

**ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD EN EL DISCAPACITADO FÍSICO, SU
FAMILIA Y PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN**

JOHANNY MOTTA ORTEGA

XIMENA MARIA VILLOTA

Fisioterapeutas

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍAS, TÉCNICAS Y MÉTODOS DE
INVESTIGACIÓN SOCIAL
BUCARAMANGA**

2006

**ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD EN EL DISCAPACITADO FÍSICO, SU
FAMILIA Y PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN**

**Requisito para aspirar al título de
Especialista en Teorías, Técnicas y Métodos de Investigación Social**

JOHANNY MOTTA ORTEGA

XIMENA MARIA VILLOTA

Fisioterapeutas.

Directora

YOLIMA BELTRÁN VILLAMIZAR

**Doctor en teoría y Política Educativa e Educación Comparada e
Internacional**

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍAS, TÉCNICAS Y MÉTODOS DE

INVESTIGACIÓN SOCIAL

BUCARAMANGA

2006

DEDICATORIA

Al culminar este nuevo logro en mi vida, mi corazón esta lleno de gratitud hacia Dios, gestor de todas las cosas buenas que hay en mi vida. Dedico este trabajo fundamentalmente a mi madre quién ha sido constante motor de motivación y crecimiento profesional en mí. Por su apoyo y amor incondicional, gracias mamá. También dedico este logro a mis hermanos y a mi esposo quienes siempre supieron ser voces de aliento y optimismo para no dejarme desfallecer en los momentos difíciles. Agradezco la colaboración de todas aquellas personas que participaron y colaboraron en nuestra investigación, sin ellas esto no hubiera sido posible. GRACIAS A TODOS.

XIMENA.

Lograr las metas trazadas en mi vida y culminarlas con éxito solo ha sido posible gracias a la ayuda de Dios y de mis seres queridos, esposo e hijos, padres y hermanos que son mi mayor fuente de inspiración y motivación, ya que con su apoyo y amor incondicional han contribuido al desarrollo de mis objetivos propuestos.

JOHANNY.

CONTENIDO

	Pág.
1. TITULO	12
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
4. OBJETIVOS	17
4.1 OBJETIVO GENERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. JUSTIFICACIÓN	18
6. MARCO TEÓRICO	20
6.1 MARCO HISTÓRICO	20
6.1.1 Acciones históricas y rituales acerca de la discapacidad	20
6.1.2 La familia como agente constructor de la imagen de las personas con discapacidad	24
6.1.3 La doble exclusión social de las mujeres con discapacidad	27
6.1.4 Modelo de rehabilitación	31
6.1.5 Modelo de autonomía persona	32
6.2 MARCO CONCEPTUAL DE LA DISCAPACIDAD	41
6.2.1 Concepto de Discapacidad	41
6.2.2 Diagnostico de la situación de discapacidad	45
6.2.3 Componentes de la política en discapacidad y líneas de acción	48
6.2.4 Programas de atención al discapacitado	58
6.2.5 Marco jurídico colombiano	64
6.3 CONCEPTOS SOBRE LAS ACTITUDES	76
6.3.1 Naturaleza de las actitudes y sus componentes	77
6.3.2 Formación de las actitudes	80
6.3.3 Estereotipos, prejuicios y discriminación	81
6.3.4 El cambio de las actitudes	83

6.3.5 Creencias infundadas sobre las actitudes hacia la discapacidad	83
6.3.6 Formación de las actitudes	86
7. DISEÑO METODOLÓGICO	94
7.1 TIPO DE ESTUDIO	94
7.2 PROPUESTA METODOLÓGICA	94
7.3 MUESTREO	94
7.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	95
7.5 CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS PREVIAS DE ANÁLISIS	97
7.5.1 Categorías Previas	97
7.6 REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS	97
7.7 CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	97
7.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	97
7.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	97
8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	98
8.1 COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES	98
8.2 COMPONENTE AFECTIVO DE LAS ACTITUDES	102
8.3 COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES	105
8.4 ANÁLISIS PRELIMINARES	110
8.5 TEORÍA SOBRE ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD.	118
9. GLOSARIO	126
BIBLIOGRAFÍA	132
ANEXOS	134

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Concepto de Discapacidad	43
Figura 2. Interacción de Componentes de la Política	50
Figura 3. Alcance del Componente de Promoción y Prevención	51
Figura 4. Alcance del Componente de Equiparación de Oportunidades	53

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Conformación de la Muestra	95
Tabla N° 2 Componente Cognitivo de las Actitudes	98
Tabla N° 3 Componente Afectivo de las Actitudes	103
Tabla N° 4 Componente Conductual de Las Actitudes	105

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO Nº 1 GUÍAS DE ENTREVISTA	135
ANEXO Nº 2 ENTREVISTAS CODIFICADAS	138

RESUMEN

TITULO: ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD EN EL DISCAPACITADO FÍSICO, SU FAMILIA Y PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN

AUTORES: JOHANNY MOTTA ORTEGA y XIMENA MARIA VILLOTA CH.**

PALABRAS CLAVES: Discapacidad física, actitudes, componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual.

DESCRIPCIÓN

Este estudio corresponde al enfoque cualitativo que utiliza la teoría Fundada como estrategia metodológica cuyo objetivo es construir teoría sustantiva a partir de datos que serán sistemáticamente capturados, analizados y conceptualizados respecto a las actitudes hacia la discapacidad (en el discapacitado físico, su familia y los profesionales de la Rehabilitación), sobre los cuales, la teoría formal no ha desarrollado una comprensión y una conceptualización específica, sino que por el contrario se ha tratado de explicar estas actitudes a la luz de diversas teorías, sin comprender propiamente esta realidad para generar transformaciones y estrategias que faciliten los procesos de integración social del discapacitado.

El objetivo principal de este estudio es comprender las actitudes hacia la discapacidad en el discapacitado físico, su familia y profesionales de la Rehabilitación.

Se concluye que las actitudes en el discapacitado físico pueden ser variadas dependiendo de múltiples factores como el tipo de discapacidad, la gravedad de la misma, la etapa en la que se encuentra dentro de su proceso de rehabilitación, su personalidad, autoestima, y su entorno familiar, social y del equipo de rehabilitación, así como de su condición socioeconómica y el apoyo institucional de ciertos estamentos.

En los familiares de los discapacitados las actitudes hacia la discapacidad se consideran positivas a pesar de que hay un desconocimiento sobre el mismo concepto de discapacidad y de legislación, se observa que el mismo vínculo afectivo hace que se mantenga siempre ese sentimiento de apoyo, de solidaridad y de amor incondicional para ayudar a superar las dificultades propias de nuestra vida a esos seres queridos, encontrándose un elemento común en el compromiso que éste asume en los diferentes procesos de rehabilitación e integración social del discapacitado.

Se concluye que las actitudes hacia la discapacidad en los profesionales de la rehabilitación son positivas pero se encuentran condicionadas por muchos factores incluyendo desde el sistema de salud del Estado, el cual no ofrece todas las ventajas para que el rehabilitador pueda brindarle al paciente discapacitado unos procesos de rehabilitación integrales, oportunos y adecuados que aseguren la superación del discapacitado, ya que no hay todos los elementos necesarios para lograrlo.

* Proyecto de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Director: Jairo Gutiérrez Ramos.

ABSTRACT

TITLE: ATTITUDES TOWARD THE DISABILITY IN THE DISABILITY PHYSICAL, HIS FAMILY AND RECOVERY PRACTICANTS.*

AUTHORS: JOHANNY MOTTA ORTEGA AND XIMENA MARÍA VILLOTA CH.**

KEY WORDS: physical disability, attitudes, cognitive compound, affective compound and conductual compound.

DESCRIPTION

This study concerns about the qualitative focus that uses the establishes theory as a methodological strategy, which objective is to construct substantial theory from data that will be systematically captured, analyzed and conceptualized in respect to the attitudes toward disability (in the physical disabled person, his family and the recovery practicants), in which, the formal theory has not developed a specific comprehension and conceptualizing , but otherwise has been dealing with the explanation of these attitudes in the appereances of diverse theories, without to understand properly this reality for to create changes and strategies that make easy the social process of adapting in society the disabled person.

The principal objective of this study is to understand the attitudes toward the disability in the physical disabled person his family and recovery practicants.

It is concluded that the attitudes in the physical disabled person could be different, depending on many factors as the kind of disability, the gravity it delf, the stage in which is found in his recovering process, his personality and self-esteen, and the familial social and the recovering team environment, as well about social economic condition and the institutional support of certain statements

The relatives of disabled persons, attitudes toward the disability are considered as positive, in spite that exist a disregard about the same concept of disability and legislation, is regarded that the same affective bond makes that always is maintained the stays that support feeling, of solidarity and of unconditional love to help to overcome the support keeling, of solidarity, and non-conditional love for to help to overpass the own problems of our lives to those loved ones, finding a common element in the compromise that this assumes in the different process of recovering and sociabilization of the disabled person.

It is concluded that the attitudes toward disability by the recovery practicants are positive, but are conditioned by many factors including the National health system, which does not ofkers

All the advantages fot the recovering practicant can give to the disabled patient, some process of integral recovering, opportune and suitable that makes sure the overcome of the disabled person, because there are not all the necessary elements for to achieve it.

* Project of Grade

** Ciencias Humanas's faculty. Historia's School. Director: Jairo Gutiérrez Ramos.

1. TITULO

ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD EN EL DISCAPACITADO FÍSICO, SU
FAMILIA Y PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo son las actitudes hacia la discapacidad en el discapacitado físico, su familia y profesionales de la Rehabilitación?

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por otra parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios.

Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual. El componente cognitivo es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. El componente afectivo son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto que pueden ser positivas o negativas. El componente conductual son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. Esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos al determinar qué clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible.

Las actitudes son de gran interés para los psicólogos porque desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta, pero además, conociendo cuáles son las actitudes no podemos predecir cuál va a ser su conducta. Son muy pocos los casos en los que se puede establecer relaciones entre actitudes y conducta. Para poder llegar a prever una conducta, se tiene que conocer muy profundamente unas actitudes muy específicas.

Normalmente lo que la gente dice sobre sus propias actitudes suele ser mentira y esto sucede porque no conocemos casi ninguna de nuestras actitudes respecto a los objetos. Y no conocemos estas actitudes hasta que tenemos que actuar frente a un objeto. Con esto se deja aún más claro que las actitudes no influyen tanto en la conducta, es más, a veces, incluso son las conductas las que determinan las actitudes. Esta relación entre conducta y actitud está sometida a numerosas influencias; por no ser innatas no parten de la esencia de cada uno. Las actitudes vienen condicionadas por esquemas sociales, por ejemplo en nuestra sociedad se han creado unos estereotipos a cerca del discapacitado físico, que si son inadecuados harán que se actúe de una forma inadecuada o inapropiada produciendo unas ciertas tendencias que facilitarán la marginación, actitudes negativas de la sociedad que se constituyen en un serio obstáculo para el pleno desempeño de los roles y para el logro de sus objetivos en la vida (Safilios-Rothschild, 1976; Hollinger y Jones, 1970), si se considera la influencia que éstas ejercen sobre la conducta. Las actitudes influyen en el desarrollo de la autoestima, en la socialización del individuo dentro de las actividades propias de su comunidad (Hansell, 1981, Gottlieb y Budoff, 1973) teniendo en cuenta no sólo las actitudes de los demás hacia su condición de discapacidad sino las que el mismo tenga, interfiriendo en la forma en que se relaciona con los demás, en su interacción con profesionales de la salud, educación, trabajo social, asesores y empresarios que de una u otra forma van a terminar influyendo en las direcciones

que tome su vida, ya que las actitudes pueden tener un gran impacto en el proceso de adaptación de las personas con discapacidad (Lapp, 1957; Combs y Harper,1967; Greene y Retish,1973). Cabe mencionar que sólo con el apoyo (actitudes positivas, tolerantes) de toda la sociedad se conseguirá una integración social efectiva de las personas con discapacidad (Verdugo y Arias, 1991).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender las actitudes hacia la discapacidad en el discapacitado físico, su familia y profesionales de la Rehabilitación.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las actitudes hacia la discapacidad encontrada en el discapacitado físico, su familia y profesional de la Rehabilitación.
- Comparar las actitudes hacia la discapacidad encontradas en los diferentes actores.
- Conocer los procesos de integración social vividos por el discapacitado Físico.
- Establecer relaciones entre las actitudes encontradas hacia la discapacidad y su determinación en los procesos de integración social del discapacitado físico.

5. JUSTIFICACIÓN

La discapacidad ha sido ampliamente estudiada desde inicios de los años 90, y es así como hoy día se encuentran numerosas publicaciones teóricas, artículos, libros e investigaciones, desarrolladas en su gran mayoría desde el enfoque cuantitativo y por el contrario, pocas con respecto al enfoque cualitativo. En los últimos años se ha apreciado una gran preocupación por investigar el tema de las actitudes hacia las personas con discapacidad, encontrando algunas publicaciones de interés (Aguado y Alcedo, 1991; Arias, 1992; Dengra, Durán y Verdugo, 1991; García, García y Rodríguez, 1991; Verdugo y Arias, 1991; Zulueta, 1991; Pelechano, 1991). Estos estudios se han centrado en la valoración de actitudes a través de la aplicación de escalas, considerándose instrumentos más objetivos, planificados y desarrollados, siendo así que el mayor grupo de investigaciones sobre actitudes hacia las personas con discapacidad se han realizado a través de cuestionarios.

Considerando lo anterior y disponiendo en la actualidad de unas herramientas o técnicas de recolección de información como las proporcionadas por el enfoque cualitativo se ha decidido estudiar y comprender las actitudes hacia la discapacidad en el discapacitado físico, su familia y profesionales de la Rehabilitación, con el fin de encaminar u orientar las estrategias de adaptación a la discapacidad, así como mejorar su abordaje en los procesos de Rehabilitación, si se tiene en cuenta que las actitudes pueden tener un gran impacto en el proceso de adaptación de las personas con discapacidad (Lapp, 1957; Combs y Harper, 1967; Greene y Retish, 1973).

Según el modelo biopsicosocial de la discapacidad, las restricciones impuestas a las personas con discapacidad no son una consecuencia directa de su deficiencia sino producto del ambiente social que no los tiene en cuenta (Finkelstein, 1980;

Hunt, 1966; Oliver, 1990; Longmore, 1987; Zola, 1985), probablemente por las actitudes que se tienen hacia la discapacidad. Por lo tanto, se genera la necesidad de profundizar más sobre el tema y aportar datos valiosos que permitan poner en marcha programas preventivos y acciones concretas para ayudar a este colectivo a afrontar y superar los problemas propios de su discapacidad física, así como a la orientación de acciones en materia de políticas de atención a la población discapacitada, con el fin de facilitar su proceso de rehabilitación e integración social, dejando atrás esas concepciones estigmatizantes y excluyentes, que aún encontramos en la sociedad y que no permiten la superación y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con cualquier deficiencia.

Comprendiendo las actitudes hacia la discapacidad será posible generar un cambio de éstas si es necesario, con la posibilidad de reconstruir un espacio de interacción entre la diversidad de mundos: discapacitados o no, para que puedan tener las mismas oportunidades y posibilidades de integración en los aspectos sociales, laborales y escolares, que redunden en un mayor desarrollo personal y una mejor calidad de vida.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 MARCO HISTÓRICO

6.1.1 Acciones históricas y rituales acerca de la discapacidad.

Tradicionalmente se ha contemplado la discapacidad a través del prisma de la injusticia social, y de la más o menos evidente actitud de rechazo o de caridad de la sociedad hacia las personas con déficit. En la actualidad existen postulados enriquecedores que minimizan los efectos de la desventaja priorizando en cambio las posibilidades residuales de estas personas. Se ha pasado de encasillar a las personas con discapacidad desde modelos ORGANICISTAS Y MÉDICO-FUNCIONALES, A MODELOS DE INTEGRACIÓN Y NORMALIZACIÓN, en los que la superación de estereotipos ha constituido un factor decisivo, tanto por parte de quienes pretendían integrarse, como por parte de quienes tenían la convicción y obligación moral de incorporarlos a la sociedad en condiciones de igualdad. Estos postulados se han reflejado, como no podía ser de otra manera, en la imagen que tienen las personas con discapacidad sobre sí mismas, y en las percepciones que tienen el resto de las personas sin discapacidad sobre ellas. Muchas de las personas con discapacidades no congénitas, que han tenido que asumir en uno u otro momento de su vida la aparición de su déficit, han tenido que realizar a la vez el esfuerzo por conformar su identidad de forma rápida y atropellada, y conforme a una situación que les venía impuesta, perdiéndose por el camino una buena parte de los componentes que configuran la imagen personal.

A pesar de la doble direccionalidad que se puede sostener sobre la imagen en relación con la discapacidad, el análisis que se pretende reflejar es en una única dirección, la de la imagen que tienen las personas sin discapacidad de este colectivo, sin ánimo alguno de controversia ni de establecer verdades absolutas.

- **Rituales.** Los símbolos y rituales impregnan nuestras vidas, entretienen la historia y a la vez la vida privada y social, y producen, en el caso de la discapacidad, unos ritmos y metáforas importantes. Si se repasa la imagen que se ha ofrecido desde la Antigüedad de las personas con discapacidad se ve que la historia ha sido especialmente atroz con este colectivo. Por lo tanto, en cuanto a la concepción y actitudes frente al discapacitado se ha pasado del infanticidio y la consideración de endemoniados que les otorgó la imagen bíblica, a la situación actual de intentos de equiparación de oportunidades, pero con un bagaje histórico demoledor que ha incluido desde alejamientos y confinamientos en guetos, hasta reclusiones inhumanas, llegando a actuaciones de tipo caritativo. Por tanto, la imagen que predominaba en estas actuaciones era la caracterización de estas personas como seres impotentes, inútiles, indeseables, dignos de lástima, lo que se traducía, indefectiblemente en tomarles como "personas" (en el mejor de los casos) pero que carecían de las expresiones básicas de la personalidad.

Si hay un término que permitiera resumir lo que ha sido el devenir de las personas con discapacidad, ese término es, sin duda "marginación"; en la época romana los "locos" solían servir como entretenimiento para senadores u hombres ricos, costumbre muy difundida hasta bien entrado el siglo XVI, en donde podemos encontrar las primeras iniciativas encaminadas a mejorar la situación de estas personas, como la pequeña escuela fundada por Pedro Ponce de León para enseñar a leer y escribir a un pequeño grupo de sordos. Dos siglos después se abriría en París la primera escuela oficial para sordos, hecho insólito llevado a buen término por el Abad de L'Épée, y ante el éxito alcanzado, posteriormente se abriría otra escuela para ciegos, uno de cuyos alumnos sería el genial Braille. Sin duda se trata de ejemplos aislados pero que sirvieron para ir encaminando a las personas discapacitadas hacia un futuro más racional y humano. Por razones de lo más variado, por su carácter atípico, incluso sorprendente y hasta divertido, o repelente y repulsivo, por ignorancia, por prejuicios, por superstición, por altruismo, por razones de tipo humanitario, o religioso, por compasión, por temor,

por conveniencia, por egoísmo, por necesidad de mano de obra escasa y/o barata, por motivos de mantener el orden social, por la inercia de la costumbre, por la fuerza de la sangre, o por requerimiento de mandatos legales, por falta de otras alternativas, etc., etc., el caso es que en todas las culturas siempre ha habido, por un lado, individuos diferentes que, bajo las, aún más variadas, denominaciones, han sido objeto de las todavía más variadas concepciones y formas de trato, y por otro lado, ciertas personas encargadas por las instituciones dominantes en el momento de definir qué es la diferencia, quiénes son los diferentes, cuál es el lugar que les corresponde en la sociedad, y cuál es el trato que deben recibir. Es decir, cada sociedad tiene en cada momento histórico unas determinadas necesidades y unos valores sociales (contexto social), en función de los cuales se establece lo que es adecuado socialmente y lo que resulta inadecuado (diferencia); unos encargados (expertos) que precisan la forma de distinguir (criterios de selección) a los sujetos (diferentes), el calificativo con que se les ha de reconocer (terminología), la función que han de desempeñar en la sociedad (papel social) y el trato que se les ha de otorgar (tratamiento). La mayor parte de las veces los resultados han sido atroces empezando por la propia terminología que trataba de encasillarlos.

En no pocas ocasiones los símbolos sociales, y este encasillamiento o etiquetamiento se ven reforzados por la comunidad científica y/o médica, que ha tratado de combatir sistemáticamente cualquier tipo de anomalía que ocasionara una discapacidad, sin atender a otros criterios que no fueran los estrictamente personales de quienes tenían el poder para decidir. "Durante el último siglo, en las diversas disciplinas académicas estos símbolos culturales y estas actuaciones rituales se han perfeccionado para convertirse en la imagen del "Otro", con lo que se perpetúa y se refuerza la idea de que determinada clase de personas, por definición, no son humanas del todo".

Al lado de este concepto del "Otro" podemos también situar el concepto del "rol" que han jugado estas personas en un determinado contexto social, rol que no depende en su totalidad de la naturaleza objetiva, tipo, gravedad, alcance de la discapacidad ni de las condiciones y/o características personales del discapacitado, sino que, en buena medida depende de las actitudes sociales imperantes en ese momento hacia la discapacidad. Estas actitudes, históricamente no se han mantenido homogéneas ni estáticas, sino que han sido objeto de variaciones tanto inter- como intra-grupos, familias, comunidades, sociedades y culturas, variaciones que también se han producido dentro de sociedades occidentales y no occidentales.

Circunstancias y factores que han conseguido el salto hacia delante en la visión social de la discapacidad han sido el desarrollo del asociacionismo de padres, que aunque no siempre se haya producido de manera coherente y eficaz, es innegable que aporta sensatez y lógica en el desarrollo de planteamientos normalizadores y el hecho de que los programas de atención y las medidas de atención a la diversidad se ofrezcan como servicios comunitarios globales. La toma de conciencia por parte de las sociedades de la necesidad de "humanizar" los servicios que atañen a las personas con discapacidad, y lo que eso implica, que viene a ser la progresiva implantación de modelos de prestación de servicios diferentes, ajustados a la realidad, lo más cerca del entorno de la persona diferente, con profesionales cualificados; la asunción de que el entorno constituye un factor decisivo en la mejora de la calidad de vida de estas personas; nuevos postulados que confieren mayor importancia a los procesos de aprendizaje y a las habilidades de autonomía personal para optimizar los desarrollos y la mayor sensibilidad social al derecho de todos a una vida planteada bajo supuestos integradores y no segregadores.

Existe una lucha desigual de una buena parte de los colectivos que trabajan a favor de las personas con discapacidad cual es el reconocimiento de sus derechos, algo conocido, y lo que ya no lo es tanto, su presencia informativa.

6.1.2 La familia como agente constructor de la imagen de las personas con discapacidad. Hay que considerar las discapacidades como acontecimientos o episodios especiales en la vida de un grupo familiar, capaz de alterar toda la dinámica de esa familia, ya que la llegada de estas personas con discapacidad constituye un acontecimiento imprevisible para el que la familia no suele estar preparada.

Cuando la discapacidad se ha producido con la llegada al mundo de un recién nacido, sucede además que se suelen frustrar una buena parte de sus expectativas y esperanzas sobre el desarrollo de su hijo/a, y también es cierto que damos por sentado que la familia será quien de manera inmediata asumirá ese deber, convirtiéndose en una norma social, que no está escrita pero que existe por tradición, que no puede ser obviada, porque en caso contrario aparece el estigma sobre esa familia. Es verdad que cada familia reacciona de una manera diferente, por lo que no deja de ser aventurado generalizar, pero no es menos cierto que se suelen producir efectos bastante comunes en el seno familiar. De estos efectos y actitudes va a depender, en buena medida la imagen que se refleja de esa persona con discapacidad, y la imagen que de sí mismo va a ir adquiriendo esta persona. En primer lugar se suele producir una fase de aturdimiento, de negación del diagnóstico y la realidad, de alteraciones emocionales. En estos momentos aparecen con especial virulencia reacciones ansiosas que afectan a toda la familia. Evidentemente en el caso de que se produzca por causa traumática la discapacidad, el choque es todavía más impactante, porque se pasa de ser una familia "normal", a una familia que va a tener que convivir con un miembro discapacitado. Atención porque la imagen que ofrece a la persona que ha sufrido la discapacidad sus seres queridos también influye de manera

importante en el desarrollo de la persona. Habitualmente en estos primeros estadios aparecen también sentimientos de pena y tristeza difícilmente erradicables, que pueden hacerse crónicos, generando problemas añadidos que posiblemente luego generen otras situaciones conflictivas. En los casos en que la discapacidad es congénita, es habitual que se produzcan entre los padres reacciones de culpabilidad, y a la vez de repliegue y ocultamiento. Parejas que eran muy dadas a salir dejan de hacerlo, se produce tensión entre ambos cónyuges, la vida de pareja queda relegada a un segundo plano o desaparece por completo...son reacciones habituales y frecuentes en estos casos. En otros casos se llegan a producir reacciones de rechazo o repugnancia hacia sus hijos discapacitados. Sentimientos de rechazo extremo con deseos de desembarazarse de este niño/a, son tan frecuentes como su opuesto, el deseo de ocuparse y proteger en exceso a su hijo/a. El resto de los hermanos de la familia también se ven afectados por la llegada de un ser con discapacidad. Las reacciones que se producen en ellos/as han sido profusamente estudiadas en la literatura científica, y no vamos por tanto a hacer análisis sobre ellas. En general se admite que se produce una constante llamada de atención hacia los padres que les han relegado a un segundo plano para dedicarse de lleno al hermano/a afectado. Aparece en muchos casos un comportamiento destructivo que intenta romper esa especial relación que mantienen sus padres con el hermano discapacitado. Se crea una excesiva dependencia de los padres, y en algunos casos se produce una regresión hacia niveles de comportamiento ya superados. Numerosas rabietas y berrinches dolores psicossomáticos. Y cuando el niño que ha ocasionado esos cambios en el seno familiar tiene la edad suficiente para comprender, aparecen frecuentemente sentimientos de tristeza, de baja autoestima y de depresión.

Existe otra situación asociada a la excesiva dependencia de los padres y a la sobreprotección que éstos suelen prestar al niño discapacitado, (esta es sin duda la reacción más común de todas) y es el deseo de inmutabilidad, el anhelo de que el bebé no crezca demasiado, porque mientras ellos estén "no le faltará de nada",

pero sienten temor ante un futuro en el que ellos ya hayan desaparecido. Además, mientras la persona siga siendo pequeña ellos serán los dueños absolutos de la situación, ejerciendo un control total sobre cada uno de los actos del niño/a, y sin embargo, estos planteamientos, con ser muy humanos suponen una traba más en el normal desarrollo de esa persona. El cuerpo de un niño que por su discapacidad no cambia, o no se desea que lo haga, está enmarcado en una infancia en la cual el tiempo no pasa sino que dura. En esta insondable duración él no transita, por el contrario, está siempre en el mismo lugar pues no se inscribe diferente, y generalmente, acontecen períodos de regresión a niveles de comportamiento evolutivamente anteriores, que no serán tan imputables a estos niños-adolescentes en cuanto a sus padres. Es necesario considerar que estos niños tomados y nombrados bajo la óptica de su "discapacidad", tienen la enorme dificultad de no poder modificar su lugar, de no poder cambiarlo; de este modo, son piezas "anormales" en el más estricto sentido del término. Su imagen no se corresponde evolutivamente con la que sería esperable, consiguiéndose así perpetuar una imagen de ellos como seres que necesitan atención y vigilancia permanente.

Si un niño, por la discapacidad que presenta, y por la posición simbólica que ocupa, está siempre en un mismo lugar frente a esa realidad inamovible, frente a lo imposible de modificar, él no podrá más que reproducir siempre lo mismo. Justamente para producir un nuevo sentido, una diferencia, una alteridad, algo tendrá que no estar en su lugar, y esto parece realmente difícil de conseguir.

En todos los casos ante la llegada a la familia de una persona con discapacidad, sea esta producida en el momento en que sea, y sobre el miembro de la familia que sea, se hace imprescindible la aceptación de la desventaja como planteamiento primero e indispensable para posteriores intervenciones. El niño discapacitado (tenga la discapacidad que tenga) siempre es algo diferente que la discapacidad en sí. Nunca insistiremos lo suficiente sobre este particular. En

segundo lugar es aconsejable desestimar actitudes excesivamente proteccionistas que van a infundir en la persona una sensación de inutilidad y de dependencia absoluta hacia su entorno, eliminando toda posibilidad de ir ampliando sus niveles de autonomía. Finalmente el estilo de vida y los valores que se transmitan en el seno familiar van a condicionar de manera casi definitiva las posibilidades futuras de estas personas. Se hace preciso en muchas ocasiones, cuando la discapacidad afecta a niños y jóvenes, proceder al entrenamiento de habilidades socioafectivas como mejor manera de ayudar a contrarrestar los efectos perniciosos que actuaciones incorrectas van a generar, y como ayuda eficaz en la prevención de desórdenes personales y/o afectivos. La educación emocional aplicada de manera adecuada, jugará un papel importantísimo en la construcción de la persona discapacitada.

6.1.3 La doble exclusión social de las mujeres con discapacidad. En muchas ocasiones, incluyendo por supuesto los países occidentalizados, las mujeres discapacitadas sufren una doble exclusión social por su condición de mujer y por su situación desventajosa de la discapacidad. Existen formas de delimitación que permiten que los miembros normalizados mantengan la ilusión de control: la definición de los límites no se realiza a partir de lo que puede hacerse, y en su lugar, se refuerza aquello que no puede hacerse. Este proceso revierte en la construcción de determinados sujetos que constituyen las "balizas" que marcan los límites de la aceptabilidad. Sobre estos sujetos se van gestando, como hemos visto, procesos de exclusión y discriminación, cambiando, según las épocas, los simbolismos que los identifican dependiendo de las necesidades del momento, del contexto socio-político así como de los diversos intereses puestos en juego. La figura de la "discapacidad" constituye un elemento clave en esta delimitación, permitiendo, a partir de un juego de oposiciones, dibujar un espacio de posibilidades para "el sujeto saludable" o el sujeto "discapacitado":

Las relaciones de género constituyen, tanto actualmente como en otras épocas socio-históricas, otro de los espacios donde las definiciones por opuestos juegan un importante papel. A pesar de los cambios sociales surgidos a este respecto durante el presente siglo, la categoría 'hombre' sigue constituyendo en distintos ámbitos la figura que representa la normalidad, dibujándose a la vez, la mujer en términos de "otredad". Estas formas de definición mediante categorías opuestas cargadas de valor revierten en una construcción de figuras como "discapacidad" o "mujer", tanto en términos de características ausentes "lo que les falta para ser normales", como a través de una estereotipación de las características que los convierten en "alteridad" ajena a las reglas establecidas por el orden social. Sin duda sobre esta cuestión también pueden consultarse abundantes manuales, pero se imponen ciertas reflexiones necesarias. Las figuras como "discapacidad" o "mujer" quedan nuevamente definidas, de este modo, en términos de "características ausentes", de "carencias". Al discapacitado le falta salud, capacidades para realizar una serie de tareas. La mujer carece de racionalidad, fuerza física o control sobre las emociones. La constitución de estas categorías en términos carenciales revierte en una patologización de sus características que puede apreciarse en el desarrollo de teorías explicativas de las mismas. Tanto el discapacitado como la mujer han sido objeto de disciplinas como la biología o la psicología, que han intentado explicar su "rareza" en base a factores biológicos, psicológicos o sociales.

A través de la historia, las personas con discapacidad han sido objeto de diferentes tipos de valoración y atención, correspondiendo éstas a la concepción que se ha tenido sobre las discapacidades en cada época. Se conoce que existen múltiples definiciones de actitud, pero gran parte de éstas consideran, en mayor o menor medida, a tres factores como los componentes fundamentales de las actitudes: el afectivo, el cognitivo y el conductual. El problema de las discapacidades, su concepción y atención ha ido cambiando conforme el desarrollo histórico de la humanidad en concordancia con la evolución de la

ciencia y la técnica, que han permitido el conocimiento objetivo de los fenómenos de la naturaleza, de la sociedad y del hombre mismo.

Las actitudes hacia la discapacidad expresan la evolución de las distintas formas de concebir, denominar y atender a las discapacidades, que han ido cambiando desde aquellas en las que la discapacidad se concebía como el resultado de causas extrañas, sobrenaturales, de carácter mágico o demoníaco, cuando el hombre no poseía ni el conocimiento ni los instrumentos para explicar adecuadamente al mundo, hasta aquellas en que se concibe a la discapacidad como un estado, producto de un conjunto de causas plenamente identificadas, de carácter natural y susceptible de ser modificado, permitiendo así a la persona con discapacidad una vida lo más normalizada posible.

Según Aguado (1993) señala varios modelos históricos que explican el camino de esta larga historia. En la etapa prehistórica se entendían y explicaban las discapacidades desde la magia y el animismo, la atención correspondiente a esta concepción de la discapacidad seguramente fue la eliminación o el abandono de las personas que las padecían o la posible remisión al brujo.

Posteriormente el problema fue ligado al pecado, a la religión, a la acción de poderes extraños, dioses o fuerzas animadas, y la atención se centraba en la aplicación de recursos empiristas, trepanaciones, prácticas exorcistas, acciones místicas, rituales religiosos, custodia o caridad. Consecuentemente, con estas posturas se expresan las actitudes negativas y la marginación hacia la discapacidad y las personas con discapacidad.

Desde el punto de vista, de Verdugo M. A. y Bellacasa de la R.1992 presentan un análisis de la evolución de la mentalidad sobre la discapacidad que se expresa en las diferentes concepciones, paradigmas y actitudes que se han dado respecto a la discapacidad.

Los autores citan tres de los modelos o paradigmas que se han desarrollado, advirtiendo que existen muchas limitantes para realizar un análisis retrospectivo de los diversos comportamientos que la sociedad ha tenido frente a la discapacidad, debido a que las actitudes son diferentes, dependiendo de las deficiencias o discapacidad, de las diferencias económicas, políticas, geográficas, culturales, de desarrollo, etc.

Teniendo en cuenta que las acciones que se toman frente a un fenómeno, depende de la concepción que se tenga del mismo y de su evolución existen varias formas para entender las discapacidades y por lo mismo la manera de abordar su atención. Inicialmente eran etiquetados como "minusválidos", "impedidos", "lisiados" o "inválidos" y fueron caracterizados como sujetos susceptibles de asistencia y caridad, de protección, de tutela y cuidados; fueron ubicados socialmente como los atípicos, los pobres, los no aptos para la producción. En este modelo de atención las personas con discapacidad han sido objeto de una doble marginación: la orgánico-funcional, que surge de su limitación para integrarse por su discapacidad, y la social, porque además de su segregación y rechazo como personas, les estaban negados sus derechos civiles, personales y colectivos. Además el "lisiado", el "deforme" el "inválido", en este modelo conceptual, era considerado como la expresión del mal o como la manifestación de lo sagrado. A este modelo corresponden algunas de las características señaladas en líneas anteriores (Aguado).

