciente y la familia, a través de su dinámica y funcionamiento, lograr cambios, así como también coordinando y participando activamente en el funcionamiento del equipo interdisciplinario para una mejor prestación de servicios.

Ayuda comunitaria enfocada en el centro mismo de rehabilitación laboral con el establecimiento de talleres ocupacionales que permitan un estado de satisfacción, complacencia y utilidad ante el mismo inválido, su familia y el grupo social próximo. - Esta ayuda se complementa con la proyección a la comunidad geográfica de la preparación laboral del inválido parapléjico y su capacidad competitiva.

B I B L I O G R A F I A

- GONZALEZ M, RAFAEL "Tratado de Rehabilitación Médica"
Ed. Científico-Médica
Barcelona 1969.
- FERRARI FORCADE
ALVARO "Inválidez y Rehabilitación"
Comisión Nacional de Rehabilitación.
Montevideo - Uruguay 1970.
- MORAGAS M, RICARDO "Rehabilitación, Un Informe Inte
gral".
Ed. Vicens. España 1972.
- RUSK, HOWARD A. "Medicina de Rehabilitación".
Ed. Interamericana S.A.
2a edición. 1968.
- ACKERMAN, NATAN "Psicoterapia de la Familia Neuró
tica".
Ed Paidós. Ediciones Hormes S.R.E.
Buenos Afres. 1972

- YOUNGHUSBAND, EILEEN "Servicio Social Familiar"
Ed. Euroamérica S.A.
Madrid 1971.
- JOSEF G, GHUSID
JOSEF J, MC DONALD "Neuro-Anatomía Correlativa y Neurología Funcional".
Ed Manual Moderno S.A.
Mexico 1968.
- VITTORIOSO, LIDIA "Trabajo Médico Social"
Ed Humanitas. Buenos Aires.
- WECHSLER, ISRAEL S "Neurología Clínica"
Ed Interamericana S.A. 1965.
- FRIEDLANDER, WALTER "Dinámica del Trabajo Social"
Ed Pax México S.A.
México D.F.
- VELEZ, HERNAN.
BORRERO, JAIME
RESTREPO, JORGE "Fundamentos de Medicina"
Universidad de Antioquia
Medellín 1971.
- CASTELLANO, MARIA "Manual de Trabajo Social"
Ed Fournier. México 20 D.F.
- DAVISON, EVELYN "Trabajo Social de Casos".
Ed Continental S.A. 1ª Edición
México 1968.

OTRAS PUBLICACIONES:

Centro de Evaluación de Aptitudes y Preparación de los Inválidos para el Trabajo. OIT. la Edición. Ginebra 1973.

Servicio y Material Básico para los Centros de Rehabilitación. - Naciones Unidas. 1967.

Conferencia Panamericana de Rehabilitación Profesional. Reuniones del Grupo Latinoamericano del Consejo Internacional de Goodwill Industries. Panamá. Abril 22 al 26 de 1974.

Panorama de Rehabilitación en América Latina. Industrias de Buena Voluntad. 1974.

WISHIK, SAMUEL M. Como Ayudar a su Hijo Impedido. Comité de Asuntos Públicos. Folleto No 219.

Dr. PARDO RUIZ Conferencia sobre Rehabilitación.

Dr. TESONE, JUAN Rehabilitación de los Lisiados.

MONTERO, HERNANDO Problema y Realidades de la Rehabilitación en Colombia.

Dr. TESONE, JUAN Rehabilitación Conceptos Generales.

Dr. POSLA, MARIO Formación Profesional. Documento Preparado para el Tercer Encuentro Latinoamericano de Industrias de Buena Voluntad celebrado en San José. Costa Rica. Abril 1972.

Consejo Nacional de Rehabilitación. La Rehabilitación de los In-
válidos como una Política en la Recuperación de los Recursos Hu-
manos.

Aspectos Laborales del Trabajo del Inválido. Conferencia Paname-
ricana de Rehabilitación Profesional. Panamá. Abril 22 al 26 de
1974.

Manual de Rehabilitación. Industrias de Buena Voluntad. 2o En -
cuentro Latinoamericano. Bogotá. Junio 1970.

Serie de Informes Técnicos. #419 Comité de Expertos de la OMS en
Rehabilitación Médica. Ginebra. 1969.

Rehabilitación de las Prsonas Fisicamente Impedidas. Revista In-
ternacional de Servicio Social #2. Marzo de 1957.

REPARTAMENTO DE
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO