

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Facultad de Psicología
Febrero de 2001

**Relación entre los significados que la familia le da a la discapacidad física
adquirida por un evento violento en un adulto joven y su proceso de adaptación**

Tesis Para Obtener El Grado de Psicóloga

Sandra Liliana Galán Navarro
Laura Beatriz Rodríguez Gaona

Director: Dr. Julio Abel Niño Rojas

Agradecimientos

Después de haber culminado con éxito nuestra carrera, queremos agradecer A:

Dios, por permitirnos alcanzar satisfactoriamente todas las metas propuestas.

La Universidad de La Sabana, por brindarnos la oportunidad de ingresar en ella y formar parte de los nuevos profesionales que se interesan por el bienestar social.

La Facultad de Psicología, por preocuparse por nuestro proceso de formación tanto académico como personal, haciéndonos de esta manera profesionales capacitados para ejercer con calidad nuestra carrera.

Nuestro Director de tesis Dr. Julio Abel Niño, quien gracias a sus conocimientos, apoyo y paciencia, hizo posible la realización de esta investigación.

La Clínica Universitaria Puente del Común y al Hospital Universitario de La Samaritana, al igual que a las personas discapacitadas físicamente; quienes nos abrieron sus puertas y nos colaboraron incondicionalmente en la realización del trabajo de grado.

Y a todos aquellos que de alguna manera han aportado en nuestra formación profesional y personal, ya que gracias a ellos hoy finaliza una etapa fundamental en nuestras vidas.

Dedico este trabajo de investigación

A quienes por causa de la violencia han quedado discapacitados físicamente

A mi familia por brindarme su amor, apoyarme y haber creído siempre en mí

A Laura y Myrtha por estar desde siempre conmigo

Y a todas aquellas personas que forman parte importante de mi vida.

Sandra Galán.

Dedico este trabajo

A mi madre quien me impulsó y animó durante los cinco años de carrera

A mi padre por colaborarme con lo necesario para realizar mis estudios

A mi hermano quien aunque no creyó en mí me ayudó a hacer las cosas lo mejor posible

A mis amigos quienes me brindaron su apoyo incondicional

A Sandra compañera y amiga de toda la carrera

A todas aquellas personas quienes por situaciones adversas se encuentran discapacitadas.

Laura Rodríguez.

TABLA DE CONTENIDOS

	P.
TABLA DE CONTENIDOS	4
LISTA DE TABLAS	6
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	10
ANTECEDENTES EMPÍRICOS	89
OBJETIVOS.....	93
Objetivo General.....	93
Objetivos Específicos.....	93
MÉTODO.....	94
Población y Muestra.....	95
Contexto.....	95
Instrumentos.....	97
Procedimientos.....	103
RESULTADOS.....	107
DISCUSIÓN	176
CONCLUSIONES	187
SUGERENCIAS	191
REFERENCIAS.....	193

ANEXOS

Anexo A.....	197
Anexo B.....	200
Anexo C.....	206
Anexo D.....	210
Anexo E.....	212

LISTA DE TABLAS

	p.
Tabla No 1	108
Tabla No 2	109
Tabla No 3	110
Tabla No 4	111
Tabla No 5	134
Tabla No 6	134
Tabla No 7	135
Tabla No 8	135
Tabla No 9	135
Tabla No 10	136
Tabla No 11	162
Tabla No 12	163
Tabla No 13	163
Tabla No 14	163
Tabla No 15	164
Tabla No 16	164

Relación entre los significados que la familia le da a la discapacidad física adquirida por un evento violento en un adulto joven y su proceso de adaptación

Actualmente la situación de violencia por la cual atraviesa el país, ha generado un sinnúmero de problemáticas en la población que afectan de manera notable tanto la integridad física y moral del afectado, como de su familia. Una de éstas problemáticas es la discapacidad física, la cual casi nunca se tiene en cuenta como un acontecimiento que desencadena reacciones y adaptación tanto por parte del individuo quien como consecuencia del acto violento resulta discapacitado, como del sistema familiar en el cual se encuentra.

Quienes adquieren una limitación física, en nuestro caso por un evento violento, se encuentran frente a un impacto de carácter psicológico que interviene tanto a nivel individual como a nivel familiar, ya que el cuerpo del ser humano tiene un valor fundamental en el desempeño del hombre como persona, y es el bienestar

físico el que de gran manera interviene en el desarrollo psicológico adecuado de las personas y en su respectivo sistema familiar.

Teniendo en cuenta lo anterior y que todo contexto familiar, construye significados en torno a las diversas situaciones que les ocurren y que de alguna u otra forma afectan la dinámica familiar, se pretendió comprender a través de ésta investigación cómo los significados que la familia le da a la discapacidad física de

un adulto joven cuando esta es adquirida por violencia se relacionaban con su proceso de adaptación, enfatizando en que el adulto joven debía desempeñar el rol de hijo dentro del sistema familiar; permitiendo de ésta manera movilizar acciones al interior de la familia, con el fin de promover la adecuada adaptación del discapacitado, pues su situación de limitado físico lo hace apartarse de las expectativas sociales y son los significados que la familia da a la discapacidad, las que fomentan la percepción que tiene el individuo hacia ella, percepciones que a su vez influyen en la adaptación a la misma.

Decidimos escoger la etapa de la adultez joven para nuestra investigación, ya que es en esta en la cual se espera que la persona se desprenda de su familia nuclear y se vuelva independiente, bien sea formando un nuevo sistema o desempeñándose de manera individual, pero siempre proyectándose hacia una vida lejos de su familia de origen, sin que por esto tenga necesariamente que estar distanciada de ella; igualmente es importante tener en cuenta que para efectos de nuestro trabajo de grado dichos adultos jóvenes debían convivir en un sistema familiar, cumpliendo el rol de hijos dentro de este. Es así, como el tema de ésta investigación permite visualizar de manera profunda y analítica, un problema clínico relacionado con el contexto social actual, lo cual desarrolla en los estudiantes de psicología de la Universidad de La Sabana, un sentido de interés por indagar en un tema que permitirá comprender y dar a conocer aún más la situación del discapacitado físico cuando ha adquirido la limitación por una situación violenta, buscando su beneficio y el de su contexto inmediato.

Esta investigación se realizó en dos instituciones : La Clínica Puente del Común y el Hospital Universitario de La Samaritana, ya que en estas se trabaja con pacientes discapacitados, los cuales se podían beneficiar con este tipo de investigación, pues recibirían un aporte más significativo por parte de la psicología; además por encontrarse las dos instituciones en convenio con la Universidad de la Sabana haría posible continuar con una línea de investigación que incrementaría el crecimiento tanto personal como profesional de los estudiantes.

Por la percepción que la familia tiene de lo ocurrido frente a la violencia, al cambio inesperado, nuestra investigación aporta a la psicología ya que permite ver cómo los significados que la familia le da a la discapacidad física de un adulto joven cuando esta es adquirida por violencia, se relacionan con su proceso de adaptación, relación que no ha sido investigada con profundidad, y que debido a la situación actual del país es más relevante, lo cual a la vez nos ayuda a conocer los sistemas familiares de las personas limitadas, con el fin de permitirnos abordar como psicólogos éstas situaciones de manera óptima y adecuada.

Es importante además resaltar que cuando los aspectos que mencionamos con anterioridad se ven afectados, la persona y su familia presentan un desequilibrio, en donde el trabajo de la psicología tiene gran relevancia, pues a través de ella se contribuye activa e integralmente hacia el bienestar de estas personas discapacitadas y sus respectivas familias.

Fue de esta manera como consideramos importante realizar un proyecto de tesis donde se relacionara la discapacidad física adquirida con la violencia en general, teniendo en cuenta el proceso de adaptación del individuo a su situación, al igual que los significados que la familia se ve obligada a movilizar entorno a la situación que está viviendo.

Al abordar dicha relación fue importante fundamentarnos en un marco de referencia que guiara la investigación y nos permitiera tener un mayor conocimiento acerca del tema tratado. Por esta razón vimos la necesidad de profundizar en primera instancia en el enfoque sistémico, ya que es en éste en el cual hemos basado nuestra investigación, pues nos permitía tener una visión holística de la situación a la que queríamos hacer referencia, además de permitirnos vislumbrar perspectivas diferentes hacia la realización de nuestro trabajo de grado.

Se hará una revisión general del enfoque sistémico y algunos de los modelos que utiliza, haciendo énfasis en uno de ellos, el cual se expondrá más adelante con el fin de tener una visión amplia acerca de este y retomarlo para desarrollar adecuadamente nuestra investigación.

ENFOQUE SISTÉMICO

Hasta mediados del siglo XX, el estudio histórico de la familia sobresalió en el derecho, la economía, la política, la heráldica o la sociología, lo cual demuestra que la familia no constituía una entidad significativa a los ojos de los médicos, los cuales solo se interesaban en ocasiones por ver factores hereditarios presentes en alguna enfermedad (Salem Gerard, 1993).

A partir de la segunda guerra mundial apareció un interés nuevo en la psiquiatría por la familia del enfermo mental, principalmente bajo el impulso del movimiento creado por la terapia familiar, fue así como la noción misma de enfermedad mental, tomó significados muy diferentes según el modelo teórico al cual se refería, entre los cuales se encuentran : (a) El modelo biológico : El más médico, ya que explica esencialmente la psicopatología en términos de perturbaciones orgánicas o bioquímicas del funcionamiento cerebral, así desde ésta perspectiva los trastornos mentales deben ser tratados por terapéuticas de tipo somático ; (b) modelo conductista : Privilegia también el empirismo descriptivo y apela a la cuantificación, surge de la psicología experimental (Pavlov, Watson) y ha tenido éxito sobre todo en el tratamiento de fobias, además considera que los comportamientos humanos, bien sean normales o patológicos son adaptativos y son adquiridos y mantenidos por mecanismos de aprendizaje ; (c) modelo psicodinámico : Se diferencia de los dos anteriores, por el hecho de que aborda la etiopatología de las alteraciones mentales sin una verificación

cuantificable y fue elaborado principalmente por Freud y sus discípulos, intentando explicar la personalidad humana como fuerzas intrapsíquicas que se reflejan en pulsiones, necesidades, rasgos y aptitudes específicas del individuo ; y

(d) modelo ecosistémico : Nacido parcialmente de la corriente psicodinámica, pero sus referentes teóricos provienen de otras disciplinas, principalmente de la ecología, la teoría de los sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación. Este modelo considera al individuo en su red interaccional actual, es decir en su entorno inmediatamente significativo (familia), pero también en otros contextos (religioso, sociocultural, político, etc.). En ésta perspectiva las alteraciones mentales del sujeto se consideran en su conexión con los comportamientos y las expectativas de otros miembros del contexto en el cual evoluciona, no dejando de lado las variables biológicas, comportamentales o psicodinámicas de las alteraciones mentales, sino que por el contrario las considera en la medida en que pueden articularse con una concepción holística de los comportamientos humanos (Salem Gerard, 1993).

Cuando se habla de terapia familiar, es importante hacer referencia a la epistemología, teniendo en cuenta que ésta es el estudio crítico de las ciencias, destinado a determinar su origen lógico, su valor, su inclinación y la manera como una persona o un grupo de personas tratan la información (Auerswald, 1968; citado por Salem Gerard, 1993).

Es de esta manera como desde el punto de vista epistemológico, se puede cuestionar sobre la manera en que cada uno de los modelos de la psiquiatría,

procede para describir e interpretar la realidad de los trastornos mentales. Es así como los modelos biológico, psicodinámico y conductual, siguen una línea de pensamiento que privilegia el proceso analítico de la descripción, fundándose principalmente sobre un razonamiento que acoge la causalidad lineal, es decir que explora la causa de las interacciones y favorece la precisión de los detalles; mientras que el modelo ecosistémico obedece a una línea que privilegia el proceso holístico de la descripción, fundándose sobre un razonamiento que privilegia una causalidad de tipo circular, es decir que explora los efectos de las interacciones y favorece la visión de conjunto, por lo cual es importante resaltar que el término holismo contiene la idea de que el todo es más que la suma de las partes. Las filiaciones históricas de éstas dos líneas se remontan a dos fuentes diferentes: La línea analítica, que sigue una tradición hipocrática, mientras que la línea holística comprende la tradición chamánica (Salem Gerard, 1993) :

Modelo chamánico. El chamanismo tiene sus fuentes en un conjunto de creencias y de prácticas animistas comunes a diferentes pueblos. Se fundaba sobre una concepción que postulaba la presencia de espíritus dueños de la naturaleza y de intermediarios superdotados entre éstos espíritus y los humanos: los chamanes. El estilo terapéutico del chamán es como se define enseguida: no trabaja con el enfermo solo, sino en presencia de un público que incluye principalmente a los allegados del sujeto, es decir a su familia, sus vecinos y sus amigos; el público raras veces se mantiene en un papel pasivo, ya que es invitado por el chamán a participar activamente en la ceremonia de manera que no solo

utiliza un proceso colectivo como palanca terapéutica sino que también se valora el lazo parental. Es en lo anterior, como se ve que la línea del chamán es holística, ya que en lugar de aislar al enfermo, lo considera y trata teniendo en cuenta su entorno natural, el cual incluye a la familia, la tribu etc.

Modelo hipocrático. Hipócrates fue el primero en describir las enfermedades, atribuyéndoles causas naturales, es el fundador de una teoría de la patología y de la terapéutica que aísla al enfermo de su contexto natural, en particular de su familia. Esta teoría se ramifica en dos ejes: El eje somatogenético que explica las alteraciones mentales en función de causas fisiológicas u orgánicas y el eje psicogenético que explica las alteraciones mentales en función de causas psicológicas, de orden intelectual o afectivo; ejes que al ser combinados constituyen la filiación histórica del modelo conductista actual, que se funda a la vez en factores biológicos y cognitivos.

Es por todo lo mencionado anteriormente que es de importancia vital hacer referencia al razonamiento sistémico como tal, teniendo en cuenta que la palabra sistema se deriva del griego sistema, que significa conjunto o composición; sin embargo la definición más común es la siguiente: “Conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de los elementos está determinado por el estado de cada uno de los otros” (Miller, 1978 ; citado por Salem Gerard, 1993).

Todo sistema está inmerso en un medio dado, con el cual mantiene o no cambios, lo cual quiere decir que el sistema, el cual es abierto, se halla en

interacción permanente con el entorno e intercambia con él materia, energía o información, es así como el sistema expulsa también hacia el entorno la energía usada o entropía, la cual designa el grado de desorden o incertidumbre en la disposición de los elementos de un sistema físico. La organización de un sistema debe considerarse bajo sus dos aspectos fundamentales: Los estructurales y los funcionales. En cuanto a los aspectos estructurales un sistema tiene cuatro componentes principales: El límite o frontera, que separa el sistema de su entorno; los elementos, que pueden ser identificados, nombrados, clasificados en categorías; una red de comunicación y transporte, que transporta materia, energía, productos, información etc. y un almacén para energía, materia o información. En cuanto a los aspectos funcionales, un sistema presenta los flujos de diferente naturaleza, que circulan entre los reservorios y transportan materia, energía, información; los centros de decisión que controlan la capacidad de los flujos actuando sobre ellos, transformando la información en acción; los bucles de retroalimentación que informan a los centros de decisión lo que pasa y les permite tomar decisiones con conocimiento de causa; y las desviaciones, resultantes de la variación de la velocidad de circulación de los flujos. Debemos entonces ahora conocer los tres conceptos principales que caracterizan la teoría de sistemas, lo cuales son: (Salem Gerard, 1993) :

1. Totalidad: Según el cual el sistema es algo más que la suma de sus partes, se tiene en cuenta su funcionamiento global como un todo o como una unidad de un

nivel lógico superior, es así como al mirar el todo implica que emergen cualidades que no poseían las partes por separado.

2. Circularidad: Es el modo como se desarrollan las interacciones, en esta los feedbacks ponen en evidencia la importancia de la reciprocidad de las acciones y de las influencias que se ejercen entre las entradas y las salidas del sistema, así como entre los elementos que lo constituyen; se diría entonces que las relaciones no son lineales sino circulares.

Este modelo no se limita solo a las interacciones diádicas, sino que caracteriza el funcionamiento de cadenas complejas en las cuales un eslabón afecta a otro retroactivamente para que el modelo se convierta en circular; de esta forma para pensar en términos de sistemas es necesario pensar en términos de relaciones circulares más que en relaciones lineales causales.

3. Equifinalidad: Establece que los mismos efectos pueden tener orígenes diferentes, es decir, que los cambios observados en un sistema abierto no están solo determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino también por sus diversos parámetros y por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Por tanto para comprender un sistema abierto importa más conocer su organización estructural y funcional que preocuparse por descubrir su génesis.

Modelos de Intervención Terapéutica

Nombraremos ahora los modelos de intervención más utilizados en el enfoque sistémico, haciendo principal énfasis en el construccionismo social :

- Modelo Estructural.
- Modelo Estratégico.
- Modelo Escuela de Milán.
- Construccionismo Social: Este modelo es el más participativo de los anteriormente mencionados, está menos orientado hacia los objetivos y lo central para la terapia se desplaza a la conversación, reforzada por el hecho de que para la terapia esta es básica (McNamee, 1996).

La teoría de la construcción social se puede confundir con el constructivismo, sin embargo se observa que ambas posiciones son diferentes. Algo común que se encuentra entre ellas es que se oponen a la idea modernista de que existe un mundo real y objetivo, sin embargo las creencias del constructivismo promueven una imagen del sistema nervioso como una maquina cerrada, mientras que los teóricos de la construcción social por el contrario creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen a través del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. El construccionismo social se originó como un rechazo a los principios de diferentes enfoques de la psicología moderna, por lo cual a continuación ilustraremos algunos de estos (McNamee, 1996) :

Investigación Social Objetiva. Los construccionistas sociales no solo dudan de la idea de una verdad única, sino que hasta dudan de la investigación social

objetiva, ya que sostienen que no se puede qué es la realidad social y en consecuencia que la investigación científica tradicional es solo una mentira.

Psicología del Desarrollo. Los construccionistas sociales fueron los primeros en cuestionar la idea de las etapas de desarrollo, hablaban del peligro de dar por sentada la existencia de pautas universales por medio de las cuales los seres humanos pueden medir su comportamiento. Igualmente Ilya Prigogine (1984); citada por McNamee (1996) propone que cuando un sistema se ha alejado demasiado del equilibrio entra en él un elemento azaroso, el hecho desencadenante que actúa en ese punto de elección determinara el desarrollo futuro, pero es imposible predecir cual sería ese evento desencadenante.

Después de mostrar algunas de las corrientes por las cuales se originó el construccionismo social hablaremos de ciertos aspectos con los cuales los terapeutas no estaban de acuerdo, relacionado con lo métodos tradicionales, facilitando así el origen de un modelo diferente : Una de las situaciones que permitió el surgimiento del construccionismo social fue que anteriormente se utilizaban los métodos tradicionales de la terapia familiar, los cuales se basaban en el secreto, la jerarquía y el control. Inclusive los modelos más flexibles como el modelo de Milán mantenían a la persona a distancia y no se compartía el pensamiento del terapeuta. Había una buena razón histórica para ello, ya que desde sus comienzos la terapia familiar trabajaba haciendo que los profesionales observaran, mientras las familias eran los sujetos observados, razón por la cual surgió la idea de realizar una acción mas cooperativa, logrando así tener una

actitud más afectiva hacia las personas, por lo que si en algún momento había una cuestión personal que obstaculizaba el proceso terapéutico se comentaba, comenzando así a desaparecer las distinciones jerárquicas. Fue de esta manera como el noruego Tom Andersen aportó una idea: El equipo reflexivo, en el cual aplicando el concepto de reflexividad a las relaciones, se podía utilizar el ideal de la asociación, palabra que implica que hay una equidad en la participación, aún cuando las partes pueden tener características diferentes (McNamee, 1996).

El conocimiento al que se llega socialmente cambia y se renueva en cada momento de la interacción, no hay significados previos escondidos en los relatos o textos, por lo cual un terapeuta con este punto de vista esperará que durante la conversación salga una narración nueva y posiblemente más útil, pero la considerará espontánea y no planificada ; de esta manera la conversación, no el terapeuta es el autor. Los construccionistas sociales apoyan firmemente la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino solo relatos acerca del mundo, los cuales nos contamos a nosotros mismos y a los demás (Hoffman, 1998). La mayoría de los terapeutas tienen un relato acerca de cómo los problemas se desarrollan y luego se resuelven, por lo cual ciertas consideraciones acerca del nivel de comunicación en que entra el terapeuta pueden explicar algunos conflictos ; para mostrar ejemplos se puede citar algunos terapeutas como los del grupo de Milán que buscan lo que consideran un mito familiar u otros terapeutas que se plantean como objetivo el guión autobiográfico del individuo, considerando que no hay un nivel más verdadero que el otro (McNamee, 1996) .

La posición construccionista se apoya en la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el dialogo, perspectiva según la cual la gente vive, y entiende su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan, por lo cual se trata de un mundo de lenguaje y discurso humano, posición narrativa que se basa en las siguientes proposiciones (Anderson; citado por McNamee, 1996) : (a) Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y de significado ; (b) el significado y la comprensión se construyen socialmente ; (c) en terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto problema. Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado propios del sistema, específicos de sus organizaciones y específicos de su disolución alrededor del problema ; (d) la terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos conversación terapéutica, la cual es una búsqueda y exploración mutuas donde los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la disolución de los problemas ; (e) el papel del terapeuta es el del artista de la conversación, cuya pericia se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal ; (f) el terapeuta ejercita este arte por medio del empleo de preguntas terapéuticas ; (g) los problemas con que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y liberación personal, sentido en el cual los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto

narrativo del que derivan su significado ; y (h) vivimos en y a través de las identidades narrativas que se desarrollan en la conversación, premisas que ponen énfasis en el papel del lenguaje, la conversación, el yo y el relato. Los construccionistas adoptan la posición de ignorancia del terapeuta en la comprensión que se desarrolla a través de la conversación terapéutica, ignorancia que requiere que en la terapia la comprensión e interpretaciones no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente.

Relacionando todo lo anterior con nuestro trabajo de grado, encontramos que este modelo es de gran importancia ya que habla sobre los significados y sobre cómo estos son generados a través del lenguaje, y de la relación con otros, es decir que se construyen socialmente, por lo cual pensamos entonces, que este modelo nos aporta en el sentido de que cuando se presenta una limitación física dentro de una familia, especialmente cuando esta es generada por un evento violento, los miembros del sistema movilizan significados que pueden contribuir o perjudicar el proceso de adaptación de la persona discapacitada a su nueva realidad.

Ahora hablaremos de un aspecto fundamental para nuestra investigación que ayuda a mirar cómo al relacionarse la familia con la persona limitada física, se permite la adecuada reintegración de esta al medio en el cual se desempeña.

LA FAMILIA COMO SISTEMA

Todo individuo crece en un contexto (generalmente la familia) en el cual a través de las interacciones con otros miembros logra desarrollarse como persona, introyectando creencias, mitos y valores. Es por lo anterior y por la importancia que reviste en nuestra investigación que es necesario profundizar en la familia como sistema, revisando a continuación diversas definiciones que nos dan una perspectiva más amplia de lo que esta es.

Iniciaremos entonces con la definición dada por Estrada (1997), quien considera que “la familia es como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos, los relaciona con otros organismos semejantes, determina roles específicos para cada uno de sus miembros, manejando su propio código de mensajes, recorriendo un ciclo vital, donde puede seguir armónicamente su camino o detenerse en alguna parte de él”.

Con respecto a la anterior definición pensamos que recoge los principales elementos de lo que creemos es la familia, ya que no se limita a entenderla como un sistema cerrado, sino que la define, relacionándola con otros sistemas que se encuentran a su alrededor, los cuales de alguna manera ayudan a que crezca o se detenga. Sin embargo esta definición se puede complementar con la de McGoldrick (1996); citado por Estrada (1997), quien dice que “la familia es el sistema primario más poderoso al que pertenece una persona, el cual está compuesto por toda la red de familiares de al menos tres generaciones y en donde

el funcionamiento de sus miembros es independiente, pero a la vez repercute en los demás integrantes de la familia”.

Podemos decir con respecto a esta definición que no es necesario llamar familia al grupo compuesto por más de tres generaciones ya que un sistema familiar puede estar integrado por una sola generación y no por esto dejar de ser familia, sin embargo estamos de acuerdo en que entre cada uno de los miembros del sistema existen interacciones por medio de las cuales se tiende a desarrollar cierto equilibrio entre ellos, influyéndose unos a otros, bien sea para beneficiar o perjudicar al sistema.

Es así como estas definiciones, a pesar de haber surgido de diferentes autores, más que diferenciarse se complementan, lo cual permite observar la complejidad de este concepto y de lo que toda la familia encierra dentro de sí. Es por esta misma complejidad que al hablar de familia es inevitable no dejar de lado las etapas por las cuales atraviesa, junto con las características y conflictos de cada una, razón esta que nos invita a nombrar las fases que se presentan en el ciclo vital del sistema familiar, haciendo énfasis en la etapa del reencuentro o nido vacío, ya que es en esta en la cual se encuentran las familias con hijos adultos jóvenes quienes son la población con la cual se realizó la investigación. Todo lo anterior, teniendo en cuenta que las familias recorren un proceso de desarrollo, y que el sufrimiento y los síntomas psiquiátricos aparecen cuando ese proceso se perturba (Estrada, 1997), lo cual es fácilmente reconocible en las familias que poseen un miembro de su sistema discapacitado, debido a que generalmente quedan

estancados en alguna etapa de dicho ciclo, no logrando una evolución adecuada o esperable en su desarrollo.

De ésta manera los objetivos principales en cada una de las etapas del ciclo vital son resolver las tareas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo y aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura adecuada para el futuro (Estrada, 1997).

Ciclo Vital Familiar

Las familias existen en entornos que se modifican constantemente y que exigen de ellas la capacidad de realizar continuos cambios, es así como una familia es una entidad orgánica que mantiene una forma de identidad y estructura, la cual está permanentemente cambiando y evolucionando (Dallos, 1996). Aparte de las variaciones y de la adaptación necesarias en la vida cotidiana de la familia es también evidente que las familias tienen que enfrentarse a veces a situaciones que representan una gran exigencia de adaptación a los cambios ; como por ejemplo cuando una persona perteneciente al sistema queda inválida, ya que es un hecho que la familia no espera.

El ciclo vital familiar ofrece un marco que es importante tener en cuenta, ya que contiene en sí mismo un amplio conjunto de reglas, normas y expectativas acerca de la familia e incluso de la vida fuera de ella.

Etapas del Ciclo Vital

Las etapas que mencionaremos a continuación, han sido descritas por Estrada Inda (1997), en su libro conocido como El Ciclo Vital de la Familia, el cual hemos retomado, porque consideramos que hace una descripción clara y concisa de cada una de ellas. A continuación nombraremos las etapas, profundizando como se dijo anteriormente en la fase del reencuentro :

1. Etapa del desprendimiento.
2. Etapa del encuentro.
3. Etapa de la adolescencia.
4. Etapa del reencuentro, también conocida como etapa del nido vacío, en donde los hijos empiezan a irse para formar nuevas familias, lo cual propone algunos cambios en el sistema familiar pues la pareja queda sola y tiene que volver a pensar en compartir actividades juntos, igualmente todo aquello que se había postergado como pareja se hace presente, haciendo que cada uno tenga que aceptar sus limitaciones; es por esto que en esta etapa no cabe otra posibilidad sino la de enfrentarse nuevamente consigo mismo y con el compañero situación que se había dejado de lado pues era el rol de padres el que había pasado a un primer lugar, adoptando relevancia. En esta fase del ciclo vital de la familia es necesario el apoyo mutuo entre los esposos para continuar buscando metas y elementos que estimulen la relación de pareja, cada uno de ellos tendrá la posibilidad de ser más autónomo e independiente, situación que debe ser respetada por el otro, sin que este deje de brindarle afecto; además es necesario

que ocurra un fortalecimiento del yo, para de esta manera saber tolerar las pérdidas que pueden ocurrir en esta etapa. El nido vacío puede ser más difícil para los padres que reaccionan ante este hecho, lamentando no haber pasado más tiempo con sus hijos cuando eran más jóvenes (Rubin, 1979 ; citado por Papalia, 1997).

Durante esta fase, los hijos se encuentran en la adultez joven que es la etapa del ciclo vital individual en la que hemos decidido basar nuestro trabajo de grado, por esta razón haremos una revisión acerca de ésta fase y lo que ella implica en parámetros adecuados, haciendo luego un paralelo con los adultos jóvenes que han adquirido una discapacidad física.

Comenzaremos por decir que esta etapa comprende aproximadamente las edades de los 18 a los 40 años, y es en ella en la cual los jóvenes necesitan y desean la intimidad, requiriendo establecer compromisos profundos con los demás (Papalia, 1997), intimidad que depende del sentido de identidad que hayan logrado en la etapa de la adolescencia. En la edad adulta temprana o adultez joven, las personas se desarrollan a medida que enfrentan algunas situaciones, como dejar el hogar de los padres, establecer relaciones, conformar una nueva familia y fijarse metas en la vida. En esta fase las personas muestran su preocupación por posicionarse en una carrera y tienen en mente la estructura de su vida, la cual incluye las personas, los lugares, las cosas y las causas que una persona encuentra como más importantes; así como los valores, los sueños y las emociones que hacen que obren de determinada manera, estructura que se

construye alrededor de la familia, el trabajo y todo aquello que se encuentre en íntima afiliación con la persona (Papalia, 1997), igualmente se espera que las personas maduras, vivan de modo independiente y que asuman la responsabilidad de sus acciones.

Dos retos centrales de la edad adulta joven, son el trabajo y las relaciones, ya que en el trabajo las personas traen su patrón distintivo de habilidades, necesidades, valores y metas, trayendo satisfacciones para su propia vida; y en las relaciones porque las personas exploran los inicios de los lazos humanos en la atracción, el agrado y las experiencias más comprometedoras de la amistad y el amor romántico en esta edad (Davidoff, 1989), lo cual evidentemente proporciona en el adulto satisfacción personal.

Recogiendo todo lo anterior, consideramos que aunque no todas, si algunas de las personas que quedan discapacitadas en esta etapa del ciclo vital, suelen estancarse en la etapa anterior, es decir en una fase en la cual eran dependientes de su familia de origen, siguiendo las reglas y las normas que ellos les imponen, sin establecer límites y autonomía propia. El joven discapacitado generalmente es sobreprotegido por su familia, la cual por temor al rechazo o maltrato de los demás, decide acogerlo excesivamente hasta el punto de no permitirle llevar a cabo la ejecución de actividades propias de su edad, tales como el conformar un nuevo sistema familiar o comenzar una carrera, que le permitiría proyectarse hacia el futuro como un ser capaz, que aunque con una limitación física, tiene la capacidad de realizar tareas que lo harán sentirse un ser útil a la sociedad y le

permitirán llevar a cabo un desarrollo adecuado de su ciclo vital. Las personas con limitación física, generalmente atraviesan un proceso de adaptación propio y específico que les permite asimilar su nueva situación y el cual está relacionado con los significados que la familia le da a dicha discapacidad, en el caso de nuestra investigación cuando ésta es generada por violencia ; ya que el sistema familiar en base a sus creencias, mitos y valores, estanca o permite la evolución de dicho proceso en el adulto joven.

5. Etapa de la vejez.

Después de describir lo que es la familia junto con sus características fundamentales y el ciclo vital por el cual atraviesa, hablaremos de un modelo que nos permitirá comprender con mayor profundidad la dinámica en la cual se mueve una familia, por lo cual es necesario hacer referencia a la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación de esta, donde tendremos en cuenta el modelo circuplejo de Olson, quien nos habla más a fondo de estos tres niveles.

Modelo Circuplejo de Olson

Hemos querido incluir este modelo en nuestro marco de referencia, ya que con el fin de obtener información relevante para nuestra investigación decidimos llevar a cabo la aplicación de uno de los inventarios de familia del mismo autor.

Esta técnica fue creada por David Olson (1979); citado por Olson (1986/ 1989) y pretendía mostrar tres dimensiones en un sistema familiar: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación. Este modelo es dinámico, por cuanto presume

que los tipos familiares pueden cambiar con el tiempo, observándose cómo las familias tienen libertad para moverse en cualquier dirección, conforme a las posibles exigencias de la situación ; en el caso de nuestro trabajo de grado, en las exigencias que la limitación física adquirida genera, la etapa del ciclo vital (adulto joven), la socialización de sus miembros y los significados que se construyen y/o movilizan en torno a situaciones específicas.

Dimensiones

1. Cohesión familiar : Es una medida del grado de proximidad recíproca que sienten emocionalmente los miembros de una familia, o de su sentido de conexión o separación respecto de otros miembros de ella. De esta manera existen cuatro niveles de cohesión familiar : Desligada, separada, conectada y amalgamada, (Olson, 1986/1989). Cuando ocurre una situación violenta que genera discapacidad física en un miembro de la familia, los significados que esta le da a la limitación pueden llevar a que la cohesión familiar se altere o se mantenga, lo cual dependerá de la dinámica de cada familia.

2. Adaptabilidad Familiar : Esta dimensión se define como la disponibilidad de una familia de adaptar su estructura, reglas y roles para hacer frente a los desafíos planteados por sus propias necesidades cambiantes y las de sus miembros, considerados de manera individual (Olson, 1986/1989). Es así como al presentarse un evento estresor como la violencia, que genera limitación física en un adulto joven perteneciente al sistema, se espera que la familia pueda adaptarse a su nueva situación haciéndole frente al estrés que esto produjo, sin embargo se

puede encontrar que este proceso de adaptación depende o se encuentra relacionado con los significados que el sistema familiar le da a la discapacidad física adquirida por el evento violento. Existen entonces cuatro tipos de adaptabilidad familiar : Rígida, estructurada, flexible y caótica.

3. Comunicación Familiar : Es la tercera dimensión dentro del modelo circunplejo y se le considera una dimensión facilitadora para el movimiento en las otras dos dimensiones. Las habilidades para la comunicación positiva, como por ejemplo la escucha reflexiva, la empatía o los comentarios de apoyo, capacitan a las familias para compartir sus necesidades y preferencias cambiantes, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad. Este tipo de comunicación beneficiaría el proceso de adaptación que el adulto joven tenga de su limitación, mientras que las habilidades para la comunicación negativa, como por ejemplo las comunicaciones de doble vínculo y las críticas, reducen al mínimo la capacidad de los miembros de una familia de compartir sus sentimientos, y así restringen su movimiento en las otras dos dimensiones, impidiendo de esta manera que el proceso de adaptación se desarrolle de manera adecuada.

En los sistemas familiares con una persona discapacitada físicamente, se encuentra que la comunicación juega un papel importante que permitiría el avance, estancamiento o retroceso en el proceso de adaptación de la persona a su limitación, ya que esta permite sacar las dudas, temores y miedos que se tienen alrededor de la discapacidad, al igual que hacerse conscientes del tipo de

significados movilizados con respecto a la limitación generada por violencia y la resolución adecuada de problemas o conflictos que hayan surgido.