Con el desarrollo de la modernidad - que tiene como expresiones el progreso, la industrialización y la intervención directa del Estado en la vida nacional-, la persona con discapacidad paulatinamente se va convirtiendo en sujeto de administración del Estado, objeto de protección o tutela, sujeto de asistencia que pasa de la beneficencia a la del orden público, luego deviene en sujeto de asistencia como derecho legal y posteriormente a la de asistencia como

seguridad social, en algunos casos. Esta nueva concepción dio paso a un nuevo modelo de atención, el modelo de rehabilitación.

6.1.4 Modelo de rehabilitación. Al inicio de los años de la post-guerra, varias condiciones sociales, económicas y políticas mundiales producen una transformación en varios aspectos que incluyen la atención a las personas con discapacidad, en la que se bosqueja una nueva forma de atender a las personas "inválidas", que aparecen como consecuencia de las guerras. Consecuentemente, el valor del hombre ha pasado del problema de la incapacidad a un paradigma del hombre útil o inútil, apto o no apto, todo en relación al desarrollo industrial de la sociedad, a la producción y al consumo.

En este modelo, los seres humanos son evaluados con relación a su contribución al sistema productivo y al progreso del mismo. Se mantiene la marginación social y económica de las personas con discapacidad, ya que no se les daba la oportunidad de acceder en igualdad de condiciones a los sistemas sociales (educación, trabajo, recreación, participación y decisión social, etc...) que los pone en condición de relegados del desarrollo social y económico del país.

En este paradigma la atención se basa en la intervención profesional de todos los especialistas, que constituyen el clásico equipo de rehabilitación. El rol del sujeto de la rehabilitación es la de paciente o cliente, alguien con "derecho" a conseguir un estado físico, sensorial o mental acorde a las normas y el equipo rehabilitador es el único que sabe lo que tiene que hacer con él, negándole cualquier tipo de participación en su propio proceso de rehabilitación, a través del cual se pretende lograr las máximas destrezas funcionales del individuo a fin de que pueda integrarse al mundo "normal".

La rehabilitación ha dado mucho de sí, ha prestado y seguirá prestando extraordinarios servicios a muchas personas, pero a muchas otras les ha negado

y les niega la posibilidad de ser sujetos activos de su propio futuro, generando dependencias y frenando la participación de las personas con discapacidad, la familia y la comunidad en la prevención, atención y rehabilitación de las mismas, contrario a lo que muestra el modelo de autonomía personal.

6.1.5 Modelo de autonomía personal. Con este modelo se busca desarrollar y restablecer la capacidad para ejercer una actividad autónoma, una mayor participación en la vida social e independencia personal, cuando el objetivo es conseguir la autonomía y la equiparación de oportunidades.

Este paradigma supone fundamental eliminar la dependencia hacia la familia y los profesionales y reivindica el derecho a construir la propia autonomía, siendo sujetos activos y no simples objetos de las decisiones que los profesionales tomen con ellos. Las personas tratan de construir su autonomía, trazar los esquemas y los límites de la integración que desean y sobre todo la equiparación de oportunidades en el acceso a todos los servicios sociales (educación, salud, recreación, trabajo, transporte, acceso y uso de las instalaciones urbanísticas y arquitectónicas, etc.). Se considera fundamental el papel que juega el entorno físico y social, así como las actitudes hacia las personas con discapacidad por parte de la familia, la sociedad y el Estado. Por tanto, algunos investigadores han centrado su interés en las actitudes hacia las persona con discapacidad. En estudios recientes los instrumentos utilizados para la evaluación de las actitudes son las escalas sumativas tipo Likert, tal vez debido a la facilidad que ofrecen en cuanto a su uso, corrección e interpretación, instrumentos que han experimentado un cambio que va desde la utilización de métodos subjetivos, informales y normalmente carentes de validez psicométrica a instrumentos más objetivos, cuidadosamente planificados y desarrollados. Uno de los primeros intentos para estudiar de forma objetiva las actitudes hacia las persona con discapacidad fue desarrollado por Mussen y Barker (1943), que usando una serie de escalas de apreciación intentaron describir las creencias de personas

normales hacia diversas características conductuales de personas con discapacidad, y medir la dirección (favorable ó desfavorable) de las actitudes hacia ellas. Usaron escalas de 25 puntos para describir presuntas características de personalidad (por ejemplo, autocompasión, amistad, autoconfianza) que describían tanto a las personas normales como a las que presentaban alguna discapacidad, derivando a continuación distintos grados de actitud favorable hacia las personas con discapacidad y calculando las diferencias entre la persona "ideal" y la persona discapacitada en cada una de las escalas.

Estudios como los de Cowen, Underberg y Verillo (1958) desarrollaron lo que seguramente constituye la primera escala con solidez psicométrica hacia un grupo particular de personas con discapacidad: escala de actitudes a la ceguera, que se erigió en un prototipo de muchas de las escalas desarrolladas con posterioridad. Por la misma época Lucoff y Whiteman (1959) construyeron la escala de actitudes hacia la ceguera, basándose en instrumentos anteriormente publicados. En los primeros años de la década de los sesenta se inició la evaluación de las actitudes hacia otras discapacidades específicas, Horowitz, Rees y Horowitz (1962) construyeron una escala de 88 ítems para medir las actitudes hacia las personas con deficiencias auditivas.

Durante la década de 1950 a 1960 la mayor parte de los estudios sobre actitudes se centraron en grupos con discapacidades específicas (sordera y disminución auditiva, ceguera y deficiencias visuales, enfermedad mental). Fue durante los últimos años de la década cuando los investigadores comenzaron a analizar las actitudes hacia la discapacidad en términos más amplios. Lukoff y Whiteman modificaron la citada Attitudes toward Blindness Scale publicada en 1959 y construyeron otra escala para medir las actitudes hacia las personas con discapacidad física en general. Rocher (1959) desarrolló un cuestionario de 22 ítems para medir las actitudes hacia la discapacidad

física. Yuker, Block y Campbell (1960) publicaron su escala de actitudes hacia personas discapacitadas (ATDP), que a partir de entonces ha sido la más ampliamente utilizada en este campo y, sin duda, la más ampliamente estudiada y contrastada. La ATDP es una escala unidimensional que estructura la actitud a lo largo de un conocimiento lineal con un polo positivo y otro negativo.

Siller (1967, 1969) planteó el desarrollo de una serie de escalas que solventarían definitivamente el problema de la unidimensionalidad y construyó una serie de instrumentos multidimensionales, los DES (Escala de Factores de la Discapacidad), para medir las actitudes hacia diversos tipos de discapacidad (amputación, ceguera, enfermedad cardíaca, sordera, epilepsia, cáncer, parálisis y otros). Posteriormente Siller (1984) analizó la estructura factorial de las escalas, obteniendo siete factores que, en general, han sido tomados como referentes por otras investigaciones realizadas por Liben (1985), Kohler y Graves (1973) y que los denominaron como: 1. Tensión en las interacciones; 2. Rechazo de la intimidad; 3. Rechazo generalizado; 4. Virtuosa autoritaria; 5. Consecuencias emocionales inferidas; 6. Identificación por lástima; y 7. Limitaciones funcionales imputadas.

Durante la década de los ochenta se ha incrementado el interés de los investigadores por estudiar la estructura factorial de dos de las escalas más ampliamente utilizadas: la ATDP de Yuker y las DES de Siller. Por ejemplo, Antonak (1982) desarrolló su Escala de Actitudes hacia Personas con Discapacidad con el fin de superar algunas de las dificultades encontradas en la ATDP; así mismo, se ha incrementado espectacularmente el número de investigaciones (tanto en lo referente a creación de escalas nuevas como a la revisión crítica de escalas anteriores), haciendo hincapié cada vez más en la naturaleza multidimensional , y por tanto compleja y polifacética de las actitudes hacia las personas con discapacidad.

El problema principal que presenta el uso de estas escalas es que la utilización de términos tan genéricos como “deficiente”, “discapacidad” suscita demasiados referentes. Otro de sus problemas es el bajo nivel de fiabilidad y validez que alcanzan.

Recientemente, Verdugo, Arias y Jenaro (1991) han desarrollado una escala multidimensional de evaluación de actitudes hacia las personas con minusvalía. Partiendo de las investigaciones anteriores en España y en otros países, se seleccionaron unos ítems que fueron sometidos a juicio de expertos en la materia, y posteriormente se aplicaron a un numeroso colectivo de profesionales de diversos ámbitos. Una vez obtenida la fiabilidad y validez de las escalas (una general y otras específicas para deficiencias físicas, sensoriales y mentales), se cuenta con instrumentos, desarrollados en España y con las suficientes garantías psicométricas.

Otros investigadores como Doyen (1976) y Gorewitz (1981) estudiaron las características de la interacción, de personas sin discapacidad hacia aquellos que sí la presentan, demostrando que “los sujetos no deficientes mantenían una distancia física mayor en sus contactos, y reducían tanto el tiempo de interacción como sus respuestas, para disminuir la ansiedad al estrés generado durante “los encuentros cara a cara con personas deficientes”(Gorewitz, 1981,p. 23).

Según estudios dirigidos hacia comunidades estudiantiles con respecto a la evaluación de las actitudes es posible clasificarlas de la siguiente manera: 1. Evaluación de las actitudes hacia los iguales; 2. Evaluación de las actitudes de maestros y otros profesionales de la enseñanza; 3. Evaluación de las actitudes de otros profesionales no relacionados con la enseñanza; 4. Evaluación de padres y familiares de personas con discapacidad, y 5. Evaluación de las actitudes mantenidas por el público en general.

Con respecto a la evaluación de las actitudes de estudiantes no discapacitados hacia estudiantes con todo tipo de condiciones discapacitantes, tienden a aceptar mejor a alumnos con discapacidades sensoriales y psíquicas y a mostrar un mayor rechazo hacia sus compañeros con problemas emocionales y de aprendizaje (Horne, 1985). En cuanto a las actitudes hacia alumnos con discapacidad física, se ha encontrado que algunas variables tales como el nivel educativo, actitudes liberales, tipo de estudios (por ejemplo, ciencias sociales o estudios técnicos), parecen incidir en las actitudes (Fichten, 1988). Existen otras variables que parecen tener cierta influencia en las actitudes; por ejemplo, Monroe y Howe (1971) encontraron que los estudiantes con discapacidades de alto nivel socioeconómico son percibidos de forma más positiva por sus compañeros del mismo nivel que aquellos que provienen de niveles socioeconómicos bajos. Simpson (1980), centrándose en la influencia de la variable edad, concluyó que los estudiantes de niveles superiores muestran actitudes menos favorables que los estudiantes más jóvenes.

En la evaluación de las actitudes de maestros y de otros profesionales de la enseñanza, Kauffman, Lloyd y McGee(1989) concluyen en su investigación que aquellos profesores que se sienten responsables de la conducta de sus alumnos y que creen poseer las habilidades para modificar estas características conductuales, presentan unas expectativas más altas hacia ellos.

Algunos estudios realizados por Hannahm (1988) concluyen en primer lugar que el grado de congruencia entre los componentes cognitivo, afectivo y conductual de las actitudes de los profesores hacia los alumnos con discapacidad no parece ser muy elevado. Por ejemplo, los alumnos con perturbaciones emocionales generan sentimientos negativos, pero son evaluados como relativamente altos en cuanto a sus posibilidades de aprendizaje. De igual forma, a los niños con deficiencias sensoriales se les atribuyen unas escasas posibilidades de aprendizaje y, sin embargo, evocan sentimientos positivos.

En la evaluación de actitudes de otros profesionales no relacionados con la enseñanza, los estudios son menos frecuentes y arrojan resultados aún más confusos. La principal conclusión es la necesidad de seguir investigando y la necesidad de controlar variables que pueden estar afectando a los diferentes resultados. No obstante, resultados de algunas investigaciones (por ejemplo, Carroll y Repucci, 1978) indican que los trabajadores de salud mental asocian significados más negativos hacia los chicos etiquetados con retraso mental que a aquellos clasificados con perturbaciones emocionales, delincuencia y similares.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, estas diferencias no pueden ser atribuidas exclusivamente al estatus ocupacional, ya que factores como el Estatus Socioeconómico, la edad, el sexo, o la educación influyen en la elección de una determinada opción profesional. No obstante, algunos autores que han estudiado extensamente las actitudes de profesionales de la salud mental han identificado cuatro grupos ocupacionales con diferentes perfiles (Cohen y Struening, 1962, 1965). El primero incluye a ayudantes de psiquiatras y personal laboral no cualificado, que presenta actitudes más autoritarias y restrictivas hacia las personas con trastornos mentales. Un segundo grupo es el conformado por técnicos, enfermeras, dentistas y médicos no psiquiatras, que se caracterizan por un patrón de bajo autoritarismo.

Un tercer grupo es el compuesto por psicólogos y trabajadores sociales, donde se obtienen puntuaciones altas en ideología sobre la salud mental y en la consideración de la importancia de causas interpersonales, mostrando bajas puntuaciones en autoritarismo y restricciones sociales. El último grupo es el compuesto por el clero, con patrones similares pero no tan extremos como los psicólogos y trabajadores sociales. Los psiquiatras no encajan dentro de ningún grupo, pero parecen mantener actitudes similares a los de los dos últimos grupos, aunque menos extremas. Las diferencias entre grupos como son los ayudantes de psiquiatras, por un lado, y los psicólogos, por otro, han sido explicadas como

una consecuencia de la adopción del modelo médico versus psicosocial de los trastornos mentales.

Otros estudios sobre las actitudes de profesionales de la rehabilitación que trabajan con personas discapacitadas físicas han mostrado la inexistencia de diferencias con respecto al resto del personal del hospital, pese a que se planteaba como hipótesis la relación entre el contacto personal estrecho y el fomento de actitudes positivas. Este hecho ha sido explicado como consecuencia de la falta de contacto en un estatus de igualdad (Geskie y Salasck, 1988). Pero los estudios, arrojan resultados contradictorios. Así, por ejemplo, en un estudio español realizado por el Instituto Andaluz de salud Mental (1989), se pudo comprobar cómo la actitud de intolerancia y rechazo hacia las personas con enfermedad mental se intensificaba conforme descendía la categoría profesional del encuestado, y así, los médicos (psiquiatras o generalistas) y psicólogos tenían una actitud más benevolente que los enfermos psiquiátricos y éstos, a su vez, eran más tolerantes que los auxiliares psiquiátricos y el personal de actividades varias (administrativos, mantenimiento, limpiadoras y similares).

En la evaluación de las actitudes de padres hacia los hijos con discapacidad se ha investigado poco. Los resultados provenientes de la revisión de dos estudios sobre las actitudes de los padres hacia sus hijos con discapacidades de aprendizaje sugieren la existencia de actitudes hostiles. Un estudio realizado por Wetter (1972) concluye que los padres de estos niños presentan actitudes permisivas y de rechazo mayores que los padres de un grupo control. Sin embargo, un estudio llevado a cabo por Nursey, Rohde y Farmer (1990) en el que se evaluaron, a través de escalas, las actitudes de padres y médicos hacia los niños con discapacidades, dio como resultado la existencia de actitudes significativamente más positivas por parte de los padres, pese a encontrarse una diferencia a favor de los médicos en cuanto a las variables de independencia y autonomía. Este hallazgo puede explicarse como una consecuencia de la ansiedad que produce

en los padres el ser conscientes de los inevitables riesgos que tal independencia o autonomía llevan consigo.

La revisión de estudios (Zulueta, 1991; Toledo, 1988) indica que existen unas fases comunes a todos los padres con un hijo discapacitado. En los primeros momentos, ante la noticia de que su hijo “no es normal”, se produce un choque emocional caracterizado por el desconcierto, seguido de la negación del hecho que, a su vez, da lugar a una peregrinación a diferentes especialistas. Junto a estas actitudes suelen aparecer sentimientos de culpa (autoculpabilización o culpabilización a otros) así como sentimientos ambivalentes hacia el niño. En general los autores coinciden en la existencia de una crisis inicial que ha de ser superada con la ayuda de profesionales y/o de para profesionales (asociaciones). Además, a lo largo de todo el ciclo vital se irán sucediendo momentos especialmente críticos a los que será necesario dar respuesta. Estos son:

- a. Momento en que el niño tiene que ir a la guardería o a la escuela.
- b. Momento de abandonar la escuela.
- c. Momento (período) en el que la persona con discapacidad se hace adulta.

No obstante, se cree que es necesario profundizar más sobre el tema y aportar datos validados por diversas investigaciones que nos permitan poner en marcha programas preventivos y acciones concretas para ayudar a estos padres a afrontar y a superar los problemas añadidos que supone el nacimiento de un hijo con discapacidad .

En la evaluación de las actitudes mantenidas por el público en general se considera desde hace muchos años que el mayor problema de estas personas no es su discapacidad específica sino las actitudes que la gente tiene hacia ellas. Revisiones de estudios al respecto indican que las actitudes de la gente en general parecen estar basadas en estereotipos y en el uso de diferentes etiquetas

que dan lugar a respuestas generalmente negativas o a confusión (Hollinger y Jones, 1970). Parece existir una ignorancia general de la opinión pública hacia la persona con discapacidad, así como hacia los servicios de los que pueden disponer. El contacto es tan limitado que la imagen estereotipada es el único referente.

Los resultados de distintas investigaciones arrojan datos contradictorios. Por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Williams (1986) concluye, en primer lugar, que los miembros de la sociedad muestran, por lo general, ciertas percepciones positivas de las personas con retraso mental. Estas percepciones generales tales como la amistad parecen ser consistentes con las versiones estereotipadas a menudo manifestadas hacia otros grupos minoritarios (por ejemplo, minorías étnicas); además, hay datos que sugieren que estas percepciones no son únicamente impuestas por la sociedad, sino que son mantenidas activamente y reforzadas por las estrategias sociales que las personas con retraso mental adoptan para relacionarse con otros miembros de la sociedad. La segunda conclusión destacada por Williams (1986) es que carece de justificación la concepción optimista de que un mayor contacto implique una percepción más positiva en todas las áreas. Por el contrario, parece funcionar más bien la “profecía autocumplida”, es decir, la percepción o estereotipos iniciales que tienen las personas llevan a éstas a comportarse (“efecto de confirmación conductual”) de forma que refuerzan la percepción inicial. Otra explicación próxima es que independientemente del comportamiento que una persona con retraso mental pueda exhibir, la gente lo interpretará selectivamente o destacará aspectos de ese comportamiento, de modo (“efecto cognitivo de confirmación”) consistente con sus estereotipos y percepciones iniciales (Darley y Gross, 1983). Los resultados de este estudio indican que las percepciones de las personas hacia las personas con discapacidad (retraso mental) son muy complejas y menos susceptibles de cambiar a través del simple incremento del contacto de lo que generalmente se reconoce.

Revisando antecedentes investigativos de este tema a nivel de Colombia no se encuentran referentes publicados de investigaciones sobre evaluación de las actitudes hacia la discapacidad; sin embargo estudios donde se intente comprender o interpretar las actitudes hacia la discapacidad desde los propios actores y desde su entorno social inmediato como su familia y profesionales de la Rehabilitación no se conocen. Otros estudios han centrado su objeto de estudio en la evaluación de programas de intervención a través de actividades deportivas y recreativas, ejemplo de ello es el estudio reciente de enfoque cualitativo titulado “Caracterización del programa recreativo Atención a Personas con limitaciones” que ofrece el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) en Bogotá, D.C. (2000,2003), el cual concluye que el componente práctico no corresponde al teórico, pues no se tenía conocimiento de las características, necesidades, capacidades y expectativas de los usuarios. Las actividades desarrolladas en este programa, por lo general, no partían del conocimiento de sus participantes y ellos comprendían que el programa cumplía sus expectativas en lo mínimo pero no en lo necesario. Otros estudios además, se han centrado en el enfoque cuantitativo de la discapacidad y en gran medida en la obtención de resultados estadísticos.

6.2 MARCO CONCEPTUAL DE LA DISCAPACIDAD.

6.2.1 Concepto de Discapacidad. El término discapacidad se apoya en la clasificación de las “Consecuencias de la enfermedad” presentado por la Organización Mundial de la Salud en 1980, en donde se define la deficiencia como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; la discapacidad, como toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano; y la minusvalía, como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.

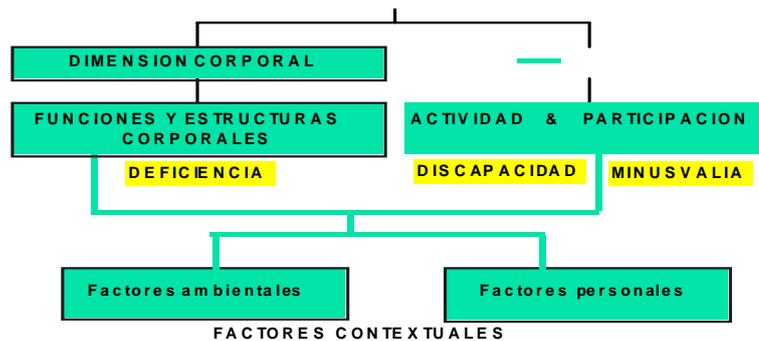
La definición de cada una de estas nociones responde al modelo médico de la discapacidad. Este modelo, al igual que los otros modelos deficitarios de la discapacidad, consideran que la discapacidad es un comportamiento desviado en el individuo, que es un síntoma o manifestación externa de una alteración subyacente, que es el individuo quien presenta la anormalidad física, sensorial o mental, y que es él quien tiene dificultades para realizar diferentes actividades lo que le obstaculiza desempeñar un rol social de acuerdo a las expectativas normativas del medio.

En la búsqueda de explicaciones más integrales con respecto a la problemática de la discapacidad, surgen los modelos no deficitarios, cuya característica principal es la evaluación de necesidades del sujeto y la implementación de los recursos correspondientes para satisfacer dichas necesidades. A estos modelos subyace una perspectiva ecológica que demanda la comprensión de la discapacidad como el fruto de las interacciones entre las condiciones individuales de la persona y las características del entorno físico y social. Así, la discapacidad es vista como una desarmonía con el entorno en la que ambos elementos, entorno y persona, son responsables de los esfuerzos que se hagan para atenuarla o compensarla. De este modo la discapacidad no es sólo un asunto de la misma persona con discapacidad, o de su familia, sino que pasa a ser también una situación que involucra el entorno social, político, económico y cultural.

Así entonces, la OMS, en concordancia con los lineamientos de la perspectiva ecológica, propone la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad - CIF. Esta nueva propuesta deja de ser una clasificación de "consecuencias de enfermedades" (versión de 1980), para convertirse en una clasificación de 'componentes de salud', lo que señala una diferencia sustancial porque esta concepción define lo que instaura y constituye la salud, mientras que la anterior clasificación se centra en el impacto resultante de enfermedades y otros trastornos.

Los conceptos que se incorporan al actual enfoque de discapacidad se resumen en el Figura 1. Concepto de Discapacidad, que señala además las relaciones con la anterior clasificación.

Figura 1. Concepto de Discapacidad



Fuente: Estudio de prevalencia de discapacidad en el Valle del Cauca - Secretaría Departamental de Salud - Universidad del Valle. Cali, agosto de 2001.

Las siguientes son las definiciones correspondientes a los conceptos generales incorporados en la CIF:

- **Condición de salud:** Es una alteración o atributo del estado de salud de un individuo, el cual puede producir angustia, interferir con sus actividades diarias o ponerle en contacto con los servicios de salud; esta puede ser una enfermedad (aguda o crónica), un trastorno, trauma o lesión o reflejar otros estados relacionados con la salud tales como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, las anomalías congénitas o la predisposición genética.
- **Deficiencias:** Son problemas en las funciones o estructuras corporales, como es el caso de una anomalía o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales.

- **Limitaciones en la Actividad:** Se refiere a las dificultades que un individuo puede tener en la realización, consecución o finalización de actividades. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.
- **Participación:** Es la interacción de las deficiencias, discapacidades y factores contextuales, es decir, características del entorno social y físico, y factores personales. La participación abarca todas las áreas o aspectos de la vida humana incluyendo la experiencia plena de estar involucrado en una práctica, costumbre o conducta social.
- **Restricciones en la participación:** Son problemas que un individuo puede experimentar en la manera o en grado de su implicación en situaciones vitales. Se trata de una desventaja creada o empeorada por contexto de política pública en discapacidad en el marco del Plan Nacional de Desarrollo de Colombia.

De acuerdo con lo anterior el Plan de Desarrollo 2002-2006 respecto a la política social se apoya en dos pilares fundamentales: 1) La formación de capital humano, a través de la Revolución Educativa que inicia el capítulo dedicado a Construir Equidad Social, y 2) la protección del desarrollo irreversible de capital humano, mediante la consolidación del Sistema de Protección Social, que va más allá de la ampliación y mejoramiento de la protección y seguridad social e incorpora la política de empleo, planteada en el capítulo Crecimiento Económico Sostenible y Generación de Empleo, ratificando así la indispensable consistencia entre políticas económicas y sociales para afrontar las crisis individuales y colectivas que amenazan el bienestar de los hogares.

El marco conceptual que sustenta la construcción del Sistema de Protección Social en Colombia es el Manejo Social del Riesgo, el mismo que fundamenta los estudios más recientes sobre pobreza y sobre redes de protección social en el país. La situación de discapacidad es señalada en ellos como uno de los riesgos que inciden en la vulnerabilidad de la población; así lo refleja la estructura orgánica del Ministerio de la Protección Social construida con base en el mismo marco conceptual.

El documento de evaluación de la Red de Protección Social en Colombia, pese a estar dirigido substancialmente a los programas diseñados para enfrentar la crisis económica, afirma que “la red de protección social tiene un papel que desempeñar tanto en tiempos de crisis como en los tiempos en los que no hay crisis, con el fin de satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables crónicos, vulnerables transitorios y en circunstancias especiales”. Los grupos en circunstancias especiales se definen como aquellos “que han experimentado eventos traumáticos que los han colocado en una posición particularmente vulnerable, tales como las personas desplazadas por violencia rural. ... En otros casos, la vulnerabilidad proviene de discapacidad (ej. el minusválido)”.

Por lo anterior, la situación de discapacidad es mucho más que un problema de salud pública; además de afectar a un amplio grupo de individuos y familias, tiene un impacto negativo sobre el conjunto de la sociedad, incide en la productividad, en el desarrollo del capital humano y va más allá de la persona que la padece, pudiendo imponer una carga adicional a las personas y organizaciones que deben brindar apoyo, y no sólo atención en salud; planteamientos que llevan a la necesidad de definir una política sobre discapacidad y a formular planes específicos como grupo objetivo del sistema de protección social.

6.2.2 Diagnostico de la situación de discapacidad. Según la nueva clasificación de la discapacidad adoptada por la OMS: “La CIF trastoca el

concepto de la discapacidad, presentándola no como un problema de un grupo minoritario, ni tampoco de personas con una deficiencia visible o inmovilizados en una silla de ruedas, la CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y brinda un mecanismo para documentar la repercusión del entorno social y físico en el funcionamiento del sujeto”.

En relación con indicadores de la discapacidad: “la OMS estima que cada año se pierden nada menos que unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud. Ello representa más de la mitad de los años perdidos anualmente por defunciones prematuras. La CIF proporciona un instrumento común para cuantificar este inmenso problema y ha sido aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad”.

Colombia no ha contado con un registro sistemático que permita precisar la condición de discapacidad y, por consiguiente, el número de personas por ella afectadas. El DANE, al recopilar los enfoques que se han aplicado para producir información sobre discapacidad, de acuerdo con las recomendaciones de Naciones Unidas, recalca que “en Colombia se introdujo por vez primera la variable discapacidad en el Censo de Población de 1993, la cual arrojó un total de 593.618 personas censadas con discapacidad - una prevalencia de apenas 1.85% -, manteniendo esta tasa, hoy serían 813.000 las personas afectadas. La estructura de la pregunta se dirigía a determinar la presencia de la discapacidad desde el enfoque de la deficiencia en estructuras corporales y de algunas funciones.”

Con posterioridad al Censo se realizaron estudios en varios departamentos, fundamentados en la anterior clasificación de la OMS, publicada a inicios de la década de los ochenta; las cifras de prevalencia cubren un amplio rango, atribuible en gran parte el concepto de discapacidad aplicado. Este comportamiento es

similar al observado en las comparaciones internacionales realizadas por Naciones Unidas.

Consciente de la dispersión de conceptos en torno a la definición de discapacidad el Ministerio de Salud, como coordinador del grupo de enlace sectorial de Promoción y Prevención, recogió en un formulario de caracterización de la población con discapacidad un conjunto de variables, revisadas por las diversas instituciones participantes durante el año 2000, e impulsó la realización de estudios de prevalencia en varios departamentos

En el estudio de prevalencia del Valle del Cauca, se encontró una prevalencia de deficiencia, o déficit en funciones y estructuras corporales, de 6.98% y para discapacidad, o limitaciones para el desempeño de actividades, de 3.99%; cifras que contrastan con el 1.8% registrado para todo el Departamento en el Censo de 1993, debido principalmente al cambio de concepto reflejado en las preguntas a la población.

El haber tomado como unidad el hogar permitió detectar que “en 27.5% de los hogares hay una o más personas con deficiencia; de éstos 17.2% son personas con discapacidad” valor semejante al 20.4%, registrado en el Departamento del Quindío.

En relación con la repercusión de la discapacidad frente al riesgo de pobreza, los hallazgos del estudio de prevalencia del Valle corroboran las conclusiones del Informe de Pobreza en Colombia (Vélez et al. 2002): la variable deficiencia resultó estadísticamente significativa al medir la proporción de hogares pobres según NBI, con un valor de 7 puntos porcentuales por encima para los hogares con presencia de deficiencia. Al desagregar por indicadores simples, son estadísticamente significativas las diferencias para condiciones inadecuadas de la vivienda y

hacinamiento crítico, variables relacionadas directamente con la capacidad de ahorro de las familias.

Igual relación encuentran los hallazgos del estudio con dos de los tres determinantes identificados en el citado informe para aumentar la probabilidad de escapar de la pobreza:

a) Mayor cantidad de miembros en edad laboral con educación superior. Frente a un 9.5% de analfabetismo en la población de la muestra, entre las personas con deficiencia la tasa es de 24.2%; igualmente es significativa la diferencia del indicador años promedio de educación que apenas alcanza 5.3 años en la población con discapacidad.

b) Tener acceso a empleo, por parte de miembros diferentes del jefe de hogar. La tasa de participación global de la población con discapacidad es apenas del 25%, muy inferior al 52% del resto. La baja participación también tiene impacto en el resto de personas del hogar: Trabaja más del 40% de los miembros de la familia en el 73% de los hogares sin presencia de discapacidad, mientras sólo en el 57% de los hogares con discapacidad se alcanza esta participación laboral, con consecuencias negativas sobre el ingreso familiar y la probabilidad de escapar de la pobreza.

En cuanto al acceso a mecanismos públicos de protección social se encontró una diferencia altamente significativa entre el 51% de afiliación a la seguridad social en salud del grupo con discapacidad y el 44% del resto de la población; “indicando probablemente que la ocurrencia de discapacidad motiva la afiliación a la seguridad social para garantizar los servicios de salud”.

6.2.3 Componentes de la política en discapacidad y líneas de acción. Los componentes estratégicos para la intervención en discapacidad son: Promoción y

Prevención, Equiparación de Oportunidades y Habilitación / Rehabilitación, los cuales involucran a la sociedad, y por ende a sus diferentes estructuras organizativas e instituciones; de allí que la integralidad requerida en su intervención, en cualquiera de sus componentes, necesite del concurso de la familia, la sociedad y el Estado para compartir responsabilidades en el logro de los objetivos y propósitos establecidos para el manejo de las situaciones relacionadas con la discapacidad.

De acuerdo con la nueva concepción, la situación de discapacidad es el resultado de las interacciones entre las condiciones individuales de la persona y las características del entorno físico y social; por tanto se identificó para cada uno de los componentes de la política el propósito y alcance para organizar la estrategia de intervención y la consiguiente articulación de las acciones desarrolladas por las entidades comprometidas con la Política en Discapacidad.

La identificación de los factores de riesgo a que está expuesta la población en general en cualquier momento del desarrollo de su ciclo vital, el desarrollo de los factores protectores para prevenir la incidencia de discapacidad, la remoción de obstáculos o barreras que impiden que las personas con discapacidad accedan a los beneficios institucionales y sociales, así como el mejoramiento de la autonomía de las personas con discapacidad, definen un ámbito de acción claramente delimitado pero relacionado entre sí para garantizar una intervención integral.

Figura 2. Interacción de Componentes de la Política



FUENTE: Consejería Presidencial para la Política Social – UCN haz paz. Plan Indicativo en Política haz paz. Bogotá, febrero de 2001.

Al interior de los componentes y según el propósito de la intervención, las acciones se ejecutan por niveles fundamentales, con el objeto de evitar que se presente una condición de salud que conlleve a una situación de discapacidad, desfavorable al individuo, la familia y el entorno inmediato.

- **Componente de Prevención.** La intervención en Promoción de Entornos Protectores y Prevención de la Discapacidad trata de reducir la probabilidad de adquirir una condición de salud discapacitante, creando conciencia en la población de que la calidad de vida depende de las acciones que ellos hagan, así como a crear condiciones en el entorno para impedir que se produzca cualquier situación de discapacidad, es decir, hacia la construcción de entornos protectores en el hogar, el trabajo y en los espacios de la vida ciudadana; también incluye medidas tendientes a disminuir la posibilidad de empeorar la calidad de vida de la persona con discapacidad actuando principalmente sobre la cultura y el entorno para desarrollar factores protectores y mitigar sus consecuencias, mediante

mecanismos de intervención y control de factores de riesgo en el entorno y el desarrollo de canales y estrategias para la transformación cultural, que contribuyan a reducir el impacto de la discapacidad sobre las personas.

Figura 3. Alcance del Componente de Promoción y Prevención



Fuente: Comité Técnico Nacional - CPPS - RSS. Plan Indicativo en Discapacidad. Bogotá, 2002

Su acción se dirige a la población en general, con énfasis en grupos expuestos a riesgos según los espacios de interacción y convivencia: escuela, hogar, trabajo. Se prioriza los niños, los jóvenes, las adolescentes y los trabajadores.

Para el desarrollo de este componente se proponen cuatro líneas estratégicas de acción:

1. Promoción y fomento de condiciones y comportamientos saludables

Establecer los contenidos y canales de información, comunicación y educación más apropiados para que los grupos poblacionales asuman estilos de vida saludables, en especial los más expuestos a adquirir la condición de discapacidad,

que les permitan identificar y modificar los factores y comportamientos que predisponen a ella y desarrollar aquellos identificados como protectores.