LA DISCAPACIDAD

La discapacidad es uno de los puntos centrales en los cuales decidimos focalizar nuestra investigación, razón esta que nos lleva a indagar y profundizar en este tema, comenzando por hacer un breve recorrido por la evolución que el concepto de discapacidad ha tenido a lo largo de la historia, enfocándonos para esto en dos modelos : el tradicional y el de rehabilitación.

La gran variedad de deficiencias no ha tenido el mismo perfil a través del tiempo, influyendo en ellas las diferencias culturales, geográficas y el nivel de desarrollo económico y social. Fue así como con anterioridad la discapacidad era identificada como enfermedad incurable que era necesario asistir, por lo cual el movimiento social contra la marginación comprometió al mundo asistencial y de rehabilitación, logrando una integración de la persona disminuida físicamente, lo cual ha permitido valorar los problemas con actitudes más meditadas (Revista Polibea, 1998).

A continuación se definirán los rasgos de ciertos modelos asumidos frente a las deficiencias y a las personas afectadas por ellos, de acuerdo con los cuales se ha pensado y actuado a lo largo de la historia (Bollini, 1997) :

Modelo tradicional : Las personas con deficiencias siempre han tenido un sitio preestablecido dentro de la comunidad, el cual tradicionalmente era el lugar de los atípicos y pobres. Este puesto implicaba doble marginación orgánico-funcional y social, tanto en la antigüedad, como en la edad media y el renacimiento, en

donde la doble marginación los situaba entre aquellos que compartían el denominador común de la dependencia y el sometimiento propio de la mayoría de los súbditos. Así, se puede decir de manera resumida, que operó el modelo tradicional, hasta las transformaciones que surgieron después de la primera guerra mundial y sobre todo, durante la segunda.

Modelo de rehabilitación : El rol de rehabilitado, es el que se fijó como objetivo del proceso desarrollado en el periodo entre guerras y que se afirmó a partir de la segunda guerra mundial. Las condiciones generadas por la primera guerra, la necesidad de utilizar a cuantos podían trabajar durante la segunda guerra, la dificultad de atender la demanda de la mano de obra en los países industrializados y el hecho de que las personas con limitaciones podían hacer uso de sus potencialidades, hicieron que se otorgara un papel preponderante a la rehabilitación y sobre todo a la rehabilitación profesional.

Comenzó a emplearse la acepción médica de “rehabilitación”, definida como la recuperación de lo que se había perdido e identificación del problema del individuo que presenta una deficiencia ; y las soluciones planteadas consistían en el abordaje del problema por parte de un equipo de profesionales especialistas, quienes debían planificar los servicios de rehabilitación funcional que el paciente requería. Más adelante se profundizará acerca de la rehabilitación y lo que esta implica.

Hasta este momento y a pesar de los avances científicos, las personas con deficiencias eran consideradas una carga para la sociedad, luego de la primera

guerra mundial (1919) se firmó el Tratado de Versalles, cuyo artículo XIII creó la Organización Internacional del Trabajo (OTI), organismo que nació en un momento en que los países involucrados en la guerra, veían regresar del campo de batalla a muchas personas discapacitadas, lo que motivó que esta organización estudiara la problemática socioeconómica de esta población. Es por esta razón que se comenzó a incluir en documentos de este organismo, un capítulo referido a la readaptación de las personas con limitaciones. De ahí en adelante varios organismos e instituciones continuaron trabajando en pro de los derechos de los discapacitados, con el fin de buscar su bienestar y la rehabilitación adecuada.

Discapacidad Física Adquirida

Cuando se habla de discapacidad, es necesario hacer referencia a la clasificación que hace el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) de las deficiencias, discapacidades y minusvalías (1983), con el fin de tener una mejor comprensión:

“La discapacidad dentro de la experiencia de la salud, es una situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia, que impide o limita el desempeño de un rol que es normal en su caso.”

Se dice entonces que la discapacidad es vista como consecuencia de una deficiencia, entendiendo ésta como la pérdida de una estructura o función fisiológica o anatómica, ya que es la manifestación de un estado de patología orgánica, que puede tener como consecuencia una discapacidad, o sea la

restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano, es por esto que la discapacidad interfiere con las actividades rutinarias de la persona, obstaculizando el ajuste de su comportamiento con las expectativas sociales, por lo cual el término discapacitado hace referencia al aspecto social de la minusvalía.

Igualmente la discapacidad impide o limita el desempeño adecuado de uno o varios roles del individuo, lo que significa que las oportunidades de actuación de este se ven reducidas por la condición limitante; además la discapacidad como una situación de desventaja indica implícitamente la rotulación de una situación como desventajosa y son los agentes sociales como la familia, la escuela, las instituciones y hasta el individuo mismo, quienes juzgan las circunstancias de una persona con impedimentos físicos y le otorgan este rótulo o estigma.

Continuando con el tema de la discapacidad es necesario hacer referencia a la existencia de diversos factores que pueden dar paso a una discapacidad y Climent (1995), los divide en :

1. Prenatales : Afecciones de la madre como la desnutrición y la rubéola, afecciones del feto, como las anomalías del desarrollo y trastornos genéticos como el mongolismo y la hemofilia.
2. Perinatales : Lesiones durante el parto como el desprendimiento temprano de la placenta, la toxemia y lesiones del recién nacido como la anoxia o la hipoxia.
3. Postnatales : Accidentes, infecciones o enfermedades degenerativas, avitaminosis y otros estados carenciales. Es en este grupo en el cual se centra

nuestro trabajo de grado, ya que son las discapacidades adquiridas por violencia, las que nos interesan en la investigación realizada.

Estas discapacidades postnatales o adquiridas, según Shakespeare (1985), implican un tipo de reconocimiento mucho más rápido que el reconocimiento de una discapacidad congénita, ya que generalmente se altera el autoconcepto y en ocasiones dependiendo de qué tan grande sea la discapacidad, se tendrá que estructurar uno totalmente nuevo, para lo cual el sujeto necesitará remodelar su percepción de sí mismo y de lo que él considera como la percepción que otros tienen de él. Esta reestructuración del autoconcepto iría ligada al proceso de adaptación que un adulto joven tiene de su limitación, la cual a su vez se encuentra relacionada con los significados que la familia en la cual convive moviliza en torno a la discapacidad física producida por una situación violenta.

Importancia del Traumatismo

Castelnuovo - Tedesco (1981), citado por Krueger (1988), señaló que la importancia y el impacto de las consecuencias psicológicas de un defecto físico pueden depender de alguna combinación de varios elementos, entre los cuales mencionaremos a continuación los más relevantes :

1. Momento en que se contrajo el defecto (especialmente con respecto a la etapa del ciclo vital) : En nuestra investigación, como ya se dijo anteriormente, se ha escogido la etapa de la adultez joven en la cual se espera, como lo dice Levinson (1978), citado por Papalia (1997) que la persona establezca una primera estructura

de vida, elija una ocupación y forme independiente de su familia nuclear un nuevo hogar, forjando de esta manera sueños hacia el futuro. Esta fase nos ha llamado la atención ya que generalmente las personas discapacitadas, por las mismas creencias y prejuicios sociales y/o familiares, se dejan envolver y quedan estancados en una etapa en la cual han de hacer todo por ellos, quedando por mucho tiempo, sino se dan cuenta, involucrados en una familia de origen o sistema familiar, que no les permite desarrollar de manera adecuada su independencia y su autonomía.

2. Defecto interno / externo ; visible / invisible : Nosotras consideramos que cuando el defecto es externo y visible, el impacto en la persona y en sus familias es mayor que cuando éste es interno e invisible, sin que por esto se le tenga que restar importancia; de todas maneras esta reacción depende de las características de personalidad de cada quien y de los significados que la familia le de a este. Generalmente consideramos que cuando el defecto es visible y externo, existe una mayor concientización y un continuo recuerdo de la situación que lo produjo, generando así sentimientos de minusvalía intensos que deben ser manejados de manera adecuada para que se resuelvan y así se de un correcto proceso de adaptación a la limitación física. Es este el caso de las personas discapacitadas que han adquirido su limitación por una situación violenta, ya que para ellos el observar constantemente la situación que viven, les recuerda su anterior vida y las cosas que antes podían realizar y en estos momentos les es difícil llevar a cabo, porque su limitación se los impide y deben comenzar por elaborar un trabajo de

modificación de imagen corporal, que les permitirá adaptarse a su nuevo estilo de vida, al igual que un proceso terapéutico en donde trabajen los efectos del estrés postraumático que en algunas personas se presenta.

3. Naturaleza del traumatismo : Cuando la discapacidad es adquirida por un evento violento, como es el caso de nuestra investigación, el impacto de ésta situación genera en la persona limitada y en su familia, cierto tipo de significados que se relacionan con el proceso de adaptación que la persona discapacitada tiene de su limitación física adquirida, ya que es una situación inesperada que trunca con las expectativas que tanto la familia como la persona tenían, en torno al futuro del nuevo discapacitado.

4. Posible recuerdo consciente del traumatismo : Cuando la persona recuerda la situación que le produjo la discapacidad de una manera vívida, especialmente si ésta ha sido generada por violencia, es posible que esto le ocasione un ajuste emocional más demorado, ya que no solamente debe adaptarse a su nueva situación actual de limitación, sino que también debe asimilar que su situación es producto de un comportamiento agresivo, que en la mayoría de las veces no fue provocado por la persona.

En las lesiones adquiridas hay siempre un elemento de traumatismo físico y de trauma emocional, ya que las pérdidas físicas de sensación, movilidad, funcionamiento sexual, facultad cognoscitiva y control de intestinos y vejiga, pueden ser simultáneas con las pérdidas emocionales de estatus y función laboral, cambios en las metas presentes y futuras, y descenso de la propia estima

(Krueger, 1988), características que se encuentran relacionadas con las creencias, mitos y valores que la persona y su familia tengan en torno a la discapacidad física, cuando esta es generada por una situación violenta.

Consideramos que es importante, por lo que se acaba de exponer con anterioridad, que si el defecto se adquiere por un proceso traumático como lo es la violencia, es fundamental conocer con qué fase del desarrollo interfiere y si estuvo precedido o no por pérdidas importantes, teniendo de igual manera presentes los factores citados, en su calidad de determinantes del impacto emocional de la discapacidad, ya que cobrarán una elevada significación en el trabajo clínico, junto con las fases de ajuste psicológico de cada individuo.

Fases de Ajuste Psicológico

Existen cinco fases que suelen estar presentes, en la elaboración psíquica saludable y adaptativa de la persona discapacitada físicamente. Los obstáculos para la rehabilitación emocional suelen manifestarse a través de dificultades para hacer frente a una de esas fases o de una persistencia de alguna de ellas que impida avanzar hacia las restantes. Según Krueger (1988), éstas se pueden conceptualizar como :

1. Shock : Reacción inmediata ante un traumatismo, caracterizada por una evidente falta de integración de un número excesivo de estímulos. En esta la persona es incapaz inicialmente de asumir o comprender la magnitud o gravedad de lo sucedido o sus consecuencias, produciéndose de ésta manera un estado

tanto emocional, como físico que puede durar desde unos instantes hasta varios días. Relacionándolo con nuestro trabajo de grado, el shock es la fase en la cual se recibe el impacto violento y la persona aún no es capaz de comprender lo sucedido, encontrándose en un estado de letargo que le impide reaccionar de manera inmediata.

2. Rechazo : Es la no aceptación de los hechos, la cual resulta inicialmente lógica, ya que acoger un cambio corporal tan repentino y riguroso en la propia imagen y en el concepto que el paciente tiene de sí mismo escapa a la capacidad de muchas personas, sobre todo cuando esta limitación ha sido generada por violencia. El rechazo puede incluir la idea de mantener que la recuperación será vigorosa y completa, por esto es importante que el profesional que trabaja con la persona afectada reconozca que el rechazo es un mecanismo de defensa necesario en las fases iniciales de la recuperación y que se puede prolongar durante unos pocos días o varias semanas, aún en el caso de que el proceso de adaptación sea normal, tiempo que depende de las características de personalidad de cada quien.

El rechazo permite que la persona actúe como si nada hubiera cambiado o como si no sufriera pérdida alguna, por esta razón la aceptación de la realidad y el rechazo por los que pasa no son repentinos y totales, sino que tienden a oscilar con arreglo a una pauta gradual que responde a rasgos individuales (Horowitz y Kaltreider, 1977 ; citado por Krueger, 1988). Aunque el proceso de rechazo es adaptativo y protector para asegurar que la persona no se vea abrumada inicialmente, es necesario que con el tiempo se suavice a fin de permitir que ella

comprenda y asuma la pérdida, reconociendo sus consecuencias. Hasta este momento no hay depresión, pues el rechazo ha asegurado que ésta no exista ya que no hay conocimiento consciente de la permanencia o gravedad de la pérdida.

3. Reacción Depresiva : El rechazo da paso gradualmente a un reconocimiento y una comprensión más plenos de la gravedad y alcance de la pérdida, momentos que hacen surgir el duelo y la depresión, siendo frecuente que los esfuerzos rehabilitadores vigorosos enfrenten bruscamente a la persona con la innegable evidencia de una pérdida irreversible.

En el momento del reconocimiento de la pérdida se encuentra presente la depresión, la cual es una respuesta normal, esperable como reacción ante la pérdida de una parte del cuerpo o una función ; de no suceder así, es importante tenerlo en cuenta, ya que la ausencia de depresión indica que la persona no ha reconocido emocionalmente la realidad de la pérdida, esperándose entonces que esta experimente tristeza, ansiedad, el duelo y la ira, como reacciones naturales y apropiadas. Los disminuidos físicos piensan a veces de sí mismos que son una carga para los demás y tienen la sensación de que nada pueden ofrecer a los otros, es así como las depresiones causadas por la incapacidad física están mas basadas en la realidad que los desarreglos depresivos fundados en mecanismos neuróticos de culpabilidad (Steiger, 1976, citado por Krueger, 1988).

Durante esta fase, la persona puede exteriorizar hostilidad y culpar a otros de su pérdida : A la familia, a los amigos, al personal clínico y a los médicos, y como

en el caso de nuestra investigación, a las personas que él cree produjeron la situación violenta que le generó la discapacidad.

4. Reacción Contra La Independencia: Conforme la persona va haciendo progresos en su rehabilitación y en el cuidado de sí mismo hasta el punto de lograr independencia, puede producirse en algunos, una reacción tendente a oponerse a dicha independencia o a impedirla, lo cual puede implicar desde una ambivalencia sobre si sustituir o no un ambiente hospitalario protegido y seguro, por la incertidumbre de volver a casa; hasta evidentes maniobras para impedir el progreso y permanecer en el hospital durante más tiempo.

Tal reacción contra la independencia es particularmente notoria en pacientes adolescentes tardíos y adultos jóvenes, para quienes la autonomía, la separación y la independencia son cosas tan nuevas y recientemente alcanzadas, que se ven amenazados por cualquier regresión hacia una postura dependiente.

5. Adaptación: Las emociones que siente una persona, ante la pérdida de una función motora son análogas a las que se experimenta ante la muerte de un ser querido, es así como existe duelo por la función, por la imagen corporal, por las satisfacciones que proporcionaba dicha función y que ahora le son negadas, y por la pérdida de las esperanzas que se basaban en el supuesto de que se disponía de ella. Tras la aflicción y el duelo por éstas pérdidas, que progresan hasta dejar de lado toda esperanza de retorno, se pueden alcanzar nuevos papeles basados en los potenciales que acaban de adquirirse y que tienen ya en cuenta las distintas limitaciones. Todo lo anterior, depende en cierta forma, como ya se ha dicho de

las creencias, mitos y valores que el individuo y su sistema familiar, tengan con respecto a la discapacidad física adquirida cuando esta es generada por violencia.

Al abordar el tema de la deficiencia es necesario definir el valor que se da a esta experiencia, significado que reside en la interpretación que le otorga la cultura a esta, dentro de la cual la discapacidad se considera como una desventaja especial de un sujeto y casi nunca se piensa en ella como un acontecimiento que desencadena reacciones y adaptaciones interconectadas que afectan tanto al sujeto como a la comunidad donde este se encuentra (Sorrentino, 1990)

Para la sociedad la persona con deficiencia física es una presencia problemática ya que, aunque por un lado es un individuo con plenos derechos, por el otro se aparta de las expectativas sociales generando así actitudes que se adoptan para superar esta ambivalencia ante el discapacitado llegando a considerarlo como persona sin capacidades, o como un niño, haciéndolo de ésta manera diferente. Son estos mitos y creencias sociales los probablemente responsables de la percepción (aumentada o disminuida) de la discapacidad que tienen las personas con algún tipo de déficit físico y su familia acerca del problema.

Teniendo en cuenta que el discapacitado se encuentra dentro de un sistema familiar, se espera que sea este quien le ofrezca el desarrollo y la superación física y socioeconómica, al igual que la estabilidad emocional y la protección ante la situación de discapacidad. Es por esto que encontramos la importancia de hablar de los juegos familiares que se forman en todo sistema. Este juego familiar se puede definir según Sorrentino (1990), como “el conjunto de reglas con los cuales

cada miembro influye en el comportamiento de los demás y a la vez es influido por ellos, lo cual puede permitirles ampliar sus formas de adaptarse”. De acuerdo con lo anterior, para una familia es difícil continuar con este juego cuando sucede un evento estresor, como en nuestro caso la violencia, que cause una deficiencia física en uno de los miembros del sistema, ya que este es un hecho que no ocurre frecuentemente y al presentarse afecta en varios aspectos la completa organización de las relaciones familiares, es por esto que la familia con el fin de protegerse y ayudarse ante las dificultades tiende a recurrir a la ayuda de sus parientes cercanos, y no tanto a la ayuda social; siendo así como estos se organizan de tal manera que colaboran con el cuidado del discapacitado físico, ya sea a nivel económico, o de cuidados hacia la persona. Teniendo en cuenta que nuestros pensamientos, sentimientos y emociones dependen de la relación que mantenemos con los demás, la autopercepción nace entonces de comparaciones directas y de la comunicación que se realiza con las personas (Sorrentino, 1990), es por esto que al ser la deficiencia un acontecimiento excepcional y persistente que requiere una modificación permanente de la adaptación a la realidad según estándares sociales, el discapacitado se hace una concepción de sí mismo resignándose hacia su propio cuerpo lo que lo lleva a la aflicción, frustración, reactividad e hiperdependencia, situación que se puede deber a que las expectativas de los demás le han hecho ver a este como inadecuadas las estrategias utilizadas al principio para adaptarse a la situación, haciendo que las abandone.

Es así como el discapacitado llega a percibirse como una persona con baja autoeficacia, que utiliza diferentes estrategias para huir de su situación, como por ejemplo utilizando las mismas estrategias que utiliza una persona no discapacitada sin tener en cuenta sus capacidades residuales o descubriendo cómo a través de la impotencia puede ir en contra de la desesperación, obteniendo de ésta manera ganancias secundarias que no le permiten tener una adecuada resolución de su problemática, ni enfrentarse a las demandas del medio, que si bien son difíciles de satisfacer para los demás, aún más lo serán para el discapacitado físico, lo cual lo haría comprobar que sus logros siempre estarán por debajo de las expectativas de los otros, experiencias ante las cuales el discapacitado reacciona ya sea con depresión, actitudes de renuncia o reacciones de rebelión tales como no tolerar la frustración, gritar agredir, destruir, etc., conductas que no son aceptadas o son mal interpretadas por las personas con las que se relaciona, quienes generalmente son el sistema familiar en el cual se desenvuelve, ya que son tomadas como situaciones que se presentan por el dolor físico que este presenta y no como un rechazo a la situación que está viviendo (Sorrentino, 1990).

A pesar de que el proyecto de investigación no requiere la utilización de ninguna terapia psicológica como tal, se explicarán brevemente algunas con el fin de tener una visión más amplia acerca de ellas, ya que cuando se habla de discapacidad, es indispensable hacer referencia a los tipos de terapia que como

psicólogos podemos llevar a cabo con las personas que adquieren la limitación, ya que gracias a ellas a los individuos se les puede facilitar el proceso de adaptación.

Terapias Para Facilitar el Proceso de Adaptación

Terapia del Duelo. Se hará referencia a la discapacidad, cuando esta se presenta en el transcurso de la vida ocasionada por un accidente o un hecho violento y por tanto la persona, de una forma inesperada se encuentra incapacitada para defenderse por sí misma. De esta situación se suele desprender que la persona, ya no es capaz de proceder, actuar y desenvolverse física y/o mentalmente de la manera como antes lo hacía, razón por la cual comienza a sentirse disminuida, es decir incapacitada para desempeñar ciertas labores, movimientos o actividades (Cuartas, 1995).

A las personas que de un día para otro se encuentran en una posición de discapacidad, todo se les altera y las relaciones con la vida cotidiana se modifican dramáticamente, es así como el discapacitado, en los días siguientes a la ocurrencia del evento, entra en un estado de depresión, en donde el eje fundamental es la tristeza profunda que puede afectar las esferas de su relación intra e interpersonal, depresión que termina por afectar otros estados emocionales, generando adicionalmente ansiedad, irritabilidad y hostilidad. Luego del suceso la persona entra en un estado de pesimismo respecto de sí mismo y a su futuro; pierde la ilusión por las cosas de la vida, presentando además una anestesia afectiva. Posteriormente puede caer en la abulia y en una apatía total por las

personas y los objetos de su entorno inmediato, ya que esta inesperada discapacidad altera igualmente la conciencia crítica del sujeto y por tanto este no encuentra los mecanismos reflexivos que le permitan estructurar estrategias conducentes a superar esta opresión (Cuartas, 1995). Lo anteriormente dicho está mejor especificado en el apartado de ajuste psicológico de la persona discapacitada, del cual se habló recientemente.

El síntoma predominante en el duelo normal es una profunda y dolorosa tristeza acompañada de un descontento moral con el propio yo, ya que este aparece como empobrecido, indigno, incapaz de cualquier acto eficaz o positivo, el individuo entra en una depresión caracterizada por cesación del interés por el mundo exterior; se altera la capacidad de amar; se inhiben todas las funciones al igual que el amor propio, síntomas estos que se traducen en autoacusaciones que el paciente se hace a sí mismo, teniendo entonces una sensación de impotencia psíquica, inhibición de sus capacidades, incapacidad para realizar un esfuerzo sostenido ya sea físico o intelectual, fatiga, sentimientos de inferioridad, fondo de tristeza, dolor moral y ansiedad (Cuartas, 1995).

El duelo no es una situación patológica propiamente dicha, es una entidad que se puede explicar concreta y correctamente, ya que se sabe la causa y lo que ocurrió, ya que perder una parte del cuerpo es perder la relación que se tenía con esa parte, es decir es perder una forma de ser, una forma de actuar, una forma de existir, una estructura de conducta, hábitos y normas adoptadas de tiempo atrás, lo cual se estructura en un conjunto de comportamientos, que se expresan a través

de conductas, que constituyen los síntomas (Cuartas, 1995). Es por todo lo anterior que el proceso de duelo por el cual atraviesan las personas con discapacidad física adquirida, cuando esta es generada por un evento violento, en ocasiones es más largo, debido a que no solo deben adaptarse a su nueva situación e imagen corporal, sino que deben redefinir el evento violento que les produjo la discapacidad, elaborando de esta manera dos procesos similarmente dolorosos.

Las personas discapacitadas crean a su vez en ocasiones, una gran dependencia hacia la familia y personas cercanas, a las que les formulan una serie de demandas contradictorias, que son generadoras de estados depresivos y culpa ; es así como el sujeto inicialmente se siente responsable por lo que le ha ocurrido, pero se llena de odio hacia la situación ocurrida y luego odia a los que contribuyeron a causarle la pérdida, en el caso de nuestro trabajo de grado a las personas que él cree generaron el evento violento que le proporcionó la discapacidad; también odia a todos los que lo rodean, para posteriormente considerarse a sí mismo como el único responsable, empezando entonces a autoculparse por lo ocurrido y a sentir que se está destruyendo, ante lo cual entra en un profundo estado depresivo, teniendo serias dificultades para reconocerse en su nueva situación, y es entonces cuando busca que los otros lo reconozcan; acrecentándose un serio conflicto de identidad consigo mismo y con el reconocimiento de su cuerpo, y demandando continuamente afecto de los demás, necesitando de esta manera sentirse rodeado, cuidado y querido, ya que siente dentro de sí una carga tan grande que busca compartirla con los demás para poder sobrellevarla (Cuartas, 1995).

Terapia Sistémica. La discapacidad en un miembro de la familia puede sacudir al sistema familiar durante meses, es así como el conocimiento de la configuración global de la familia, la posición funcional que ocupa en ella esta persona y el nivel general de adaptación vital, son datos importantes para cualquiera que trate a una familia antes, durante y después de una pérdida. Para valorar el grado de funcionamiento de una familia ante una pérdida específica se debe tener en cuenta la etapa del ciclo vital en que se encuentran, el rol que en ella desempeñaba el individuo discapacitado, la integración emocional de la familia, los patrones de poder, relación y comunicación, los patrones familiares de expresión emocional y los factores socioculturales (Bowen, 1989).

Desde una perspectiva sistémica, es importante tener en cuenta que con la discapacidad adquirida por un familiar, el sistema se ve en la necesidad de adaptarse a varios niveles : Reorganizando los sistemas comunicacionales y las propias reglas de funcionamiento del sistema, procurando una redistribución de roles y adaptándose en suma a una nueva realidad. El duelo ante la pérdida de movilidad de un miembro de la familia, necesita tiempo para negociar estos cambios, y en esos momentos el sistema corre un riesgo, ya que está amenazado con su propia desaparición, pues es un periodo de crisis y la actitud del sistema es defensiva, pudiéndose producir un reagrupamiento del núcleo familiar, una intensificación del contacto con la familia extensa, una disminución de la relación con el entorno, una tregua en los conflictos existentes y darse conductas de debilidad que reclaman compasión, ayuda y ternura. En cuanto a las crisis que se

presentan al interior de una familia con un miembro discapacitado, Whitaker (1994), habla de los patrones generales de disfunción familiar con un miembro discapacitado, ya que al ingresar a la familia un sujeto con estas características, se presentan procesos generadores de conflictos y dificultades, procesos que aunque necesarios en estas familias, pueden desembocar en descomposición y desintegración. Estos procesos son :

1. Tensión : Es un ingrediente común en la vida familiar cuando se presenta de una manera súbita, desencadenada por situaciones imprevistas e impredecibles. Este tipo de crisis envuelve una adaptación a una vida que se altera por las nuevas circunstancias, lo cual produce un sentido de ansiedad que puede traducirse en el desarrollo de un síntoma físico o mental en uno de los miembros de la familia.
2. Culpa : En este proceso se lanzan acusaciones por el accidente que ha sufrido el discapacitado de la familia y simultáneamente las personas se defienden, proceso de culpar que nace de la dificultad que se tiene de apreciar y aceptar los propios errores, atribuyéndoselos a los demás.
3. Disfunción de la Identidad : En este periodo de crisis, surge en la familia una amplia simbiosis, en la que el discapacitado y los demás miembros se tornan muy dependientes con miedo a perder el apoyo, y si bien esta situación es necesaria y protectora temporalmente, puede prolongarse indefinidamente, impidiendo la autonomía e independencia de las persona.

Gustavsdottir (1992), sostiene que la nueva situación a la que se enfrenta el núcleo familiar que encara una discapacidad física adquirida no es fácil, razón por la cual la familia se ve obligada a desarrollar una serie de estrategias, actitudes y pensamientos que le ayudarán a manejar y controlar mejor la nueva situación, las cuales pueden clasificarse en tres grupos: (a) Estrategia constructiva: Se da cuando los miembros de la familia recurren a soluciones y actitudes activas y positivas frente a la situación, tanto cognitiva como de comportamiento; (b) Estrategia pasiva: Es cuando la familia recurre a la aplicación de soluciones en las que no se hace nada para alterar la situación o lograr salir de ella; y (c) Estrategia de escape: Es cuando se aplican estrategias cognitivas y de comportamiento que pretenden abandonar el campo ya sea física o psicológicamente, es decir, se recurre a la adopción de pensamientos y conductas que permiten evadir la situación.

Es por lo anteriormente expuesto que las personas limitadas físicamente deben someterse a algún tipo de tratamiento que les permita adaptarse a su nueva situación, tratamiento que es catalogado como el proceso de rehabilitación.

REHABILITACIÓN

Cuando hablamos de discapacidad obligatoriamente nos debemos referir al término rehabilitación ya que mediante este la persona y su familia podrán reintegrarse de manera satisfactoria a su cotidianidad, teniendo en cuenta la limitación que ahora presenta el individuo, para lo cual debemos definirla.

La rehabilitación se describe como un proceso de duración limitada con un objeto definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida; definición que para poder ser comprendida debe ser vista como un sistema abierto, es decir como aquel que interactúa o intercambia energía con su medio y cuyos objetivos se establecen en función de un sistema jerárquicamente superior, es así como concebir la rehabilitación como un sistema abierto comprende la interdependencia de factores tales como: Persona con limitación, familia, comunidad, condiciones del entorno socioeconómico y cultural e instituciones de rehabilitación entre otras. Igualmente favorece comprender que la persona con limitaciones es individual y social, por lo cual se deben orientar los procesos del sistema para que se adecuen a sus necesidades, promoviendo y facilitando el conocimiento del individuo y su medio con el fin de garantizar que la persona rehabilitada responda a las exigencias de los nuevos sistemas de los cuales formará parte, al igual que

permitiendo que el sistema reciba información del entorno, logrando así que se autoregule y logre ser dinámico y flexible (Díaz, R, 1989)

Es indispensable para llevar a cabo un adecuado proceso de rehabilitación que se unifiquen acciones de un equipo que permita cubrir todos los aspectos de la persona en torno a su rehabilitación, para lo cual se puede hablar entonces de lo que es la rehabilitación integral.

Rehabilitación Integral

La rehabilitación integral es como se explicó anteriormente un sistema abierto que se ubica dentro de lo que la sociedad establece, importando energía del medio (persona con limitación, familia), transformando esa energía (a través del proceso de rehabilitación) y exportando la energía convertida (una persona autónoma, capaz de integrarse al medio), proceso en el cual se tienen en cuenta tres tipos de rehabilitación (Díaz, R, 1989): Funcional, profesional y social.

Con el fin de comprender un poco más lo que son estos procesos de rehabilitación se dará una corta explicación de lo que es cada uno, aclarando dos aspectos: El primero referido al proceso de rehabilitación en si, el cual debe tener una duración limitada, un objetivo definido, y desarrollo de acciones, teniendo una visión de la persona con limitación como activo, capaz y competente ; y como segundo aspecto es importante aclarar que nuestra investigación se encuentra encaminada hacia la adaptación de la persona tanto a nivel funcional profesional, como social.

Rehabilitación Funcional: Tiende a evitar la aparición de deficiencias que puedan presentarse durante el curso de la enfermedad o accidente. En esta etapa del proceso se propone alcanzar el máximo grado de capacidad física, mental profesional y social, conllevando medidas médicas, las cuales están encaminadas a restituir, mejorar o desarrollar habilidades psicofisiológicas; las medidas educativas, que incluyen la educación especial y las medidas psicológicas, que están dirigidas a orientar y asesorar al usuario en el uso adecuado de sus recursos personales para la solución de problemas y desarrollo de habilidades que le faciliten ser gestor de su proceso.

Rehabilitación Profesional: Esta le permite al miembro con limitación reintegrarse a la sociedad como un miembro útil de esta haciendo énfasis en que la persona puede obtener y conservar un trabajo y promoverse a sí misma. Comprende las etapas de evaluación, orientación, adaptación, formación profesional, colocación y seguimiento.

Rehabilitación Social: Las acciones tienden prioritariamente a establecer mecanismos de interacción con el entorno, que faciliten la integración social de los individuos limitados, preparándolos para que desempeñen su papel en la sociedad y cumplan con las obligaciones que les corresponden de acuerdo con su edad y condición.

Otros aspectos que debemos tener en cuenta cuando hablamos de rehabilitación son: (a) Es necesario respetar las partes sanas y la totalidad de la persona y (b) es importante preservar el equilibrio familiar, ya que la evolución

psicológica del individuo depende de este y de la armonía de las relaciones fundamentales, encontrando que la acción de rehabilitación que no tenga en cuenta el equilibrio emocional de la familia del paciente obrará en contra de sus finalidades.

Cuando una persona ha quedado limitada físicamente se presentan alteraciones a nivel psicológico, que se relacionan con el proceso de rehabilitación, razón que nos invita a hablar sobre la psicología de la rehabilitación.

Psicología De La Rehabilitación

El paciente que se encuentra en rehabilitación ha sufrido por lo general una agresión a su integridad física y probablemente una amenaza vital, la cual en ocasiones se ha superado, pero ha dejado como huella una disminución en el cuerpo, en su estructura o su funcionalidad, alterando de esta manera el esquema corporal (Borja, 1999; citado por Contreras & Salcedo, 1999).

La noción de esquema corporal desde la psicología, involucra una idea de totalidad y unidad, con un límite que tiene significación de integridad y que proporciona un sentimiento de dominio del propio cuerpo como realidad carnal de contacto con el mundo físico y como abstracción de la vivencia del cuerpo, es por esta razón que una modificación en dicho esquema ocasiona igualmente una alteración en la imagen corporal, ya que la imagen del cuerpo es síntesis y memoria de experiencias emocionales y se estructura mediante la comunicación

intersubjetiva que valoriza o desvaloriza en los intercambios relacionales (Borja, 1999; citado por Contreras & Salcedo, 1999).

Se puede presentar en un primer momento, una reacción de estrés post-traumático que se puede manifestar en recuerdos intrusivos del acontecimiento, sueños recurrentes, acciones repetitivas, disminución del interés y de la capacidad de respuesta ante el ambiente, sentimientos de extrañamiento, constricción del afecto, estado hiperalerta o respuesta de alarma exagerada, alteración del sueño, dificultad de concentración y memoria e intensificación de los síntomas ante símbolos que evoquen el evento. Dicha reacción de estrés general cede a la psicoterapia de apoyo aunque en ocasiones puede hacerse crónica, lo cual puede llevar a incapacidad psicológica y/o a la destrucción de relaciones sociales, familiares o laborales, por lo cual se debe pensar en la construcción y realización de un proyecto de vida, ya que es este el que verdaderamente constituye la rehabilitación; la evolución del proceso de duelo puede, no obstante ser tórpida, estancarse en una fase, retroceder a una anterior o hacerse un duelo crónico, caso en el cual hay una respuesta patológica, que puede ir desde la dependencia hasta la invalidez emocional, donde no llega a retomarse el curso de la vida (Borja, 1999; citado por Contreras & Salcedo, 1999).