2. Identificación, prevención y control de riesgos

Identificar e intervenir los factores de riesgo que inciden en la prevalencia de discapacidad, para aislar, controlar y reducir la consecuencia sobre las personas en los espacios cotidianos, tales como el trabajo, el hogar, la escuela, el espacio urbano, entre otros.

3. Promoción del acceso oportuno a detección temprana en los diferentes espacios de interacción social y a la atención en los servicios específicos

Divulgar sistemáticamente los signos de presencia de discapacidad, en especial en población infantil, a aquellos agentes comunitarios cuya labor los pone en contacto con los grupos poblacionales más susceptibles de adquirir la condición de discapacidad; simultáneamente, establecer mecanismos eficaces, de información, orientación e inducción a la demanda, que faciliten la intervención oportuna de la condición de discapacidad en las personas detectadas.

4. Fomento a procesos de participación ciudadana para la transformación cultural en torno a la discapacidad

Incorporar contenidos que favorezcan una cultura de respeto a la diferencia y que, explícitamente, potencie la capacidad de interacción y aporte de las personas con discapacidad en las entidades y organizaciones comunitarias que inciden en el bienestar, la convivencia y la participación ciudadana.

- **Componente de Equiparación de Oportunidades.** Se orienta a reducir la vulnerabilidad de las personas con discapacidad o a prevenir “los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales... se trata de una desventaja creada o empeorada por las características de los factores contextuales”, usando la definición de restricciones en la participación de la CIF.

Figura 4. Alcance del Componente de Equiparación de Oportunidades



Fuente: Comité Técnico Nacional - CPPS - RSS. Plan Indicativo en Discapacidad. Bogotá, 2002

Las acciones de este componente se dirigen prioritariamente a permitir la participación de las personas con discapacidad, en igualdad de oportunidades con los demás ciudadanos, en las actividades institucionales que preparan y fomentan la contribución plena de cada uno de los colombianos en la construcción de sociedad.

En consecuencia, las líneas estratégicas de acción son:

- **Eliminación de toda forma de exclusión y discriminación hacia las personas con discapacidad, por parte de las organizaciones sociales.** Establecer los canales y formas de comunicación que permitan a las organizaciones e instituciones sociales, que entran en contacto directo con el ciudadano – tales como notarías, supermercados, juzgados, centros de salud, recreativos, turísticos y culturales, entre otros, adopten en sus reglamentos y prácticas institucionales, medidas que eliminen explícitamente la discriminación y

promuevan el acceso de las personas con discapacidad a los servicios que cada uno de ellos ofrece a la ciudadanía en general.

- **Acceso, permanencia y promoción en educación.** Generar las condiciones de cobertura, calidad y eficiencia para que las personas con discapacidad tengan las garantías de acceso, permanencia y promoción dentro del servicio educativo al mismo tiempo que se identifican y se remueven las barreras que lo impiden.
- **Promoción de la empleabilidad para personas con discapacidad y sus familias.** Definir y aplicar mecanismos e instrumentos que incentiven la participación productiva, tanto de las personas con discapacidad como de los otros miembros del hogar, en los programas diseñados para la promoción, generación y protección del trabajo; de tal manera que se compense la desventaja familiar, producida por la condición de discapacidad, en la oportunidad de acceso al entorno productivo.
- **Construcción y acondicionamiento de viviendas, edificios, espacios y transporte de uso público con parámetros de accesibilidad.** Promover la difusión, aplicación seguimiento y ajuste de la normatividad existente, dando prioridad a la eliminación de barreras físicas en terminales, estaciones, transporte público, establecimientos educativos y de salud, entidades de uso público prestadoras de servicios, escenarios deportivos, parques y zonas recreativas de uso público y especialmente viviendas de interés social, a fin de facilitar el acceso y uso de estos espacios a las personas con discapacidad.
- **Acceso a la información, la comunicación para las personas con discapacidad sensorial (personas ciegas, sordas y sordo-ciegas).** Promover el desarrollo, adaptación e implementación de tecnologías y medios que posibiliten a las personas con discapacidad, el acceso a la comunicación y la información, y propicien su activa participación en actividades colectivas.

- **Participación y fomento de la actividad en recreación, deporte, cultura, turismo de la población en situación de discapacidad.** Promover e implementar programas y actividades que posibiliten y mejoren la participación activa en deporte, recreación, educación física y utilización del tiempo libre de las personas con discapacidad y generar la eliminación de barreras físicas en escenarios deportivos, parques y zonas recreativas de uso público.

- **Componente de Habilitación / Rehabilitación.** La Habilitación y Rehabilitación, agrupan el conjunto de tecnologías, acciones y procedimientos, realizados con las personas sus familias y comunidades, que buscan eliminar o disminuir las limitaciones en la actividad de la vida diaria.

Las acciones que se desarrollan en este componente se dirigen a fortalecer la capacidad de los servicios y de las comunidades, diferenciados según las exigencias de los procesos de habilitación o rehabilitación, para articularlos e intervenir efectiva y oportunamente en la situación de discapacidad. Se da prioridad a la organización y fortalecimiento de redes de servicios en el marco de la Red General de servicios, a definición de la oferta, a promover y brindar asistencia técnica para la acreditación de servicios, a la estandarización y aplicación de instrumentos de valoración y procedimientos, la incorporación de metodologías con participación comunitaria y el suministro de ayudas técnicas y tecnológicas que, en su intervención conjunta, mejoren la capacidad de desempeño autónomo de las personas con discapacidad en el hogar y en su entorno cotidiano.

Las líneas estratégicas de acción propuestas para la intervención en este componente son:

- **Red de servicios de Habilitación.** Articular la prestación de servicios integrales de habilitación dirigidos a minimizar el impacto de la condición de

discapacidad en población de menores, o cuando es adquirida durante los períodos de desarrollo; identificar formas de organización, procedimientos y Metodologías eficaces para evitar la instauración de discapacidades que impidan su integración social y la ubicación en la vida productiva.

La complejidad que implica la articulación de competencias y recursos entre los sectores de salud y educación, con grados de descentralización y estructuras institucionales disímiles, dificulta aún más la atención de niños con una condición de discapacidad adquirida durante los períodos de desarrollo. Si es evidente la fragmentación de los servicios de rehabilitación bajo un modelo médico, la situación empeora cuando los servicios de habilitación tratan de integrarse con un modelo educativo que, a su vez, privilegia el papel del docente hasta prácticamente excluir otras disciplinas de la organización de la escuela. El resultado de esta colisión de competencias no puede ser otro que el alarmante nivel de analfabetismo entre la población con discapacidad y la débil capacidad de autonomía de los niños, con el consiguiente aumento de la vulnerabilidad al maltrato y el abandono.

- **Red de servicios de Rehabilitación.** Identificar formas de organización, articulación y canalización entre los diferentes niveles de competencia. Promover y asistir técnicamente en el marco del sistema de protección social, la acreditación de los servicios de habilitación/ rehabilitación, para que apliquen procedimientos eficaces de intervención dirigidos a valorar y lograr el mejoramiento de la autonomía en actividades cotidianas, de las personas con discapacidad y sus familias.

El modelo para atender la discapacidad, adoptado actualmente por el sistema de seguridad social, es un modelo deficitario diseñado al estilo de los años sesenta, que no ha incorporado en su organización las diferencias entre enfermedad y discapacidad establecidas desde la década del setenta, ni siquiera en la forma de

registro de la condición de discapacidad en las estadísticas de salud y, menos aún, en el establecimiento de procedimientos que privilegien el logro de autonomía de la persona sobre el tratamiento puntual de un órgano o función.

Como consecuencia lógica, las intervenciones relacionadas con rehabilitación se prestan de forma fragmentada e incompleta, sin incluir a la familia y la comunidad en el proceso y considerablemente concentradas en procedimientos aislados que tratan el déficit en funciones y estructuras corporales, relacionados más con el diagnóstico que con la discapacidad. En estas condiciones el país desconoce hoy en día la oferta de servicios de rehabilitación, tanto en términos de cobertura como de impacto, oportunidad y calidad; aunque se presume baja para todas las características, con el agravante de la atomización de recursos que origina un alto costo cuyo monto tampoco ha sido examinado.

- **Promoción y desarrollo de Ayudas técnicas y tecnológicas.** Ampliar el acceso de las personas con discapacidad, al uso de ayudas técnicas y tecnológicas que mejoren su desempeño autónomo en el hogar, la escuela, el trabajo y, en general, en los espacios de vida ciudadana. El último estudio sobre prevalencia de la discapacidad en el Valle del Cauca, que indagó sobre la utilización de ayudas técnicas por parte de las personas con discapacidad, reportó que 49.6% de los hombres con discapacidad refieren necesitar ayudas técnicas, y sólo 31% las tienen, mientras entre las mujeres, 47.2% las necesitan, pero sólo las tienen 25.4%. Señala además que tan baja cobertura se relaciona con la escasa información disponible en este campo, tanto para los potenciales demandantes como para los profesionales responsables de evaluar, seleccionar y proveer entrenamiento en ayudas técnicas. Resalta también que ICONTEC ha estandarizado las normas de diferentes ayudas técnicas y adecuaciones de espacios y enseres, pero a muchas de ellas no se accede de manera industrial y comercial sino que son realizadas casi en forma artesanal, incluso por las mismas

personas con discapacidad o sus familias que las producen por su necesidad sentida.

Finalmente como dinámica de gestión se espera que una diversidad de actores en el nivel local incorpore la concepción moderna de discapacidad en la ejecución cotidiana de las acciones que le son propias. En particular para los servicios sociales se propone hacer realidad el tránsito desde la oferta a una respuesta por demanda, cambiar una gestión centrada en entrega de suministros por una dirigida a desarrollar capacidades. Esto significa que los servicios sociales serán exitosos si son capaces de contribuir a la formación de personas y grupos que se conciben a sí mismos como sujetos de derechos, es decir, capaces de aportar, desde sus experiencias y vivencias cotidianas, a la toma de decisiones sobre sus condiciones de vida, como miembro de familia y como población.

El cambio de la concepción de discapacidad, expresado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud- CIF de la OMS, aprobada en mayo de 2001, así como el marco conceptual del Manejo Social del Riesgo que impulsa la reforma de la Protección Social en Colombia, constituyen dos elementos fundamentales que orientan el abordaje de la política pública en discapacidad.

6.2.4 Programas de atención al discapacitado. La Red de Solidaridad Social, en el desarrollo de sus políticas y programas contempla contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable, facilitando su participación a nivel local y comunitario en la toma de decisiones dentro de los programas sociales, mediante los esfuerzos conjuntos de las instituciones del Estado a nivel Nacional, las Entidades Territoriales, Organizaciones No Gubernamentales y de la Sociedad Civil.

Las acciones y apoyos dirigidos a las Personas con Discapacidad, han venido centrándose en el desarrollo de cuatro componentes que son:

1. Asesoría y asistencia técnica a instancias consultivas y técnicas del nivel nacional y territorial a través de eventos de formación, talleres, encuentros, y acompañamiento directo en los diferentes procesos de construcción y gestión de la Política y del Plan Nacional de Intervención en Discapacidad.
2. Capacitación, intercambio de experiencias y fortalecimiento de organizaciones de familiares y personas con discapacidad.
3. Cofinanciación de Proyectos Productivos.
4. Apoyo y suministro de Ayudas Técnicas.

Dando así respuesta al proceso de institucionalización de la Política de Discapacidad y del Plan Nacional, garantizando la asistencia técnica en co-responsabilidad de los actores que tienen la competencia, el interés y compromiso dentro del PNID (Plan Nacional de intervención en Discapacidad) 2003–2006.

Lo anterior se relaciona con el proceso de “FORTALECIMIENTO DE REDES DE APOYO TERRITORIAL PARA LA DISCAPACIDAD”, que responde a procesos participativos, de construcción colectiva, de concertación, de empoderamiento, que permiten crear o fortalecer alianzas estratégicas (Sector Privado, Público, ONGs, Organizaciones de Base, Sociedad Civil), identificar acciones pertinentes y viables para alcanzar un nivel deseable de planificación local participativa que haga posible la gestión local sobre la base de situación de discapacidad y de las personas en condición de discapacidad.

Para el desarrollo de este propósito, se realizó en el período comprendido entre el año 2002 y 2003 el alistamiento y puesta en operación del Proyecto: “Fortalecimiento de la capacidad institucional de los territorios como soporte al desarrollo de la aplicación de la política de discapacidad en los componentes de

prevención, rehabilitación integral y equiparación de oportunidades mediante la creación y fortalecimiento de las redes de apoyo territorial a la discapacidad” el cual se ejecutó con la asesoría técnica de la Consejería Presidencial para la Política Social (Hoy Consejería Presidencial de Programas Especiales), la participación del Comité Técnico Nacional de Discapacidad y de las Redes Territoriales de Apoyo a la discapacidad en 20 departamentos y el Distrito Capital de Bogotá.

Proceso que se estableció en tres direcciones:

A. Desde la construcción de escenarios de planificación gestión en el ámbito nacional y territorial mediante la convocatoria de nuevos actores para:

1. Redireccionar la estructura organizativa nacional de soporte al desarrollo del Plan de Acción para la Formación de la Política en discapacidad: Comité Técnico Nacional y Grupos de Enlace Sectorial.

2. Creación, activación y fortalecimiento de las diferentes instancias que operan la política en discapacidad a nivel territorial con el fin de conformar y /o fortalecer los nodos de articulación para la gestión técnica y operativa de las Redes de Apoyo Territorial para la Discapacidad, a partir de identificar competencias de los actores comprometidos en los componentes de la política y sus respectivas líneas de acción.

B. Desde el impulso a los procesos de movilización social nacional y territorial con el fin de:

1. Sensibilizar a los diferentes actores de gobierno, organizaciones de y para la sociedad civil sobre la necesidad de generar una cultura de transformación institucional en torno a la dimensión de discapacidad, con el fin de avanzar en la

precisión de competencias institucionales para el abordaje de la intervención a la situación de discapacidad, desde los diferentes escenarios de acción.

2. Abordar desarrollos conceptuales y metodológicos que guían la puesta en común de un nuevo enfoque de la dimensión de la discapacidad, desde el Manejo Social del Riesgo y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF).

3. Generar condiciones técnicas y políticas para agendar la política pública nacional en discapacidad 2003-2006 en los Planes de Desarrollo Departamentales y Municipales.

C. Desde la construcción, organización y sistematización de los insumos técnicos para:

1. Elaboración del documento de Bases en Política Pública en Discapacidad 2003-2006.

2. Organización de los insumos técnicos para el documento Conpes 2003-2006.

3. Formulación del Plan Indicativo Nacional 2003-2006 por componentes de la Política en Discapacidad.

4. Acompañamiento a los Grupos de Enlace Sectorial para la elaboración de lineamientos técnicos para el desarrollo conceptual y programático de los componentes de la Política en Discapacidad 2003-2006.

5. Validación técnica de la Metodología para la Formación de la Política Pública en Discapacidad, como instrumento que contribuye a la organización de los procesos de coordinación de la gestión social en el Territorio.

6. El desarrollo de la Agenda de Empalme para la transferencia de la coordinación técnica nacional y territorial de la Política y el Plan Nacional de Intervención en Discapacidad 2003-2006, desde la Consejería Presidencial de Programas Especiales (Decreto 563 de marzo 5 de 2003) y la Red de Solidaridad Social al nuevo Ministerio de Protección Social (decreto 205 de febrero de 2003).

La configuración de un nuevo escenario de gestión para la Coordinación Nacional de la Política Pública y del Plan de Intervención en Discapacidad 2003-2006 en el nuevo Ministerio de la Protección Social, a partir de las competencias y funciones asignadas por el Decreto 205 de 2003, dado el proceso de ajuste y modernización de la administración pública y del sector social en particular, impulsado por el Gobierno del Presidente Álvaro Uribe Vélez , plantea la necesidad de:

a) Continuar el proceso gestionado y viabilizado desde la Presidencia de la República, Consejería Presidencial de Programas Especiales y Red de Solidaridad Social, durante el año 2004, mediante la puesta en marcha del Proyecto “ Transferencia Institucional de competencias para la coordinación y gestión del Plan Nacional de Intervención en Discapacidad 2003-2006 “, con el fin de establecer conjuntamente con el Ministerio de la Protección Social los procesos, mecanismos y procedimientos para la interacción e interlocución de instancias y niveles de coordinación nacional y territorial , gestión que venía adelantando la RSS.

b) Acompañar al nuevo Ministerio de la Protección Social en el fortalecimiento del Mapa de Participación Social de las Organizaciones de Base de Personas con Discapacidad, con el fin de fortalecer su representatividad y participación en los diferentes escenarios de planificación-gestión de la política y el Plan de Intervención en Discapacidad 2003-2006, como uno de los soportes fundamentales en ” la integración de las veedurías comunitarias en todas las actividades de la administración pública relacionadas con la elaboración de

presupuestos, formulación, seguimiento y evaluación de las decisiones de política pública que los afectan (Ley del Plan de Desarrollo “Hacia Un Estado Comunitario 2003-2006”).

c) Armonizar las líneas de política nacional formuladas para el período 2003-2006, a nivel de las entidades territoriales con el fin de visualizar la dimensión discapacidad en los próximos planes de desarrollo territorial de las respectivas entidades territoriales, lo cual requiere de un proceso de fortalecimiento técnico y de gestión de los Comités Técnicos Departamentales como instancias de acompañamiento y asesoría técnica a los municipios.