En rehabilitación debe hacerse un manejo integral del paciente, atendiendo tanto sus aspectos físicos, como psicológicos y sociales, dentro un equipo interdisciplinario con metas comunes y compartidas, en donde debe haber comunicación, acuerdo, consistencia respecto al diagnóstico, pronóstico y metas

de rehabilitación, que deben ser reales en cuanto a posibilidades del paciente y su familia, condiciones socioeconómicas; y específicas, en cuanto a logros escalonados personales para cada persona. Es así como el manejo psicológico de la rehabilitación, consiste en una doble función docente y terapéutica tanto con el paciente como con su familia, ya que esta es integrada desde un comienzo al trabajo de rehabilitación, pues es en el seno de esta donde se culminará el proceso (Borja, 1999; citado por Contreras & Salcedo, 1999).

LA VIOLENCIA

Se ha hablado anteriormente de lo que es la familia, con sus componentes, los diversos modelos que la explican y las características principales de esta ; al igual que de la discapacidad con todo lo que ésta conlleva y los procesos por los cuales atraviesa una persona limitada físicamente, pero hasta el momento no se ha hablado de violencia como tal, razón por la cual a continuación haremos una revisión de lo que ésta es y lo que implica, relacionándola como siempre con nuestra investigación.

Se dice que la violencia es un evento que produce malestar en todos los niveles, es inevitable decir que puede afectar tanto al individuo como a su entorno inmediato que vendría siendo la familia, lo cual generaría en el sistema diversas reacciones, entre las cuales se encuentra el estrés, del cual hablaremos enfocándonos en el modelo del Estrés Familiar citado por Hernández (1991).

Este modelo fue desarrollado por Boss en 1988 (citado por Hernández, 1991), y tiene tres conceptos básicos: (a) Las familias no son iguales ; (b) no todos los eventos estresantes son percibidos por las familias de la misma manera ; y (c) no todas las familias tienen los mismos valores y creencias.

Boss (1988), citado por Hernández (1991), define el estrés familiar como “una tensión en el sistema por una alteración del estado constante de la familia inevitable en la medida que las personas cambian a través de su ciclo evolutivo pues para éste el estrés implica cambio; en sí no tiene connotaciones positivas o

negativas, pues esto depende del marco de referencia de quienes lo padecen.”

Nosotras consideramos que esta definición es válida pues es dependiendo de los marcadores de contexto dentro de los cuales se presenta la discapacidad, que la familia generará diferentes grados de estrés.

Teniendo en cuenta que la familia es un sistema donde los eventos que afectan a uno de los miembros generan reacciones en los demás, se puede decir que el nivel de estrés familiar será cualitativamente diferente del nivel de estrés que se genera en cada uno de sus miembros (Hernández, 1991) En relación con lo anterior y basándonos en nuestra investigación nos damos cuenta que el impacto que produce el evento violento que genera discapacidad, es diferente para cada uno de los miembros de la familia, creemos que probablemente es más intenso para quien queda limitado físicamente y para las personas más cercanas a este, que para el resto del sistema familiar, como lo podría ser la familia extensa, sin que con esto queramos decir que para ellos no sea significativo dicho impacto.

Para el modelo de Boss es fundamental la percepción que se tiene de un evento, y al relacionarlo con el estrés se acoge a los conceptos de la interacción simbólica como marco de referencia, es así como este modelo refiere que la interacción de las personas está determinada por los roles y expectativas mutuas que adquieren el carácter de símbolos y que operan a través del lenguaje y los rituales. Tras este punto de vista el autor plantea que la familia que se encuentra bajo estrés construye una realidad simbólica basada en significados y en

expectativas acerca de los roles de sus miembros, los cuales son también influenciados por la comunidad, la sociedad y la cultura.

Contexto Familiar y Estrés

La vulnerabilidad de la familia al estrés se relaciona con dos tipos de contextos los internos y los externos, los cuales expondremos brevemente :

- Contexto externo : Es aquel en el cual la familia no tiene control ya que comienza por algo o alguien fuera del sistema familiar. Dentro de este se encuentran : (a) El contexto cultural, que está conformado por las ideas, valores e ideales predominantes y típicos del núcleo social del cual hace parte la familia; (b) el contexto histórico, que es el momento en el cual ocurre el evento estresor ; (c) el contexto económico, que se refiere al estado financiero y económico de la comunidad, y (d) el contexto evolutivo, que es el estado del ciclo evolutivo en el cual se encuentra la familia junto con sus miembros.
- Contexto interno : El cual está constituido por los elementos que la familia puede controlar, dentro del cual se incluyen : (a) El contexto estructural, es decir el tipo de límites entre los subsistemas y asignación de roles y reglas ; (b) el contexto psicológico que se refiere a la percepción, evaluación, definición y valoración que la familia hace del evento estresante ; y (c) el contexto filosófico que hace referencia a los valores y creencias que el sistema posee.

Teniendo en cuenta la población objeto de estudio de nuestra investigación, es fundamental observar cómo se presentan cada uno de los contextos externos e

internos en las familia y cómo a su vez estos se relacionan con la manera como los sistemas familiares enfrentan el estrés que les produce la discapacidad física generada por un evento violento en un adulto joven perteneciente a la familia.

Al estar revisando la literatura acerca del estrés familiar encontramos el modelo ABC-X (Reuben Hill citado por Hernández, 1991) que se enfoca sobre tres variables primordiales: (a) Evento estresor; (b) recursos de la familia en el momento del evento; y (c) significado atribuido por la familia (nivel individual como colectivo).

Se puede decir entonces que los eventos estresantes son hechos de aparición brusca que se pueden clasificar en diversas formas, pero por motivos de nuestra investigación, solo explicaremos los eventos que nos competen, los cuales son: (a) Los eventos externos ya que son aquellos que no son generados por la familia sino por personas ajenas a ella, las cuales hacen que a través de un evento violento un miembro de la familia quede discapacitado; (b) eventos no normativos, los cuales son inesperados y no ocurren como parte del ciclo de vida familiar; (c) eventos definidos, son aquellos hechos claros e identificables acerca del evento que nos permiten saber qué está sucediendo, y cómo, cuándo, y durante cuánto tiempo ocurrió; (d) eventos involuntarios, que son aquellos que ocurren sin ser buscados; (e) eventos crónicos, pues la discapacidad es una situación de larga duración donde no se sabe cuál será el resultado de la rehabilitación lo cual genera alteración en el equilibrio de la familia; y (f) eventos acumulativos, los cuales suceden uno detrás de otro, de modo que no existe solución de uno cuando

aparece el otro, es así como cuando en una familia, aparte de la situación de discapacidad de un miembro de la familia se generan otro tipo de problemas que se incrementan por este motivo.

El estrés es entonces la presión ejercida sobre la familia, donde se presenta una perturbación de su estado estable, que no es necesariamente negativa, pero que se vuelve problemática cuando el grado de este alcanza niveles que pueden ser muy altos o bajos con los cuales la familia se siente insatisfecha. (Hernández, 1991).

Es de esta manera como si retomamos las familias con las cuales se realizó el trabajo de investigación, encontramos que el evento violento generador de discapacidad en un miembro de la familia, altera la estabilidad del sistema, dependiendo de los significados que como sistema familiar se movilizan u otorguen a esta, ya que es posible que algunas familias toleren más presión que otras, lo cual no tiene que ver con la percepción y la evaluación que hace cada sistema familiar de la discapacidad y del evento estresor.

Al hablar de estrés familiar es importante resaltar que este se puede y se debe ayudar a controlar, más sin embargo existen barreras que impiden un adecuado manejo de dicho estrés, como lo son :

1. Límites familiares ambiguos; ya que si los límites no logran mantenerse pueden llegar a volverse ambiguos en alta o baja intensidad.
2. Negación : Este es un estado de incredulidad que se puede apoderar de la persona con el fin de protegerse del sufrimiento, durante este periodo es probable que se sientan culpables por no sentir nada y es posible que no expresen

sus sentimientos. A lo largo de este proceso podemos encontrar entonces en algunas ocasiones que la familia donde se encuentra un miembro discapacitado rechace su situación haciendo que sea el mismo contexto quien decida si se utiliza la negación como medio para afrontar la situación que actualmente viven.

Kubler Ross (citada por Hernández, 1991) dice que la negación en un principio, es una forma saludable para afrontar el dolor, sin embargo surge la inquietud de saber hasta qué punto es saludable continuar con esta, ya que se puede encontrar posiblemente que en el proceso de rehabilitación de una persona discapacitada esto puede afectar, pues si la familia, el cuidador primario o la misma persona que presenta la discapacidad no acepta la situación, posiblemente no aceptará tampoco el tratamiento de rehabilitación impidiendo que se supere y no tenga en cuenta sus capacidades residuales.

Para que no se siga presentando negación en la familia lo que se puede hacer es que uno de los miembros comience a relatar los hechos lo mas fielmente posible, con el fin de que los demás acepten la situación como fue, y así eliminar la negación, y reconocer que la situación es demasiado fuerte y rendirse ante ella , ya que cuando la familia admite que no se pueden cambiar los hechos los miembros entonces lo aceptan (Hernández, 1991).

3. Reacción en cadena a eventos estresores: Este concepto se refiere a que las familias que han podido supuestamente manejar una situación, ante la presencia de un nuevo evento pueden desencadenar toda la secuencia de reacciones que presentaron en el primer suceso (Hernández, 1991).

4. Valores y sistemas de creencias familiares: Al estudiar las familias que presentan situaciones estresantes aparece que entre las estrategias para afrontar los problemas existen elementos que corresponden a sus creencias, mitos y valores y otros que son de tipo no consciente. Independientemente de lo extrema de la situación, la familia debe elegir entre el enfrentarla o rendirse, pudiendo suceder que los significados que tiene la familia tiendan a culpabilizar a la víctima, ya que este marco de referencia incluye la idea de equivalencia entre el esfuerzo y el resultado y la impresión de que cada quien obtiene lo que merece según sus acciones, así mismo ese marco de referencia tomará el dolor por ilógico y encontrará razones para justificar sus afirmaciones.

5. Victimización y crisis familiar : La victimización es la subyugación de una persona o familia que ha padecido un trauma físico o psicológico que la lleva a experimentar sentimientos de desesperanza, desconfianza y culpa, es así como cuando un individuo es victimizado obtiene varias pérdidas, en la persona de poder y de autoestima y en la familia de su propio orgullo y de confianza como grupo (Hernández, 1991). Un evento catastrófico es prerequisite para la aparición de un trauma, este evento puede ser un hecho intencionalmente cruel como los actos terroristas o situaciones provocadas dentro de la familia. Al presentarse estos casos la primera respuesta es de inmovilización como reacción inicial ante la situación de crisis de la cual surge además un sentimiento de impotencia, presentándose consecuencias tales como sentimientos de desesperanza,

escepticismo acerca de justicia y orden y pérdida de autoestima (Hernández, 1991).

Para poder continuar hablando de violencia es importante reconocer la humanidad de la violencia, es decir la violencia es una manera de actuar, una conducta, una opción desarrollada, aprendida y ejercida en las relaciones entre los seres humanos y entre las instituciones y organizaciones que ellos han ido construyendo, convirtiéndose en una forma aprendida de relacionarse, característica que delimita el campo a acontecimientos entre seres humanos.

Es necesario reconocer las características humanas en la acción violenta: inteligencia, racionalidad, direccionalidad, pasión, como en el hecho de que las formas violentas de respuesta se van generando en el tejido de las relaciones interhumanas y aunque sea la caracterización humana el primer aspecto que delimita la violencia, lo que le da mayor identidad a esta es la fuerza, ya que en general la violencia se ejerce desde una posición de mayor fuerza hacia otra dotada de menor fuerza en el momento; aunque es importante resaltar que no toda aplicación de fuerza es un acto violento, ya que esta tiene muchos otros usos en la vida y el carácter violento se lo da la exclusión de cualquier forma de relación y la intención de producir daño para lograr un fin, por lo cual la violencia se puede definir, según Franco (1999) como “toda forma de interacción humana en la cual mediante el uso de la fuerza se produce daño a otro para conseguir un fin”

Al decir que la violencia se presenta en la relación entre las personas es importante tener en cuenta entonces que esta relación tiene ciertas características que se enumeran a continuación (Franco, 1999):

1. Es una relación de fuerza que puede ser tanto física como moral y que puede ser aplicada directa o indirectamente. Para el fin de nuestra investigación nos basaremos en la fuerza física aplicada directa o indirectamente, ya que nuestro propósito es trabajar con personas que hayan quedado limitadas físicamente por algún hecho violento, ejercido ya sea directamente como por ejemplo lesión a causa de arma de fuego o indirectamente, como por ejemplo una lesión causada por encontrarse cerca de un lugar donde se colocó una bomba.
2. La violencia es ejercida para conseguir un objeto o fin. Podemos encontrar que no siempre las personas que resultan afectadas por algún evento violento son precisamente las personas a las que se le quiere hacer el daño. (Ej. una bomba), pero aun así los delincuentes alcanzan su objetivo pues este puede ser el de hacer daño a una institución o persona.
3. Por último la violencia culmina con la producción de daño o lesión a otro(s), entendiendo como daño toda alteración negativa, física y/o psicológica, o la negación total de alguno(s) derechos reconocidos. Es así como en el caso de nuestra investigación el daño producido por la violencia es la discapacidad física en un miembro de la familia.

Tradicionalmente los esfuerzos por detener la violencia se han centrado en el castigo, el cual teóricamente debe tener dos efectos principales sobre las tasa de

criminalidad: El de separar al delincuente de la sociedad para evitar que cometa más delitos, y el de servir de amenaza a otros. En un estudio de una corte de delincuentes se encontró que el número de delitos se incremento después del castigo lo que mostró que la utilidad del castigo no es adecuada. Otro método utilizado para disminuir la violencia pero que no tiene resultados adecuados dentro de la población adulta es la rehabilitación mediante psicoterapia, encontrándose que este método es útil para adolescentes, especialmente cuando se trabaja con la familia. Otra alternativa para disminuir la violencia es la prevención, es decir tratar de evitar el desarrollo u ocurrencia de eventos que predispongan o precipiten situaciones violentas, es así como las intervenciones de prevención primaria pueden modificar el medio ambiente para eliminar el factor de riesgo, mejorar la resistencia del individuo y/o persuadir al individuo para que cambie su comportamiento.

Factores Situacionales Relacionados con la Violencia Común

Características del Lugar. Dentro de una misma ciudad los eventos de violencia tienden a conglomerarse en ciertos lugares llamados zonas calientes, estos sitios se caracterizan por tener un alto flujo de personas, alto grado de anonimato y de personas vulnerables a ser violentadas y poca vigilancia.

Susceptibilidad a la Victimización. Las personas que beben en exceso, pasan mayor tiempo fuera de la casa, viven cerca de o frecuentan bares, zonas

comerciales u otros establecimientos públicos etc., tienen mucho más riesgo de ser víctimas de la violencia.

Parece que existen dos tipos de conducta agresiva: Una agresión proactiva y otra reactiva, la primera es agresión en reacción de provocación, mientras que la segunda es básicamente instrumental, se utiliza para conseguir algo y carece de manifestaciones de afecto, la cual está correlacionada con comportamientos antisociales.

Factores Predisponentes de la Conducta Agresiva o Antisocial Persistente

Factores Individuales. Las reacciones de agresión parecen estar controladas por el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo, pero la importancia de estos sistemas en los humanos no es muy clara todavía. El comportamiento agresivo no parece tener un componente genético, ni déficit neurológicos; sin embargo deficiencias secundarias a la exposición de alcohol durante el embarazo, complicaciones perinatales, o traumas han sido asociados de manera débil con problemas de conducta especialmente la agresión.

Factores Familiares. Ciertas familias parecen ser especialmente criminogénicas, teniendo así varias características en común, tales como antecedentes de criminalidad, condiciones socioeconómicas difíciles, y ciertos patrones de crianza.

Vínculo. Las interacciones del infante con su medio ambiente y en especial con las personas que lo cuidan durante los primeros años, forman la base de sus expectativas frente al medio y a su forma de interactuar con él, de esta manera un

vínculo inapropiado se asocia con baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, indolencia, comportamiento oportunista, y agresión.

Aprendizaje. Es posible que el comportamiento violento sea aprendido, el maltrato es un antecedente frecuente en poblaciones con problemas de agresión y conducta antisocial. No solo ser víctima de la violencia genera violencia, el ser testigo de la violencia en la familia ha sido hasta ahora el único factor asociado de manera constante con la violencia doméstica. También es mayor el riesgo de agresión adulta en familias donde las manifestaciones de agresividad son frecuentes en al menos uno de los padres, patrón de comportamiento aprendido a partir de la tolerancia o manejo errático de los comportamientos coercitivos o agresivos del niño. Por último los medios de comunicación pueden ser otra forma de aprendizaje, varias investigaciones concluyen que la televisión, al menos a corto plazo estimula el comportamiento agresivo.

Factores Sociales. Situaciones como la pobreza, marginación, desempleo, alta densidad poblacional, alta rotación poblacional, mujeres jefas de hogar y desorganización social están relacionados con la violencia. Seguramente es la sumatoria de estas situaciones las que pueden generar comportamientos agresivos dentro de los miembros de una comunidad.

Violencia en Colombia

En Colombia la mayor parte de las lesiones no fatales se atribuye a la violencia común, generada por delincuencia común y organizada (riñas y atracos). En una

alta proporción los hechos violentos se cometen en la calle, la identidad del agresor es desconocida, y el motivo es atribuido a robo o ajuste de cuentas. Con frecuencia se utilizan armas sofisticadas, motos o vehículos.

La violencia se puede explicar desde diferentes contextos (político, religioso, económico, etc.). Para entender por qué se produce la violencia en Colombia es importante referirnos al contexto sociopolítico en el cual se encuentra inmersa nuestra sociedad, es así como en nuestro país podemos encontrar diversidad étnica, geográfica, economía independiente (monopolios) y bipartidismo; además de la influencia del viraje neoliberal que ha tenido la política en los últimos años, la expansión del narcotráfico y la agudización del conflicto militar ; además las personas al ver que sus necesidades básicas son insatisfechas y que su calidad de vida en vez de mejorar empeora, genera en ellos también violencia ; lo cual nos permite ver que no siempre los más pobres son los más violentos.

Tres conceptos que se pueden encontrar al hablar de violencia (Franco, 1999) y que podemos utilizar en nuestra investigación son:

1. Inequidad: Se presenta cuando hay apropiación de las decisiones y el poder en pocas personas o grupos y se genera un fenómeno de exclusión de muchos otros individuos colectivos. Esto relacionado con la violencia puede significar por ejemplo que el hecho de que en este momento la situación del país no permita una adecuada demanda de empleo puede generar violencia.

2. Impunidad: En nuestro país podemos encontrar que no se aplican sanciones o si se aplican estas se pueden revocar, lo cual lleva a que no se cumpla el castigo que

se da por haber cometido un hecho violento haciendo que este pueda ser repetido sin temor a represalias.

3. Intolerancia: En Colombia podemos encontrar que no se pueden tener ideas diferentes pues son vistas como enemigas, lo cual genera reacciones de violencia.

Al presentarse estos tres conceptos en nuestra sociedad podemos encontrar entonces el por qué se genera violencia en el país haciendo que en algunas ocasiones resulten afectadas físicamente las personas, lo cual las lleva a deteriorar su calidad de vida.

Estadísticas de Violencia

Después de haber hecho comentarios acerca de la violencia, consideramos necesario dar a conocer las estadísticas de violencia que se han presentado en el país, para lo cual debemos entender que lesión personal es cualquier daño en el cuerpo o la salud de características no fatales, que supone el uso de la fuerza en una situación de conflicto, se diferencian de los homicidios por la intencionalidad y el alcance de la letalidad que orientan su empleo (Freund, J, 1995 ; citada por INML y CF, 1999).

Durante 1999 se evaluaron 114.222 víctimas por lesiones personales, presentándose un incremento del 4% (4.224) en el número de los casos en relación con el año anterior. A continuación expondremos las estadísticas que logramos encontrar en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF) del año 1999 :

- Distribución según edad y género : 67% de la población total de víctimas fueron Hombres, 32% jóvenes entre los 15 y los 24 años, 32% entre los 25 y los 34 años y un 18% entre los 35 y los 44 años.
- Distribución según mecanismo causal : 64% utilizó el empleo de mecanismos contundentes (puños, patadas y golpes), 15% con mecanismos cortocontundentes, 12% con mecanismo cortopunzante y un 5% con arma de fuego.
- Distribución según presunto móvil : 75% de las lesiones personales son ocasionadas por riñas y discusiones, 9% por atracos, 5% por ajustes de cuentas, 4% por actos de intervención legal y un 7% por otros móviles (intolerancia social, enfrentamientos armados etc.).
- Distribución según presunto agresor : Las lesiones son cometidas por personas conocidas en el 70% de los casos, por un desconocido en el 26% y es de resaltar cómo la fuerza pública aparece en un 4%.
- Distribución Según lugar de los hechos : La vía pública fue el principal escenario para la producción de lesiones personales, característica que se extendió hasta el 56% de los lesionados, la residencia emerge como un escenario secundario que abarca el 20% de los lesionados, lo sitios con expendio de licor (tabernas, bares etc.) un 8%, el sitio de trabajo un 5% y otros sitios de diversión un 5%.

No fue posible conseguir la estadísticas del año 2000, debido a que en el INML y CF, llevan a cabo las estadísticas de forma anual y estas podrían ser vistas en febrero del 2001.

Teniendo en cuenta que los seres humanos nos desarrollamos dentro de un sistema denominado familia y otro más grande denominado sociedad, es necesario referirnos a las creencias que se encuentran tanto dentro del sistema familiar como dentro la sociedad, y que de cierta forma nos llevan a comportarnos de determinada manera. Debido a esto hablaremos acerca de las creencias y los mitos que se forman al interior de los diversos sistemas, haciendo énfasis en los significados que la familia moviliza en torno a la discapacidad física de un miembro del sistema, cuando esta es generada por violencia.

SISTEMAS DE CREENCIAS FAMILIARES

Cuando se es pequeño probablemente se dan por supuestos muchos aspectos que forman parte de lo que es una familia, queriendo más tarde abarcar una propia interpretación, y es posible que se intente demostrar al resto del mundo cómo cada uno cree que es su propia familia y cómo les gustaría que la vieran los demás, intentando crear algo que es único y personal, y que al mismo tiempo es normal y aceptable para la sociedad, por lo cual es importante ver la familia como creativa ya que la crean las personas que la conforman y al mismo tiempo es una estructura creada por la sociedad (Dallos, 1996).

Interpretaciones De Las Familias

Siempre que un terapeuta y una familia se reúnen, cada una de las partes se forma una impresión de cómo ve el mundo la otra incluyendo cómo perciben y piensan que debe ser una familia, es así como ninguno tiene la verdad, ya que cada cual tiene la capacidad de construir significados y de dar sentido al mundo a su alrededor y a aquello que le sucede; por esto las personas construyen significados para entender lo que ocurre a su alrededor. La capacidad para crear significados personales, para responder e interactuar con el mundo y entre sí, pero siempre con referencia a un conjunto de significados internos (autopoiesis o autocreación) se puede considerar como la cualidad esencial de los organismos

vivos, lo cual representa una forma de organización o estructura cognitiva interna que es única para cada individuo.

La palabra creencia se utiliza en un sentido amplio e incluye diferentes gamas de significados, ya que puede sugerir creencias religiosas o cogniciones de lo que consideramos como real, además puede significar también la predicción de algún suceso futuro. La palabra creencia puede englobar otros dos aspectos importantes, el primero es que la creencia contiene la idea de un conjunto perdurable de interpretaciones acerca de lo que se considera como cierto y la segunda es que existe un componente emotivo o un conjunto de afirmaciones emocionales acerca de lo que debe ser cierto (Dallos, 1996).

Se ha comenzado a considerar la idea de que las personas que forman parte de una familia crean su propia realidad social, con lo cual se podría decir que ello engloba tres aspectos relacionados entre sí: la conducta, las creencias y las emociones, enlazados de forma que la familia intenta dar sentido a su mundo, encontrar un significado a las acciones de los demás y a las suyas propias construyendo así su repertorio de acciones (Dallos, 1996).

La estructura de una familia, sus límites, jerarquía y subsistemas están relacionados con la dinámica de la familia. El sistema de creencias de la familia funciona a nivel superior en el sentido que sirve para regular los procesos y estructuras, visión que no considera que los miembros de una familia están siempre de acuerdo, pero si apunta a que todos ellos comparten creencias a menudo implícitas acerca de sobre qué vale la pena estar de acuerdo o no, es así

como las creencias no determinan únicamente los procesos y la dinámica familiar, sino que las conductas que se producen como resultado de ellos sirven a cambio para mantenerlos.

Watzlawick y sus colegas; citados por Dallos (1996) tienen una visión de la comunicación amplia en el sentido que es multifacética en tanto incluye acciones verbales (tono emocional positivo o negativo, información acerca de la intensidad del sentimiento que se expresa) y no verbales (información acerca de sentimientos y emociones); es así como la comunicación y las creencias son interdependientes, especialmente en el sentido de que la manera como percibimos lo que otro nos comunica está parcialmente determinada por aquello que nosotros esperamos oír.

Se podría decir que tanto la pauta que siguen las acciones de las familias como la percepción que estas tienen de tales acciones están reguladas por un conjunto de reglas, de esta manera Harre y Secord (1972); citados por Dallos (1996) sugieren que las personas estructuran sus interacciones en términos de episodios, definiéndolos como cualquier parte de la vida humana, que incluye a una o más personas y donde es posible determinar una estructura interna; ante lo cual Pearce y Cronen (1980); citados por Dallos (1996) han ampliado el análisis de los episodios, identificando tres tipos principales :

Episodios tipo 1: Consisten en pautas de significados y comportamientos aceptados culturalmente y que existen independientemente de cualquier individuo o grupos concretos, son símbolos públicos necesarios para que se

puedan compartir los significados, los cuales incluyen rituales sociales (ceremonias, ritos)

Episodios tipo 2: Consisten en pautas de significados y comportamientos que existen en la mente de las personas y que son similares a la definición de una situación, los cuales son símbolos privados que hace cada individuo de las formas de interpretación social en que participa.

Episodios tipo 3: Consisten en las interpretaciones que realizan los comunicantes de una secuencia real del mensaje que han producido conjuntamente.

Los modelos basados en la teoría de los sistemas ofrecen una imagen de la familia que la presenta como la encargada de la construcción de patrones de comportamiento y creencias, lo cual conlleva a la idea de que los miembros de la familia construyen conjuntamente una realidad compartida, es así como las cuestiones que surgen giran en torno a las circunstancias por las cuales las familias crean construcciones que parecen diferir de manera significativa de las versiones consensuadas de la realidad; es decir se ocupan de construir una irrealdad que puede tomar formas tales como negar lo que para otros resulta cierto de una manera patente, como por ejemplo cuando un miembro de la familia niega la limitación de su hijo, mientras que otro busca realizar acciones encaminadas al mejoramiento de la persona; proyectar de manera inadecuada sus sentimientos sobre los demás o crear mitos, de lo cual se desprende que para

estudiar las creencias de una familia es necesario considerar de qué manera están relacionadas con su vida emocional (Dallos, 1996).

Sistemas Personales De Constructos

A continuación describiremos uno de los enfoques básicos para el estudio de sistemas de creencias : La teoría social de George Kelly (1955); citado por Dallos (1996), cuyo interés es explicar la conducta en sociedad, describiendo de qué manera las creencias, interpretaciones, explicaciones y expectativas guían el trato con las personas con las que uno se relaciona en la vida social; para lo cual utilizaremos el término constructo cuando hablemos acerca de las creencias, enfatizando en que es una categorización bipolar. Kelly (1955) ; citado por Dallos (1996), afirmó que cuando miramos el mundo exterior lo hacemos a través de nuestras propias creencias o de lo que él llama constructos personales, por esto la realidad de cada individuo es única y diferente de los demás, aceptando su proposición que existe un mundo externo real, pero considera que solo podemos conocerlo a través de nuestros propios sentidos, constructos e ideas preestablecidas; en otras palabras, nuestras acciones tienen consecuencias reales, y la forma en que construimos el mundo a nuestro alrededor y en nuestro interior, tiene consecuencias sobre nuestra manera de actuar, es así como retomando nuestra investigación, es posible encontrar cómo los significados que se movilizan en torno a la discapacidad de un miembro de la familia se relacionan con el

proceso de adaptación de este a su limitación física, observándose creencias individuales y familiares, que de alguna manera afectan dicho proceso.

La teoría de la cual estamos hablando señala que las personas intentamos anticipar los sucesos formulando hipótesis y desarrollando teorías, que permiten predecir lo que es probable que suceda, es así como solo podemos actuar a partir de una imagen significativa del mundo que intentamos crear, imagen que una vez creada se puede cambiar, mejorar, ampliar y elaborar. De esta manera dentro de la familia, es necesario que se produzcan continuos cambios en las creencias que unos miembros de la familia tienen acerca de los otros, para que no se detenga el desarrollo de su ciclo vital y es durante las épocas de transición cuando esto resulta necesario; igualmente el autor hace énfasis en la idea de que el mundo social varía y que los constructos tienen que evolucionar para adaptarse a esos cambios, es por esto que predecimos el futuro replicando los sucesos del pasado, de esta forma los constructos crean un hilo de continuidad entre el pasado, el presente y el futuro, y es así como nuestras creencias enlazan nuestra existencia a lo largo del tiempo, por lo cual se debe pensar más acerca de cómo las creencias que mantenemos sobre lo ocurrido en el pasado construyen la conducta presente y futura, que considerar los sucesos pasados como determinantes en sí mismos de lo que ocurrirá después (Dallos, 1996).

Los procesos que sigue una persona están psicológicamente canalizados a través de su forma de anticipar los sucesos, es decir que todo lo que hacemos, sentimos o pensamos es el resultado de los intentos de entender lo que está

ocurriendo en nuestro mundo, es así como el sistema de constructos de cada persona está organizado de manera jerárquica ocupando la posición superior los constructos de evaluación bueno - malo. Kelly se fijó en que las creencias están organizadas según este tipo de conexiones jerárquicas entre las consecuencias de las mismas y que es posible que se generen reacciones emocionales (ansiedad, hostilidad o pánico) cuando se percibe un desafío a la organización de un sistema de constructos.

Sistemas Compartidos De Constructos

En cuanto a las relaciones familiares es más apropiado describirlas como reguladas por reglas que especifican los comportamientos de la familia, que como una unidad (Jakson 1967; citado por Dallos, 1996). Este mismo autor propone el modelo de acciones familiares donde se puede ver que el concepto de regla incluye a su vez dos conceptos diferentes, por un lado una norma familiar es constitutiva, en el sentido que define cómo son sus miembros en relación a una situación concreta; por otro lado la regla incluye un aspecto regulativo en cuanto que define qué se va a hacer respecto a lo que se percibe como el estado de las cosas.

Es importante fijarse aquí en que hay algunos problemas que surgen en aquellas situaciones en que una persona exige lo que otra debe pensar (control de pensamientos) acerca de una cuestión concreta, basándose en lo que ha asumido

acerca de qué piensa realmente esa persona, así por ejemplo cuando una madre niega la discapacidad de su hijo, pretendiendo que todo se encuentre bien y busca que los demás piensen lo mismo. La idea básica es que la gente comparte cierto acuerdo respecto a cómo ven sus circunstancias y crean sus propias construcciones acerca de aquellas que tienen los demás (Dallos, 1996).

La Familia Actúa Sobre Las Personas

La definición de Kelly de los constructos expresa la idea de que constan de dos partes : Una constitutiva (lo que una acción concreta significa) y una regulativa (lo que se va a hacer al respecto). Una cuestión básica aquí es que la experiencia familiar de la realidad no es pasiva, sino que es un proceso activo y dialéctico, es así como la realidad de lo que la familia ha construido actúa sobre el proceso de construcción de cada uno de sus miembros y lo regula. Generalmente todas las personas intentan regular de manera activa las construcciones de los demás, y se procura inferir lo que está pensando la otra persona con el fin de intentar modificarlo, se dice entonces que cada uno de los miembros de la familia tiene un conjunto de creencias acerca de esta y de las relaciones que se producen dentro de ella, sin embargo estas creencias se proyectan a su vez en las relaciones familiares (Dallos, 1996).

Un aspecto básico a tener en cuenta es que el conjunto de creencias de la familia, no es simplemente explícito y abierto al análisis, ya que mucho de aquello en lo que creen los miembros de la familia se puede conocer sencillamente preguntándose pero en cambio, otros aspectos solo vendrán indicados por lo

que hacen y por cómo lo hacen, así como es probable también que aquello en que creen, cambie según el momento y en función de los diferentes contextos, cambios estos que siguen una pauta y que no siempre son consientes, razón por la cual el análisis de la familia se inicia centrándose en lo que la gente hace en realidad y en sus pautas de comportamiento. Puede resultar imposible averiguar cómo algunas de las creencias nucleares de una persona entran en acción en diversas situaciones, a pesar de que se pregunte sobre ello a la persona durante mucho tiempo o que se le anime a explorar sus creencias (Dallos, 1996).

Se podría preguntar si es posible ser objetivo, ya que incluso cuando se observa la conducta de las personas es posible que se esté imponiendo los propios constructos, en el sentido de que se puede estar prestando una atención selectiva a ciertas características más que a otras. Incluso en esta fase inicial del análisis, es necesario tener en cuenta que puede estar presente un elemento de interpretación, por lo cual puede resultar útil incorporar algunos métodos objetivos, tales como comentar la ocurrencia de determinadas conductas con colegas o comparar observaciones con las de ellos. En el modelo de Haley (1976); citado por Dallos, (1996), la primera entrevista de evaluación con la familia - consistente en la fase social, la fase relativa al problema y la fase de interacción, con la definición de los cambios que se desean y la finalización de la entrevista estableciendo tareas a realizar ofrece un marco de trabajo muy útil. Es normal y correcto llegar a conocer a las personas, y esto ofrece al mismo tiempo una vía de información rica acerca de las creencias generales de la familia sobre el mundo, en términos de lo que ésta

considera como más importante. Las primeras impresiones son una parte inevitable de esta etapa y es vital que el terapeuta reflexione sobre cómo se siente con respecto a la familia y que especule acerca de cómo la familia se siente con respecto a él y sobre cuáles son las expectativas que ésta tiene con relación a la terapia. Durante la fase centrada en el problema se anima a definir claramente éste, en términos de las creencias familiares sobre lo que no está bien y pueden entonces hacerse las diferencias de opinión que existan entre los miembros de la familia. En la fase de interacción se favorece que la familia discuta las cuestiones como lo haría en el hogar; esto es esencial para averiguar el funcionamiento de las creencias dentro del contexto de las pautas interaccionales de la familia. Al definir los cambios que se desean, la familia y el terapeuta entran en una cierta negociación acerca de lo que es posible, y empiezan a negociar y construir algunas formas de considerar los problemas. Finalmente, se pueden establecer diversas tareas tales como observar lo que sucede en momentos diferentes del día o entre los diversos miembros de la familia (Dallos, 1996), en nuestro trabajo de investigación se llevarán a cabo dos entrevistas : una de evaluación y otra de reflexión, las cuales serán especificadas más adelante, cuando se hable del método a realizar.