Por lo tanto, el proceso de difusión y empoderamiento de las entidades territoriales departamentales y municipales para la descentralización de la Política Pública en Discapacidad, así como al establecimiento de mecanismos operativos para su institucionalización, se hace necesario articular las acciones de descentralización de la RSS (Red de solidaridad Social) con el fin de generar los procesos de cooperación técnica y financiera, así como el acompañamiento institucional requerido en los diferentes entes territoriales, con el fin de apalancar la función de coordinación técnica en el nuevo Ministerio de la Protección Social y avanzar en la gestión y aplicación de la misma, así como en el fortalecimiento de las diferentes estructuras organizativas que la soportan como una estrategia fundamental para la armonización y desarrollo del Plan Nacional de Intervención 2003-2006 a nivel territorial.

Desde este nuevo escenario se aborda, desde la RSS el proyecto titulado: "TRANSFERENCIA INSTITUCIONAL DE COMPETENCIAS PARA LA COORDINACIÓN Y GESTIÓN DEL PLAN NACIONAL DE INTERVENCIÓN EN DISCAPACIDAD 2003-2006" , que contempla dos componentes fundamentales:

a) Fortalecimiento técnico y de gestión de las instancias nacionales y territoriales de soporte a la aplicación del Plan Nacional de intervención en Discapacidad 2003-2006.

b) Movilización social territorial de las organizaciones de base de personas con discapacidad.

El programa dirigido a personas con discapacidad, liderado durante varios años por RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL ha pasado a ser administrado desde el ámbito nacional por el Ministerio de la Protección Social.

Después de revisar los componentes de la discapacidad y las líneas de acción, así como los programas de atención al discapacitado, es pertinente revisar la legislación que respalda al discapacitado en Colombia.

6.2.5 Marco jurídico colombiano. Desde que en el año 70 se articularon los derechos de las personas con limitaciones a los planes de acción definidos por las Naciones Unidas, el gobierno nacional se comprometió en conjunto con los entes pertinentes a asumir respuestas frente a esta población.

En 1981 se promulgó el Decreto 2358 por el cual se creó el Sistema Nacional de Rehabilitación. Este sistema no logró desarrollar los objetivos para los cuales fue creado, aunque identificó acciones que fortaleció algunos sectores en el tema.

En 1983 se expidió la Resolución 08321 del Ministerio de Salud sobre protección a sordos y conservación de la audición, de la salud y el bienestar de las personas por causa de la producción y emisión de ruido.

En 1985 el Ministerio de Salud expidió la Resolución 14861 sobre protección, salud, seguridad y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos.

Ley 12 de 1987, estableció requisitos de la construcción y del espacio público para la eliminación de barreras arquitectónicas y posibilitar el acceso de las personas con discapacidades.

Decreto 2737 de 1989, expide el código del menor. que en su título séptimo desarrolla lo pertinente al menor con deficiencia física, mental y sensorial y crea el Comité Nacional para la Protección del Menor Deficiente. Asigna funciones y define responsabilidades sobre programas de protección, tratamiento, de educación especial y rehabilitación para los menores deficientes.

Los 80's finalizan con el abandono de esta población desde el ámbito gubernamental, institucional y sectorial y deja los anteriores actos administrativos como letra muerta que no se aplicó ni se reglamentó.

Los 90's se inician con la expedición de la Ley 10 que en su artículo 4. Incluye el proceso de rehabilitación dentro del sistema de salud.

El Decreto 2164 de 1992 crea en el Ministerio de Salud la División de Servicios de Rehabilitación que tenía entre otras funciones la de promover, organizar y desarrollar el Sistema Nacional de Rehabilitación.

La Constitución de 1991, incluye varios artículos referidos al tema, los cuales se incluyen a continuación:

Artículo 13. Incluye la protección de los derechos fundamentales para las personas con discapacidad y le asigna al Estado la función de proteger a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se comentan.

Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión y rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a quienes se prestará la atención especializada que requiera.

Artículo 49. Se garantiza a toda la población el acceso a los servicios públicos de salud.

Artículo 54. El Estado debe garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.

La ley 60 de 1993. Artículos 2, 3 y 4. Define competencia y recursos para la atención integral en salud. Artículo 21. Prevé la financiación de programas para personas con deficiencias o alteraciones físicas o mentales en cualquiera de sus modalidades de atención, la dotación y el mantenimiento de las infraestructuras y el acceso a prótesis, ortesis y demás recursos necesarios para la rehabilitación y la integración de estas personas.

La **Ley 100 de 1993** desarrolla los siguientes artículos:

Artículo 153. Incluye la rehabilitación como una fase del proceso de atención integral de salud.

Artículo 156. Garantiza el ingreso de toda la población al Sistema de Seguridad Social en condiciones equivalentes. Crea un régimen subsidiado para los pobres y vulnerables.

Artículo 157. Prioriza dentro de la población pobre y vulnerable a los discapacitados entre otros.

Artículo 257. Define auxilios económicos entre otros para la población con limitación física.

Libro Tercero. Crea el Sistema General de Riesgos Profesionales. Define los términos para la calificación y el pago de pensiones de invalidez íntegras.

Otras **normas y decretos** relacionados con el tema son:

- **Decreto 2681 de 1993.** Declara el 3 de diciembre el Día Nacional de las Personas con Discapacidad
- **Decreto 1346 de 1994.** Reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de invalidez.
- **Decreto 1295 de 1994.** Organiza y determina la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Artículo 5. Define la rehabilitación física y profesional, así como las prótesis y órtesis como una prestación ineludible del sistema General de Riesgos Profesionales.

Artículo 7. Cualifica el derecho al reconocimiento y pago a prestaciones económicas por incapacidad permanente y pensión de invalidez por causa ATEP.

Artículos 40 y 41. Cualifica la incapacidad permanente parcial consecuencia de riesgo ATEP.

Artículo 42. Condiciona la indemnización para las incapacidades permanentes parciales.

Artículo 43. Define el arbitrio de las Juntas de Calificación de Invalidez en caso de controversia por incapacidad.

Artículo 44. Plantea la necesidad de evaluar la incapacidad mediante un manual de calificación de invalidez.

Artículo 45. Obliga al empleador a rehabilitar y reubicar al trabajador incapacitado acorde con sus condiciones.

Artículo 46. Define la invalidez como un estado que supera el 50 por ciento de la incapacidad laboral.

Artículo 47. Determina las competencias para calificar origen de la invalidez.

Decreto 2644 de 1994. Adopta la tabla única para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral, entre el 5 y el 49.99 por ciento.

Decreto 303 de 1995. Se determina la vigencia de las Juntas de Calificación de Invalidez.

Decreto 1557 de 1995. Se reglamenta la Junta de Calificaciones de Invalidez especial para los aviadores civiles.

Ley 324 de 1996. Se crean normas acerca de la población sorda, limitados auditivos, sordo, hipoacúsico, lenguaje manual y rehabilitación.

Ley 361 de 1997. Establece mecanismos de integración social de las personas con limitaciones. (5 títulos, 73 artículos).

Artículo 6. Se constituye el Comité Nacional Consultivo de las Personas con Limitaciones como el máximo ente en asuntos pertinentes en este tema.

Capítulo 4. De la integración laboral.

Artículo 22. Condiciona al Gobierno a adoptar medidas pertinentes para la creación y fomento de fuentes de trabajo para personas con limitación. Lo conmina a establecer programas de empleo protegido.

Artículo 24. Define garantías a empleadores particulares que vinculen laboralmente a personas con limitaciones.

Artículo 26. Elimina la limitación como obstáculo para la vinculación laboral. Garantiza estabilidad laboral para las personas con discapacidad.

Artículo 27. Las personas con limitaciones deben ser admitidas con igualdad de condiciones en los concursos para optar por empleo en el servicio. Les garantiza prelación en caso de empate.

Artículo 28. Conmina a los entes oficiales de capacitación a establecer convenios para preparar a personas con limitaciones en aspectos laborales, según el cargo.

Artículo 29. Garantiza el ingreso a las personas con discapacidad al Régimen Subsidiado de la Seguridad Social.

Artículo 30. Conmina las entidades del Estado a preferir productos, bienes o servicios ofrecidos por entidades constituidos por personas con limitación. Exige a las mismas entidades preferir en sus conmutadores a personas con limitaciones.

Artículo 31. Especifica beneficios tributarios, a empleados que contraten a personas con discapacidad.

Artículo 32. Garantiza ingreso justo para personas con limitaciones.

Artículo 33. Permite el trabajo de la persona con discapacidad pensionada sin perjuicio de su condición.

Artículo 34. Garantiza préstamos blandos del Gobierno a empresas que produzcan bienes o servicios a favor de las personas con discapacidad, siempre y cuando estén formadas en un 80 por ciento por personas con discapacidad.

1999-2000. Plan Nacional a las personas con discapacidad. Se definen los lineamientos para la asistencia integral a la población con discapacidad dentro del marco del Plan de Gobierno actual.

Como se aprecia son muchas las disposiciones que enmarcan el contexto normativo para las personas con discapacidad las cuales se consideran amplias y adecuadas pero la realidad presenta un problema que aumenta y niega las condiciones de equidad para esta población. La situación es desfavorable y la condición de marginalidad en los espacios sanitarios, culturales, educativos y laborales es evidente. Esto sin contar la discriminación en los procesos políticos y sociales.

Las razones para que esto suceda pueden estar enmarcadas dentro de lo que habitualmente se denomina crisis general, pero en realidad pesan más la falta de conciencia y la carente voluntad política en un Estado que en complicidad con la escasez de recursos, la persistencia de creencias, actitudes y prácticas intolerantes, negativas y excluyentes nos alejan significativamente del precepto fundamental mediante el cual todos los seres humanos nacen libre e iguales en dignidad y derecho.

En Colombia, con anterioridad a la Constitución Política de 1991, se habían dado algunas disposiciones con respecto a la discapacidad¹; sin embargo, a partir de la expedición de la Carta Magna, se ha venido consolidando un marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad, y al mismo tiempo las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos.

En la **Constitución Política de 1991**, se encuentran varios artículos que hacen mención expresa a la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad. Adicionalmente, en la Carta Magna se definen otra serie de derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales, que tienen un carácter universal y por tanto, cubren también a quienes presenten algún tipo de limitación o discapacidad.

En desarrollo del Mandato Constitucional, se han expedido la **Ley 324 de 1996** “Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda”, en la cual el Estado aprueba la lengua de señas como oficial de la comunidad sorda y se plantea la investigación y difusión de la misma, se prevé la introducción de tecnologías y el servicio de intérpretes; y la **Ley 361 de 1997** “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”.

Esta última Ley, reconocida como un importante avance en cuanto a la definición de un marco para el manejo de la discapacidad, puntualiza diversos aspectos en relación con los derechos fundamentales de las personas con limitación y establece obligaciones y responsabilidades del Estado en sus diferentes niveles para que las personas que se encuentren en esta situación, puedan alcanzar “...su completa realización personal y su total integración social...”; es así como se ocupa de asuntos como la prevención, la

¹ Vale citar, el Decreto 2358 de 1981 que crea el Sistema Nacional de Rehabilitación; la Ley 50 de 1988 y el Decreto 2177, que norman aspectos de educación, readaptación y reubicación laboral; y la Ley 82 de 1989

educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social, la accesibilidad. Así mismo, en el Artículo 6° de esta norma se constituye el “Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación” en calidad de “...asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado...”, y se prevé la conformación de Grupos de Enlace Sectorial, con la participación de instituciones y entidades de naturaleza pública y privada.

En temas de carácter sectorial, se han expedido otras normas que incluyen una serie de preceptos normativos específicos para el caso de la discapacidad.

En el ámbito internacional, en especial desde los organismos del Sistema de las Naciones Unidas, se han promulgado diferentes textos (declaraciones, convenios, planes, recomendaciones) que contienen planteamientos específicos en relación con los derechos de las personas con discapacidad, señalan deberes de los Estados y de la sociedad para con ellos y trazan lineamientos de acción para prevenir la discapacidad, brindar la atención y generar condiciones de integración social y de superación de cualquier forma de discriminación. Colombia ha acogido y ratificado la mayoría de estos lineamientos y mandatos; el último de ellos a través de la Ley 762 de julio de 2002, “por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)”.

En relación con documentos técnicos, el más reciente para la calificación de la condición de discapacidad, es la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud- CIF, aprobada por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2001.

que ratificó el Convenio 159 de la OIT.

En cuanto a los antecedentes de formulación de planes relativos al tema de discapacidad, en 1995 se expidió el Documento CONPES 2761 “Política de Prevención y Atención a la Discapacidad”, y bajo el contexto conceptual y normativo existente en 1998, el anterior gobierno formuló el “Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999-2002”, construido en un proceso de interacción entre diferentes instituciones del nivel nacional, y con la activa participación de instituciones del nivel territorial, en donde se llevaron a cabo mesas de trabajo con participación de representantes de entidades sectoriales y de las Redes Territoriales, en las cuales han estado presentes el sector público y el privado.

En el proceso de desarrollo y ejecución del Plan, se designó a la Consejería Presidencial para la Política Social como instancia de coordinación de las actividades de interacción entre las diferentes instituciones nacionales involucradas; es importante señalar así mismo la importancia de su papel en la apropiación del Plan por parte de las entidades territoriales.

En diciembre de 2001, y en el marco de la creación del Sistema Social de Riesgo para enfrentar la crisis económica que vive el país, el CONPES determinó que la coordinación del Plan quedara bajo responsabilidad de la Red de Solidaridad Social y recomendó “para garantizar la efectiva adecuación institucional...bajo la coordinación de la Consejería Presidencial para la Política Social, se deberán definir los esquemas institucionales y los Manuales Operativos que regirán su implementación, determinando claramente los objetivos general y específicos, los principios, componentes y acciones, así como, las responsabilidades y funciones de las entidades responsables y participantes”. En cumplimiento de esta recomendación el equipo técnico de la Consejería participó con los Grupos de Enlace Sectorial a través de la consultoría contratada para este propósito, en la redacción final del “Manual Operativo del Plan Nacional de Atención a Personas

con Discapacidad”, divulgado en septiembre de 2002, y cuyo contenido fundamenta gran parte de las propuestas del presente documento.

En dicho documento se señalan los logros obtenidos en el proceso de desarrollo y ejecución del Plan, “que permiten asegurar que se han dado avances en cuanto a los propósitos planteados, entre los cuales se puede resaltar: a) La promulgación de aspectos normativos en los componentes de Promoción de Entornos protectores y Prevención de la Discapacidad, Rehabilitación, Integración laboral y Accesibilidad; b) la implantación o ampliación de servicios en Construcción de Entornos Protectores y Prevención de la Discapacidad, Rehabilitación con Participación Familiar y Comunitaria; Integración Educativa, Laboral y Accesibilidad; c) diseño de soportes de gestión técnicos y metodológicos para la transformación institucional y la construcción de Política Pública con entidades de Gobierno, organizaciones de y para personas con discapacidad y sociedad civil, donde se destacan: orientaciones para la construcción de una política pública para la discapacidad, lineamientos de construcción de entornos protectores y prevención de la discapacidad, lineamientos para la construcción de un entorno accesible, lineamientos de política de comunicación para la construcción de una nueva imagen social de las personas con discapacidades físicas, sensoriales, cognitivas o mentales, lineamientos de habilitación/rehabilitación para la discapacidad y lineamientos para la integración laboral. Así mismo se han realizado Convenios de Cooperación Nacional e Internacional que contribuyeron a la formulación de la Metodología de Planificación Intersectorial para la Formación de Política Pública en Discapacidad.”

- **Principios que guían la política pública en discapacidad.** El respeto a los derechos fundamentales del individuo y el reconocimiento a los derechos sociales, económicos, culturales y del ambiente consagrados en la Constitución Política, así como los principios particulares de igualdad de oportunidades, en el marco de justicia, de protección a aquellos ciudadanos que se encuentren en condiciones de

vulnerabilidad o debilidad manifiesta, el respeto a la diferencia y la tolerancia son esenciales en el desarrollo de la política pública en discapacidad.

Siete son los principios que orientan el desarrollo teórico y operativo de la política:

- **Enfoque de Derechos:** énfasis en las personas y sus relaciones sociales a partir de la unidad entre el sujeto social y el sujeto de derechos
 - **Equidad:** igualdad de oportunidades a partir de la inclusión de las personas con discapacidad sin ningún tipo de discriminación.
 - **Solidaridad:** construcción de una cultura basada en el reconocimiento recíproco y la solidaridad social.
 - **Descentralización:** reconocimiento de la diversidad y heterogeneidad de las regiones y territorios locales y de sus estructuras operativas para ampliar la democracia participativa y fortalecer la autonomía local.
 - **Integralidad y concertación:** para el desarrollo de intervenciones integrales eficientes y coordinadas desde los diferentes componentes de la política.
 - **Corresponsabilidad:** generación de una cultura de responsabilidad social que configure una ciudadanía activa, capaz de desarrollar nuevos tipos de solidaridad.
 - **Participación:** Cultura de reconocimiento del otro, de la diferencia como sujeto actuante y aportante en los procesos de construcción social.
-
- **Objetivo general y específicos de la política.** El **objetivo general** es consolidar una política pública que permita construir una sociedad que, si bien considera la discapacidad como una situación que puede y debe prevenir, respete y reconozca las diferencias que de ella se derivan, logrando que las personas con discapacidad, la familia, la comunidad y el Estado concurren y estén comprometidos en promover y proveer las condiciones para lograr su máxima autonomía y participación en los espacios cotidianos y de vida ciudadana.