Reiss (1980); citado por Dallos (1996) dice que la forma en que una familia parece iniciar un contacto con otras personas puede proporcionar información acerca de cuáles son algunos de sus constructos, sobre cómo ve el mundo, cómo se considera a sí misma y a los demás, y cómo anticipa que afrontará lo que exijan

las circunstancias; de la misma forma es importante reflexionar sobre las impresiones iniciales del terapeuta acerca de la familia, además resulta útil desde el inicio de la sesión, escuchar cuáles son los constructos que utilizan las personas que forman parte de la familia para describirse a sí mismas y sus problemas.

Historias y Narraciones

Parte de las construcciones de la familia sirven para tender un puente entre los sucesos a lo largo del tiempo. El concepto de anticipación de Kelly incluye la idea de que la predicción de los sucesos futuros se basa en las experiencias o informaciones anteriores, predicciones que a menudo se expresan en términos de historias o anécdotas (Dallos, 1996).

Dentro de la psicología ha ido creciendo el interés en cuanto a la importancia de las historias en la vida mental, es así como algunos autores como Byng-Hall (1980) ; citados por Dallos (1996), han hablado acerca de la trascendencia de los guiones familiares, que tienden un puente generacional al proporcionar a cada generación una especie de programa acerca de lo que es probable que suceda y en base a lo que ocurrió en el pasado, muchos de nuestros procesos cognitivos básicos se pueden considerar en términos de narraciones, ya que a medida que evolucionamos, utilizamos nuestras experiencias para formar una historia acerca de quién somos y de nuestra propia identidad, en términos de una narrativa que conecta eventos pasados, presentes y futuros de forma que tenga sentido, es así como los recuerdos de los sucesos surgen en base a nuestros intentos de recurrir a los acontecimientos del pasado haciendo referencia a la historia vital personal.

El análisis de las historias puede complementar el de los constructos, ya que si examinamos las narraciones familiares se puede ver que los constructos que incluyen son de dos tipos : Connotativos, es decir que contienen constructos que dicen cómo valorar ciertos sucesos; y denotativos, es decir que contienen constructos acerca de cómo afrontar determinados acontecimientos y experiencias. Las historias entonces sirven para dar sentido a todo un conjunto de acontecimientos y experiencias de una familia, y tienen una función organizativa, en cuanto ayudan a dar sentido a un mundo potencialmente caótico. Ferreira (1963); citado por Dallos (1996), sugiere que los mitos familiares como distorsiones de la realidad, tienen la finalidad de defender a los miembros de la familia de experiencias dolorosas e inaceptables, es así como la idea de los mitos familiares supone que las familias están construyendo una distorsión de la realidad y asume así la existencia de una realidad externa verdadera.

LOS MITOS

Después de haber esbozado lo que son las creencias y el cómo estas pueden guiar los comportamientos que puede tener la familia y la misma persona limitada físicamente ante la discapacidad comenzaremos por hablar sobre un tema relacionado con las creencias : Los mitos.

Antonio Ferreira (1963); citado por Bagarozzi & Anderson, (1996) fue el primero en acuñar el término mito familiar y lo definió como una serie de creencias bien integradas, que comparten todos los miembros de la familia, postulando que dichas creencias determinan las relaciones entre los roles complementarios que se exigen a cada uno de los miembros de la familia en relación con los demás. Para el mismo autor, el mito de la familia es el punto central en torno del cual giran todos los procesos familiares y describió cómo estas creencias y roles eran siempre respetados por los miembros de la familia, a pesar de las distorsiones de la realidad, a fin de mantener intacto el mito.

Para Anderson y Bagarozzi (1996) su concepción difiere significativamente de la anterior, ya que no creen que los mitos permanezcan estáticos, que su único propósito sea mantener el equilibrio homeostático, ni que sean conscientemente compartidos por todos los miembros de la familia, ni que exista solo un mito familiar que sirva como punto central en torno del cual giran los procesos familiares. En su trabajo estos dos autores han comprobado que las familias tienen una variedad de mitos que cambian constantemente y evolucionan con el paso del

tiempo y el desarrollo del ciclo familiar. Estos mitos existen además en varios niveles de conciencia individual (personal) y advertencia grupal (familiar); algunos son persistentes y desempeñan una función homeostática, lo cual no los vuelve disfuncionales; algunos promueven cambio, crecimiento, desarrollo y pueden ser percibidos como circuitos de retroalimentación positiva, que permiten que el sistema siga siendo viable.

Los mitos son universales y no necesariamente patológicos, además su funcionalidad solo puede determinarse evaluando el grado en que contribuyen al crecimiento y desarrollo de cada miembro de la familia y la familia como totalidad.

Los mitos familiares comprenden distintos componentes y procesos interrelacionados, en los cuales se incluyen (Bagalozzi & Anderson, 1996) : (a) Los mitos personales de cada uno de los cónyuges ; (b) los mitos conyugales que empiezan a adquirir forma durante el proceso constituido por las citas, el proceso de seducción y el compromiso ; y (c) los mitos del grupo familiar que nacen de la mezcla y la integración de todos los mitos personales de los miembros de la familia, los mitos matrimoniales de los cónyuges, las expectativas de los padres respecto de los hijos y las experiencias compartidas de todos los miembros de la familia como grupo. Para comprender un poco más lo que son los mitos vemos la necesidad de definirlos y conocer acerca de su origen.

Definiciones de los Mitos

Los ancestros primitivos no hacían una clara distinción entre un universo externo objetivo y su propio mundo interno de las experiencias subjetivas, fue así como los límites entre las experiencias conscientes e inconscientes eran borrosos e indistintos. La percepción del yo como entidad separada se alcanzaba solo por unos pocos elegidos: Los héroes del mito y la leyenda (Neumann, 1954; citado por Bagalozzi & Anderson, 1996). Cada vez que un aspecto de la vida y la existencia se veía como problemático, o se cargaba de ansiedad o peligro, penetraba en el reino de lo sagrado, lo místico, lo mágico y lo misterioso (Perry, 1966 ; citado por Bagalozzi & Anderson, 1996), siendo así, como con el fin de encontrar sentido y poner orden en esta confluencia de experiencias, se crearon los mitos, en donde cada historia daba significación y finalidad a aspectos específicos de la vida y la existencia cotidiana, por esta razón oponerse a su sabiduría era alterar un mandato preordenado, era trascender los límites y constituía un imperdonable pecado, que podía conducir a la catástrofe personal y familiar (Bagalozzi & Anderson, 1996).

Como nuestros antepasados, nacemos en un grupo familiar y somos criados por él, debiendo posteriormente separarnos e individualizarnos y a medida que intentamos dominar cada tarea de desarrollo, alcanzar un yo y actualizar nuestros propios potenciales personales, creando una propia mitología personal, sin que falten en ella rituales, ritos y tabúes. Es imposible separar los mitos personales de un individuo de los de su familia, comunidad o cultura; ya que los propios mitos afectan las relaciones con las personas significativas del contexto del sistema

familiar. Los individuos adoptan activamente como propios los mitos culturales, cuyos distintos componentes, símbolos, rituales, etc., tienen significación e importancia para cada uno de los miembros de la familia y para el sistema familiar. Estos mitos culturales son modificados y reelaborados por el individuo de modo que se adecuen a su mitología personal; así pues se utilizan para mantener el concepto que se tiene de uno mismo y preservar la integridad personal; igualmente se utilizan para estabilizar la estructura organizativa de los sistemas matrimonial y familiar, y mantener pautas pronosticables de interacción entre los miembros de la familia (Bagalozzi & Anderson, 1996).

Después de haber definido lo que son los mitos hablaremos de las características y estructuras fundamentales que los componen. Es así como Knox (1964); citado por Bagalozzi & Anderson (1996), afirmó que los mitos son símbolos irremplazables; sin embargo decir que los mitos son símbolos es simplificar su verdadera estructura, ya que sería más exacto decir que el símbolo es solo un componente del mito, y los mitos se componen de un complejo conjunto de símbolos, rituales, temas e historias.

Niveles de Cambio

Como ya se ha visto, los mitos personales son las premisas organizadoras por las que se mantiene la realidad de un individuo dado. Las experiencias ambientales operan como señales que activan un tema específico, el que a su vez determina cómo se procesa, se comprende y se responde a la experiencia; es así como los mitos organizan la realidad del individuo (Bagalozzi & Anderson, 1996).

Es posible que las personas necesiten modificar o cambiar un tema actual en respuesta a ciertas experiencias o estilos de relación nuevos o desconocidos ; es así como cuando las nuevas experiencias son discordantes de los temas existentes, la nueva información puede ser distorsionada, negada o asimilada para ajustarla al tema en cuestión, o bien el tema mismo puede adaptarse a los nuevos datos. En su descripción de los sistemas familiares y los patrones de interacción recurrentes, Watzlawick (1978) ; citado por Bagalozzi & Anderson (1996) denomina cambio de primer orden a la asimilación de información o conductas nuevas a las existentes; mientras que el paso a una estructura organizacional diferente, con distintas reglas de interacción, lo denomina cambio de segundo orden.

Mitologías de La Familia

Los mitos de la familia constan de una serie de factores y componentes separados, pero interrelacionados : Las mitologías personales de todos los individuos considerados parte de la unidad familiar; los temas de la mitología conyugal de los padres y otros tres componentes concomitantes : (a) Las expectativas conscientes e inconscientes de cada progenitor hacia sus hijos, según se manifiestan bajo la forma de los hijos ideales; (b) los mitos secundarios y fábulas que se crean entre los miembros de la familia, y sirven para mantener diversas coaliciones, alianzas de poder, reglas de procedimientos y acuerdos jerárquicos en la familia ; y (c) los mitos del grupo familiar que se derivan de

interacciones y experiencias de vida compartidas por todos los miembros de la familia.

El nacimiento del primer hijo representa, en el desarrollo de la familia, un periodo crítico que requiere el dominio de una serie de tareas evolutivas familiares (Anderson, Rusell y Shumm, 1983; citado por Bagalozzi & Anderson, 1996). Cada cónyuge aporta al matrimonio su representación cognitiva ideal de cada hijo que nace dentro del sistema familiar, además cada ideal se acompaña de ciertas expectativas relativas a los roles y guiones específicos, y es así como de todos los hijos se espera que cumplan estos roles y representen los guiones que les corresponden, a efectos de ajustarse al modelo que tiene cada progenitor de la familia ideal. Al igual que el cónyuge ideal, el hijo ideal y los hijos ideales son imágenes cognitivas que tienen dimensiones conscientes e inconscientes, entonces como en el caso del cónyuge ideal y del matrimonio ideal, el hijo ideal y la familia ideal, y la relación de ambos con el sí mismo se convierten en temas centrales de la mitología familiar, a medida que se van incorporando hijos al sistema (Bagalozzi & Anderson, 1996). Es por esto que por ejemplo cuando una madre ha idealizado a su hijo como mejor que los demás y en algún momento su hijo sufre un accidente que impide que se desempeñe como lo venía haciendo ya que quedó limitado físicamente, la madre en algunas ocasiones no cambia su forma de ser hacia él y le continúa exigiendo como si no presentara ningún problema.

Es muy improbable que los dos progenitores hayan construido ideales idénticos o muy similares para cualquiera de sus hijos, por lo que los conflictos

son inevitables; además, si los padres no logran resolver sus diferencias en cuanto a las expectativas que tienen hacia un hijo, éste se verá atrapado en una feroz lucha de poder y es aquí en donde interesa ver cómo las expectativas contradictorias de los padres hacia el mismo hijo pueden afectar la posibilidad de que este adquiera un conjunto específico de características de la personalidad, rasgos conductuales, percepciones y visiones del mundo imprescindibles para el desarrollo de un individuo sano, capaz de formar relaciones interpersonales satisfactorias de adulto (Bagalozzi & Anderson , 1996).

En las familias que tienen un funcionamiento sano, se considera que los ideales que alberga conscientemente cada progenitor hacia un hijo determinado son coherentes con su ideal inconsciente para ese hijo. De manera similar, en los sistemas familiares funcionales se piensa que ambos padres comparten ideales y expectativas muy similares o congruentes para el mismo hijo y aunque es muy probable que cualquier pareja de progenitores llegue a estar de acuerdo por completo con cada factor de personalidad, rasgo de conducta, percepción y visión del mundo para un hijo dado; los conflictos que se suscitan inevitablemente entre los padres no son necesariamente disfuncionales para el sistema familiar, sin embargo cuando los padres no logran resolver estas incongruencias interpersonales y el hijo se convierte en el punto central de la lucha de los padres, es posible que este sea incapaz de salir de su posición triangulada en el sistema familiar (Bagalozzi & Anderson, 1996).

Los mitos del grupo familiar se crean como resultado de las experiencias que comparten todos los miembros de la familia. Probablemente, la primera ocasión en que se concreta este tipo de mito colectivo es cuando los padres y su primer hijo llegan a un entendimiento y un acuerdo inconsciente sobre la imagen de rol consensuada¹ de ese hijo; es así como la homeóstasis familiar se mantiene mientras la conducta del hijo sea congruente con esta imagen de sus padres. Cuando cada miembro de la familia se comporta de acuerdo con su imagen, la familia tiende a parecerse a una imagen familiar ideal vagamente definida, que todos los miembros de la familia comparten en mayor o menor grado. Las imágenes de rol consensuadas, deben cambiar a medida que la familia atraviesa las diversas etapas del ciclo de vida familiar y se transmiten a cada nuevo miembro de la familia a través de canales manifiestos y encubiertos de comunicación; de esta manera esta imagen se refuerza conductualmente (rutinas, rituales, refranes, chistes, anécdotas, recuerdos familiares compartidos, actividades recreativas, prácticas religiosas, costumbres étnicas etc.) y verbalmente (determinados valores y reglas de conducta) (Bagalozzi & Anderson, 1996).

Los mitos son importantes dentro de nuestra investigación ya que al igual que las creencias pueden interferir o ayudar a la persona limitada físicamente a adaptarse a su situación actual, con la ayuda claro está de sus familiares.

¹Rol que todos los miembros de la familia acuerdan que debe desempeñar cada miembro (Byng - Hall, 1973 ; citado por Bagalozzi & Anderson, 1996).

Es así como después de haber revisado el marco de referencia y el contexto dentro del cual se realiza nuestro trabajo de grado, podemos exponer la pregunta que se pretende responder al llevar a cabo esta investigación: Cómo los significados que le da la familia a la discapacidad física adquirida generada por un evento violento, en un adulto joven, se relacionan con el proceso de adaptación de éste a su limitación ?.

Igualmente como las hipótesis en este tipo de estudio a nivel sistémico son reemplazadas por preguntas de investigación, que ayudan a ampliar el problema, se expondrán a continuación :

1. Cuáles son los significados que la familia le da a un evento violento que genera limitación física en un miembro del sistema?
2. Cómo es el proceso de adaptación de un adulto joven discapacitado por una situación violenta ?
3. Cómo los significados de un sistema familiar, en el cual se encuentra inmersa una persona discapacitada están relacionados con su proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida por situación violenta?

ANTECEDENTES EMPÍRICOS

A continuación haremos referencia a algunos trabajos de grado que se han realizado y que tienen relación con el tema de la discapacidad física adquirida, el cual es el punto central de nuestra tesis. Es importante enfatizar que dicho tema es poco investigado y que se encuentran tan solo algunos documentos directamente relacionados con él, sin embargo escogimos tres de los más significativos, hallados en diversas instituciones :

En la tesis titulada “Aproximación sistémica de las necesidades psicológicas de una familia que enfrenta la paraplejia”, realizada por Sandra Arango y Claudia Astrid Gómez en la Universidad de la Sabana (2000), el objetivo era identificar desde la visión sistémica las necesidades psicológicas de una familia que emergen ante la discapacidad física de un hijo, para lo cual se llevó a cabo un estudio de caso con un niño y su familia, concluyendo que la familia presenta un total desconocimiento sobre lo que es la discapacidad ya que no recibieron asesoría respecto a las causas, consecuencias e implicaciones médicas; igualmente la familia del paciente presenta una adaptabilidad de tipo media, es decir que se encuentra parcialmente adaptada en lo que se refiere al uso de aditamentos y desplazamientos del menor dentro de la casa, observándose tres subsistemas: conyugal, parental y fraternal; en cuanto a los límites se perciben como difusos ya que no existe diferencia clara entre los subsistemas, además existe aglutinamiento

y pérdida de autonomía; mientras que en roles se observa una inversión de estos lo cual genera una alteración estructural a nivel del subsistema fraternal; en cuanto a la cohesión familiar se encuentra que esta familia es de tipo amalgamado con respecto a la adaptación y por último se encontró que la comunicación es poco adecuada ya que se encuentran incongruencias entre lenguaje verbal y no verbal.

Otra de las tesis investigadas fue : “Características sociales del paciente con amputación traumática “ realizada por Clara Romero y Ana Maria Jaramillo (1999) de la Pontificia Universidad Javeriana, en la cual se trabajó con hombres adultos jóvenes y su objetivo general era determinar las características psicosociales de los pacientes con amputación traumática y establecer las posibles relaciones que pudieran existir entre estas. Este estudio arrojó como resultados que la amputación traumática es un acontecimiento sorpresivo y de ahí el desajuste del individuo, igualmente se observó la dificultad de los pacientes para reincorporarse a sus actividades no solamente por sus condiciones emocionales y el tipo de trabajo que realizaban anteriormente sino por el tipo de lesión y ubicación de la misma, proceso que requiere tiempo para la rehabilitación y readaptación del sujeto.

De la misma manera se encontraron desajustes a nivel familiar pues se da una marcada tendencia a empeorar en las relaciones con los miembros con los cuales conviven los pacientes y por último encontraron que es necesario dirigir los esfuerzos hacia la rehabilitación familiar y acompañamiento permanente tanto físico como emocional en el proceso de adaptación del discapacitado.

Por último nombramos la tesis realizada por Alejandra Arellano Sierra y Jesús Hadad Menesses (1997) de la Universidad Santo Tomás, denominada : “Estructura y funcionamiento del sistema familiar con un miembro adulto con impedimento motor de origen cerebral (IMOC)”, en esta, se trabajó con tres familias y sus respectivos miembros y su objetivo era describir la estructura y dinámica familiar de un miembro adulto que presenta impedimento motor de origen cerebral.

Este trabajo de grado nos muestra los siguientes resultados: En el funcionamiento familiar se encuentra que en lo relacionado a la comunicación hay adecuados niveles de esta, sin embargo se observa una relación amalgamada entre la madre y el miembro con IMOC. En lo que se refiere a la cohesión, se encontró que al tomar decisiones y realizar actividades de tipo recreativo se tenía en cuenta a la persona discapacitada, para finalmente encontrar que la adaptabilidad de los sistemas familiares con los que se trabajó parecen tener carácter estructural.

Consideramos que estos trabajos de grado nombrados con anterioridad guían y aportan a nuestra investigación, ya que en ellos se observa cómo la discapacidad física afecta tanto a la persona como a la familia y también como estos dos se adaptan a la nueva situación; igualmente se tienen en cuenta los aspectos de comunicación, cohesión y adaptabilidad, los cuales forman parte importante dentro de nuestro trabajo de grado.

Sin embargo es importante hacer una distinción clara entre ellos y nuestra investigación, ya que a pesar de que se encuentran muchos aspectos comunes, el nuestro está dirigido a describir la relación existente entre los significados que

una familia moviliza en torno a la discapacidad física de un adulto joven cuando es adquirida por violencia y el proceso de adaptación de este a su limitación, relación que no se tiene tan claramente expuesta en los trabajos nombrados anteriormente, ya que en ella damos relevancia a las creencias, mitos y valores que un sistema familiar posee, los cuales están estrechamente vinculados con la adaptación que el adulto joven lleva a cabo a partir del momento de adquisición de su limitación.

De la misma manera en nuestra tesis hacemos énfasis en que la adquisición de la limitación física sea debida a un evento violento, lo cual hace que el adulto joven y su contexto inmediato, como lo es su familia, tengan una percepción diferente acerca de la discapacidad, aspecto este que nos permite darle al trabajo de grado una mirada social, teniendo en cuenta la situación actual del país.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir la relación existente entre los significados que una familia moviliza en torno a la discapacidad física adquirida de un adulto joven, cuando es generada por violencia y el proceso de adaptación de éste a su limitación física.

Objetivos Específicos

- Reconocer el proceso de adaptación a su nueva realidad, de los adultos jóvenes con discapacidad física adquirida.
- Identificar las creencias, mitos y valores que movilizan las familias con un adulto joven discapacitado físicamente frente a la limitación producida por el evento violento.
- Identificar cómo los significados familiares, facilitan o dificultan el proceso de adaptación del joven adulto a su discapacidad física adquirida.

METODO

Para lograr un conocimiento teórico - conceptual y práctico de la realidad familiar, personal y social, donde los integrantes de los grupos familiares se apropien de su realidad y sean gestores de su propio desarrollo y el de su familia; es necesario realizar un proyecto de investigación de tipo descriptivo, con un modelo investigativo de orden cualitativo y cuantitativo.

Nuestra investigación es descriptiva en cuanto busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986; citado por Hernández, Fernández y Baptista, 1991); igualmente según Tamayo (1994), un diseño descriptivo es aquel que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o proceso de las fenómenos. Es de orden cualitativo al referirse a la “cualidad” revelada por medio de las propiedades de un objeto o de un fenómeno, expresando un concepto total de este (Cerdeña, 1991); de la misma manera podemos decir que es una investigación cualitativa ya que aborda el estudio de la construcción social de la realidad elaborada por los individuos en sus actos de habla : dada la reflexividad a las prácticas discursivas (Delgado & Gutiérrez, 1995). Es también de orden cuantitativo en cuanto es relativo a la “cantidad” o medición de las propiedades manifiestas u observables de las variables (Cerdeña, 1991). Igualmente está basada

en los principios de la investigación sistémica desde la epistemología de segundo orden.

Población y Muestra

La población que interesó a este estudio equivale a pacientes hombres con discapacidad física adquirida en un hecho violento, quienes actualmente se encuentran o bien en la Clínica Universitaria Puente del Común o en el Hospital Universitario de La Samaritana.

Los criterios para la selección de la muestra fueron los siguientes:

1. Adultos jóvenes (18 y 40 años), con discapacidad física generada por un evento violento.
2. Que el paciente discapacitado conviva con su familia nuclear, desempeñando el rol de hijo dentro de la misma.
3. Que el tiempo de adquisición de la discapacidad sea mayor de dos meses y menor de dos años y esté asistiendo a un programa de rehabilitación.

Contexto

La investigación se realizó en dos instituciones :

- La Clínica Puente del Común, la cual se encuentra ubicada en la autopista norte, La Caro Km. 21 Chía - Cundinamarca. El Centro Nacional de Rehabilitación TELETON nace en 1980 como un programa de la Fundación Pro- rehabilitación del Minusválido, buscando favorecer la rehabilitación integral de las personas discapacitadas físicamente. En febrero de 1997 se firma un convenio entre la fundación y la Universidad de la Sabana con miras a potencializar el servicio de

rehabilitación, fortalecerlo con servicios medico quirúrgicos y construir una clínica general con todos los servicios de cuarto nivel de complejidad. Además la Universidad de la Sabana ha visto la necesidad para darle soporte, continuidad, dinamismo y calidad al proceso de formación integral a sus estudiantes, principalmente a aquellos relacionados con el área de la salud, contando con una clínica universitaria de la más alta calidad humana técnica y científica para poder desarrollar su espíritu docente formativo, inculcando valores éticos en un ambiente propicio, acogedor y cálido con tecnología de avanzada. La clínica está conformada por espacios correspondientes a rehabilitación física para niños y adultos, aparatos, gimnasio especial, consultorios médicos, de psicología, psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiología y psicopedagogía ; se cuenta además con dos salones de conferencias, sala de juntas, laboratorios y un espacio para la parte administrativa. Los servicios de la Clínica Puente del Común están concebidos para proporcionar una atención integral en salud con calidad en razón de un excelente trato humano hacia los pacientes y sus familias, tanto en el tratamiento como en la prevención de enfermedades, a través de profesionales cualificados, con óptimos medios técnicos, en un entorno avanzado de docencia, investigación y respeto humano.

- Hospital Universitario de La Samaritana (HUS), ubicado en la Cra 8ª # 0 – 55 sur, se crea como el Instituto de Higiene de Cundinamarca por ordenanza 24 de 1932 expedida por la asamblea departamental y por el decreto No. 847 de Octubre 5 de 1933, fue dado el servicio en 1938 para atención de las enfermedades

de transmisión sexual básicamente. Actualmente el HUS es un establecimiento público descentralizado de orden departamental con autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito a la secretaría de salud de Cundinamarca e integrante del sistema de salud. Es un organismo de tercer nivel de atención y funciona como centro de referencia de las unidades de Cundinamarca, es además centro de formación universitaria en programas de pregrado y postgrado con convenios institucionales. El HUS ofrece los siguientes servicios: Servicio de urgencias, servicio de hospitalización, salas de cirugía, unidad de cuidado intensivo (UCI), laboratorio clínico, unidad de gastroenterología, unidad renal, cirugía ambulatoria y servicios especializados (anestesiología, cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía plástica, endocrinología, cardiología, gastroenterología, ginecología y obstetricia, medicina interna, hematología, neumología, neurología, psicología, neurocirugía, fisioterapia, urología, nutrición, odontología, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología y patología).

Instrumentos

La presente investigación, contó con la utilización de los siguientes instrumentos:

1. Ficha socio-demográfica: Con la cual se recopilaron los datos personales y familiares de cada una de las personas con las cuales se llevó a cabo la investigación (Anexo A). Se dividen en tres categorías que se explicarán a continuación:

A. Datos personales ; en donde se indaga en el adulto joven acerca de su edad, género, escolaridad, estado civil, personas con las cuales convive y el diagnóstico médico que le fue otorgado.

B. Datos relacionados con la discapacidad ; permite recoger información acerca del tiempo y forma de adquisición de la discapacidad.

C. Datos relacionados con la rehabilitación; en los cuales se indaga acerca de los centros de atención y rehabilitación de primera instancia, es decir la(s) institución (es) a la cual fue remitido el paciente después del evento violento ; al igual que el tiempo de permanencia y la descripción del proceso de atención y rehabilitación, es decir los primeros elementos y atención que recibió el paciente.

2. Entrevista evaluativa : En esta se llevó a cabo dos tipos de preguntas: Lineales con las cuales se pretendía que la familia transmitiera una actitud crítica y definiera el problema, ayudando a que el terapeuta promocionara sus juicios de valor, teniendo como función orientarlo sobre el problema de las personas; y preguntas circulares las cuales tenían como función orientar al terapeuta sobre la interacción, pretendiendo transmitir aceptación y neutralidad en la familia, promocionando la aceptación de esta (Navarro, 1996). Esta entrevista fue realizada tanto al adulto joven discapacitado como al sistema familiar con el cual convive, obteniendo información que nos permitió profundizar en aspectos relevantes relacionados con el tema principal (Anexo B).

3. Formatos de registro de la entrevista evaluativa : Con los cuales se clasificó la información recogida en categorías. Estos formatos permiten precisar propiedades

de los contenidos, con el fin de identificar estructuras y determinar su función (Martínez, 1997). Se dividen en tres categorías que se explicarán a continuación :

A . Categoría proceso de adaptación a la discapacidad, la cual tiene por un lado tres focos de lectura que son : La participación de la familia en el proceso, es decir el grado de participación de cada uno de los miembros del sistema familiar en el proceso de adaptación a la discapacidad del adulto joven; momento actual del proceso, es decir la fase de ajuste psicológico por la cual se encuentra atravesando la persona discapacitada en su proceso de adaptación a la limitación; y las estrategias utilizadas durante el proceso de adaptación, es decir las tácticas que tanto la persona discapacitada como su familia han utilizado durante el proceso de adaptación a la situación de discapacidad. Por otro lado para el análisis de la lectura se van a tener en cuenta cinco subcategorías que son : El shock, o sea la fase en la cual se recibe el impacto violento y la persona discapacitada aún no es capaz de comprender lo sucedido encontrándose en un estado de letargo que le impide reaccionar de manera inmediata; el rechazo, que es la no aceptación de la discapacidad haciendo que la persona actúe como si nada hubiera cambiado o como si no hubiera sufrido pérdida alguna; la depresión, es decir el reconocimiento emocional de la realidad de la pérdida, experimentándose cinco o más de los siguientes síntomas : tristeza, disminución del interés, insomnio o hipersomnia, inapetencia, fatiga, sentimientos de inutilidad, pensamientos recurrentes de muerte y deterioro de áreas importantes de la actividad del individuo ; reacción contra la independencia o sea la tendencia a oponerse a la

independencia o a impedirla conforme la persona va haciendo progresos en su rehabilitación; y la adaptación, es decir la resolución satisfactoria de las fases de ajuste psicológico, donde la persona comprende la pérdida adquirida, asume su nuevo rol y reorganiza su proyecto de vida teniendo en cuenta sus capacidades.

B. Categoría creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento, en la cual se encuentran tres subcategorías que son: Las creencias, es decir el conjunto de interpretaciones acerca de lo que se considera como cierto en torno a la discapacidad física adquirida por un evento violento; los mitos, que son el conjunto de creencias universales en torno a la discapacidad física que no son necesariamente compartidas por los miembros de la familia y que cambian de acuerdo al paso del tiempo, el desarrollo del ciclo familiar y situaciones ocurridas dentro del sistema; y los valores, es decir los principios que están dirigidos hacia el bien propio y de los otros. Igualmente existen cuatro focos que permiten hacer una lectura de las subcategorías y son: La situación de discapacidad, es decir los significados e impacto que ha tenido tanto en la persona como en la familia una discapacidad física generada por violencia; evento Violento como causante, es decir la situación violenta que al ser efectuada en contra de una persona genera una limitación física; percepción de sí mismo, o sea la percepción que tiene una persona acerca de sí mismo, después de adquirir una discapacidad por un evento violento y percepción del entorno, que es la percepción que tiene la persona discapacitada sobre su entorno (personas, cosas, situaciones etc.).

C. Categoría creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación : en la cual se encuentran tres subcategorías que son : Las creencias, los mitos y los valores, los cuales se operacionalizan igual que en la categoría anterior. Existen, además tres focos que permiten hacer una lectura de las subcategorías y son : Las expectativas ante la rehabilitación, que es todo aquello que la persona discapacitada físicamente espera de su proceso de rehabilitación ; la importancia del proceso de rehabilitación, es decir el nivel de compromiso e importancia que la persona discapacitada le da al proceso de rehabilitación y la participación de la familia en la rehabilitación, que es el grado de participación del sistema familiar en el proceso de rehabilitación del adulto joven discapacitado.

4. Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis : Esta escala está diseñada para registrar las actitudes y conductas afectivas ante la resolución de problemas, desarrolladas por las familias para responder a los problemas o dificultades. (McCubbin, Olson y Larsen, 1983 ; citado por Hernández A., 1989). Este instrumento destaca 30 conductas de situaciones críticas, las cuales se enfocan sobre los dos niveles de interacción subrayados en el modelo doble ABCX : (a) Individuo - sistema familiar, (b) familia - ambiente social. Este inventario contiene cinco escalas : 1.) Obtención de apoyo social: Habilidad de la familia para ocuparse en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos, etc.; 2.) reestructuración: Capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes y hacerlos más manejables; 3.) búsqueda de apoyo espiritual: Habilidad de la familia para obtener apoyo espiritual; 4.)

movilización familiar para obtener y aceptar ayuda: Habilidad de la familia para buscar recursos y aceptar ayuda de otros y 5.) evaluación pasiva: Habilidad de la familia para aceptar asuntos problemáticos minimizando su reactividad. (Anexo C).

5. Entrevista reflexiva : En la cual se llevaron a cabo preguntas reflexivas, que tenían como función influir de forma indirecta, desencadenando reflexiones sobre el papel de los pensamientos y percepciones de los familiares en el problema y en su solución, pretendiendo hacer más creativo al terapeuta en ayudar a la familia en la búsqueda de soluciones (Navarro, 1996).

Con esta entrevista se reflexionó junto con las familias acerca de la información que pudo recogerse en las sesiones anteriores, con el fin de comprender la relación existente entre los significados que la familia le da a la discapacidad física adquirida por un evento violento en un adulto joven perteneciente al sistema familiar y el proceso de adaptación de éste a su limitación, al igual que colocar al sistema familiar en una posición tal que se percibieran como agentes de cambio y con recursos (Anexo D).

6. Formatos de registro de la entrevista reflexiva : Estos formatos, al igual que los de la entrevista evaluativa se dividen según categorías, existiendo de esta manera tres que se explicarán a continuación :

A. Categoría proceso de adaptación a la discapacidad, la cual está subdividida en dos focos que son aportes de la familia en el proceso de adaptación a la limitación y la relación existente entre los significados del sistema familiar y el proceso de

adaptación. Ese formato a su vez se divide en cinco subcategorías que son el shock, el rechazo, la depresión, reacción contra la independencia y la adaptación, las cuales fueron descritas anteriormente.

B. Categoría creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento, la cual se encuentra subdividida en dos focos que son significados para modificar y significados para mantener. Se encuentran igualmente tres subcategorías que son las creencias del sistema familiar, los mitos del sistema familiar y los valores del sistema familiar.

C. Categoría creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación : se encuentra dividida en dos focos que son significados para modificar y significados para mantener. Se encuentran igualmente tres subcategorías que son las creencias del sistema familiar, los mitos del sistema familiar y los valores del sistema familiar.

La validación de los instrumentos se realizó bajo la asesoría de tres jurados : dos docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Sabana y el psicólogo de la Clínica Puente del Común, quienes conocen y utilizan el modelo sistémico.

Procedimientos

A continuación se hará una descripción del proceso que se llevó a cabo para la realización de la investigación, con el fin de tener mejor comprensión del mismo :

Fase I: Propuesta

Etapa 1. Elaboración de la propuesta.

- Elaboración del pre proyecto, donde se describe el tema, objetivo general, objetivos específicos, justificación, esquema del marco conceptual, y metodología posible a realizar.
- Búsqueda y aprobación del director de trabajo de grado.
- Entrega del preproyecto a jefe del área clínica para determinar su aprobación.

Etapa 2. Aprobación propuesta por parte del área clínica de la facultad de psicología de la Universidad de La Sabana.

Etapa 3. Ajustes a la propuesta aprobada donde se profundiza en el marco de referencia y metodológico, construyendo así el proyecto de investigación, orientados por el director de tesis.

Fase II: Proyecto de Investigación

Etapa 1. Presentación del proyecto al Comité de Trabajos de Grado.

Etapa 2. Ajustes al proyecto de investigación, según jurados.

Etapa 3. Corrección y profundización del proyecto de investigación.

Fase III : Desarrollo del Proyecto

Etapa 1. Aplicación de instrumentos a la población seleccionada para la investigación :

- Ficha sociodemográfica: Realizada a los adultos jóvenes, con el fin de indagar en datos personales y datos relacionados con la discapacidad y la rehabilitación.

- Entrevista semiestructurada evaluativa : Dirigida por una de las psicólogas a cada uno de los adultos jóvenes con los cuales se trabajó, indagando sobre el proceso de adaptación a la discapacidad; los mitos, creencias y valores en torno a la discapacidad adquirida por violencia y a la rehabilitación.
- Posteriormente se utilizó la misma entrevista del adulto joven con el respectivo sistema familiar. Estas entrevistas fueron transcritas en su totalidad para luego clasificarlas en categorías de acuerdo al formato de registro de la entrevista.
- Aplicación de la escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis, a los miembros del sistema familiar incluyendo al adulto joven discapacitado, clasificándola posteriormente para llevar a cabo la reflexión.
- Entrevista reflexiva en la cual se reunió a cada una de las familias y a los adultos jóvenes con los cuales se trabajó en las sesiones anteriores y retomando la información recogida se pretendió por medio de la reflexión hacer que comprendieran la relación entre los significados movilizados en torno a la discapacidad física adquirida por un evento violento en un adulto joven perteneciente a la familia y el proceso de adaptación de este a su discapacidad ; para finalmente clasificar la información en categorías de acuerdo al formato de registro de entrevista.

Fase IV: Análisis de Resultados

Etapa 1. Sistematización de la información obtenida a través de la aplicación de instrumentos.

Etapa 2. Descripción cualitativa de la información recogida.

Etapa 3. Discusión y reflexiones teniendo en cuenta los objetivos, la justificación, y el planteamiento del problema de investigación.

Etapa 4. Conclusiones y sugerencias basados en el análisis de resultados.

Fase V: Documento Final

Etapa 1. Elaboración del documento final

Etapa 2. Presentación al Comité de Trabajos de Grado.

RESULTADOS

Después de la aplicación de los instrumentos, fue necesario clasificar la información recogida a través de ellos en categorías y analizarla, con el fin de dar cuenta del planteamiento hecho en esta investigación. Durante su desarrollo, contamos con la participación de dos adultos jóvenes con discapacidad física adquirida por violencia y sus respectivos sistemas familiares. Por esta razón mostraremos a continuación en un primer nivel la descripción de las fichas demográficas, en donde se encuentran los datos personales, los datos relacionados con la discapacidad y los datos relacionados con la rehabilitación de los dos casos trabajados. El segundo nivel corresponde al caso No 1 y el nivel tres al caso No 2, en cada uno se hace una descripción del genograma, de los significados que el adulto joven tiene acerca de la discapacidad física adquirida por violencia, de los significados que el sistema familiar al cual pertenece el adulto joven tiene acerca de la discapacidad física, de la escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis (F - COPES), para finalmente llevar a cabo la descripción de la relación existente entre los significados que la familia le da a la discapacidad física adquirida por un evento violento en un adulto joven perteneciente al sistema familiar y el proceso de este a su limitación ; para lo cual se tendrá en cuenta la siguiente tabla :

Tabla 1

Convenciones de Formatos de Entrevista

CASOS	Caso No 1	1
	Caso No 2	2
NIVEL	Adulto Joven	I
	Sistema Familiar	II
	Adulto Joven - Familia	III
INSTITUCION	Clínica Puente del Común	A
	Hospital Universitario de La Samaritana	B
CATEGORIAS	Proceso de Adaptación a la Discapacidad.	a
	Creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por violencia.	b
	Creencias, mitos y valores en torno al proceso de Rehabilitación.	c

I.

II. Descripción Sociodemográfica

Esta descripción, nos permite mostrar los datos personales de los adultos jóvenes discapacitados que participaron en el trabajo de investigación, al igual que los datos relacionados con la discapacidad física y el proceso de rehabilitación, información que nos brinda elementos básicos acerca del adulto joven y su sistema familiar. A continuación se mostrará en forma más detallada a través de tablas cada una de las características de la población con la cual se trabajó :

Tabla 2

Datos Personales

	Clínica Puente del Común	Hospital Universitario de La Samaritana
Edad	30	18
Género	Masculino	Masculino
Escolaridad	Bachillerato	Primaria
Estado Civil	Soltero	Soltero
Vive Actualmente	Padre - Madre	Padre - Madre - Cinco hermanos
Dx Médico	1. Secuelas por herida por arma de fuego, carga múltiple región medular T6 - T7. 2. Paraplejía espástica. 3. Escara a nivel sacro derecha	1. Herida por arma de fuego en región inguino femoral izquierda. 2. Desarticulación de cadera 3. Amputación supracondílea de

miembro inferior
izquierdo.

Nota. Se puede observar cómo los pacientes, con los cuales se llevó a cabo la investigación, son adultos jóvenes hombres (18 - 40 años), solteros, que conviven con su familia nuclear, desempeñando el rol de hijos dentro de la misma y que poseen discapacidad física adquirida por violencia.

Tabla 3

Datos Relacionados con La Discapacidad

	Clínica Puente del Común	Hospital Universitario de La Samaritana
Tiempo de Adquisición de la Discapacidad	1 año y 1 mes	2 meses
Forma de Adquisición de la Discapacidad	Herida Por Arma de Fuego	Herida Por Arma de Fuego
Descripción de la Forma de Adquisición	“ Estaba el 13 de octubre de 1999 de compras en San Andresito y por robarme me propinaron dos disparos, causándome de esta manera lesión medular”.	“No recuerdo bien que fue lo que pasó, solo recuerdo que oí un tiro y sentí como un fuego que me cogía toda la pierna, después no recuerdo más”

Nota. Se encuentra que los adultos jóvenes llevan un tiempo de adquisición de la discapacidad mayor o igual a dos meses y menor de dos años y que la forma de adquisición de esta limitación, se debe a la ejecución de un evento violento.

Tabla 4

Datos Relacionados con La Rehabilitación

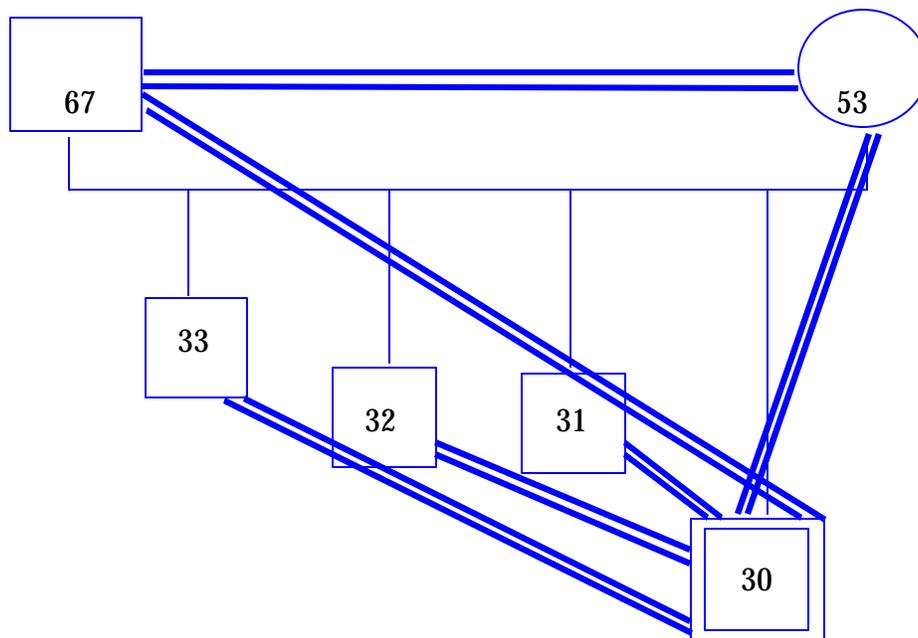
	Clínica Puente del Común	Hospital Universitario de La Samaritana
Centros de Atención y rehabilitación de Primera Instancia	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica Bogotá • Clínica Puente del Común 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Soacha • Hospital Universitario de La Samaritana
Tiempo de Permanencia en Proceso de atención y rehabilitación de primera instancia	1 mes 20 días	1 mes
Descripción del Proceso de atención y Rehabilitación de primera instancia	<p>El paciente recibe actualmente tratamiento por parte de terapia física (Manejo de cuerpo, silla de ruedas y adopción de bípedo con soportes), por parte de terapia ocupacional (funcionalidad de actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, reubicación laboral y hábitos estructurados) y por parte de psicología (Adaptación a la situación</p>	<p>Tratamiento por parte de cirugía plástica (laparotomía exploratoria, injerto y ligadura de arteria femoral, cirugía en pierna izquierda: amputación), por parte de fisioterapia (manejo diario, fortalecimiento muscular en extremidades, pushap y entrenamiento en traslados) y por psicología (acompañamiento apoyo psicoterapéutico para el</p>

actual, reestructuración de proyecto de vida) proceso de adaptación y elaboración de duelo, involucrando a la familia).

Nota. Con respecto al proceso de rehabilitación, se encuentra que los pacientes discapacitados, se benefician de esta de una manera satisfactoria, han permanecido en ella por más de un mes y la consideran importante dentro de su adaptación, observándose que la terapia por parte de psicología forma parte esencial de este mismo proceso de asimilación, haciéndose de igual manera necesario llevar a cabo una integración con las demás disciplinas involucradas en el tratamiento integral de los adultos jóvenes.

II. Descripción del Caso No 1

A. Genograma



El núcleo familiar del paciente, está conformado por tres personas: La madre quien tiene 53 años y se dedica al hogar; el padre quien tiene 67 años y es pensionado; tres hermanos de 33, 32 y 31 años respectivamente, quienes no conviven actualmente con el paciente, pero son significativos para este; y el paciente quien tiene 30 años y antes de la discapacidad se desempeñaba como mensajero - vendedor, actualmente dedicado solamente a su rehabilitación. La madre se caracteriza por ser flexible y dedicada a los cuidados de su familia, especialmente a los de su hijo menor, encontrándose una relación adecuada entre ella y sus hijos. La relación del padre con sus hijos y de estos con el paciente es también adecuada, observándose que es más cercana con su hermano mayor.

De esta manera se puede evidenciar cómo las relaciones entre los diferentes miembros del sistema familiar son adecuadas, ya que se encuentra claridad en cuanto al rol que cada uno desempeña, al igual que la autonomía y la autoridad que cada uno ejerce dentro del sistema. Igualmente llevan a cabo un proceso de comunicación adecuado, en donde existe el dialogo para la resolución de conflictos que puedan surgir dentro de la familia, no existiendo de esta manera mensajes ambivalentes que puedan entorpecer el proceso.

En cuanto a la cohesión familiar, se observa que en esta familia es conectada, ya que a pesar de mantener el contacto entre ellos mismos para saber qué le pasa al otro, no se irrespetan los límites entre cada uno, manteniéndose de ésta manera un distanciamiento adecuado que no es tan marcado, sino que por el contrario le da a cada una de las personas que conforman el sistema la libertad de decidir por sí

mismo. En lo referente a la toma de decisiones, se encuentra que en esta familia hay consenso para tomar las decisiones que le competen a todo el sistema familiar, existiendo de esta manera acuerdos que les permiten resolver los problemas de forma correcta.

B. Descripción de los Significados que el Adulto Joven Tiene Acerca de la
Discapacidad Física Adquirida por Violencia

1. Información del Instrumento : Formatos de Registro Entrevista Evaluativa

Muestra las respuestas dadas por el adulto joven en la entrevista evaluativa, las cuales se presentan agrupadas por categorías en los formatos de entrevista, utilizando las convenciones nombradas en la Tabla 1 :

FORMATO DE REGISTRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Adulto Joven

Fecha : Noviembre 21 de 2000

Caso No. : 1

Institución : Clínica Puente del Común

Código : 1 I A a

Categoría : Proceso de Adaptación a la Discapacidad.

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
Shock	"Eso fue una tristeza tremenda, eso fue un golpe muy duro para toda la familia, porque quien se iba a imaginar una cosa de estas", reporta el paciente.	"Al principio al enterarme de lo que tenía fue una reacción muy dura porque yo tenía mi salud y todo, caminaba y para llegar a estar así", reporta el paciente.	
Rechazo			
Depresión	"Fue más duro para mi mamá y mi papá, ya que reaccionaron como si se hubiera acabado el mundo, decían que porque me había tenido que pasar esto a mí, si nosotros no éramos gente mala ni nada para que me hubiera pasado esto... que que estábamos pagando", reporta el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • "Yo no me quería sino morir, no quería nada de nada, luego cuando entré a la rehabilitación quería caminar rápido y si no le pedía a mi Dios que me llevara rápido que yo no quería vivir así". • "A ratos amanezco como deprimido y lloro, normal creo", reporta el paciente. 	
Reacción Contra La Independencia	"Siempre han estado conmigo, me sobreprotegen mucho como un bebe, me hacen todo, andan muy pendientes de todo", reporta el paciente.		"Al principio mi mamá y mi papá me hacían todo", reporta el paciente.
	<ul style="list-style-type: none"> • "Poco a poco pues se fueron aceptando las cosas, para darme 	<ul style="list-style-type: none"> • "Pero ahora ya con el tiempo ya quiero vivir y seguir adelante, ya 	<ul style="list-style-type: none"> • "Tener paciencia, seguir ahí en el tratamiento que aquí es muy bueno,

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
Adaptación	<p>apoyo”, reporta el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ellos siempre han estado conmigo desde que supieron lo que tenía.”, reporta el paciente. • “Siempre me he sentido aceptado, nunca me he sentido rechazado por mi familia”, reporta el paciente. 	<p>poco a poco se va como resignando uno... trabajar para caminar y así me demore uno, dos o tres años, no se sabe cuando, también cuando mi Dios quiera”, reporta el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ando bien de ánimo, ya me he adaptado un poco, y más ahora que he entrado a la rehabilitación, pues mucho mejor”, reporta el paciente. • “Lo más difícil en el proceso de adaptación ha sido no poder hacer las cosas por mí mismo, mis necesidades, todo y quiero ser independiente totalmente”, reporta el paciente. 	<p>según lo que me enseñen, lo que me han enseñado, por ejemplo ya me visto solo, ya aprendí a ir al baño, ya aprendí a dar unos pasitos, poco a poco pero aprende uno”, reporta el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Por ahora toca tener paciencia y seguir trabajando”, reporta el paciente. • “Mi familia principalmente, es quien más me ha apoyado en el proceso de adaptación y tengo algunos amigos que me colaboran, me dan moral, me dan ánimos. De mi familia, el que más me da ánimo es mi hermano mayor, es un apoyo económico, moral de todo, el me regaña cuando ve que no hago nada en la casa, es el que me da ánimo para que salga adelante, me hace ejercicios. Mis otros hermanos también me visitan casi todos los días un rato para hacerme las terapias, para moverme las piernas”, reporta el paciente. • “Mi familia se ha ido adaptando también, ya que lo bueno fue que entré acá a la rehabilitación y todo me ha cambiado un poco, ellos ya me dejan que haga cosas solo, que me vista, que me ponga los zapatos, que como solo”, reporta el paciente. • “Emociones positivas han influido en mi proceso de adaptación, ya que

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
			mi familia quiere que yo me ponga a estudiar, a trabajar a hacer algo”, reporta el paciente.

FORMATO DE REGISTRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Adulto Joven

Fecha : Noviembre 21 de 2000

Caso No. : 1

Institución : Clínica Puente del Común.

Código : 1 I A b -

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento.

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
Situación de Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • “El impacto de la discapacidad fue duro, fue tremendo como si se hubiera acabado el mundo, porque quien se iba a imaginar esto”, reporta el paciente. • “Mi familia se deprimió y quisieron vengarse pero contra quien, si nunca se supo quien fue. • Creo que lo mejor para alguien que atraviesa una situación semejante a la mía es el apoyo de la familia no más, que no lo dejen solo a uno. Porque imagínate uno solo y que nadie lo ayude, se muere uno de pena moral”, reporta el paciente. 	<p>“Aquí en este país no le respetan a uno la vida, es tremendo pero como le dije ya toca aceptar, salir adelante”, reporta el paciente.</p>	<p>“Con respecto a las dos personas que me hicieron el atraco, pensaba con odio hacia ellas, pero ahora solo pienso que ... que mi Dios los bendiga, porque no saben lo que hacen”, reporta el paciente.</p>
Evento Violento Como Causante	<ul style="list-style-type: none"> • “Al principio si influyó la forma como adquirí la limitación, pero ya con el tiempo no, ya con el tiempo uno piensa es en salir adelante y recuperarse y echar todo eso atrás, que se quede en el pensamiento y no dejarlo surgir, pero yo ya eché todo eso atrás, todos esos malos pensamientos, ya toca pensar en algo positivo, en el futuro”, reporta el paciente. 		

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
	<ul style="list-style-type: none"> • “Creo que me sucedió esto por que mi Dios fue el que lo hizo, el que me mandó esa prueba o que son cosas del destino... no sé. A penas supe el diagnóstico pensaba en porque a mí me tenía que pasar esto, pero como le dije cosas de mi Dios, El permite que pasen estas cosas, es como una prueba como para un cambio, porque a mí me gustaba mucho tomar, rumbear... era muy desobediente. Mi familia pensaba que todo esto era una desgracia”, reporta el paciente. 		
<p>Percepción de Sí Mismo</p>			<ul style="list-style-type: none"> • “Después del evento he tenido cambios positivos ya que ahora aprecio más la vida y quiero hacer cosas que hacía cuando caminaba, quiero estudiar quiero ser algo en la vida”, reporta el paciente. • “Lo que sucedió me sirvió para apreciar más mi familia y andar más pendiente de ellos, también para pensar mejor las cosas, antes yo era muy liberado, era un loquito, estaba muy desordenado”, reporta el paciente.
<p>Percepción del Entorno</p>	<p>“Los amigos al verme en este estado me sacaron el cuerpo, al principio si son amigos, pero con el tiempo se van olvidando de uno, escasamente por llaman. Eso hizo que cambiara lo que pensaba acerca de los demás, ahora eso me tiene sin cuidado, cuando empecé a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Uno no tiene sino a la familia : papá y mamá, ellos si no lo dejan morir a no, el resto son cosas pasajeras, los amigos”, reporta el paciente. “Antes, mi relación con mis amigos era la verriquera, 	<p>“Mi familia siempre ha andado pendiente de mí, creo que las relaciones siempre han sido buenas, ellos me cuidan como a un bebe”, reporta el paciente.</p>

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
	sentir esa indiferencia de ellos me di cuenta que uno en la vida es solo”, reporta el paciente.	cuando uno tiene salud y plata todo el mundo es amigo, ahora no hay nada”, reporta el paciente.	

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Adulto Joven

Fecha : Noviembre 21 de 2000

Caso No. : 1

Institución : Clínica Puente del Común.

Código : 1 I A c

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación.

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
Expectativas ante la Rehabilitación	“Espero de la rehabilitación salir independiente, hacer las cosas por mis propios medios”, reporta el paciente.		<ul style="list-style-type: none"> • “Espero tener buenos pensamientos”, reporta el paciente. • “Los cambios que tuve a través del proceso de rehabilitación, dan una moral tremenda, para el pronostico que me dieron a mí que ya quedaba muerto el cuerpo, eso es una moral para uno poder volver a caminar. Se siente una alegría”, reporta el paciente.

<p>Importancia del Proceso de Rehabilitación</p>	<p>“Es importante el proceso de rehabilitación, ya que eso me hacía mucha falta, porque yo duré prácticamente un año en la cama y en la silla, durmiendo y comiendo, ya me estaba volviendo loco, me desesperaba”, reporta el paciente.</p>		<p>“El momento más exitoso dentro de la rehabilitación, fue cuando comencé a mover los pies y que con los ejercicios me he sentido ya mejor tanto física como psicológicamente”, reporta el paciente.</p>
<p>Participación de la Familia en La Rehabilitación</p>			<p>“Mi familia me colabora en los ejercicios, sobre todo en las piernas que son los que yo no me puedo hacer, de resto yo si los hago. Ellos todos me han colaborado, y que me dan animo me dan moral”, reporta el paciente.</p>

2. Descripción de los Significados que el Adulto Joven tiene Acerca de la Discapacidad Física Adquirida por Violencia.

Muestra la descripción del proceso de adaptación del adulto joven; al igual que las creencias, mitos y valores que este tiene frente a la limitación física cuando es adquirida por violencia y en cuanto a la rehabilitación. Significados que se encuentran planteados en la información anterior :

1. Proceso de Adaptación a la Discapacidad

- La familia ha atravesado por diferentes etapas dentro del proceso de adaptación a través de las cuales se ha encontrado un apoyo constante de esta hacia el adulto joven.
- A pesar de que en las primeras etapas, el impacto de la discapacidad afectó al sistema familiar, se encuentra que actualmente se han reorganizado para darle apoyo al adulto joven.
- El paciente se encuentra en la etapa de la adaptación a su limitación, presentando en ocasiones tendencia a la depresión.
- El apoyo que el paciente ha recibido por parte de su familia, ha permitido que su proceso de adaptación a la discapacidad sea satisfactorio.
- El que el paciente haya ingresado a un proceso de rehabilitación le ha permitido obtener mayor independencia.
- La estructuración de un proyecto de vida por parte del paciente, teniendo en cuenta su nueva situación, le ha permitido tener un mayor compromiso frente a su rehabilitación.

2. Creencias, Mitos y Valores en Torno a la Discapacidad Adquirida por un Evento Violento

- La creencia de que nunca va a suceder algo malo a algún miembro de la familia, hace que se dificulte un poco el aceptar la nueva situación de discapacidad.
- Existe la creencia de que el apoyo recibido por parte de la familia ayuda a afrontar de manera más adecuada la discapacidad.
- La forma como adquirió la discapacidad el adulto joven, se relaciona con la adaptación a esta, existiendo la creencia de que la persona que propició la limitación debe recibir un castigo.
- La creencia de que es importante dejar de lado la forma como se adquirió la discapacidad con el fin de avanzar en el proceso de adaptación.
- Se cree que la discapacidad sucedió por una prueba de Dios ante el estilo de vida llevado por el adulto joven.
- Existe la creencia de que hay trabajos que favorecen más el desempeño de la persona discapacitada que otros.
- Se cree que debido al proceso de rehabilitación el adulto joven podrá caminar.
- Creencia de que los amigos abandonan a la persona al verla discapacitada.
- La vida no es respetada en este país.
- En una situación de discapacidad solo se puede contar con la familia.
- Cuando se tiene salud y dinero, todo el mundo está con la persona y al enterarse de una discapacidad lo abandonan.

- Por más resentimiento que se tenga hacia las personas que provocaron la discapacidad, es Dios quien debe hacer justicia.
- La discapacidad permitió al adulto joven valorar la vida, a su familia y ser más consciente de sus propios actos.
- Las buenas relaciones entre los miembros de la familia permiten movilizarse entorno a esta, para un adecuado desempeño del adulto joven.

3. Creencias, Mitos y Valores en Torno a la Rehabilitación

- Después del proceso de rehabilitación el adulto joven será más independiente.
- El proceso de rehabilitación permitió que el paciente redefiniera su situación.
- El encontrarse en un proceso de rehabilitación ha permitido al adulto joven tener expectativas positivas hacia su futuro.
- El apoyo recibido por parte de la familia permite que el adulto joven se encuentre mejor desde el punto de vista anímico.

C. Descripción de los Significados que el Sistema Familiar al Cual Pertenece el Adulto Joven Tiene Acerca de la Discapacidad Física Adquirida por Violencia.

1. Información del Instrumento : Formatos de Registro Entrevistas Evaluativas

Muestra las respuestas dadas en la entrevista evaluativa por las familias que tienen un adulto joven discapacitado físicamente, las cuales se presentan agrupadas por categorías en los formatos de entrevista, utilizando las convenciones nombradas en la Tabla 1 :

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Sistema Familiar

Fecha : Noviembre. 23. 2000

Caso No. : 1

Institución : Clínica Puente del Común

Código : 1 II A a

Categoría : Proceso de Adaptación a la Discapacidad.

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
<p>Shock</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Cuando le sucedió a él ese caso fue muy terrible para mí porque como él es el único soltero que queda porque los otros son casados y el era el que mas me ayudaba en la situación económica en recibos en todo lo de la casa y todo”, reporta la madre del paciente. • “Los otros hijos y el esposo se sienten mal, para el esposo es muy duro, le parece todavía una mentira, que es un sueño, que Jorge este así, cuando les dijeron en la clínica que el estaba así no lo podían creer, porque de una nos dijeron que iba a quedar en silla y yo no lo podía aceptar, hasta cuando el salió de la clínica y yo le dije parece y camine y el no sentía ni las piernas, entonces se da uno cuenta de la realidad que todavía le parece mentiras”, reporta la madre del paciente. 	<p>“Al principio fue muy duro, para él y para nosotros...no sentía las piernas”, reporta la madre del paciente.</p>	

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
Rechazo	<p>“El impacto fue terrible, pues yo vengo acá con el y ratos me parece que es mentira porque todavía pues hágase la voluntad de Dios pero todavía no me acostumbro a verlo así”, reporta la madre del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Actualmente ha mejorado, desde que entro acá esto le ayudo bastante, acá ha cambiado hartito, esta con mas ánimos, nos ha dicho que quiere estudiar a ver en que puede ubicarse, en que empleo”, reporta la madre del paciente. • “Antes él creía que no era cierto que no había quedado discapacitado, él duró en la clínica un mes y él bregaba a pararse”, reporta la madre del paciente. 	<p>“Yo dejo así el tiempo lo dirá, no he pensado en nada respecto a las emociones positivas o negativas que puedan influir en el proceso dejar así sus sentimientos de él a ver que se le ocurre”, reporta la madre del paciente.</p>
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • “Hay ratos que estoy bien y hay ratos en que me desespera verlo en la silla, nunca me imaginaba yo una cosa de esas”, reporta la madre del paciente. • “Es triste verlo así, para mí como mama los hermanos y el papá pero yo digo que como mamá sufro más. Porque es diferente en todo en el manejo que tengo en la casa con el estarlo ayudando a lidiar que alzarlo para la cama”, reporta la madre del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “El antes era contento, porque él estaba con sus amigos sus amigas, entonces salía a fiestas bueno en fin...a él se le bajo el animo cuando él se enteró decía que no quería vivir, él lloraba decía que no quería verse así en la silla de ruedas, comía poco, duro así como 5 o 6 meses”, reporta la madre del paciente. • “Yo lloré mucho (la madre), le pedí mucho a Dios que el vuelva a caminar, pero no lo he visto que se pare pues que se haga la voluntad de Dios. Todavía tenemos tristeza, nosotros salimos con él, pues en la casa es triste llegar y verlo y sacarlo en una silla, verlo quieto, uno acostumbrado a verlo que él se bañaba, se iba, llegaba, le gustaba mucho el deporte por la mañana, y 	

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
		<p>ahora verlo ahí, todavía sentimos tristeza”, reporta la madre del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Verlo sentado en una silla, es triste, después de verlo alegre, que se iba a su trabajo y esperarlo para darle la comida, y ahora verlo sentado ahí es muy triste”, reporta la madre del paciente. 	
Reacción Contra La Independencia	<p>“Yo me intereso por acompañarlo, el a veces dice que se quiere venir solo, pero entonces todavía se cae mucho del tronco entonces, esperar otros días, aunque sea un día tengo pensado que venga solito, pero voy a esperar otros días porque siempre la subida de esto (rampa) entonces me pongo a pensar hay personas buenas, pero que tal que nadie lo ayude”, reporta la madre del paciente.</p>		
Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • “Le damos ánimos así estemos en frente de él no demostramos, nos mostramos alegres, pues para que el no se sienta triste, pues nosotros le damos animo, le decimos, gracias a Dios logro entrar a rehabilitación y eso lo ha cambiado bastante tanto a el 	<p>“Hasta este momento pues nos hemos ido adaptando porque que mas podemos hacer”, reporta la madre del paciente.</p>	<p>”Nosotros para lograr que él se adapte y nosotros también lo ayudamos como podamos, ahí que conseguirle unas férulas, unas férulas, si en lo que podamos, por él toca lo que sea y en lo que se pueda ayudarlo”, reporta la madre del paciente.</p>

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
	<p>como a mi tanto a el como a mi, esperar a ver que se haga la voluntad de Dios y espera a trabajar en algo que el pueda desempeñar, dice que quiere estudiar computación entonces esperar a ver que se hace”, reporta la madre del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Siempre han estado con él desde el momento que se enteraron de la situación...Ver mi hijo caminando ver mi hijo bien y después saber que estaba en una clínica y regresar a la casa en ese estado es muy triste”, reporta la madre del paciente. • “Nosotros no lo hemos rechazado porque es mi hijo, y nosotros lo queremos en la casa, los hermanos, el papá, la familia si no van seguido a visitarlo los tíos, los primos, pero si van de vez en cuando”, reporta la madre del paciente. 		

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Sistema Familiar

Fecha : Noviembre . 23. 2000

Caso No. : 1

Institución : Clínica Puente del Común

Código : 1 II A b

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento.

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
Situación de Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • “El no debía haber quedado discapacitado por un evento violento porque es una persona que trabajaba y nos ayudaba”, reporta la madre del paciente. • “Lo único que lo dejo es a Dios a ver el como toma justicia con la persona que le hizo el daño a mi hijo, porque eso fue un daño muy grande el que le hizo”, reporta la madre del paciente. <p>“Ahora solo pedirle a Dios que él vuelva a caminar.”, reporta la madre del paciente.</p>	<p>“A nosotros nos entra mucha ira porque decimos porque hay gente tan mala que le hacen daño a otras personas y viven bien, y un muchacho no porque sea mi hijo, juicioso, porque tenia que pasarle eso”, reporta la madre del paciente.</p>	<p>“Yo le doy gracias que el me dejo a mi hijo , así no este bien lo estoy viendo hablando con él”, reporta la madre del paciente.</p>
Evento Violento Como Causante	<ul style="list-style-type: none"> • “No se que motivo, nunca he pensado motivo o razón, el se fue a hacer unas compras, y como hay gente tan mala hasta por mirar mal hacen daño, entonces hay personas que están acostumbradas a hacer mal”, reporta la madre del paciente. • “A veces la situación 		<p>“No influye en mis sentimientos la forma como él adquirió la discapacidad, no cambio mis sentimientos, a él lo quiero mucho, es mi hijo, así este como este y yo para nada cambió con él antes al contrario estoy</p>

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
	<p>económica, es dura....hay gastos tremendos, a veces uno dice porque mi Dios tenia que mandarnos esto, no?... pero toca pues llevar las cosas con calma porque que hacemos”, reporta la madre del paciente.</p>		<p>más pendiente de él, lo quiero igual”, reporta la madre del paciente.</p>
<p>Percepción de Sí Mismo</p>	<p>“Actualmente dice que el ya no los pueda ayudar (a los padres) el nos ayudo hasta donde Dios quiso que nos ayudara”, reporta la madre del paciente.</p>	<p>“Ha cambiado porque ya no puede ser alegre como antes, que a un paseo ya no lo puede hacer... era colaborador, y útil”, reporta la madre del paciente.</p>	<p>“Vamos a ver como hacemos para lograr su tratamiento y pues lo que el quiera, estudiar y nosotros como sea lo ayudamos a que él estudie, en la casa hemos hablado y pondremos de nuestra parte para ayudarlo”, reporta la madre del paciente.</p>
<p>Percepción del Entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “El se siente mal porque empezando que hay gente que él sale a la calle y lo miran diferente, como cambia todo, que ya no era igual que como cuando el tenia toda su salud de caminar, incluso un día el estaba esperando la ruta par acá la clínica y pasaron un muchacho y una muchacha y eso se reían, el se sintió tan mal, no solamente él sino yo también, de haber gente que se burla y no se sabe el mañana que les pase, no 	<p>“El dice que tal vez ahora por estar en una silla de rueda, lo rechazan”, reporta la madre del paciente.</p>	<p>“La situación nos unió mas, yo, mi esposo, las cuñadas han estado un poco mas pendientes, la relación con mi esposo han sido buenas y esto ha ayudado a tener una buena relación con mi hijo”, reporta la madre del paciente.</p>

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
	deberían de ser así no?”, reporta la madre del paciente. <ul style="list-style-type: none"> • “Los amigos han cambiado harto, no lo frecuentan “,reporta la madre del paciente. 		

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Sistema Familiar

Fecha : Noviembre . 23. 2000

Caso No. : _1_

Institución : Clínica Puente del Común

Código : _1 II A c_

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación.

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
Expectativas ante la Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • “Tengo fe en Dios que mi Dios le devuelva la salud, que el vuelva a caminar tengo esa fe que Dios le conceda así sea cojo pero que yo lo vea caminar”, reporta la madre del paciente. • “Espero que él salga de acá, porque caminando no... yo soy realista puede con el tiempo y mas adelante algún día camine, ahora no pero entonces de acá (CPC) espero que él se va a independizar un poco mas solito, lo que el mas pueda hacer solo que lo hagan”, 		

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
	<p>reporta la madre del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “El ha tenido cambios esta mas animado, antes era mas triste, el acá viene lleno de ánimos, yo siento que el va a ser mas independiente.... me da mas alegría el ver que puede amarrarse los zapatos que puede hacer cosas solo, a mi también me ayuda mucho verlo así porque así como ahora el puede colocarse las medias solito, así pueda que mañana el ya de un pasito así sea con muletas y así se pueda parar de esa silla”, reporta la madre del paciente. 		
<p>Importancia del Proceso de Rehabilitación</p>	<p>“El tiene esperanzas de ponerse a estudiar a ver para un empleo”, reporta la madre del paciente.</p>		<p>”Para mí es muy importante y para mi hijo mucho más, acá ya tiene mas fuerza en el tronco, las terapias, eso es muy importante, cree que es importante para que él tenga mas estabilidad en su cuerpo, y lo otro para independizarse, dentro de la clínica lo mejor que ha pasado es que el se amarra solo los zapatos y da botes en la colchoneta, solito, el mismo se biega a pasar las piernas y eso ya gracias a Dios es mucho adelanto, el mas doloroso fue un día que lo dejo la ruta, y nos</p>

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
			devolvimos y luego triste a la casa el decía no...!!! haber perdido estas terapias era que lloraba”, reporta la madre del paciente.
Participación de la Familia en La Rehabilitación			“Los hermanos lo han ayudado a movilizar las piernas, lo han ayudado y me han ayudado así a mi también para gastos”, reporta la madre del paciente.