Los **objetivos específicos** hacen referencia a:

- Promover un entorno saludable, hacer visibles los riesgos de discapacidad ante la población, para controlarlos y mitigar sus consecuencias en los hogares y las personas, en especial los más vulnerables.
- Formular y adoptar las medidas necesarias para que las instituciones y organizaciones formales de la sociedad colombiana, sea su naturaleza pública o privada, incorporen en sus prácticas y comportamientos institucionales, la identificación y remoción de barreras que excluyen a las personas con discapacidad de la oportunidad de participar en las actividades que son propias a la misión institucional que a cada una de ellas le compete.
- Mejorar la calidad y oportunidad de acceso de las personas con discapacidad y sus familias, a servicios de habilitación y rehabilitación articulados en función del logro de autonomía en las actividades que son cotidianas a estas personas, de acuerdo con sus características personales y de su entorno cercano.

Una vez revisados los aspectos legales referentes a la discapacidad resulta pertinente estudiar los conceptos fundamentales sobre las actitudes.

6.3 CONCEPTOS SOBRE LAS ACTITUDES

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por otra parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También se orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo

cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

Son muy pocos los casos en los que se puede establecer relaciones entre actitudes y conducta. Para poder llegar a prever una conducta, se tiene que conocer muy profundamente unas actitudes muy específicas. Normalmente lo que la gente dice sobre sus propias actitudes suele ser mentira y esto sucede porque no conocemos casi ninguna de nuestras actitudes respecto a los objetos. Y no conocemos estas actitudes hasta que tenemos que actuar frente a él. Con esto se puede decir que las actitudes no influyen tanto en la conducta, es más, a veces, incluso son las conductas las que determinan las actitudes. Esta relación entre conducta y actitud está sometida a numerosas influencias.

Algunos autores sostienen que las actitudes se definen como:

- El grado de inclinación hacia un objeto social determinado, dado por los sentimientos, pensamientos y comportamientos hacia el mismo. (Ps. Tatiana Rojas)
- Predisposición positiva o negativa hacia algo o alguien, se compone de 3 partes: lo afectivo, cognitivo y lo conductual. (conny Philmans)
- Predisposición a actuar antes de ejecutar un comportamiento o conducta que puede estar influenciado, por algún tipo de componente del carácter personal. (Bárbara Choppelo).

6.3.1 Naturaleza de las actitudes y sus componentes. Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión

de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. Esta compatibilidad facilita la formación de valores que se utilizan al determinar que clase de acción se debe emprender cuando se enfrenta a cualquier situación posible.

Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual.

- **Componente cognitivo.** Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. Refleja los pensamientos, ideas, creencias, opiniones o percepciones acerca de un objeto actitudinal, es decir, refleja cómo éste es mentalmente conceptualizado (Antonak y Livnch, 1988). Las personas dan idénticas respuestas ante estímulos bastante diversos; por ejemplo, se puede utilizar el término “discapacitado” para describir a un amplio conjunto de personas. Una “categoría” como es la discapacidad física, es inferida a partir de respuestas comparables ante estímulos discriminativos diferentes. Las personas utilizan también “atributos críticos” para decidir como categorizar la experiencia. Así, para algunos, el término “discapacitado” puede hacer referencia a limitaciones físicas exclusivamente, para otros, a limitaciones psicológicas y finalmente, para otros, puede referirse a ambas cosas. En otras palabras, el modo como el objeto actitudinal es definido es un aspecto del componente cognitivo.

Las creencias sobre una categoría de personas se denominan “estereotipos”. Un estereotipo implica la creencia de que los miembros de un grupo concreto tienen cierto rasgo o atributo en común. Los estereotipos que han sido validados por las investigaciones reciben el nombre de sociotipos. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, los estereotipos suelen tener poca

o ninguna validez, pues se basan en evidencias mínimas y no avaladas por investigaciones.

- **Componente afectivo.** Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto las cuales pueden ser positivas o negativas. Toda la red de pensamientos acerca de las categorías de las personas constituye el componente cognitivo de las actitudes hacia los otros. Además, cada elemento de ésta estructura tiene algún valor afectivo asociado. El afecto se asocia cuando experiencias negativas o positivas ocurren simultáneamente con dicha categoría. De hecho, el ser humano no puede pensar en muchas cosas sin sentir una emoción (Triandis, Adamopoulos y Brinberg, 1986). Es decir, un objeto actitudinal constituye el centro de una red de pensamientos y cada elemento (pensamiento) de la red tiene algún grado de emoción positiva o negativa asociado. Además, el objeto actitudinal se relaciona con estos elementos con grados variables de fuerza. Así, el afecto total o emoción asociada a un objeto actitudinal depende de la fuerza de su conexión con varios elementos cognitivos y de la emoción que se asocie a cada elemento. Universalmente, las personas indican que cuando utilizan palabras para calificar objetos, las más utilizadas suelen ser: evaluación, si el objeto es bueno o malo; potencia, si es grande, poderoso o pesado y actividad, si el objeto es activo, rápido o vivo.

- **Componente conductual.** Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Supone la preparación, la orientación o predisposición para actuar más que el hecho conductual en si mismo. Un importante conjunto de creencias asociadas a un objeto actitudinal hace referencia a las conductas que pueden ocurrir con respecto a ese objeto. Las opciones en el caso de la conducta social son limitadas: uno puede “ir hacia”, “alejarse” o “ir contra” un objeto actitudinal. Si el objeto actitudinal se considera bueno, la respuesta conductual

que elicitare será el aproximarse; si se considera malo, el evitarlo o el luchar contra el pueden ser opciones adecuadas. El componente conductual suele medirse a través de escalas de distancia social y mediante la observación de los comportamientos que un sujeto manifiesta en una situación en la que está implicado el referente actitudinal.

Las actitudes tienen mucho interés para los psicólogos porque desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

6.3.2 Formación de las actitudes. Se pueden distinguir tres tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje, la teoría de la consistencia cognitiva y la teoría de la disonancia cognitiva.

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender se reciben nuevos conocimientos de los cuales se intenta desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así se trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Teoría de la disonancia cognitiva: esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacer creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se sigue manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el

intento. Esto puede provocar un conflicto, porque se toman dos actitudes incompatibles entre sí, que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.

A continuación se incluyen algunos **ejemplos** de cada teoría:

Teoría del aprendizaje. Al aprender nuevos conocimientos sobre la sexualidad, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio en la conducta, partiendo de la nueva información adquirida.

Teoría de la consistencia cognitiva. Al estudiar algo nuevo, se intenta memorizarlo mediante la relación de lo que se va a aprender con lo que ya se sabe, esto llevará a que a la hora de acordarse de lo nuevo memorizado será más fácil recordarlo.

Teoría de la disonancia cognitiva. Normalmente las personas que consumen drogas tienen conciencia de lo que se hacen a ellos mismos pero sin embargo las siguen consumiendo, debido a que creen que el placer que les produce tomarlas compensa lo que en un futuro les ocurrirá.

Teniendo en cuenta el componente cognitivo de las actitudes se hace necesario la revisión de los estereotipos.

6.3.3 Estereotipos, prejuicios y discriminación. El estereotipo es una estrategia perceptiva que implica el reconocimiento de atributos que tienen las personas por el solo hecho de pertenecer o de suponer que pertenecen a grupos, a los que se les atribuyen características específicas. Tales características o atributos son a menudo muy simplificadas y generalizadas, e implícita o explícitamente representan un conjunto de valores, juicios y suposiciones acerca de la conducta

de tales categorías grupales, de sus características o de su historia. Los estereotipos funcionan para definir e identificar grupos de personas que se suponen parecidos en ciertos aspectos; comprometidos por ciertos valores o motivados por objetivos semejantes. Los estereotipos fomentan una creencia o pre-noción fundada en suposiciones que sirven de fundamento y cumplen una función central en la organización del discurso del sentido común. "Los estereotipos generan expectativas que no se modifican a pesar de disponer de más información". Así es que de una u otra forma están arraigadas en la cotidianeidad frases como "todos los homosexuales son degenerados", "Todos los pobres son flojos", etc.

El prejuicio por su parte, es "una estrategia perceptiva que predispone a adoptar un comportamiento negativo hacia personas o miembros de este grupo, cuyo contenido descansa sobre una generalización errónea y rígida respecto de ese objeto y que prescinde de datos de realidad". Por esta razón acompaña fenómenos personales, interactivos y sociales que son difíciles de erradicar. Es así como se tiende a catalogar a las personas sin conocerlas, por su vestimenta por ejemplo.

Los prejuicios son unos sentimientos negativos o positivos, normalmente se forman por creencias o pensamientos estereotipados. Estos sentimientos se dan a conocer de forma simpática o antipática ante unos individuos, razas, grupos, nacionalidades o ideas, pautas e instituciones. Muchas veces los prejuicios llevan a conductas hostiles o favorables con un conjunto de personas o una sola, a veces se es discriminatorio o muy acogedor, esto es muchas veces según como es la persona, según su condición racial, económica, religiosa... A este comportamiento se le denomina discriminación.

La discriminación se entiende como "toda forma de comportamiento observable que implique menosprecio, rechazo, indiferencia, segregación, exclusión o

preferencia por persona, grupo o institución en detrimento de otra". Es la consecuencia observable de la presencia de estrategias perceptivas de contenido negativo, tales como el prejuicio o el estereotipo.

La discriminación se basa en criterios de orden ideológico, de raza, color, sexo, religión, edad, origen étnico, orientación sexual o de cualquier característica que menoscabe o anule el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad de los derechos humanos de las personas y los grupos, como así también del reconocimiento igualitario de las libertades fundamentales que les competen, tanto en las esferas políticas, sociales, económicas, culturales, como en cualquier otra.

6.3.4 El cambio de las actitudes. Las actitudes si influyen en la conducta social. Por eso quienes intentan cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes. Hay muchos ejemplos de esto: los padres que intentan influir en la conducta de los hijos, los maestros que intentan influir en los alumnos, etc.

Varios psicólogos defienden que hay dos formas de cambiar las actitudes: la forma de la naturaleza cognitiva y la de la naturaleza afectiva: a) ña naturaleza cognitiva: se utiliza en las personas motivadas y que saben bien que desean. Esta es una forma muy útil y si se llega a producir este cambio de actitudes esta nueva actitud durará mucho tiempo; b) Naturaleza afectiva: esta forma de cambio no es tan clara como la cognitiva, sino que intenta producir un cambio mediante claves. Si se llega a producir este cambio, es un cambio temporal y no perdurará durante mucho tiempo.

6.3.5 Creencias infundadas sobre las actitudes hacia la discapacidad. Frecuentemente las personas opinan sobre las actitudes basándose únicamente en el sentido común, expresando aquello que les parece más razonable de acuerdo con su experiencia profesional y conocimiento del mundo de la

discapacidad. Sin embargo, la evidencia experimental y los estudios realizados hasta ahora muestran resultados equívocos respecto a muchos aspectos. En este sentido Jones y Guskin (1984) destacan la existencia de una serie de concepciones infundadas, que son ampliamente aceptadas por la sociedad pero que todavía no han sido validadas adecuadamente ni son producto de una fundamentación suficiente. Entre estas pueden citarse las siguientes:

1- Las actitudes y expectativas de los otros tienen un enorme poder y unos efectos negativos en la conducta de las personas con discapacidad: numerosos estudios de replicación han fracasado en su demostración o han demostrado que éste efecto se produce solo en circunstancias muy especiales. Esto no implica que las actitudes y expectativas no influyan en el comportamiento, sino que lo hacen pero de un modo mucho más complejo y variado de lo que suponen otras teorías.

2- Las actitudes hacia las personas con discapacidad son negativas: por el contrario, se ha demostrado que las actitudes son multidimensionales y que pueden estar influidas por el grado y clase de discapacidad, la naturaleza de la situación interpersonal a la que se da respuesta y las características personales, tanto de las personas con discapacidad como de las no discapacitadas. Es decir, que no se puede considerar esto de un modo simplista, sino que es necesario especificar el contexto, el objeto y la base real de esas creencias o sentimientos expresados.

3- Las actitudes negativas se basan en la falta de experiencia o en la desinformación: para poder refutar es necesario que seamos capaces de identificar que tipo de información y experiencia está asociada con determinadas creencias y actitudes. Una creencia importante y generalmente asumida es que la experiencia de integración (o normalización) lleva a unas actitudes más favorables hacia las personas con discapacidad y hacia el

proceso de integración. Pero este postulado no ha sido confirmado por diferentes investigaciones.

4- La persona con discapacidad presenta un bajo autoconcepto: otra idea ampliamente aceptada es que las actitudes de los otros son interiorizadas por las personas con discapacidad en forma de autoconcepto negativo. Pero también se ha comprobado que esto no tiene porqué ser así a pesar de que en principio estas personas puedan pasar por un mayor número de experiencias de rechazo y de fracaso. Una explicación es que las personas se pueden adaptar al fracaso y a la no aceptación, de dos formas: 1. “menospreciando la experiencia o adecuación de dichos juicios”, y 2. “alejándose de esa vía por la cual llegan esas evaluaciones negativas”.

5- Las actitudes hacia las personas con discapacidad están mejorando: la integración, desinstitucionalización y normalización parecen ilustrar esta mejora. De hecho, se cree que éstos cambios son función de un comportamiento más humano y justo (o más civilizado y avanzado). Pero, ciertamente, si se mira alrededor se encuentran muchos ejemplos que nos hacen dudar de ello. Además, los esfuerzos por la normalización están a veces motivados por razones económicas ó políticas más que altruístas, y a menudo reflejan una falta de sensibilidad hacia las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias.

6- Las personas con discapacidad y sus familias deben aprender a aceptar sus discapacidades: Esta concepción, en sentido estricto, supone que el afrontar una discapacidad requiere reconocer la realidad de las propias limitaciones, más que luchar contra los hechos. Sin embargo, para la persona con discapacidad, esto puede suponer a aceptar una identidad indeseable.

7- Quienes trabajan con personas con discapacidad presentan unas creencias y actitudes más favorables hacia ellos: pero debido a que los profesionales, por ejemplo, maestros, difieren en gran medida en sus creencias respecto a lo que es más adecuado para un niño, su familia y /o los compañeros de clase, es bastante inapropiado generalizar unas creencias y actitudes basándose en el criterio del rol que desempeñan.

8- Las personas que mantienen concepciones más progresistas sobre los demás son más favorables hacia las personas con discapacidad: pero unas ideas tolerantes o progresistas en algunos casos pueden correlacionar con actitudes negativas hacia la discapacidad.

9- Las actitudes negativas llevan a una conducta de rechazo hacia las personas con discapacidad: pero el comportamiento está determinado por muchos factores más que por las creencias y actitudes. Las normas sociales para un comportamiento público aceptable, valores más generales tales como la justicia y el altruismo; y respuestas específicas a un momento o situación determinada, tales como una sonrisa o una demanda hostil, son factores que inciden en una manifestación conductual.

6.3.6 Formación de las actitudes

- **Fuentes de las actitudes negativas.** Es importante partir de la consideración sobre lo que constituye una actitud positiva (apropiada) y una actitud negativa (inapropiada). Johnson y Johnson (1986) definen las actitudes apropiadas como “aquellas que promueven la capacidad para llevar a cabo las transacciones con el entorno que desemboquen en el mantenimiento de uno mismo, el crecimiento y la mejora”. Estas actitudes promueven conductas y sentimientos de satisfacción, goce y alegría. Por el contrario las actitudes inapropiadas son “aquellas que dan lugar a una vida problemática, debido a la disminución de las habilidades para el

mantenimiento de uno mismo, para el desarrollo de formas de vida constructivas y saludables y para el crecimiento como personas”. Este tipo de actitudes promueven comportamientos autodestructivos y conductas y sentimientos de depresión, ira, ansiedad y culpa.

Los investigadores han utilizado una gran variedad de métodos para intentar modificar estas actitudes negativas con muy variados resultados, debidos, fundamentalmente, a deficiencias metodológicas. En otros casos, los estudios han ido encaminados al estudio de su origen (Livch,1988). Tradicionalmente se tiende a clasificar las actitudes de acuerdo con diferentes criterios, que no son mutuamente excluyentes:

1. Socioculturales-psicológicas
2. Afectivas-cognitivas
3. Conscientes-inconscientes
4. Experiencia pasada-situación presente
5. Originadas internamente-originadas externamente
6. Teóricas-empíricas

▪ **Fuentes socioculturales-psicológicas.** Están asociadas a los valores sociales y culturales de la sociedad. Por ejemplo, el énfasis en la integridad física, un “cuerpo bonito”, apariencia personal, salud y similares (Wright, 1983). Otras fuentes incluyen el énfasis que la sociedad pone en los logros personales y la productividad, así como, la habilidad para ser competitivo profesionalmente y para obtener un empleo ventajoso. Finalmente, las normas socioculturales asocian abierta o encubiertamente un estatus degradante al hecho de ser discapacitado. Del mismo modo, el estatus de la persona discapacitada se equipara a menudo al de los grupos minoritarios étnicos, raciales o religiosos, concediéndosele un estatus marginal y unas percepciones estereotipadas (Wright, 1983).

Algunas de las explicaciones sobre las causas de las actitudes negativas se basan en la expectativa de la persona con discapacidad, la cual se supone debe estar afligida por la pérdida de funcionamiento de su cuerpo o (de una parte de él). Esto lleva a la persona no discapacitada a la necesidad de salvaguardar sus valores respecto a la importancia de ser un todo y del funcionamiento de su cuerpo.