2. Descripción de los Significados que el Sistema Familiar tiene Acerca de la Discapacidad Física Adquirida por Violencia.

Muestra la descripción del proceso de adaptación de los familiares del adulto joven; al igual que las creencias, mitos y valores que estos tienen frente a la limitación física de uno de sus miembros cuando es adquirida por violencia y en cuanto a la rehabilitación. Significados que se encuentran planteados en la información anterior :

1. Proceso de Adaptación a la Discapacidad

- La madre del paciente adulto joven discapacitado, ha sido el miembro de la familia para quien ha sido más difícil la adaptación a la nueva situación.
- La familia ha atravesado por diferentes etapas desde la adquisición de la discapacidad, encontrándose que a pesar de que no han podido adaptarse y asimilar la situación, se reorganizan con el fin de colaborarle en sus actividades al adulto joven.
- La familia se encuentra en la etapa de depresión, experimentando sentimientos de tristeza, llanto fácil, los cuales no le demuestran al adulto joven.
- El apoyo tanto económico, como físico y emocional que el paciente ha recibido por parte de su familia (padres - hermanos), ha permitido una mejor adaptación de este a su limitación.

2. Creencias, Mitos y Valores en Torno a la Discapacidad Adquirida por un Evento Violento

- Existe la creencia de que a las personas buenas no les deberían suceder cosas malas.
- Es Dios quien debe tomar justicia con la persona que propició la discapacidad en el adulto joven y es quien le devolverá la salud a este, ya que El manda las cosas buenas y las malas, y es quien decide cómo y hasta cuándo vive una persona.
- Se cree que las personas son malas sin un motivo aparente o justo.
- Existe la creencia de que la persona por encontrarse discapacitada no tiene medios para ayudar a su familia.
- Se cree que una persona es saludable, solo cuando tiene la facultad de caminar.
- Creencia de que por más mal que una persona haga, vive bien, mientras que una que se esfuerza y lucha, sufre.
- Las personas rechazan o cambian con los discapacitados.
- Considerar que una persona puede ser alegre y “normal”, siempre y cuando pueda caminar.
- Un hijo es un hijo, esté como esté y la discapacidad no cambia los sentimientos de sus familiares, por el contrario hace que se le preste mayor atención.
- La unidad familiar permite ayudar al adulto joven quien en este momento los necesita.

3. Creencias, Mitos y Valores en Torno a la Rehabilitación

- Es Dios quien va a permitir que el proceso de rehabilitación sea satisfactorio.
- El proceso de rehabilitación va a ayudar al adulto joven a independizarse y valorarse por sí mismo.
- El proceso de rehabilitación ayuda a que la persona discapacitada mejore su estado de ánimo.
- Creencia por parte de la familia de que el hecho de que el adulto joven discapacitado tenga un logro dentro de su proceso de rehabilitación, lo va a llevar a un logro mayor.
- El proceso de rehabilitación es importante para la familia, ya que es este el que le permitirá al adulto joven salir adelante.

D. Escala Evaluación Personal Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis

Muestra a través de tablas los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba, teniendo en cuenta las cinco escalas en que esta se divide (Anexo E) :

Tabla 5

Obtención Apoyo Social

Items	Padre	Madre	Hermano	Paciente
1	3	4	1	4
2	1	4	4	4
4	4	3	1	2
5	1	1	1	4

Items	Padre	Madre	Hermano	Paciente
10	1	1	1	1
16	1	1	1	2
20	3	2	5	1
25	5	1	5	2
29	5	5	5	5
Total	24	22	24	25

Tabla 6

Reestructuración

Items	Padre	Madre	Hermano	Paciente
3	4	5	5	5
7	5	5	2	5
11	5	5	4	5
13	5	5	4	5
15	1	5	1	4
19	1	3	1	1
22	4	5	3	2
24	5	1	1	1
Total	30	34	21	28

Tabla 7

Búsqueda Apoyo Espiritual

Items	Padre	Madre	Hermano	Paciente
14	3	5	3	1
23	5	5	4	5
27	5	3	1	4
Total	13	13	8	10

Tabla 8

Mobilización Familiar Para Obtener y Aceptar Ayuda

Items	Padre	Madre	Hermano	Paciente
6	1	5	5	1
8	1	1	1	1
9	1	5	1	4
21	5	5	3	5
Total	8	16	10	11

Tabla 9

Evaluación Pasiva

Items	Padre	Madre	Hermano	Paciente
12	1	1	1	1
17	1	1	1	1
26	1	1	1	1
28	1	1	1	1
Total	4	4	4	4

Tabla 10

Sumatoria de Los Cinco Participantes

Obtención Apoyo Social	Reestructuración	Búsqueda Apoyo Espiritual	Mobilización Para Obtener y Aceptar Ayuda	Evaluación Pasiva
95	113	44	45	16

Se puede observar entonces como con la escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis, se registraron las actitudes y conductas afectivas ante la resolución de problemas, desarrolladas por el sistema familiar para responder a los problemas o dificultades.

Es así como a continuación se expondrán cada una de las escalas, teniendo en cuenta las respuestas individuales y totales de los miembros de la familia, incluyendo al adulto joven :

Obtención de Apoyo Social. Se encuentra en esta escala que la obtención de apoyo social, es decir la habilidad que posee el sistema para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos, familia extensa, etc., es más significativa para el padre, hermano y paciente, que para la madre, evidenciándose entonces que aunque para la madre esta es relevante, es más importante para ella que como familia se den apoyo cada uno de los miembros del sistema.

Reestructuración. En cuanto a la reestructuración, que es la capacidad que posee la familia para redefinir los eventos estresantes con el fin de hacerlos más manejables, esta es prioritaria para la familia en el momento de resolver dificultades, sobre todo para la madre, quien obtuvo un puntaje significativo relacionándolo con los demás miembros del sistema.

Búsqueda de Apoyo Espiritual. En esta escala se observa que para padre, madre y paciente, el buscar apoyo espiritual es importante en el momento de

resolver problemas, evidenciándose que para el hermano es menos importante, si se le compara con las otras escalas.

Movilización Familiar Para Obtener y Aceptar Ayuda. Se encuentra en esta escala un puntaje significativo por parte de la madre en relación con los demás miembros del sistema familiar, lo cual permite observar cómo aunque para ella es importante darse apoyo dentro de la misma familia, esto no implica que no se movilicen para buscar recursos y aceptar ayuda de los otros, lo cual parece ser compartido por los demás miembros del sistema.

Evaluación Pasiva . Se encuentra una tendencia general en este sistema familiar a opacar o minimizar las habilidades para aceptar asuntos problemáticos, lo cual hace más difícil de cierta forma, la resolución de las dificultades.

A manera general puede decirse que para este tipo de familia, la reestructuración es esencial para resolver problemas, al igual que la obtención de apoyo social, mientras que aunque la familia es muy creyente en Dios, el buscar apoyo espiritual no es lo que más los motiva cuando se encuentran en dificultades.

E. Descripción de la Relación Existente entre los Significados que la Familia le da a la Discapacidad Física Adquirida Generada por un Evento Violento en un Adulto Joven y su Proceso de Adaptación

1. Información del Instrumento : Formatos de Registro Entrevista Reflexiva

Muestra las reflexiones realizadas por el adulto joven y su respectivo sistema familiar, evidenciándose de esta manera los aportes de la familia en el proceso de adaptación a la limitación, al igual que la relación existente entre los significados del sistema familiar con respecto a la discapacidad física adquirida por un evento violento y el proceso de adaptación. Por esta razón se presentarán a continuación los formatos de registro de entrevistas en donde se tendrán en cuenta las convenciones para el código de cada formato nombradas en la Tabla 1 :

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA REFLEXIVA

Nivel : Sistema Familiar y adulto Joven

Fecha : Noviembre. 27. 2000

Caso No. : 1

Institución : Clínica Puente del Común

Código : 1 III A a

Categoría : Proceso de Adaptación a la Discapacidad.

Focos Subcategorías	Aportes de La Familia en el proceso de Adaptación a la Limitación	Relación Existente Entre Los Significados del Sistema Familiar y El Proceso de Adaptación
Shock	“Al principio fue terrible”, reporta el paciente	“Cuando supimos que él estaba en la Clínica Bogotá, nos fuimos inmediatamente para allá haber que era lo que le había sucedido y cuando supimos lo que tenía fue terrible, sin embargo mi esposo, mis hijos y yo tomamos fuerzas para ayudarlo a que se repusiera y saliera adelante”, reporta la madre del paciente.
Rechazo		
Depresión	“Yo no dejo de estar triste y pensar todo el tiempo en mi hijo, pero tengo que reponerme porque también quiero que él esté bien y que cuando salga de acá pueda hacer las cosas como antes, claro que al principio tendremos que ayudarlo un poco, pero después él lo podrá hacer solo”, reporta la madre del paciente.	
Reacción Contra Independencia		
Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • “Si, si claro hemos encontrado apoyo en nosotros como familia nos hemos adaptado debemos tener paciencia”, reporta el paciente. • Aunque ellos (los padres) al principio decían que porque una cosa de estas me tenía que pasar a mí, ahora piensan que tal vez fue Dios quien la envió para algo, ya toca aceptar lo que pasó”, 	“El apoyo brindado por mi familia y el proceso de rehabilitación me han dado muchas más ganas de salir adelante además, puedo obtener mayor independencia”, reporta el paciente.

	reporta el paciente.	
--	----------------------	--

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA REFLEXIVA

Nivel : Sistema Familiar y adulto Joven **Fecha :** Noviembre. 27. 2000 **Caso No. :** 1

Institución : Clínica Puente del Común **Código :** 1 III A b

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento.

Subcategorías Focos	Creencias Sistema Familiar	Mitos del Sistema Familiar	Valores Sistema Familiar
Significados Para Modificar	<ul style="list-style-type: none"> • “Nosotros creemos que ya mi hijo no es normal por no volver a caminar, ni ser como antes, aunque eso no implica que no lo vayamos a ayudar”, reporta la madre del paciente. • “Yo siempre creí que si me ocurría un evento como una discapacidad, la vida se me iba a acabar”, reporta el paciente. • “Cuando se tiene plata y salud, se tiene amigos se tiene de todo, todo el mundo está con uno”, reporta la madre del paciente. • “ Creemos que la gente es mala porque se acostumbra y nada les da hacerle daño a quien sea porque ya están acostumbrados”, reporta la madre del paciente. <p>“Yo creo que a las personas buenas no les deberían pasar cosas malas”</p>	<p>“Yo siempre he pensado que los amigos se alejan y abandonan a la persona que está atravesando por una discapacidad, como la de mi hijo”, reporta la madre del paciente.</p>	

Subcategorías Focos	Creencias Sistema Familiar	Mitos del Sistema Familiar	Valores Sistema Familiar
	<p>reporta la madre del paciente.</p>		
<p>Significados Para Mantener</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Nosotros creemos en Dios y sabemos que El es el único que nos puede ayudar para que mi hijo salga bien de todo esto”, reporta la madre del paciente. • “Creo que es Dios quien va a devolverle la salud y la forma de caminar a mi hijo “, reporta la madre del paciente.. • “ Es Dios quien le va a dar el castigo a la persona que me ocasionó esto (la discapacidad)”, reporta el paciente. • “Yo creo que existen diferentes trabajos y que aun así en mi situación puedo realizar”, reporta el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Toca aceptar las pruebas que nos manda Dios”, reporta el paciente. • “Si, toca aceptarlas como vengan”, reporta la madre del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “La familia me ha apoyado mucho en una situación como esta y me han brindado moral para seguir adelante”, reporta el paciente. • “Al principio fue difícil aceptar la situación porque quien va a aceptar esto”, reporta el paciente. • “Es importante olvidarse de lo que sucedió ya que lo que pasó, pasó”, reporta el paciente. • “Con lo que me sucedió aprendí a valorar más mi vida, y además me dan más ganas de hacer cosas que no he hecho”, reporta el paciente.

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA REFLEXIVA

Nivel : Sistema Familiar y adulto Joven

Fecha : Noviembre. 27. 2000

Caso No. : 1

Institución : Clínica Puente del Común

Código : 1 III A c

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación.

Subcategorías Focos	Creencias Sistema Familiar	Mitos del Sistema Familiar	Valores Sistema Familiar
Significados Para Modificar			
Significados Para Mantener	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo considero que gracias al proceso de rehabilitación que mi hijo está realizando acá en la Clínica, él podrá volver a caminar”, reporta la madre del paciente. • “Creo que después de terminar la rehabilitación y todas las terapias que hago acá en la Clínica podré ser más independiente”, reporta el paciente. • “Creemos que es Dios quien primeramente va a permitir que el proceso de rehabilitación sea satisfactorio y luego la clínica...”, reporta la madre del paciente. • “Consideramos que el proceso de rehabilitación le mejora el estado de animo a él...” reporta la madre del paciente. 		<ul style="list-style-type: none"> • “Aunque se demore un poquito en volver a caminar, pero la fe mía es muy grande, yo creo que vuelve y está bien como antes de que esto pasara”, reporta la madre del paciente. • “Las buenas relaciones que tenemos nosotros como familia lo ayudan a él para que su rehabilitación sea mejor “, reporta la madre del paciente.

2. Descripción de las Reflexiones Realizadas por el Adulto Joven Discapacitado Físicamente y su Respectivo Sistema Familiar

Muestra la descripción de las reflexiones que tanto el adulto joven como su familia realizaron al llevarse a cabo la entrevista semiestructurada reflexiva :

Con respecto al proceso de adaptación a la discapacidad, se encontró que :

- Dentro del sistema familiar existe apoyo y colaboración mutuas, lo cual les ha permitido ir logrando poco a poco de manera satisfactoria la adaptación a la limitación de un miembro de la familia, para llegar a la superación de la situación.
- Se observa también que los significados que le da la familia a la situación que viven actualmente les ha permitido comprender que es necesario tanto para ellos como para el adulto joven el continuar con aquellas estrategias que sean necesarias para salir adelante y brindarle al joven discapacitado las herramientas necesarias para retomar una vida propia y llena de satisfacciones personales.

En relación con las creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento, pudo encontrarse que :

- Tanto el adulto joven como su sistema familiar estiman que es necesario que algunos de los significados que se han movilizado en torno a la discapacidad, deben modificarse, entre los cuales se encuentran los siguientes: El que la persona discapacitada no se considere “normal”, ya que no tiene la facultad de caminar; el considerar que el hecho de encontrarse en una situación de discapacidad, la vida como persona debe terminar ya que se cree que no existen motivos para vivir; el considerar que los amigos se alejan de la familia al

encontrarse con un conocido discapacitado ; significados estos que si se modifican es posible que no interfieran con el proceso de adaptación a la limitación que está llevando a cabo tanto la familia como el adulto joven y así será posible obtener un resultado favorable en cuanto a la adaptación a esta.

- De la misma manera tanto el adulto joven como su familia consideran que es necesario que algunos de los significados que se han movilizadado en torno a la discapacidad, deben mantenerse, entre los cuales se encuentran los siguientes : El creer en Dios ya que para ellos es El quien decidirá si la persona vuelve a caminar, además porque es El quien hará justicia con las personas que causaron la limitación en el adulto joven ; el considerar que existen diferentes posibilidades en el campo laboral que le permitirán a la persona que se encuentra discapacitada encontrar otras formas de continuar con una vida satisfactoria donde exista mayor independencia de su familia ya que se podrá mantener por sí mismo ; el aceptar (tanto la familia como el adulto joven) las situaciones que se presentan en la vida como una prueba de Dios ; el valorar aún más a la familia y la propia vida. El mantener estos significados permitirán tanto a la familia como al adulto joven el adaptarse, aceptar y superar la situación de discapacidad generada por un evento violento, para de esta manera poder brindar mayor apoyo a la persona discapacitada.

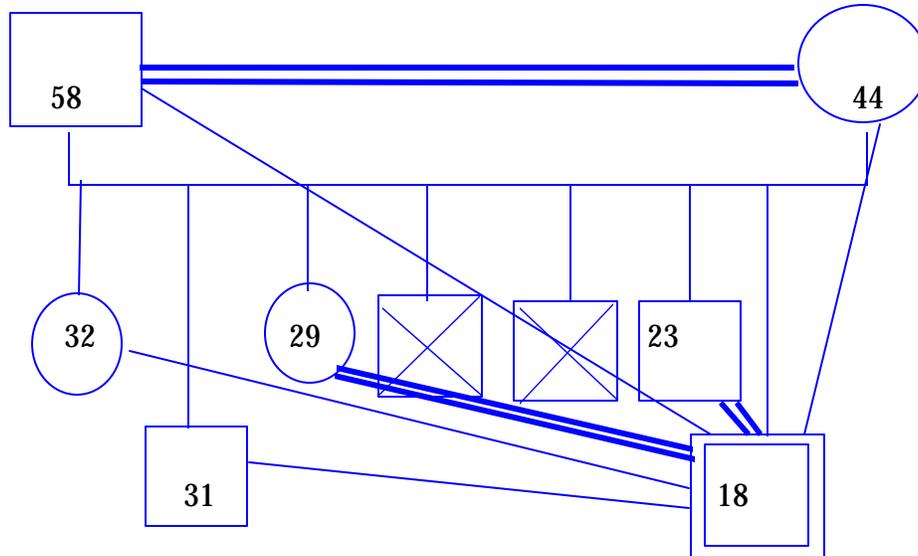
En cuanto a las creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación, se encuentra que tanto el adulto joven como su familia consideran que los significados que se han movilizadado en torno a la discapacidad, más que

modificarse, se deben mantener; razón que nos invita a exponer las reflexiones realizadas :

- El proceso de rehabilitación, es el que ayudará al adulto joven discapacitado a obtener una mayor independencia, a mejorar su estado emocional y tener la posibilidad de caminar; igualmente creen indispensable mantener la creencia, de que es Dios quien más ayudará en este proceso de asimilación a la discapacidad, pero que de igual forma todas aquellas personas que se encuentran colaborando en este son importantes tanto para el adulto joven como para su familia ; consideran también que el tener confianza en el proceso de rehabilitación ayudará a que el adulto joven salga adelante, al igual que mantener buenas relaciones entre los miembros del sistema familiar. Si estos significados se continúan manteniendo no interferirán de manera negativa en el proceso de rehabilitación y por ende no perjudicarán el proceso de adaptación a la situación que tanto el paciente como la familia están llevando a cabo.

III. Descripción del Caso No 2

A. Genograma



El núcleo familiar del paciente, está conformado por siete personas: El padre quien tiene 58 años y se dedica a la agricultura; la madre quien tiene 44 años e igualmente es agricultora; cuatro hermanos de 32, 31, 29 y 23 años, quienes conviven actualmente con el paciente; dos hermanos fallecidos y el paciente quien tiene 18 años y antes de la discapacidad se desempeñaba como agricultor. De los padres, al igual que de los dos hermanos mayores se sabe que por encontrarse lejos del paciente (por vivir actualmente lejos de la institución en la cual él se encuentra) mantienen una relación distante; mientras que con sus hermanos menores existe una relación adecuada, existiendo apoyo y cuidados especiales por parte de estos hacia el paciente, quienes lo acompañan diariamente en la institución en la cual se encuentra.

Se puede entonces observar que las relaciones entre los diferentes miembros del sistema familiar, a pesar de la distancia de algunos de ellos son adecuadas, encontrándose sin embargo redistribuciones en cuanto al rol que cada uno debe desempeñar y ejercer dentro del sistema, debido a que el hermano de 23 años asumió el rol de padre, mientras vuelven nuevamente a su hogar. Esta familia lleva a cabo un proceso de comunicación adecuado, que les permite resolver los problemas que surjan, existiendo un dialogo coherente y congruente que les ayuda a mantenerse estables.

En cuanto a la cohesión familiar se encuentra una familia conectada que mantiene contacto entre ellos mismos, pero al mismo tiempo un distanciamiento no tan marcado, que les permite a cada uno de los miembros del sistema decidir por sí mismo, existiendo igualmente acuerdos en lo referente a la toma de decisiones, sobre todo en lo que tiene que ver con el paciente y su futuro.

B. Descripción de los Significados que el Adulto Joven Tiene Acerca de la
Discapacidad Física Adquirida por Violencia.

1. Información del Instrumento : Formatos de Registro Entrevista Evaluativa :

Muestra las respuestas dadas por el adulto joven en la entrevista evaluativa, las cuales se presentan agrupadas por categorías en los formatos de entrevista, utilizando las convenciones nombradas en la Tabla 1 :

FORMATO DE REGISTRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Adulto Joven

Fecha : Diciembre 6 de 2000

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 I B a

Categoría : Proceso de Adaptación a la Discapacidad.

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
Shock	<ul style="list-style-type: none"> “Mi familia siempre ha estado conmigo desde lo que me sucedió”, reporta el paciente. “Siempre me he sentido aceptado por mi familia”, reporta el paciente. 	“Al principio me sentía muy mal”, reporta el paciente..	“Me he apoyado en mi hermano y mi hermana, en los doctores y mis amigos”, reporta el paciente.
Rechazo		“Nunca he llorado, no me he sentido nunca triste por lo que me pasó, solo lloro cuando me hacen curaciones por el dolor que siento”, reporta el paciente.	
Depresión	“Ellos siempre me han dado apoyo, ellos me han dicho que no sufra, que esté tranquilo, que todo va a estar bien, me han acompañado acá en el Hospital, han hecho muchas cosas por mí, me han ayudado”, reporta el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> “Me sentía mal, mal, mal, que no iba a volver a este mundo”, reporta el paciente.. “Yo pensaba, cómo iba a ser mi vida sin una pierna, pero yo me resigné porque que más podía hacer”, reporta el paciente. 	“ Yo lo único que he hecho es resignarme, esperar a ver que pasa para adaptarme a mi nueva situación”, reporta el paciente.
Reacción Contra La Independencia			
		<ul style="list-style-type: none"> “Ahora también me siento muy animado, siempre con ánimo 	

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
Adaptación		luchando por la vida”, reporta el paciente. • “Ahora ando en un momento bien, ando bien de ánimo”, reporta el paciente. • “ Si, ya me toca aceptar la nueva situación porque ya que puedo hacer, toca convenir”, reporta el paciente. • “ Yo me digo, es preferible andar en muletas y no no andar... acabar yo con mi vida”, reporta el paciente.	

FORMATO DE REGISTRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Adulto Joven

Fecha : Diciembre 6 de 2000

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 I B b -

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento.

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
Situación de Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • “Me toca aceptar lo que me sucedió porque ya no hay nada que hacer”, reporta el paciente. • “Lo mejor para alguien que pasa por mi misma situación sería que tuviera fuerzas y apoyarse en la familia, que también lo apoyen los amigos y todos”, reporta el paciente. 		<p>“ Mi familia siempre me ha dado mucho apoyo, me han dicho que esté tranquilo que todo estará bien”, reporta el paciente.</p>
Evento Violento Como Causante	<ul style="list-style-type: none"> • “La forma como obtuve la limitación no influye en mis sentimientos porque yo sigo siendo el mismo de siempre aunque sin una pierna”, reporta el paciente. • “Creo que me sucedió esto por cosas que le pone mi Dios a uno en el camino, dios lo hizo por una prueba que El me puso”, reporta el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Creo que lo que me sucedió fue por la maldad de la gente que quiere hacerle la maldad a uno”, reporta el paciente. • “Dios me hizo esto para que me vaya dando cuenta que El puede hacer muchas cosas”, reporta el paciente. 	
Percepción de Sí Mismo	<ul style="list-style-type: none"> • “Ahora pienso diferente de mí mismo porque ya no puede ser uno igual , porque ya le hace falta a uno su pierna, ya no puede hacer muchas cosas, ya le toca a uno 		<p>“Me gustaría al salir de acá, conseguir un trabajo como en un local”, reporta el paciente.</p>

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
	<p>pensar cómo hacer sus cosas, cómo va a salir adelante”, reporta el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Yo antes trabajaba en el campo pero ahora no sé lo que voy a hacer, no he pensado en eso, cuando salga de acá me voy a vivir con mi hermano deo a ver que pasará después”, reporta el paciente. • “Quiero trabajar en un lugar donde no tenga que andar mucho, de pronto en una panadería me quedaría fácil... o no se de pronto me quedaría fácil conseguirme un trabajo”, reporta el paciente. 		
Percepción del Entorno	<p>“Si ya no puedo trabajar las cosas ya no van a ser como antes porque ya tengo que bregar para mantenerme”, reporta el paciente.</p>		<p>“ Ahora mi familia está mas pendiente de mí, mi familia, mis amigos, aunque siempre las cosas han ido bien con ellos”, reporta el paciente.</p>

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Adulto Joven

Fecha : Diciembre 6 de 2000

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 I B c

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación.

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
Expectativas ante la Rehabilitación	“Aquí todo es mejor (HUS), ya me siento más fuerte, siento el cuerpo con más fuerza, pienso salir pronto de aquí”, reporta el paciente.		“De la rehabilitación espero que me ayude a fortalecer el cuerpo para hacer yo mismo mis ejercicios”, reporta el paciente.
Importancia del Proceso de Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • “Es importante el proceso de rehabilitación, porque me ayudan a fortalecer el cuerpo, yo antes era como muy tieso no podía casi moverme, ahora ya puedo”, reporta el paciente. • “No he tenido momentos dolorosos, pero buenos si en la rehabilitación, ya que he sentido cambios, porque desde que me están haciendo terapia yo puedo más que sea moverme”, reporta el paciente. 		“Acá en el Hospital me van a enseñar a caminar con las muletas por eso también creo que la rehabilitación es importante”, reporta el paciente.
Participación de la Familia en La Rehabilitación			“Mi familia, mis hermanos ya mis amigos, vienen al hospital y me ayudan a hacer todo, me ayudan a hacer los ejercicios, me han apoyado desde lo que me pasó, me dan ánimo”, reporta el paciente.

2. Descripción de los Significados que el Adulto Joven Tiene Acerca de la Discapacidad Física Adquirida por Violencia.

Muestra la descripción del proceso de adaptación del adulto joven; al igual que las creencias, mitos y valores que este tiene frente a la limitación física cuando es adquirida por violencia y en cuanto a la rehabilitación. Significados que se encuentran planteados en la información anterior :

1. Proceso de adaptación a la discapacidad

- Como la adquisición de la discapacidad fue hace poco tiempo, el paciente se encuentra fluctuando entre una etapa de shock y una de adaptación, observándose que su familia ha estado con él, brindándole apoyo y tranquilidad dentro de su situación actual.
- El paciente se encuentra actualmente en la elaboración de duelo por pérdida de uno de sus miembros inferiores observándose mayor aceptación hacia su situación.
- El apoyo recibido por parte de sus hermanos, de los doctores y de sus amigos han permitido que el paciente evolucione en la adaptación a la limitación.
- El paciente considera que el resignarse y esperar lo que pueda suceder con su situación lo hará adaptarse de manera satisfactoria a su nueva situación.

2. Creencias Mitos y Valores en torno a la Discapacidad Adquirida por un Evento Violento

- Existe la creencia de que al paciente le toca aceptar lo que sucedió porque no tiene otra posibilidad.
- La creencia de que la fuerza y el apoyarse en la familia y amigos ayuda a afrontar la limitación de manera más adecuada.
- Se cree que la limitación no influye en los sentimientos de una persona debido a que sigue siendo el mismo sin una pierna.
- Se cree que la discapacidad sucedió por una prueba de Dios.
- Existe la creencia de que al quedar limitada la persona físicamente le va a tocar ser más consciente de sus actos y por ende elaborar mejor sus acciones.
- Existe la creencia por parte del paciente de que no podrá continuar con sus labores como lo hacía antes y que es el tiempo quien decidirá que sucederá con él.
- Se cree que hay trabajos que permiten un mejor desempeño de la persona limitada físicamente.
- La creencia de que va a ser más difícil su desempeño por ser una persona discapacitada.
- La maldad de la gente trae consecuencias negativas para las personas.
- Dios es quien puede hacer todas las cosas.
- El apoyo brindado por la familia ha facilitado el proceso de adaptación a la limitación.
- Deseo de superación por parte del adulto joven teniendo en cuenta su nueva situación.

- Las buenas relaciones entre los miembros de la familia permiten movilizarse en torno a esta para que el adulto joven tenga un mejor desempeño en su proceso de adaptación.

3. Creencias Mitos y Valores en torno a la Rehabilitación

- El proceso de rehabilitación le permite al adulto joven sentirse físicamente mejor y tener expectativas a futuro.
- Se cree que el proceso de rehabilitación ha permitido que el adulto joven tenga cambios significativos tanto para él como para su familia.
- El adulto joven espera con el proceso de rehabilitación ser más independiente.
- El apoyo recibido por parte de los familiares y amigos permite que el adulto joven se encuentre anímicamente mejor, lo cual favorece su proceso de rehabilitación.

C. Descripción de los Significados que el Sistema Familiar al cual Pertenece el Adulto Joven Tiene Acerca de la Discapacidad Física Adquirida por Violencia.

1. Información del Instrumento : Formatos de Registro Entrevistas Evaluativas

Muestra las respuestas dadas en la entrevista evaluativa, por las familias que tienen un adulto joven discapacitado físicamente, las cuales se presentan agrupadas por categorías en los formatos de entrevista, utilizando las convenciones mencionadas anteriormente en la Tabla 1:

FORMATO DE REGISTRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Sistema Familiar

Fecha : Diciembre 8 de 2000

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 II B a

Categoría : Proceso de Adaptación a la Discapacidad.

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
<p>Shock</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Me tocó aguantarme esto, mis papás se sienten bien”, reporta el hermano del paciente. • “Mi hermana y yo venimos a visitarlo porque ella está trabajando”, reporta el hermano del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me tocó sentirme bien con él y brindarle todo el apoyo que él necesitó”, reporta el hermano del paciente. • “Al principio estaba mal, él estuvo inconsciente, duró así como ocho días, no lo distinguía ni a uno”, reporta el hermano del paciente. 	<p>“ Nos hemos reunido como familia para hablar de esta situación y toda la familia se une”, reporta el hermano del paciente.</p>
<p>Rechazo</p>			
<p>Depresión</p>	<p>“ A veces me siento triste porque es mi hermano, además ya quedar inútil, es no quedar uno en nada, pero uno tiene que resignarse. Mis demás hermanos también se sienten tristes, uno se siente triste de verlo en el estado en el que está y él está jovencito, pues uno se siente mal, aunque uno demuestre que está bien y yo lo apoyo a él”, reporta el</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo no sé, creo que él se sentirá muy mal así, pues él lejos de su familia y eso, él a mí no me dice nada, solo que lo apoyemos y que él salga bien de aquí”, reporta el hermano del paciente. • “Es triste verlo así, pero aún a sí tenemos la esperanza de que se sienta bien”, reporta el hermano del paciente. 	

Focos Subcategorías	Participación de la Familia en el Proceso	Momento Actual del Proceso	Estrategias Utilizadas Durante el Proceso de Adaptación
	hermano del paciente.		
Reacción Contra La Independencia			
Adaptación	“Nosotros como familia, mi hermana y yo le damos el apoyo necesario para que esté bien”, reporta el hermano del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo lo veo que él ahora está bien, a pesar de que estuvo en cuidados intensivos, ahora está muy bien”, reporta el hermano del paciente. • “Claro, todo el apoyo toca brindárselo uno toda la vida a él, ahora toca luchar por él”, reporta el hermano del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Ahorita que él salga, tratar de colocarle un localito donde pueda ganarse la vida, donde él no se sienta mal, toda la familia estamos unidos para eso, para que él pueda seguirse ganando su platica, todo para que él vaya apoyando también”, reporta el hermano del paciente. • Con mi hermana estamos buscando ayuda en alguna entidad”, reporta el hermano del paciente.

FORMATO DE REGISTRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Sistema Familiar

Fecha : Diciembre 8 de 2000

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 II B b -

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento.

Subcategorías Focos	Creencias	Mitos	Valores
Situación de Discapacidad	“Quedar en el estado en el que él está y él está muy jovencito, eso lo hace sentirse a uno triste”, reporta el hermano del paciente.	“Quedar así es quedar inútil, es no quedar en nada”, reporta el hermano del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • “ Ahora todo el apoyo toca brindárselo uno toda la vida a él, mejor a él, ahora toca luchar por él”, reporta el hermano del paciente. • “Estamos luchando por las prótesis para que él pueda volver a caminar”, reporta el hermano del paciente.
Evento Violento Como Causante	<ul style="list-style-type: none"> • “Uno nunca se imaginaba que le fuera a suceder esto a él, serán cosas del destino”, reporta el hermano del paciente. • “ Para que a uno le den un disparo, es porque lo tienen que encontrar haciendo un delito”, reporta el hermano del paciente. 		“No hemos pensado qué hacer con la persona que hizo ese daño, estamos investigando la situación. Pusimos demanda y vamos a colocar abogado para ver que fue lo que pasó”, reporta el hermano del paciente.
Percepción de Sí Mismo	<ul style="list-style-type: none"> • “El antes se consideraba normal, era juicioso, trabajador, nos apoyaba a la familia, él ahora se debe ver mal”, reporta el hermano del paciente. • “El pensaba seguir trabajando en la finca y ya no puede”, reporta el hermano del paciente. 	“Por estar como está no va a poder hacer sus cosas como antes, ya no nos va a poder ayudar como antes, ya no tenemos ese apoyo”, reporta el hermano del paciente.	
Percepción del Entorno	“ La gente lo apoya, él los debe ver de esa manera y no como algo malo ”, reporta el hermano del paciente.		“ Las relaciones con los demás siguen siendo buenas, la familia sigue más unida con él ”, reporta el hermano del paciente.

--	--	--	--

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EVALUATIVA

Nivel : Sistema Familiar

Fecha : Diciembre 8 de 2000

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 II B c

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación.

Subcategorías	Creencias	Mitos	Valores
Focos			
Expectativas ante la Rehabilitación	“ Esperamos con la rehabilitación que él salga bien, sabiendo manejar las muletas, que se sepa desplazar, que ya salga alentado”, reporta el hermano del paciente.		“ Uno ve los cambios después de la rehabilitación, porque por ejemplo él no se podía mover, ni siquiera podía mover el pie y eso nos hace sentir contentos porque él va a salir adelante”, reporta el hermano del paciente.
Importancia del Proceso de Rehabilitación	“ El proceso de rehabilitación que está llevando acá en el hospital, desde que se encuentra en él, es importante para que él pueda salir adelante”, reporta el hermano del paciente.		“Lo mejor que le han hecho en el hospital son las cirugías, malo no ha tenido nada, todo le ha salido siempre muy bien”, reporta el hermano del paciente.
Participación de la Familia en La Rehabilitación			“ Nosotros como familia, mi hermana y yo, lo ayudamos en todo, con la droga y también ayudándole a hacer los ejercicios, aunque ella solo puede a veces por lo que le dije que estaba trabajando”, reporta el hermano del paciente.

2. Descripción de los Significados que el Sistema Familiar Tiene Acerca de la Discapacidad Física Adquirida por Violencia.

Muestra la descripción del proceso de adaptación de los familiares del adulto joven; al igual que las creencias, mitos y valores que estos tienen frente a la limitación física de uno de sus miembros, cuando es adquirida por violencia y en cuanto a la rehabilitación. Significados que se encuentran planteados en la información anterior :

1. Proceso de Adaptación a la Discapacidad

- La familia ha atravesado diversas etapas desde que el adulto joven adquirió la limitación, encontrándose que aún existen características que demuestran depresión en los miembros del sistema familiar, estos lo ocultan con el fin de no afectar al adulto joven y más bien ayudarlo en el proceso en el cual se encuentra.
- La familia se encuentra en etapa de depresión experimentando tristeza, sentimientos de impotencia los cuales no le demuestran al adulto joven.
- El sistema familiar se ha reunido para hablar de la situación actual del adulto joven.
- Después de la situación de discapacidad, la familia se ha unido más y han pensado en cómo facilitar el desempeño laboral del adulto joven y buscar ayuda en una entidad.

2. Creencias Mitos y Valores en torno a la Discapacidad Adquirida por un Evento Violento

- El pensar que la discapacidad la adquirió una persona joven hace más duro el proceso de adaptación a esta.
- Existe la creencia por parte del sistema familiar de que las cosas malas les suceden solo a las personas que hacen cosas malas.
- Se cree que la situación de discapacidad no permite que la persona pueda verse como alguien normal.
- Se cree que por haber adquirido una limitación física la persona no puede hacer lo que hacia antes.
- Las personas discapacitadas son inútiles
- Las personas discapacitadas no se desempeñan de manera satisfactoria ni pueden ayudar a sus familiares.
- La unidad familiar les permite reorganizarse con el fin de brindarle el apoyo necesario al adulto joven para afrontar su nueva situación.
- El sistema familiar ha decidido que se resuelva la situación legalmente.
- La unidad familiar permite ayudar al adulto joven quien en estos momentos los necesita.

3. Creencias Mitos y Valores en torno a la Rehabilitación

- Se cree que al salir del proceso de rehabilitación el adulto joven podrá desplazarse lo cual facilitará el desempeño satisfactorio de sus actividades.
- El sistema considera que la rehabilitación beneficiará al adulto joven.
- El proceso de rehabilitación va a ayudar al adulto joven a independizarse.
- Es importante el apoyo recibido por parte del hospital dentro de su rehabilitación.
- El contexto inmediato en el cual se encuentra el adulto joven es quien le brinda la motivación necesaria para su proceso de rehabilitación.

D. Escala Evaluación Personal Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis

Muestra a través de tablas los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba, teniendo en cuenta las cinco escalas en que esta se divide (Anexo E) :

Tabla 11

Obtención Apoyo Social

Items	Paciente	Hermano
1	4	5
2	3	5
4	5	5
5	4	4
10	3	4
16	3	5

Ítems	Paciente	Hermano
20	2	4
25	2	1
29	5	5
Total	31	38

Tabla 12

Reestructuración

Ítems	Paciente	Hermano
3	5	5
7	3	4
11	3	2
13	5	5
15	3	4
19	2	1
22	4	5
24	5	4
Total	30	30

Tabla 13

Búsqueda Apoyo Espiritual

Ítems	Paciente	Hermano
14	4	5
23	4	4
27	2	5
Total	10	14

Tabla 14

Movilización Familiar Para Obtener y Aceptar Ayuda

Items	Paciente	Hermano
6	3	4
8	5	5
9	4	4
21	5	5
Total	17	18

Tabla 15

Evaluación Pasiva

Items	Paciente	Hermano
12	1	1
17	3	4
26	1	5
28	4	1
Total	9	11

Tabla 16

Sumatoria de Los Dos Participantes

Obtención Apoyo Social	Reestructuración	Búsqueda Apoyo Espiritual	Movilización Para Obtener y Aceptar Ayuda	Evaluación Pasiva
69	60	24	35	20

Se puede observar como al igual que en el caso No 1, con la escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis, se registraron las actitudes y conductas afectivas ante la resolución de problemas,

desarrollada por el sistema familiar, para responder a los problemas o dificultades.

De esta manera, expondremos cada una de las escalas, teniendo en cuenta los resultados individuales y totales de los miembros de la familia, incluyendo al adulto joven:

Obtención de Apoyo Social. En cuanto a esta escala se encuentra cómo, aunque tanto el hermano, como el paciente poseen habilidades para ocuparse en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos, familia extensa, etc., es más significativo para el hermano buscar dicho apoyo que para el paciente, quien considera más relevante el recibir apoyo de su familia nuclear.

Reestructuración. Se observa una tendencia general en este sistema familiar a redefinir los eventos estresantes, con el fin de hacerlos más manejables.

Búsqueda de Apoyo Espiritual. Se encuentra en esta escala un puntaje altamente significativo tanto por parte del hermano, como por parte del paciente, quienes en búsqueda de una adecuada resolución de problemas, tienden a apoyarse en una ayuda espiritual.

Movilización Familiar Para Obtener y Aceptar Ayuda. Existe una tendencia general en este sistema familiar a movilizarse para buscar recursos y aceptar ayuda de los otros, lo cual se encuentra relacionado con la escala de obtención de apoyo social.

Evaluación Pasiva. Se observa en esta escala, cómo el hermano posee ciertas habilidades para aceptar asuntos problemáticos dentro de su sistema familiar,

habilidades que se ven minimizadas en el paciente, quien obtuvo un puntaje menor en los resultados de la escala.

A manera general podemos decir, que para este tipo de familia, el obtener apoyo social y movilizarse para conseguir y aceptar ayuda de los demás, son dos factores altamente importantes cuando de resolver problemas se trata, lo cual se encontraría relacionado con las pocas habilidades que como familia poseen para aceptar dificultades, ya que esto los lleva a buscar ayuda al exterior del sistema.

E. Descripción de la Relación Existente Entre los Significados que la Familia da a la Discapacidad Física Adquirida Generada por un Evento Violento en un Adulto

Joven y su Proceso de Adaptación

1. Información del Instrumento : Formatos de Registro Entrevista Reflexiva

Muestra las reflexiones realizadas por el adulto joven y su respectivo sistema familiar, evidenciándose de esta manera los aportes de la familia en el proceso de adaptación a la limitación, al igual que la relación existente entre los significados del sistema familiar con respecto a la discapacidad física adquirida por un evento violento y el proceso de adaptación. Por esta razón se presentarán a continuación los formatos de registro de entrevistas en donde se tendrán en cuenta las convenciones para el código de cada formato nombradas en la Tabla 1 :

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA REFLEXIVA

Nivel : Sistema Familiar y adulto Joven

Fecha : Diciembre. 13. 2000.

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 III B a

Categoría : Proceso de Adaptación a la Discapacidad.

Focos Subcategorías	Aportes de La Familia en el proceso de Adaptación a la Limitación	Relación Existente Entre Los Significados del Sistema Familiar y El Proceso de Adaptación
Shock	“ Al principio cuando no sabíamos dónde estaba Jorge, lo que quisimos fue saber de él, toda la familia quería averiguar dónde estaba y cómo estaba. Mi hermana fue la primera que vino a recogerlo y a ella fue a la que le tocó firmar cuando le hicieron la amputación”, reporta el hermano del paciente.	“Nosotros pensamos que se iba a morir y después con lo de la amputación, decidimos estar todos juntos para darle animo, porque ya iba a quedar diferente a como era antes, creo que el que estuviéramos unidos lo ayudó bastante a estar más mejor”, reporta el hermano del paciente.
Rechazo		
Depresión	“ Cuando supimos que lo iban a amputar fue muy duro para todos, pero le dimos ánimo, lo animamos para que siguiera adelante a pesar de todo. Después de la cirugía vinimos apoyarlo todos, veníamos a ver cómo podíamos ayudar a salvarle la vida a él, hablábamos con los doctores para que le pusieran lo mejor para el mantenimiento de él, nos reuníamos, conversábamos en que debíamos darle apoyo a él”, reporta el hermano del paciente.	
Reacción Contra Independencia		

Focos Subcategorías	Aportes de La Familia en el proceso de Adaptación a la Limitación	Relación Existente Entre Los Significados del Sistema Familiar y El Proceso de Adaptación
Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • “Ahora el apoyo que podemos darle como familia es venir acá todos los días y estar pendientes de él en todo, animarlo para que siga adelante, para que sea fuerte y valiente y haga las cosas que hacía antes”, reporta el hermano del paciente. • “Hay que rendirle mucho apoyo a él ahora, además se le han regalado cositas, se le da la droga, es buena la atención acá en el hospital también”, reporta el hermano del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Para mí, ha sido importante que mis familiares vengan y me apoyen, ya que ellos vienen más que sea a visitarme y eso me da ánimo, me siento mejor cuando ellos vienen y me dan apoyo”, reporta el paciente. • “Yo creo que cuando uno como familia se reúne y está unido para darle apoyo a alguien, en este caso mi hermano, las cosas le salen mejor a él, porque está más alegre y además sabe que puede contar con nosotros para todo, sobre todo ahora que se encuentra así y necesita mas de uno”, reporta el hermano del paciente.

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA REFLEXIVA

Nivel : Sistema Familiar y Adulto Joven

Fecha : Diciembre. 13. 2000

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 III B b

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento.

Subcategorías Focos	Creencias Sistema Familiar	Mitos del Sistema Familiar	Valores Sistema Familiar
<p>Significados Para Modificar</p>			
<p>Significados Para Mantener</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Creo que a Jorge le toca aceptar las cosas como ya vinieron, es mejor para todos porque no hay otra posibilidad”, reporta el hermano del paciente. • “El apoyo de mis amigos y mi familia me ha ayudado a afrontar mejor lo que me pasó, ya que ellos me dan consejos y de pronto que uno se siente sin ganas de vivir, entonces 	<ul style="list-style-type: none"> • “La maldad de la gente trae malas consecuencias, porque son personas que solo buscan hacerle la maldad a uno, lo que le sucedió a él, sin estar buscando nada, vinieron y lo jodieron a él, eso es pura maldad”, reporta el hermano del paciente. • “Creo que es Dios el que puede hacer todas las cosas, tan solo él puede hacerlo”, reporta el hermano 	<ul style="list-style-type: none"> • “ El apoyo que le hemos dado a mi hermano le ha servido para que esté mejor ahorita, porque digamos nosotros, el apoyo más importante que le estamos brindando ahorita es venir aquí y ayudarlo en todo”, reporta el hermano del paciente. • “Yo creo que voy a poder estar mejor en el futuro, de pronto ya

Subcategorías Focos	Creencias Sistema Familiar	Mitos del Sistema Familiar	Valores Sistema Familiar
	<p>ellos, le dan ánimo cuando vienen y le conversan que le ponga ánimo a la vida y uno le pone ánimo”, reporta el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Yo creo que lo que me sucedió definitivamente son cosas de Dios, por una prueba que él me puso”, reporta el paciente. • “Yo creo que lo que le pasó a mi hermano son cosas del destino, algo que debía sucederle y le sucedió”, reporta el hermano del paciente. • “Yo creo que mi hermano va a poder hacer las cosas como las hacía antes, porque él va a ser muy valiente y muy fuerte y puede seguir lo mismo”, reporta el hermano del paciente. • “Yo creo que voy a poder hacer las cosas yo solo y aunque al principio no va a ser igual después yo creo que si va a ser igual”, reporta el paciente. 	<p>del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Yo creo que aunque Dios haga muchas cosas, no lo hace todo, y a que lo seres humanos también pueden”, reporta el paciente. 	<p>mañana que pueda mandarme a poner la prótesis, de pronto más adelante”, reporta el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Yo más que todo estoy luchando para ver si le puedo mandar a hacer la prótesis, porque creo que el tiene muchos deseos de salir adelante y nosotros le ayudamos, todos tenemos el deseo de que se mejore”, reporta el hermano del paciente. • “Las buenas relaciones entre los de mi familia, me han ayudado en todo ya que yo me pongo a pensar en ello, en que me ayudan... de pronto tengo un dolor y me pongo a pensar en ellos y se me va quitando”, reporta el paciente. • “Yo también creo que las buenas relaciones entre los de mi familia han ayudado, porque él sabe que la familia, todos le estamos ayudando, porque nosotros somos muy hermanables todos, mis papá es también lo quieren mucho”, reporta el hermano del paciente.

FORMATO DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA REFLEXIVA

Nivel : Sistema Familiar y Adulto Joven

Fecha : Diciembre. 13.2000

Caso No. : 2

Institución : Hospital Universitario de La Samaritana

Código : 2 III B c

Categoría : Creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación.

Subcategorías Focos	Creencias Sistema Familiar	Mitos del Sistema Familiar	Valores Sistema Familiar
Significados Para Modificar			
Significados Para Mantener	<ul style="list-style-type: none"> • “Me ha servido mucho lo que me están haciendo acá en el hospital, ya que ahora me puedo voltear, puedo moverme, ya puedo hacer más cosas y puedo pensar que ya estoy mejor y que más adelante podré hacer más cosas porque yo antes esta pierna no la podía mover y ahora ya puedo”, reporta el paciente. • “Yo pienso, que lo han 		<ul style="list-style-type: none"> • “Yo creo que voy a poder hacer las cosas por mí mismo aunque primero tendrán que ayudarme un poco”, reporta el paciente. • “Al principio tendremos que ayudarlo, pero ya después él podrá hacer las cosas por sí solo”, reporta el hermano del paciente. • “Lo que pasó hizo que mi familia se uniera más, ya que vienen acá a visitarme, todos me

Subcategorías	Creencias Sistema Familiar	Mitos del Sistema Familiar	Valores Sistema Familiar
Focos			
	<p>ayudado bastante acá, ya que cuando llegó él no podía mover la piernita, estaba muy hinchado y ya no está así, ha cambiado bastante, cada vez lo veo mejor y eso me pone a pensar que ya ligero él va a salir de aquí”, reporta el hermano del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Yo creo que con lo que le están haciendo acá en el hospital el podrá hacer las cosas mejor, pero cuando él salga de aquí yo quiero buscar ayuda, digamos acá en el hospital o en la Cruz Roja, para que él salga adelante. Como le ha servido tanto lo que le han hecho yo quiero que eso continúe así, para que él cada vez esté mejor”, reporta el hermano del paciente. 		<p>están ayudando”, reporta el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Nos ha tocado reunirnos más como familia para que él se sienta más bien”, reporta el hermano del paciente. • “Nos hemos reunido a hablar lo que le sucedió a Jorge y a ver cómo vamos a hacer para ayudarlo ahora que se encuentra así”, reporta el hermano del paciente. <ul style="list-style-type: none"> • “Yo he pensado en buscar alguna entidad que me brinde apoyo, por ejemplo la Cruz Roja o cualquier otra que nos de apoyo”, reporta el hermano del paciente. • “Es más difícil saber que lo que pasó, le pasó a alguien joven, aunque si le hubiera pasado a uno de mis hermanos mayores, también sería igual, tendría que seguir uno lo mismo, lo que pasa es que a uno le da mucho pesar por lo que él es jovencito, pero cosas del destino, entonces ya tocó dejar así”, reporta el hermano del paciente.

2. Descripción de las Reflexiones Realizadas por el Adulto Joven Discapacitado Físicamente y su Respectivo Sistema Familiar

Muestra la descripción de las reflexiones que tanto el adulto joven como su familia realizaron al llevarse a cabo la entrevista semiestructurada reflexiva :

Con respecto al proceso de adaptación a la discapacidad, se encontró que :

- Este sistema familiar, reconoce que los aportes y el apoyo que le han brindado al adulto joven, le han permitido ir aceptando poco a poco su situación; haciendo que se proyecte a futuro, planteándose metas y perspectivas que le ayudarán a desempeñarse teniendo en cuenta sus potenciales y a la vez su limitación física.
- Aunque la familia se encuentra aún en una etapa depresiva, en la cual les es difícil aceptar que uno de sus miembros esté discapacitado, plantean que deben estar unidos y buscar el beneficio del adulto joven, pues son ellos los encargados de que avance en su proceso de adaptación, estando de esta manera anímica y físicamente mejor.
- El paciente considera que el respaldo recibido por parte de sus familiares ha sido importante para la adaptación a su condición de discapacidad, ya que el sentirse parte de una familia que no lo rechaza, ni lo ha abandonado le da las fuerzas necesarias para salir adelante, sobreponiéndose a las adversidades y superándose cada día más.

En relación con las creencias, mitos y valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento, pudo encontrarse que tanto el adulto joven

como su sistema familiar estiman que los significados que se han movilizad o en torno a la discapacidad, más que modificarse, deben mantenerse ; significados que expondremos a continuación con sus respectivas reflexiones :

- El adulto joven y su familia creen que lo que le ha permitido a este ir aceptando su discapacidad es la ayuda que ha recibido por parte de su familia y sus amigos, lo cual les ha servido para continuar reforzando esta conducta de apoyo, con el fin de que el paciente se adapte de manera satisfactoria a lo que le sucedió.
- El paciente y su sistema familiar han pensado que la discapacidad se adquirió por una prueba de Dios, por cuestiones del destino y es por esta razón que deben aceptarla y afrontarla de manera positiva, haciendo lo posible para que el adulto joven salga adelante con la ayuda de Dios.
- A pesar de que el adulto joven y su familia creen que al principio asumir esta nueva situación ha sido difícil, consideran que con el apoyo mutuo van a poder asimilar adecuadamente la discapacidad física del paciente y que este va a poder desempeñarse de forma independiente, para estar mejor en un futuro.
- Las buenas relaciones entre los miembros de la familia, han permitido que el adulto joven se sienta tranquilo y seguro de que va a encontrar siempre el apoyo de su familia, pues estas relaciones adecuadas le dan la garantía de que no va a estar solo y a la vez lo motivan para seguir adelante.

En cuanto a las creencias, mitos y valores en torno a la rehabilitación, se encuentra que al igual que en la categoría anterior, tanto el adulto joven como su

familia consideran que los significados que se han movilizado en torno a la discapacidad, más que modificarse, se deben mantener; razón que nos invita a exponer las reflexiones realizadas :

- El sistema familiar estima que el proceso de rehabilitación que el paciente ha llevado a cabo en la institución (HUS), le ha permitido tener progresos físicos significativos, que han repercutido también en su estado de ánimo, pues el adulto joven se motiva cada vez que avanza y se continúa esforzando con el fin de poder estar mejor y salir independiente del hospital.
- El proceso de rehabilitación, junto con la colaboración del sistema familiar, han ayudado a que el paciente se vaya adaptando a su nueva realidad, ya que este proceso le muestra los potenciales que aún tiene a pesar de su limitación.
- Los progresos que el adulto joven ha tenido con el proceso de rehabilitación, han hecho que la familia se de cuenta de que el paciente puede desempeñarse convenientemente de forma independiente, lo cual los lleva a continuar apoyando dicho proceso y hacer que el adulto joven asimile lo que le sucedió.

DISCUSIÓN

Motivadas por conocer cómo los significados que la familia le da a la discapacidad física de un adulto joven cuando esta es adquirida por violencia, se relacionan con su proceso de adaptación, nos dirigimos a la realización de este trabajo de investigación, en el cual se lograron identificar diversas creencias, mitos y valores, como se mostró en los resultados anteriormente expuestos.

A partir de estos significados se realizó la presente discusión, la cual buscaba dar respuesta al planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación, con base en los resultados de los dos casos trabajados, los cuales se reunirán para efectos de un mejor análisis e interpretación del texto.

Frente al reconocimiento del proceso de adaptación a su nueva realidad, de los adultos jóvenes con discapacidad física adquirida por violencia, se pudo encontrar que :

- Tanto los adultos jóvenes como sus familias, han atravesado por diferentes etapas de ajuste psicológico que implica la adquisición de una discapacidad física en un miembro del sistema, etapas que han permitido ir elaborando la pérdida, haciendo de esta manera posible que la persona se adapte de una forma más adecuada a su nueva situación; sin embargo, es importante hacer alusión a que las familias pese a sus deseos de colaborar con la adaptación del adulto joven, se encuentran en una etapa de depresión caracterizada por sentimientos de tristeza e

impotencia, al igual que estados de ansiedad que provienen del temor que les genera la nueva imagen corporal del adulto joven; siendo de esta manera difícil para ellos la aceptación de la limitación, más no así su reconocimiento, ya que son conscientes de la pérdida de la función o parte del cuerpo del adulto joven y de las consecuencias de esta, relacionada con cambios a nivel de hábitos y normas adoptadas anteriormente, al igual que de estructura de conductas y pensamientos, lo cual los lleva a plantear la importancia de permanecer unidos como familia, considerando primordial el diálogo entre ellos con el fin de compartir necesidades, temores y expectativas con respecto al adulto joven y su futuro, buscando siempre su beneficio físico y psicológico.

Es de resaltar que tras la búsqueda de dicho beneficio, los familiares de los pacientes con limitación física toman la decisión de ocultar los sentimientos y emociones que desencadena el tener un miembro del sistema discapacitado físicamente por un evento violento, ya que consideran que esto podría afectar el estado anímico del adulto joven y por ende el proceso de adaptación a su nueva realidad.

- Se observa que para los adultos jóvenes, sus familias desempeñan un papel significativo dentro de su proceso de adaptación a la limitación, debido a que de estas reciben el apoyo tanto económico, como emocional y espiritual que necesitan para la elaboración de la pérdida; ya que estas les permiten proyectarse en el tiempo y verse en una nueva situación, en la cual confían en lo que se les va a ir presentando dentro del contexto de sus posibilidades, logrando así superar

las dificultades que se les presenten y que en algunos casos están relacionadas con el rechazo que este tipo de pacientes siente por parte de la sociedad, quien aunque por un lado los ve como individuos con plenos derechos, por el otro, los ve como seres que se apartan de las expectativas sociales, haciéndolos de esta forma diferentes, lo cual hace que necesiten más de su entorno inmediato, que en estos casos es la familia, para poder sobrellevar lo que les ocurrió y estar anímicamente mejor. Hay que enfatizar que aunque para los adultos jóvenes discapacitados sus sistemas familiares son la fuente principal de respaldo, no dejan de lado la ayuda que puedan llegar a recibir por parte de sistemas externos al suyo como por ejemplo los amigos, la familia extensa, otras instituciones etc.; ayuda que los miembros del sistema familiar ven necesaria con el fin de brindarle al adulto discapacitado lo mejor para su desarrollo personal, razón que los lleva a movilizarse para buscar recursos y aceptar el auxilio de los demás.

- Se observa que en las familias con las cuales se trabajó y que tienen un adulto joven discapacitado físicamente tienden a reestructurar las propias reglas de funcionamiento, redistribuyendo los roles y reorganizando su sistema de comunicación; adaptándose de esta manera a una nueva realidad, que les permita mantener la estabilidad que como sistema tenían antes de que el evento violento ocasionara limitación en uno de sus miembros.
- No hallamos procesos generadores de conflictos y dificultades al ingresar el adulto joven discapacitado al sistema, procesos que en algunas ocasiones se presentan y son los causantes de crisis que pueden amenazar la firmeza del

sistema familiar; todo lo contrario, encontramos familias con actitudes activas y positivas frente a la nueva situación, capaces de generar estrategias constructivas que le permiten al adulto discapacitado seguirse desarrollando como un ser útil a la sociedad, planteándose metas que tengan en cuenta sus nuevos potenciales.

- Frente a la adquisición de la discapacidad física en la adultez joven, encontramos que tanto el paciente como su familia tienden a pensar en el desempeño laboral futuro que el adulto joven discapacitado tendrá al culminar el proceso de rehabilitación, proceso que de cierta manera les garantiza el que él pueda vivir de manera independiente, sin ayuda de la familia, lo cual le permitiría proyectarse como un ser capaz, que aunque con una limitación física, tiene la capacidad de realizar tareas que le ayudarán a llevar a cabo un desarrollo adecuado de su ciclo vital.

Esta perspectiva que el adulto joven y su sistema familiar tienen, está directamente relacionada con las expectativas que normalmente se tienen ante un individuo que está atravesando por la etapa conocida como la adultez joven, ya que en ella se espera que la persona comience a enfrentar situaciones por sí misma, dejando el hogar de sus padres para fijarse metas en la vida y construir un proyecto de vida estable, que en resumidas cuentas es lo que verdaderamente constituye el proceso de rehabilitación, proceso que a su vez según reportaron los pacientes y sus familias facilita la adaptación del adulto discapacitado a su limitación, ya que les permite desarrollar sus capacidades residuales, al igual que

asumir un nuevo rol, basado en los potenciales que acaban de adquirirse y que tienen en cuenta su limitación.

- El hecho de que la discapacidad física haya sido adquirida por un evento violento, no es identificada por este tipo de familias como un factor que estanque el proceso de adaptación del individuo, debido a que para ellos es más significativo el encontrarse en una situación limitante que afecta la vida de la persona, que la misma forma de adquisición, lo cual los ha llevado a redefinir el evento estresante (violencia), con el fin de hacerlo más manejable y menos perjudicial para el avance del adulto discapacitado, para quien el impacto del evento es más intenso. Las familias y los pacientes limitados con los cuales llevamos a cabo el trabajo de investigación han atribuido un significado religioso especial a este evento violento, ya que lo han considerado una prueba de Dios, el cual deben aceptar sin preguntarse las causas que lo produjeron, pero sí, intentando salir adelante, sobreponiéndose al acontecimiento ocurrido.

Frente a la identificación de las creencias, mitos y valores que tanto los adultos jóvenes como los sistemas familiares han movilizado en torno a la limitación física producida por un evento violento, encontramos que :

- En torno a la dinámica familiar fue posible encontrar diversos significados, tales como considerar que la unidad familiar permite la resolución adecuada de los conflictos por los cuales están atravesando actualmente los sistemas familiares con los que realizamos la investigación; lo cual, conlleva a avances significativos en el proceso de adaptación a la limitación de los adultos jóvenes, debido a que

la familia al permanecer unida, comienza a adaptar su estructura para hacer frente a los desafíos planteados y al estrés que les produce la situación; igualmente se debe enfatizar que las buenas relaciones entre los miembros del sistema son fundamentales para la asimilación de la limitación, debido a que los pensamientos, sentimientos y emociones que experimentan los adultos discapacitados están íntimamente relacionados con la forma como estos perciben su entorno familiar y las relaciones con los demás; entorno en el cual se espera que prime la comunicación positiva con el fin de mantener una adecuada integración del sistema.

- Debido a que tanto los adultos jóvenes como sus familias consideran que la situación de discapacidad física, no les va a permitir desempeñarse como antes, pues la pérdida de la función o la parte del cuerpo se los impide; comienzan a generar reacciones de temor al encontrarse en una situación difícil y nueva para ellos, las cuales se incrementan al encontrarse según reportaron, en desventaja con otras personas que no han perdido la facultad de caminar, sin embargo es fundamental aclarar que estas reacciones se encuentran implícitas dentro del proceso de ajuste psicológico que la persona limitada físicamente experimenta y que van disminuyendo a medida que encuentran nuevos potenciales a desarrollar, los cuales una vez reconocidos son altamente valorados y es cuando la persona considera que puede encontrar actividades que vayan de acuerdo a sus capacidades y que no signifiquen barreras debido a su limitación.

- Los adultos jóvenes consideran que aunque el apoyo recibido por parte de sus familiares es fundamental, el soporte que les brinda la institución en la cual están recibiendo tratamiento, juega un papel importante dentro de su rehabilitación, ya que teniendo en cuenta que este tipo de personas tienen dificultades para realizar sus propias elecciones, relacionarse con los demás y ser parte activa de la sociedad, es necesario que recurran a quienes les colaboren con este fin; es decir, que se unifiquen acciones de un equipo interdisciplinario que cubra todos los aspectos de la persona en torno a su rehabilitación, proceso que los adultos jóvenes y las familias con las cuales se trabajó en la investigación consideran esencial, pues el sentir que desde varias disciplinas se le está brindando ayuda hace que se motiven ante su rehabilitación, debido a que es la garantía de no sentirse abandonados en un proceso de difícil aceptación. De la misma manera este proceso y los avances significativos que a través de él han obtenido, hacen que los pacientes discapacitados valoren aún más su vida y a su familia, debido a que se hacen conscientes de sus propios actos y de las consecuencias de estos, permitiéndose tener una proyección a futuro de acuerdo a su propia vida, que los impulsa a alcanzar logros positivos dentro de su adaptación.

- En torno al significado religioso que estas familias le otorgan a la discapacidad, se encuentra que para ellos el buscar apoyo espiritual en Dios, es de esencial importancia debido a que buscan a través suyo la solución de su problema y la recuperación de la situación actual, encontrándose que por ser la

causa de la discapacidad un evento de difícil explicación, comienzan a surgir o construir significados para entender lo que ocurre a su alrededor, basados en un sistema de creencias que intenta dar sentido a las acciones y comportamientos de las personas.

- Encontramos que para las familias es difícil aceptar la situación de discapacidad en uno de sus miembros, ya que se cree que por encontrarse la persona limitada en la etapa de la adultez joven, debe ser independiente y tener o elaborar un proyecto de vida viable, que le garantice estabilidad a diferentes niveles, razón por la cual, las familias se preocupan por ayudarlo a salir adelante y no estar tan supeditados a ellos, introduciéndose de esta manera cambios en el sistema en donde exista un ambiente colaborativo en el cual la persona limitada sea el propio agente de cambio. Esto está relacionado con las expectativas que la familia tiene con respecto al proceso de rehabilitación, ya que ven dicho proceso como la oportunidad que el adulto joven tiene para desarrollar al máximo sus potencialidades como individuo.

Frente a la identificación de cómo los significados familiares facilitan o dificultan el proceso de adaptación del adulto joven a su discapacidad física adquirida, encontramos que existen significados que la familia considera se deben mantener, ya que estos facilitan el adecuado desarrollo del proceso de adaptación del adulto discapacitado; significados que expondremos a continuación :

- Cuando los sistemas familiares tienen claridad en cuanto a sus reglas de funcionamiento y se movilizan a favor del adulto joven discapacitado con el fin de brindarle y ayudarlo a construir herramientas indispensables para su propio desarrollo, es cuando este podrá adaptarse de manera más adecuada a su nueva realidad, ya que la familia puede ofrecer un contexto facilitador para el desarrollo y la superación física y socioeconómica, al igual que para la estabilidad emocional y la protección ante la situación de discapacidad ; situación esta que está íntimamente relacionada con el proceso de rehabilitación, ya que la acción rehabilitadora que no tenga en cuenta la capacidad de ajuste y organización de la familia del paciente obrará en contra de sus finalidades.

- Las familias con las cuales trabajamos, tienen la necesidad de apoyarse en un ser superior (Dios), que les brinde soporte para afrontar y llegar a superar lo ocurrido, creencia que por estar igualmente internalizada en los adultos jóvenes, facilita el avance de este en las etapas de ajuste psicológico; sin embargo, no solo se apoyan en sus creencias religiosas, sino que consideran importantes los lugares a los cuales asisten actualmente a terapia, ya que al ser las instituciones y el personal profesional que trabaja en ellas fundamentales en el proceso de rehabilitación que los adultos jóvenes llevan a cabo, las familias consideran que este es un apoyo esencial, lo cual hace que se movilicen en torno a la búsqueda adecuada de recursos que proporcionen beneficio al adulto joven limitado físicamente ; significados que les permiten adaptarse de forma positiva a su nueva realidad.

- Al reconocer las familias los avances que los adultos jóvenes han tenido desde la adquisición de la discapacidad física, gracias al proceso adecuado de rehabilitación han comprendido que estos tienen más posibilidades, lo cual les da la esperanza de que en algún momento llegarán a ser independientes haciéndose responsables de sus actos, razón esta que hace que la familia ayude a motivar al paciente, formando parte activa del proceso de adaptación y estableciendo así mecanismos de interacción con su entorno, que faciliten la integración social del individuo limitado, con el fin de que desempeñe su rol en la sociedad y cumpla con las obligaciones que les corresponden de acuerdo con su edad y su condición.

Continuando con los significados familiares que se relacionan con el proceso de adaptación a la limitación, encontramos que existen algunos de ellos que los familiares consideran se deben modificar pues de cierta manera dificultan la adaptación de los adultos jóvenes a su situación; los cuales mostramos a continuación:

- Cuando los adultos jóvenes consideran que al haber perdido la facultad de caminar, han perdido sus deseos de vivir ya que no podrán desempeñar adecuadamente sus roles como lo hacían anteriormente ; es la familia la que juega un papel importante al propiciar el desarrollo de motivaciones y expectativas a futuro que involucren el proyecto de vida del individuo discapacitado, ya que cuando esta se hace consciente de que la persona si tiene posibilidades para salir adelante, es cuando comienza a inculcarle deseos de superación, enfatizándole

que ellos como familia estarán siempre acompañándolo en su proceso de adaptación ; igualmente las familias consideran que si una persona discapacitada es vista como incapaz o inútil por su estado actual, esto puede perjudicar la forma como el individuo se percibe y afectar su estado físico y emocional, y por ende su proceso de asimilación frente a lo ocurrido.

La discusión que hemos realizado nos ha permitido clarificar la relación que existe entre los significados que una familia moviliza en torno a la discapacidad física adquirida de una adulto joven perteneciente al sistema familiar, cuando es generada por violencia y el proceso de adaptación de este a su limitación física, lo cual nos permitió analizar e interpretar de forma crítica un problema clínico como lo es la discapacidad, relacionado con el contexto social actual, ya que en nuestro país la violencia es un hecho que no se puede fácilmente ocultar y esto nos invita a los psicólogos a buscar el beneficio integral de las personas que por un evento violento han quedado limitados físicamente, al igual que de los sistemas familiares con los cuales conviven.

CONCLUSIONES

Basadas en la discusión que realizamos anteriormente damos a conocer a continuación las conclusiones de nuestro trabajo de grado haciendo énfasis en los diferentes aspectos analizados :

- Encontramos que a través del contacto con los pacientes y sus respectivos sistemas familiares, son diversos los significados encontrados (creencias mitos y valores) a nivel religioso, laboral, personal, familiar y social; y que según la forma de ser movilizados por la familia en torno a la discapacidad física y la rehabilitación de un miembro del sistema familiar, operarán de manera positiva o negativa en el proceso de adaptación.
- La entrevista reflexiva nos permitió conjuntamente con las familias clasificar los significados encontrados en la entrevista evaluativa, logrando así reconocer que dichos significados aportan de manera significativa con el proceso de ajuste psicológico; ya que las familias lograron reflexionar acerca de cuáles eran conveniente mantener y cuáles modificar con el fin de que no interfirieran en el proceso de asimilación.
- Este trabajo de grado aporta a la psicología como profesión ya que permite comprender y mostrar la situación de las personas discapacitadas físicamente cuando la adquisición de esta limitación ha sido por un evento violento, buscando de esta manera el beneficio de la persona en todas sus dimensiones.

- Igualmente el trabajo nos permitió comprender aún más la importancia de utilizar un modelo sistémico ya que se ve la necesidad de involucrar en el proceso de adaptación a las familias que poseen un miembro discapacitado, teniendo en cuenta que el comportamiento de unos afecta a los otros y que los significados que maneja el sistema familiar se ven reflejados en cada uno de los miembros del sistema facilitando o dificultando la adaptación de la persona discapacitada a su nueva realidad.
- Esta investigación aporta a las personas discapacitadas y sus sistemas familiares en tanto brinda información que permite el avance adecuado y satisfactorio del proceso de adaptación del adulto joven, en el cual se espera haya un ajuste a nivel psicológico que lo beneficie en la vivencia de su nueva realidad, igualmente al involucrar a la familia se les está haciendo partícipes y facilitadores de dicho proceso.
- Consideramos que este trabajo de grado brinda a las instituciones que llevan a cabo procesos de rehabilitación con pacientes discapacitados, (como la Clínica Puente del Común y el Hospital Universitario de la Samaritana) herramientas útiles para el manejo adecuado de la limitación, ya que al conocer cómo los significados que la familia moviliza en torno a la discapacidad se relacionan directamente con el proceso de adaptación del adulto joven, es esencial que no solo la psicología sino todas aquellas disciplinas involucradas en este proceso tengan en cuenta estos significados al llevar a cabo un proceso de rehabilitación.

- La violencia es un evento que la familia no espera, el cual genera tensión y estrés en el sistema, más aún si esta genera una limitación física en uno de los miembros de la familia; sin embargo, para las familias con las que se trabajo no es de mayor importancia la forma como se adquirió la limitación sino que para ellos lo primordial y significativo es el hecho de que uno de los miembros de la familia se encuentra discapacitado, y así, buscar los medios y aplicar estrategias con el fin de movilizarse de manera adecuada en torno a la situación, con el fin de buscar el beneficio de la persona limitada.
- La limitación física adquirida por violencia hace que la persona se vea obligada a reestructurar su proyecto de vida ya que el encontrarse limitado es una situación que no se tiene en cuenta y por lo tanto la sorprende; y es gracias al proceso de rehabilitación que el individuo reconoce que aunque se encuentra discapacitado puede desarrollar habilidades, obteniendo así logros significativos que le permiten sobrellevar su situación de manera satisfactoria.
- Se puede observar también que la familia juega un papel fundamental e importante como parte facilitadora del proceso de adaptación del adulto joven que se encuentra limitado, ya que para este es importante sentir el apoyo de los miembros de su familia; es así como, si el sistema familiar logra manejar de manera satisfactoria la situación que se está viviendo puede suceder que el adulto discapacitado se comprometa aún más con su tratamiento.
- La noción de esquema corporal involucra la idea de totalidad e integridad, la cual permite el contacto real con el mundo externo. Es por esta razón que cuando

hay una modificación en dicho esquema, es decir cuando se adquiere una limitación, ocurren alteraciones en la imagen corporal, lo cual genera reacciones específicas tanto en el individuo como en su familia; en donde el trabajo de la Psicología juega un papel muy importante en la construcción y realización del proyecto de vida al igual que la evolución del proceso de duelo que se presenta ante la pérdida ocurrida.

- Finalmente podemos decir que los significados que moviliza la familia en torno a la discapacidad física, el evento violento y el proceso de rehabilitación, se encuentran íntimamente relacionados con el proceso de adaptación a la nueva situación que están atravesando tanto los sistemas familiares como los adultos jóvenes.

SUGERENCIAS

Al finalizar el trabajo de investigación, fue posible plantear algunas sugerencias que pueden brindar elementos a tener en cuenta:

- La Universidad de La Sabana a través de la Facultad de Psicología ha realizado un convenio con la Clínica Puente del Común y el Hospital Universitario de La Samaritana, lo cual ha dado la oportunidad de tener un contexto de práctica clínica profesional. Es por esta razón que consideramos que tanto los docentes, como los estudiantes de la Facultad de Psicología de la universidad pueden realizar investigaciones que aporten a la intervención de las personas limitadas físicamente y sus familias.
- Teniendo en cuenta que son pocos los documentos que se encuentran sobre la discapacidad física, es importante que la psicología a través de investigaciones en el tema contribuya integralmente en el bienestar de las personas limitadas físicamente y sus sistemas familiares, al igual que en el proceso de rehabilitación.
- Reconociendo que la rehabilitación es un proceso interdisciplinario y que los significados se relacionan con el proceso; se sugiere que los profesionales que se encuentran involucrados directamente con personas discapacitadas físicamente tengan en cuenta al llevar a cabo el tratamiento, los significados que tanto la familia como el paciente le dan a la discapacidad física adquirida por un evento

violento debido a que estos se relacionan con el proceso de adaptación a la limitación y con el proceso de rehabilitación que se está llevando a cabo.

- Consideramos que es importante que se continúen desarrollando trabajos de investigación relacionados con los significados que tanto la familia como la persona discapacitada le dan a la limitación física, ya que esto permite facilitar y colaborar con el proceso de adaptación a esta.

REFERENCIAS

Arango, S. Y Gómez, C. (2000). Aproximación Sistémica de las Necesidades Psicológicas de una Persona que Enfrenta la Paraplejia. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de La Sabana, Chía.

Arellano, A.y Hadad, J. (1997). Estructura y Funcionamiento del Sistema Familiar con un Miembro Adulto con Impedimento Motor de Origen Cerebral. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad Santo Tomás, Bogotá.

Bagarozzi, D. & Anderson, S. (1996). Mitos Personales, Matrimoniales y Familiares : Formulaciones Teóricas y Estrategias Clínicas. Barcelona : Paidós.

Bollini, P. ; Bustos, A. y Colbs. (1997). Introducción a la Temática de la Discapacidad. Buenos Aires : INAP.

Boscolo, L., Cecchin, G, Hoffman, L Y Penn, P (1987). Terapia Familiar Sistémica de Milán. Argentina : Amorrortu.

Cabada, J. (1999). Calidad de Vida de Las Personas con Discapacidad, Revista Polibea, p. 19 – 26.

Cerda, H. (1995). Los Elementos De La Investigación. (Segunda Edición), Santafé de Bogotá : Búho Ltda.

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE DEFICIENCIA (1983). Ministerio de Asuntos Sociales : Instituto de Servicios Sociales : INSERSO. Madrid.

Climent (1995). La Familia Ante un Hijo Discapacitado. Vol. 24 No. 56.

Contreras & Salcedo (1999). Manual de Rehabilitación Médica : Universidad Nacional de Colombia. Colombia :Edición Galia C. Fonseca M.D.

Cordominas, R (1995). El Minusválido y su Entorno Insero, España

Cuartas, R. (1995). Discapacidad, Duelo y Depresión. Secretaria de Salud y Seguridad Social.

Dallos, R. (1996). Sistema de Creencias Familiares. Barcelona: Paidós.

Davidoff, L. (1989). Introducción a La Psicología. Tercera Edición. México : McGraw Hill.

Delgado, J. & Gutiérrez, J. (1995). Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. España : De. Síntesis Psicología.

Díaz, R. (1989). Ensayo Sobre Rehabilitación Vista Desde Perspectiva Sistémica. Colombia: Teletón. C.N.R.

Estrada, L. (1997). Ciclo Vital de La Familia. México : Grijalbo.

Franco, S. (1999). El Quinto : No Matar. Colombia : TM Editores.

Hernández, A (1991). Estrés en la Familia Colombiana Tensiones Típicas y Estrategias de Afrontamiento. Colombia

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de La Investigación. México : McGraw Hill.

Hoffman, L. (1998). Fundamentos de La Terapia Familiar. México : Fondo de Cultura Económica.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (INML y CF) (1999). Forensis. Colombia.

Krueger. (1988). Psicología de la Rehabilitación. Barcelona : Herder.

Martínez, M. (19??). La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación.

Colombia: Circulo de Lectura Alternativa

Mcnamee, S. (1996). Construcción Social. España : Paidós

Olson (1986). Inventarios Sobre Familia. (Hernández, A, Trad. 1989) Colombia :

Universidad Santo Tomás.

Papalia, D. (1997). Desarrollo Humano. México : McGraw Hill.

Romero, C y Trujillo A. (1999). Características Sociales el Paciente con Amputación Traumática. Tesis de grado profesional no publicada, Pontificia

Universidad Javeriana, Bogotá.

Salem, G. (1993). Terapia Sistémica. Buenos Aires : Editorial Amorrortou.

Shakespeare (1985). Psicología de La Invalidez. México : Compañía Editorial Continental.

Sorrentino, A. (1990). Handicap y Rehabilitación. Barcelona : Paidós.

Tamayo (1994). Proceso de Investigación Científica. México : Limusa.

ANEXOS

Anexo A

Ficha Socio-Demográfica

Ficha utilizada por las psicólogas, con el fin de conocer los datos personales de los adultos jóvenes discapacitados, al igual que los datos relacionados con la discapacidad física y el proceso de rehabilitación.

I. DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Edad : _____ Género : M_____ F_____

Escolaridad: _____ Procedente: _____

Estado Civil: Soltero_____ Casado_____ Otro _____ Cual?_____

Vive Actualmente Con: Padre____ Madre____ Hermanos____ Cuantos?_____

Otros? _____ Cual? _____

Diagnóstico Médico : _____

II. DATOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD

1. Tiempo de Adquisición de la Discapacidad

- Entre 0 - 3 meses _____
- Entre 4 - 6 meses _____

- Entre 7 – 12 meses _____
- Entre 13 – 18 meses _____
- Entre 19 – 24 meses _____

2. Forma de Adquisición de la Discapacidad

- Accidente _____ Situación _____
-

- Herida por Arma de Fuego _____ Situación _____
-

- Herida por Arma Cortopunzante _____ Situación _____
-

- Otro _____ Cual? _____ Situación _____
-

III. DATOS RELACIONADOS CON LA REHABILITACIÓN

1. Proceso de Rehabilitación

- Ha asistido a algún Programa de Rehabilitación?

Sí____ No____

Dónde? _____ Cuándo? _____

2. Tiempo de permanencia en Proceso de Rehabilitación

- Entre 0 - 3 meses _____
- Entre 4 – 6 meses _____
- Entre 7 – 12 meses _____

- Entre 13 – 18 meses _____
- Entre 19 – 24 meses _____

3. Descripción del Proceso de Rehabilitación

IV. GENOGRAMA

Anexo B

Entrevistas Semiestructuradas Evaluativas

Entrevista Adulto Joven

Entrevista semiestructurada compuesta por una serie de preguntas dirigidas por una de las psicólogas a los adultos jóvenes con los cuales se realizó la investigación. Esta entrevista está dividida en tres categorías principales, que permitirán una posterior clasificación en un formato de registro, recopilando de esta manera información relevante para cumplir con el objetivo del trabajo de grado.

- **Proceso de Adaptación a la Discapacidad**

Participación de la familia en el proceso

1. Cómo fue el impacto de la discapacidad en cada uno de los miembros de tu familia ? (Reorganización familiar).
2. Tu familia ha estado contigo, desde la adquisición de la discapacidad ?
3. Te has sentido aceptado o rechazado por tu familia ?
4. Cómo fue el apoyo recibido por parte de tus familiares ?

Momento actual del proceso

1. Cómo ha ido cambiando tu visión hacia la discapacidad ?
2. Actualmente en qué momento te encuentras ?

3. Crees que has logrado adaptarte a tu nueva situación? (Nivel familiar/emocional / social).
4. Qué ha sido lo más difícil en el proceso de adaptación?

Estrategias utilizadas durante el proceso de adaptación

1. Qué has hecho para adaptarte a tu nueva situación? (Nivel emocional/familiar/ social)
2. Quiénes te han apoyado en el proceso de adaptación?
3. Qué ha hecho tu familia para adaptarse a la discapacidad?
4. Qué emociones (positivas / negativas) consideras que han influido en el proceso de adaptación a tu limitación?

- **Creencias, Mitos y Valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento**

Situación de Discapacidad

1. Qué significa para tí el hecho de haber quedado discapacitado por un evento violento?
2. Cuál ha sido el impacto de la discapacidad a nivel emocional, familiar y social?
3. Qué crees que sería lo mejor para alguien que atraviesa una situación semejante a la tuya?

Evento Violento como Causante

1. Tú crees que la forma como adquiriste la limitación física influye en tus sentimientos y los de tu familia?

2. Por qué crees que te sucedió este evento ?

Percepción de Sí Mismo

1. Cómo el impacto del evento modificó tu percepción ante tí mismo?
2. En qué cambió tu vida después de la discapacidad ?
3. En cuanto a tu proyecto de vida, cuáles han sido los cambios o resignificaciones en este, luego de la adquisición de la discapacidad ?

Percepción del Entorno

1. Cómo el impacto del evento modificó tu percepción ante el entorno?
2. De qué manera cambiaron tus relaciones con los demás después de la adquisición de la discapacidad ?

• Creencias, Mitos y Valores en torno a la Rehabilitación

Expectativas Ante la Rehabilitación

1. Qué esperas de la rehabilitación ?
2. Cómo te sentías y qué pensabas frente a tu limitación a medida que te enfrentabas a los cambios que te producía el proceso de rehabilitación ?

Importancia del Proceso de Rehabilitación

1. Qué importancia le das al proceso de rehabilitación ?
2. Cuál ha sido el momento más exitoso y el más doloroso en el proceso de rehabilitación ?

Participación de la Familia en la Rehabilitación

1. Tu familia te ha colaborado en el proceso de rehabilitación ? Cómo ?

Entrevista Sistema Familiar

Entrevista semiestructurada compuesta por una serie de preguntas dirigidas por una de las psicólogas a las familias de los adultos jóvenes con los cuales se llevó a cabo la investigación. Esta entrevista está dividida en tres categorías principales, que permitirán una posterior clasificación en un formato de registro, recopilando de esta manera información relevante para cumplir con el objetivo del trabajo de grado.

- **Proceso de Adaptación a la Discapacidad**

Participación de la familia en el proceso

1. Cómo fue el impacto de la discapacidad en cada uno de los miembros de la familia ?
2. Ustedes como familia han estado con él, desde la adquisición de su discapacidad ?
3. Creen que él se ha sentido aceptado o rechazado por ustedes?
4. Qué tipo de apoyo le brindaron ustedes como familia ?

Momento actual del proceso

1. Cómo creen ustedes que ha ido cambiando la visión que tiene hacia la discapacidad ?
2. En qué momento se encuentra él actualmente ?
3. Creen que ha logrado adaptarse a su nueva situación? (Nivel familiar/ emocional / social).
4. Qué ha sido lo más difícil en el proceso de adaptación ?

Estrategias utilizadas durante el proceso de adaptación

1. Qué creen ustedes que ha hecho él para adaptarse a su nueva situación ? (Nivel emocional / familiar / social).
 2. Quiénes lo han apoyado en el proceso de adaptación ?
 3. Qué han hecho ustedes como familia para adaptarse a la discapacidad?
 4. Que emociones (positivas / negativas) consideran que han influido en el proceso de adaptación a la limitación ?
- **Creencias, Mitos y Valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento**

violento

Situación de Discapacidad

1. Qué significa para ustedes el hecho de que él haya quedado discapacitado por un evento violento ?
2. Cuál ha sido el impacto de la discapacidad a nivel emocional, familiar y social ?
3. Qué creen que sería lo mejor para alguien que atraviesa una situación semejante a la de él ?

Evento Violento Como Causante

1. Creen que la forma como adquirió la limitación física influye en sus sentimientos y en los de ustedes ?
2. Por qué creen que le sucedió este evento ?

Percepción de Sí Mismo

1. Cómo el impacto del evento modificó la percepción de él ante sí mismo?

2. En que cambió su vida después de la discapacidad ?
3. En cuanto a su proyecto de vida, cuáles han sido los cambios o resignificaciones en este, luego de la adquisición de la discapacidad ?

Percepción del Entorno

1. Cómo el impacto del evento modificó la percepción de él ante su entorno?
2. De qué manera cambiaron sus relaciones con los demás después de la adquisición de la discapacidad ?

• Creencias, Mitos y Valores en torno a la Rehabilitación

Expectativas Ante la Rehabilitación

1. Qué esperan de la rehabilitación ?
2. Cómo se sentían y qué pensaban frente a la limitación a medida que se enfrentaban a los cambios que producía el proceso de rehabilitación ?

Importancia del Proceso de Rehabilitación

1. Qué importancia le dan al proceso de rehabilitación ?
2. Cuál ha sido el momento más exitoso y el más doloroso en el proceso de rehabilitación ?

Participación de la Familia en la Rehabilitación

1. Como familia han colaborado en el proceso de rehabilitación ? Cómo?

Anexo C

Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis Hamilton I. Mc Cubbin David H. Olson Andrea S. Larsen

OBJETIVO:

Esta escala esta diseñada para registrar las actitudes y conductas efectivas ante la resolución de problemas, desarrolladas por las familias para responder a los problemas o dificultades.

INSTRUCCIONES:

Tanto los familiares como el adulto joven deberán leer la lista de "Escogencia de Respuestas", una a una. Luego deben escoger que tan bien cada frase describe sus actitudes y conductas en respuesta a problemas y dificultades. Si la frase describe muy bien la respuesta, tachar el numero 5 indicando que usted está en MARCADO ACUERDO; si la frase no describe para nada su respuesta, tachar el numero 1; indicando que usted esta en MARCADO DESACUERDO; si la frase describe su respuesta en alguna medida, seleccionar el numero 2, 3 o 4, para indicar que tanto acuerdo o desacuerdo hay entre la frase y la respuesta.

Numero 1: Marcado Desacuerdo

Numero 2: Moderado desacuerdo

Numero 3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

Numero 4: Moderado acuerdo

Numero 5: Marcado desacuerdo

Cuando en nuestra familia enfrentamos problemas o dificultades, Nosotros respondemos:	Escogencia de Respuestas				
	<u>Marcado</u>	<u>Moderado</u>	<u>Ni de acuerdo</u>	<u>Moderado</u>	<u>Marcado</u>
	<u>Desacuerdo</u>	<u>Desacuerdo</u>	<u>Ni en desacuerdo</u>	<u>Acuerdo</u>	<u>Acuerdo</u>
	<u>0</u>	<u>0</u>			
1. Compartiendo nuestras dificultades con los parientes.	1	2	3	4	5
2. Buscando estimulo y apoyo en amigos.	1	2	3	4	5
3. Sabiendo que nosotros tenemos el poder para para resolver problemas importantes.	1	2	3	4	5
4. Buscando información y consejo de personas que han enfrentado problemas iguales o parecidos.	1	2	3	4	5
5. Buscando consejo en los parientes. (tíos, etc.)	1	2	3	4	5
6. Buscando asistencia en servicios y programas comunitarios, diseñados para ayudar a familias en nuestra situación.	1	2	3	4	5
7. Sabiendo que dentro nuestra propia familia tenemos la fortaleza para resolver nuestros propios problemas.	1	2	3	4	5
8. Recibiendo regalos y favores de los vecinos.	1	2	3	4	5
9. Buscando información y consejo del medico de la familia.	1	2	3	4	5
10. Pidiendo a los vecinos ayudas y favores.	1	2	3	4	5
11. Enfrentando los problemas "con la cabeza" y tratando de encontrar soluciones inmediatamente.	1	2	3	4	5

12. Viendo televisión.	1	2	3	4	5
13. Demostrando que somos fuertes.	1	2	3	4	5
14. Asistiendo a los servicios de la iglesia.	1	2	3	4	5
15. Aceptando los eventos estresantes como parte de la vida.	1	2	3	4	5
16. Compartiendo las preocupaciones con amigos cercanos.	1	2	3	4	5
17. Viendo en los juegos de suerte un recurso importante para resolver nuestros problemas familiares.	1	2	3	4	5
18. Aceptando las dificultades que aparecen en forma inesperada.	1	2	3	4	5
19. Compartiendo actividades con parientes. (salir juntos, comer, etc.)	1	2	3	4	5
20. Buscando consejo profesional y ayuda para las dificultades familiares.	1	2	3	4	5
21. Creyendo que nosotros podemos manejar nuestros propios problemas.	1	2	3	4	5
22. Participando en actividades de la iglesia.	1	2	3	4	5
23. Definiendo el problema familiar en una forma mas positiva, de modo que no nos sintamos demasiado desalentados.	1	2	3	4	5
24. Preguntándole a los parientes como se sienten ellos con los problemas que nosotros enfrentamos.	1	2	3	4	5

25. Sintiendo que sin importar lo que hagamos para estar preparados, siempre tendremos dificultad para enfrentar los problemas.	1	2	3	4	5
26. Buscando consejo de un sacerdote o religioso	1	2	3	4	5
27. Creyendo que si esperamos lo suficiente, el problema desaparecerá por si solo.	1	2	3	4	5
28. Compartiendo los problemas con los vecinos	1	2	3	4	5
29. Teniendo fe en Dios	1	2	3	4	5

Anexo D

Entrevista Semiestructurada Reflexiva

Entrevista dirigida por una de las psicólogas, compuesta por preguntas que permiten la reflexión de los adultos jóvenes y sus familias acerca de la información que pudo recogerse en sesiones anteriores. Se encuentra dividida en tres categorías principales, que permitirán la posterior clasificación en un formato de registro.

- **Proceso de Adaptación a la Discapacidad**

Aportes de la Familia en el Proceso de Adaptación a la Limitación

Cómo ha aportado la familia en el proceso de adaptación a la limitación del adulto joven?

Relación Entre Significados Familiares y Proceso de Adaptación

Cuáles son las relaciones existentes entre la forma de comportarse de ustedes como familia y el proceso de adaptación del adulto a su limitación física ?

Actitudes y Conductas Frente a la Resolución de Problemas

Qué actitudes y conductas han asumido ustedes frente a la resolución de los problemas ?

- **Creencias, Mitos y Valores en torno a la discapacidad adquirida por un evento violento**

Proceso Adaptativo a Discapacidad Física Adquirida por Violencia

Cómo las creencias, mitos y valores que se han formado en torno a la discapacidad física adquirida por violencia están relacionadas con la adaptación del adulto joven a su limitación ?

Significados Para Modificar

Cuáles serían las creencias, mitos y valores que se han formado en torno a la discapacidad del adulto joven que se deberían modificar?

Significados Para Mantener

Cuáles serían las creencias, mitos y valores que se han formado en torno a la discapacidad del adulto joven que se deberían mantener ?

• **Creencias, Mitos y Valores en torno a la Rehabilitación**

Proceso Adaptativo a Discapacidad Física Adquirida por Violencia

Cómo las creencias, mitos y valores que se han formado en torno a la rehabilitación del adulto joven están relacionadas con su proceso de adaptación a la limitación ?

Significados Para Modificar

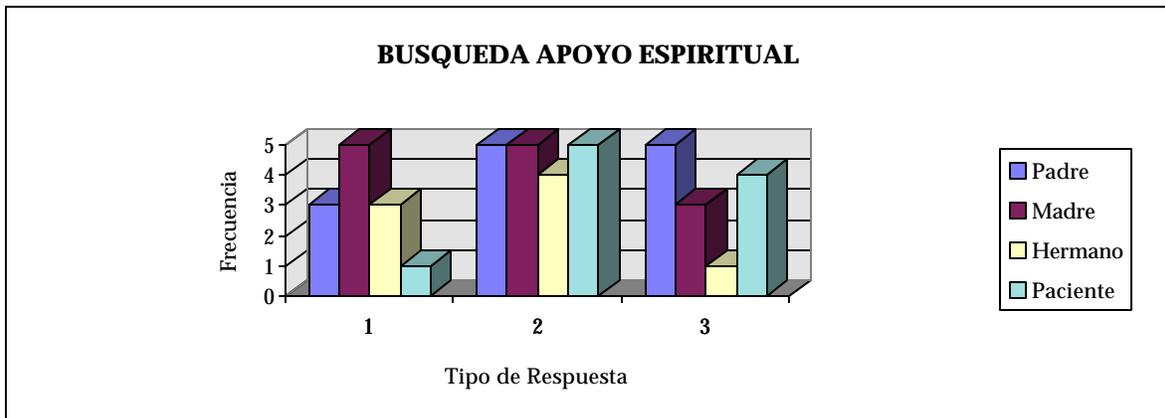
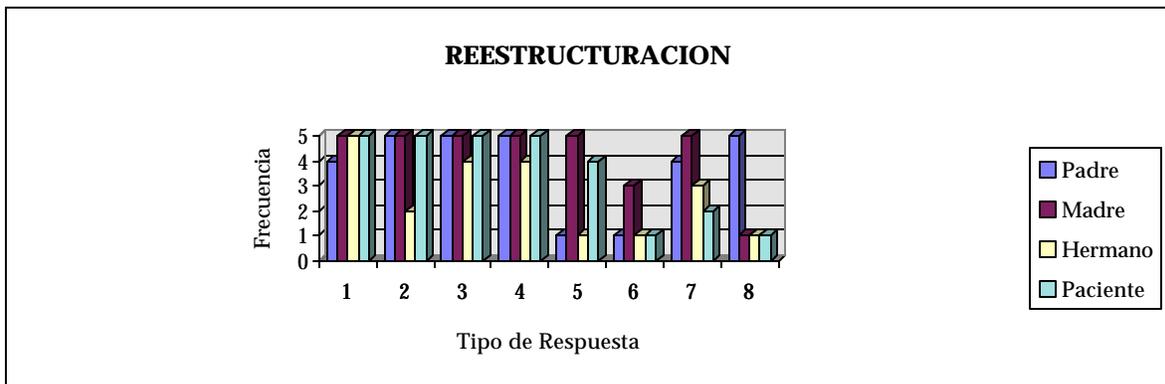
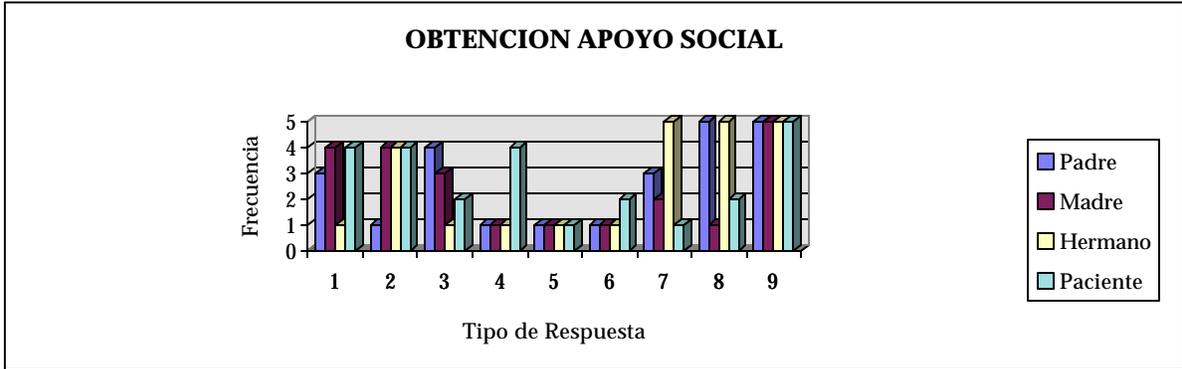
Cuáles serían las creencias, mitos y valores que se han formado en torno a la rehabilitación del adulto joven que se deberían modificar?

Significados Para Mantener

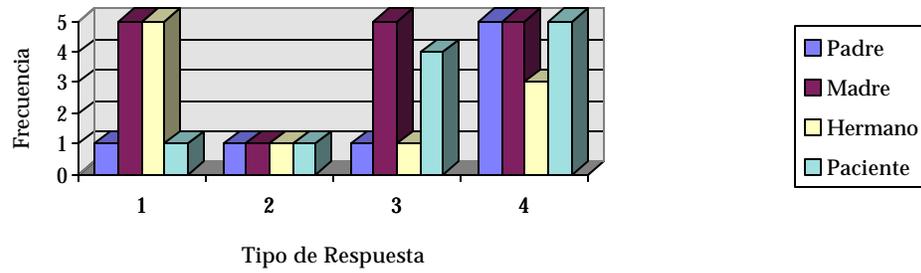
Cuáles serían las creencias, mitos y valores que se han formado en torno a la rehabilitación del adulto joven que se deberían mantener ?

Anexo E
Gráficas F - COPES

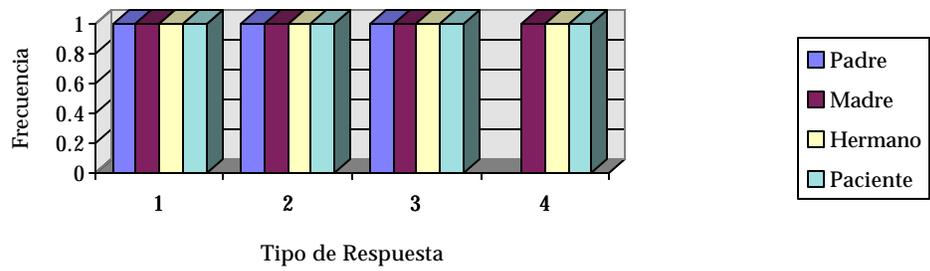
Puntaje Individual Escalas F - COPES (Caso No 1)



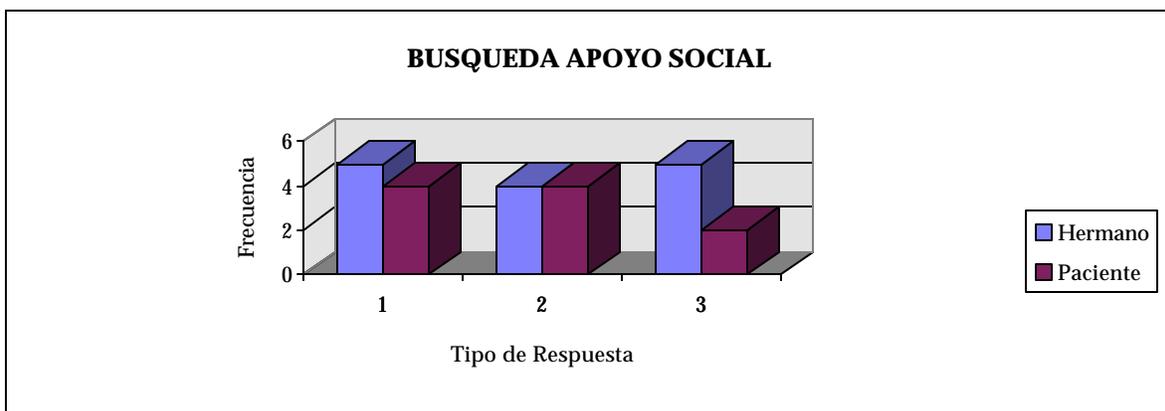
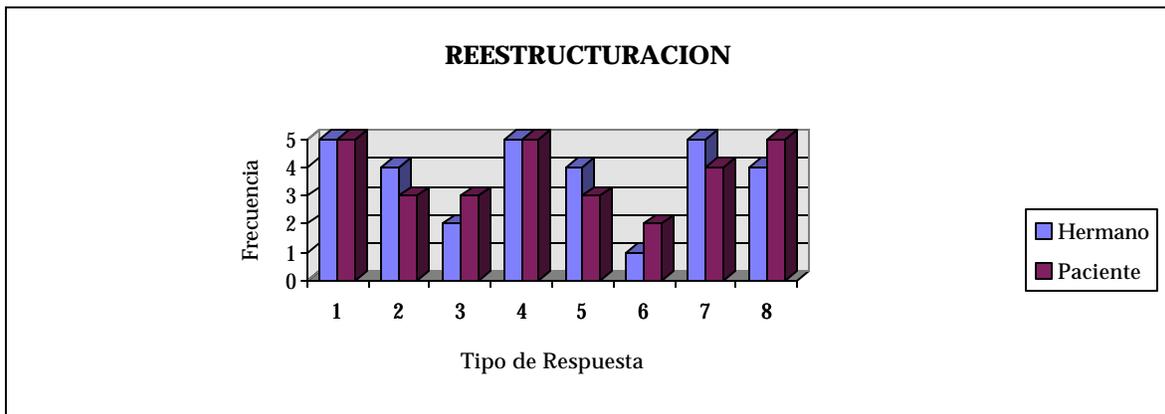
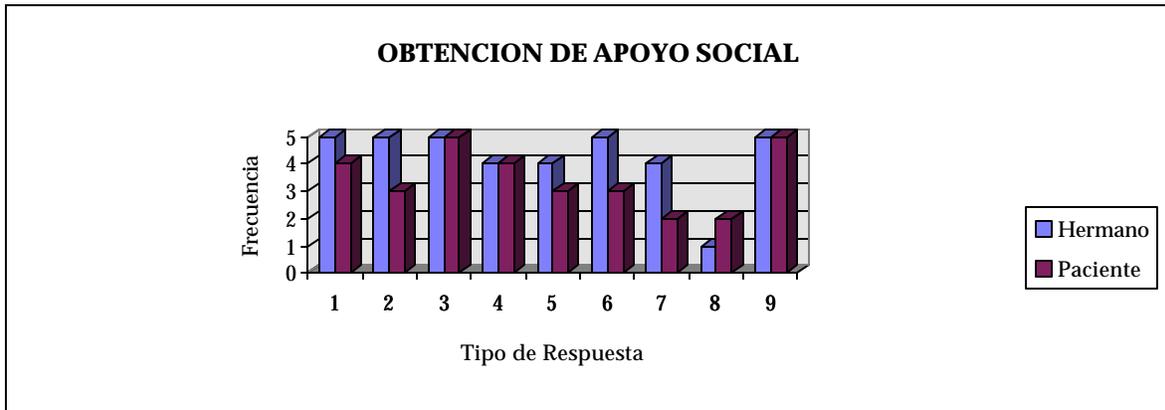
MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA



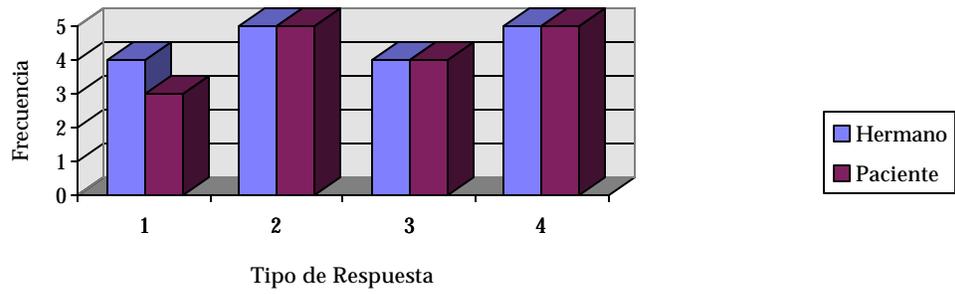
EVALUACION PASIVA



Puntaje Individual Escalas F - COPES (Caso No 2)



MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA



EVALUACION PASIVA