- **Fuentes afectivas-cognitivas.** La segunda dimensión es la compuesta por reacciones emocionales (culpa, ansiedad) en un polo, y reacciones intelectuales (disonancia cognitiva, incapacidad de tolerar la ambigüedad) en el polo opuesto. Más concretamente, y dentro de las reacciones emocionales, uno de los problemas frecuentes es la preocupación hacia la imagen corporal ilesa de sí mismo ante la presencia de una persona discapacitada debido al sentimiento de que algo similar podría ocurrirle a uno (“identificación por lástima”).

Dentro de las fuentes cognitivas se encuentran aquellas que sugieren que la interacción con un individuo discapacitado supone una situación no estructurada cognitivamente. Esta no-familiaridad rompe las reglas de interacción social acostumbradas, que lleva, finalmente, a evitar o a retirarse de la situación.

Otra fuente hace referencia a la asociación de responsabilidad con la etiología de la discapacidad, es decir, a la atribución de responsabilidad personal y moral al hecho de presentar dicha condición. El “sentimiento de” o, más propiamente, el mito de la contaminación o de heredabilidad también provoca actitudes aversivas y rechazo de determinados tipos de discapacidad.

- **Fuentes conscientes-inconscientes.** Un ejemplo de determinantes conscientes de las actitudes negativas sería el hecho de asociar responsabilidad personal o moral con la etiología de la discapacidad, sentimientos de contaminación y heredabilidad. Las Inconscientes incluyen: discapacidad como

castigo, ansiedad de separación, creencia de la existencia de paralelismo entre reacciones ante una pérdida de partes del cuerpo y de la vida en general.

▪ **Fuentes provenientes de la experiencia pasada-situaciones presentes.**

Las influencias del estadio de vida temprana están asociadas a la transmisión por parte de los padres de creencias de valores culturales, sociales y morales, así como actitudes y experiencias personales negativas respecto a la enfermedad o la discapacidad. Dentro de la situación presente, algunas de estas fuentes son: amenaza a la integridad física y a la imagen corporal, situación ambigua, desestructurada, sentimientos ambivalentes, etc.

▪ **Fuentes originadas internamente-externamente.** Es decir, fuentes que residen en el observador (no discapacitado) o en el actor (discapacitado). En el polo del observador se encuentran variables tales como las demográficas (por ejemplo, edad, nivel educativo); características personales del observador (por ejemplo, etnocentrismo, rigidez); y en el polo del actor: conductas perjudiciales o provocadoras (por ejemplo, sobredependencia, apatía, rechazo del contacto social) y factores relacionados con la discapacidad (por ejemplo, nivel de funcionalidad, severidad, grado de visibilidad de la discapacidad e implicaciones estéticas).

▪ **Fuentes teóricas-empíricas.** Existe una diferencia entre fuentes teóricas o especulativas y fuentes basadas en investigaciones. La mayoría provienen del polo especulativo e incluyen experiencias de la infancia, influencias parentales tempranas, ansiedad, etc. Respecto a las fuentes empíricas, la mayoría provienen de estudios correlacionales y de diseños de investigación ex post-facto, por lo que no es posible establecer relaciones causa efecto suficientemente claras. Dentro de este tipo de estudios se encuentran factores tales como: Factores asociados a la discapacidad, variables demográficas asociadas al observador, características personales del no discapacitado, etc. Otros estudios empíricos se basan en

análisis factoriales y, por tanto, más adecuados para establecer relaciones causa-efecto, hablan de la ambivalencia y de sus efectos hacia los sentimientos de culpa y de amenaza a la autoestima.

▪ **El proceso de formación de las actitudes.** Las actitudes no aparecen de repente en una persona sino que son aprendidas gradualmente a través de la experiencia. Inicialmente, un determinado objeto actitudinal puede ser percibido de forma neutral pero, a medida que se van desarrollando nuevas creencias asociadas con determinados atributos, consecuencias o antecedentes, estos objetos actitudinales irán perdiendo su neutralidad.

Proshansky (1966) expuso aspectos relacionados con el desarrollo de actitudes intergrupales. Este está compuesto por tres frases: “concienciación”, “orientación y actitudes”. De acuerdo con este autor, las actitudes comienzan a aparecer a los tres o cuatro años de edad, cuando el chico empieza a desarrollar un sentido de sí mismo, y aprende a diferenciarse de los otros. En los años escolares iniciales, las actitudes empiezan a desarrollarse plenamente, junto con la adición y organización de nuevos detalles a medida que el niño aprende a diferenciar cada vez más una mayor cantidad de sutiles pistas del entorno y a interiorizarlas en un sistema cognitivo. El niño puede entonces empezar a diferenciar los afectos, cogniciones y tendencias conductuales con respecto a un referente actitudinal concreto. Así, a la edad de ocho años, aproximadamente, emergen retratos relativamente detallados de los otros y actitudes asociadas.

Según McGuire (1969), existen cinco factores que contribuyen a la formación de las actitudes: 1. Hereditarios; 2. Psicológicos; 3. las denominadas Instituciones totales, por ejemplo; influencias parentales durante la crianza del niño; 4. Experiencias directas, tales como contactos repetidos, o una única experiencia traumática, y 5. Comunicación social. Las actitudes son, esencialmente, producto de un aprendizaje y este proceso empieza a desarrollarse en el seno de la familia.

Eventos positivos o negativos y palabras positivas o negativas son asociadas por los padres con determinadas categorías y de este modo van desarrollándose las actitudes. La manera en que el niño es socializado, el grupo social de referencia y las pautas de socialización son importantes determinantes de las actitudes.

Cuando una categoría de personas o de comportamientos hacia ellas es asociado frecuentemente con sucesos positivos o negativos, la persona aprende unas actitudes hacia la categoría o comportamientos que reflejan esos eventos. Existen varias clases de eventos: la experiencia directa y la experiencia indirecta. Ambas pueden ser positivas o negativas.

Respecto a las experiencias directas, varios estudios (Goulieb, Corman y Curci, 1986) han encontrado que el hecho de tener una oportunidad para el contacto frecuente, y bajo determinadas condiciones, está relacionado con actitudes positivas. En cuanto a la duración de la relación se ha comprobado que ésta no sigue una relación lineal. Es decir, parece que los contactos breves, por un lado, fortalecen las actitudes iniciales; esto es, si una persona inicialmente tiene actitudes hostiles, es probable que se conviertan en más hostiles después de un breve contacto, mientras que una actitud inicial favorable es probable que se convierta en más favorable. Las interacciones a largo plazo, por otro lado, producen una tendencia general hacia las actitudes positivas (McGuire, 1969). La intensidad de las relaciones también influye en las actitudes, Por ejemplo, hay estudios que demuestran que los padres de niños con discapacidad psíquica presentan actitudes más favorables hacia los servicios educativos para estos niños que las que presentan padres con hijos sin discapacidad.

En la literatura se han considerado las experiencias indirectas como formas para modificar las actitudes. Sin embargo, dado que tales experiencias (por ejemplo, anuncios publicitarios de la televisión) a menudo van dirigidas a informar a las personas, influyen también sobre la formación de las actitudes. Para entender

como actúan, se debe referir a ello como una forma de “participación pasiva”. Es decir, la persona cuyas actitudes están siendo influidas recibe información sobre el referente actitudinal, bien mediante el razonamiento, o la escucha de una clase impartida por un profesor, el líder de un grupo o un presentador de televisión.

En general, las actitudes se forman porque la persona es expuesta al objeto actitudinal, pudiendo generar o no dicha exposición, efectos positivos. Así, el objeto actitudinal se asocia con determinados atributos, o bien la persona es recompensada mediante reforzadores material o social por mantener determinada creencia. Los niños son también receptivos a estas recompensas, aunque el valor reforzante de las mismas pueda variar. Cuando una recompensa es recibida de modo consistente durante un período de tiempo, la respuesta se aprende más rápidamente, pero también deja de emitirse más rápidamente (proceso de extinción) cuando la recompensa deja de ofrecerse; por otra parte, cuando la recompensa se otorga de un modo intermitente, la extinción no se produce tan rápidamente. Muchos otros factores influyen en la formación de una actitud como, por ejemplo, la magnitud de la recompensa o el intervalo de tiempo entre emisión de la respuesta y obtención de la recompensa.

En el proceso de la formación de las actitudes respecto al modo como se desarrollan los estereotipos, las personas están en contacto mediante experiencias positivas y negativas con el objeto actitudinal, si las experiencias positivas son más frecuentes y de mayor magnitud o están más claramente asociadas en el tiempo o en el espacio con éste, entonces la actitud hacia dicho objeto actitudinal será más positiva. Sin embargo, las personas no siempre tienen experiencia directa con todos los objetos actitudinales. De hecho esta experiencia directa suele ser limitada y la mayoría de las actitudes que se han formado en la escuela o en el hogar están basadas en lo que la gente dice de estas personas. Así, una de las principales determinantes de los estereotipos es lo que a las personas se les dice en sus años de formación, sin olvidar que la lectura, la

televisión y otros medios masivos tienen un fuerte impacto en la formación de las actitudes. Por otro lado, las condiciones en las que se desarrolla la interacción son muy importantes para la confirmación o invalidación de los estereotipos. Por ejemplo, cuando una persona se enfrenta a una situación competitiva, la interacción probablemente tendrá consecuencias negativas y, por otro lado, si se obtienen consecuencias gratificantes que no obtendría de otro modo, los resultados serán positivos. También es necesario tener en cuenta que cuando dos grupos difieren en un atributo dado, cuanto mayor sea la diferencia mayor será la probabilidad de que el atributo aparezca en los estereotipos que unos y otros se forman. De las características de esta interacción dependerá el que se modifique o no un estereotipo (por ejemplo, eliminando las percepciones erróneas entre unos y otros).

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación de tipo cualitativo.

7.2 PROPUESTA METODOLÓGICA

Teoría fundada. Esta permite desarrollar teoría sustantiva a partir de datos que serán sistemáticamente capturados, analizados y conceptualizados respecto a las actitudes hacia la discapacidad (en el discapacitado físico, su familia y los profesionales de la Rehabilitación), sobre los cuales, la teoría formal no ha desarrollado una comprensión y una conceptualización específica, sino que por el contrario se ha tratado de explicar estas actitudes a la luz de diversas teorías, sin comprender propiamente esta realidad para generar transformaciones y estrategias que faciliten los procesos de integración social del discapacitado.

7.3 MUESTREO

Es de tipo teórico, no está predeterminado y se va haciendo dependiendo de las necesidades evidenciadas por la teoría emergente, teniendo como actores el discapacitado físico, miembros de la familia, y miembros del equipo rehabilitador.

La muestra estuvo conformada por:

- Discapacitados físicos cuyos criterios de inclusión serán: discapacitados físicos hombres y mujeres en edades entre 25 a 50 años con limitación para la deambulación en menor y mayor grado de discapacidad, estado transitorio y permanente de la misma, congénita o adquirida.

- Miembros de las familias de los discapacitados físicos que conviven con ellos y son las personas directamente más cercanas e involucradas en su proceso de rehabilitación ya sea esposa, madre, hija, hijo o hermanos u otro miembro de la familia, así, como también familiares que no conviven con el discapacitado o no se responsabilizan de su cuidado.
- Miembros del equipo rehabilitador: Profesionales de rehabilitación que intervienen de manera directa en el proceso de rehabilitación del discapacitado físico incluyendo médico fisiatra, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.

Tabla N° 1 Conformación de la Muestra

MUESTRA TOTAL	
SUJETOS	NUMERO DE SUJETOS
Discapacitados Físicos	4
Familiares de Discapacitados Físicos	3
Fisioterapeutas	2
Terapeutas Ocupacionales	2
Fisiatras	2
TOTAL DE SUJETOS	13.

Fuente. Las autoras.

7.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó la entrevista en profundidad individual ya que es un instrumento básico en la investigación enfocada desde la teoría fundada, pues el empleo de varias sesiones con la misma persona permite profundizar posteriormente en el contenido de las mismas. Parte de una pregunta generadora amplia, que no permite sesgar un primer relato, se considera que la propia estructura con la que la persona entrevistada presente su relato, es portadora en ella misma de ciertos significados que no deben alterarse con

unas directrices muy marcadas. Siguen un modelo de conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas, el propio investigador es el instrumento de la investigación en lugar de un protocolo o formulario de entrevista.

Además, se requiere de la observación como instrumento coadyuvante para captar la realidad exterior a través del uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de datos que se necesitan para resolver el problema investigado.

La principal ventaja de esta técnica en el campo de las ciencias del hombre radica en que los hechos son percibidos directamente, sin ninguna clase de intermediación, en el cual el investigador capta una situación tal como ésta se da naturalmente. De este modo, no se presentan las distorsiones que son usuales en las entrevistas, como la subjetividad del objeto investigado. Otra ventaja es que la conducta se describe en el momento exacto en que está ocurriendo. Además, las observaciones se pueden realizar independientemente de que las personas estén dispuestas a cooperar o no, a diferencia de otros métodos en los que sí necesitamos de la cooperación de las personas para obtener la información deseada.

En el proceso de observación no todo lo que aparece en el campo del observador tiene importancia y, si la tiene, no siempre en el mismo grado; no todos los datos se refieren a las mismas variables o indicadores y es preciso estar alerta para discriminar adecuadamente todo este conjunto posible de informaciones, por lo cual es indispensable registrar toda observación que se haga, para poder organizar luego lo percibido en un conjunto coherente. Los medios más comúnmente utilizados son: cuadernos de campo, diarios, cuadros de trabajo, gráficos y mapas.

7.5 CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS PREVIAS DE ANÁLISIS

7.5.1 Categorías Previas

- **CATEGORÍA 1: COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES**

Subcategoría 1: concepto de discapacidad

Subcategoría 2: creencias

Subcategoría 3: legislación

- **CATEGORÍA 2: COMPONENTE AFECTIVO DE LAS ACTITUDES**

Subcategoría 1: autopercepción de la discapacidad

Subcategoría 2: percepción de cambios de vida

- **CATEGORÍA 3: COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES**

Subcategoría 1: abordaje rehabilitador

Subcategoría 2: percepción de conductas hacia la discapacidad

7.6 REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS.

Se efectuaron un total de 2 entrevistas individuales con cada uno de los sujetos de estudio, con un tiempo de duración promedio de 45 minutos para un total de 2 horas.

7.7 CATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

7.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Comparación constante, donde cada pieza de datos se compara con cada una de las otras piezas de datos que derivan de las observaciones y entrevistas al discapacitado físico, miembros de su familia y miembros del equipo rehabilitador.

8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez recolectada la información se clasificó en matrices, categorías y subcategorías sobre las cuales se efectuó la interpretación de los sentidos y significados que los grupos de estudio tienen sobre las actitudes hacia la discapacidad. Se anexa al informe la transcripción textual editada de cada una de las entrevistas (ver anexo).

8.1 COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES

En el cuadro N° 1 se relacionan las categorías y subcategorías propias de esta unidad de análisis con las respectivas verbalizaciones de los entrevistados.

Tabla N° 2 Componente Cognitivo de las Actitudes

CATEGORÍA 1 COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONES	FISIATRAS
SUBCATEGORÍA 1: CONCEPTO DE DISCAPACIDAD	Sujeto 1 34- e: Discapacitado es como yo que no puedo trabajar en nada, la boca se 35- me torció, yo quedé mudo cuando me dio la enfermedad, esta mano no 36- me sirve para nada y la pierna tampoco, ando porque Dios me ha 37- ayudado, Dios me da la oportunidad de andar, no porque los médicos me 38- hayan hecho algo no, yo vivo agradecido de Dios, tengo carné del 39- seguros sujeto 2 17- e: Mas o menos, es cuando uno no puede hacer muchas cosas porque 18- las enfermedades del cuerpo no se lo permiten. Así como yo que no 19- puedo hacer cosas ni siquiera para mí y no puedo trabajar Sujeto 3 70- e: es la pérdida del movimiento de una persona, por que hay diferentes 71- clases de discapacidades y lo importante de una discapacidad es	SUJETO 5 59- e: Pues inicialmente no tenía ni idea porque a mí cuando me dijeron que el 60- quedaba así parapléjico yo no tenía estudio, ni experiencia, escasamente 61- tenía mi primaria y a mí me decían los médicos señora es que su esposo le 62- quedó parapléjico, pero doctor dígame, explíqueme eso que es que yo no 63- tengo ni idea, entonces me decían mire eso haga de cuenta que usted tuvo 64- un niño que a usted le toca bañarlo, darle de comer, entonces yo le decía 65- porque doctor, porque el ya nunca vuelve a caminar, eso a usted le toca 66- ponerle pañalito, estar pendiente de él. Sujeto 6 42- e: en	SUJETO 8 21- e: una limitación por la que esta pasando una persona que puede ser 22- permanente o puede ser transitoria y que marca su entorno , su familia , su 23- medio social , su labor , su actividad económica y sus otros aspectos de 24- salud, no sólo el físico, envuelve todo integralmente a la persona 25- e: de por sí en el desempeño de nuestro ejercicio uno observa mucha 26- gente que padece una discapacidad o limitación y uno no entiende porque 27- si lleva una vida ejemplar socialmente, quizás es una persona que tiene 28- muchos valores, uno se pregunta porque suceden este tipo de cosas, pues 29- una cosa es el azar, definitivamente hay personas que cuentan con menor 30- suerte que otras,	sujeto 10 53- E: Nosotros manejamos el concepto de discapacidad de acuerdo a la 54- clasificación, esa clasificación del funcionamiento de la 55- capacidad y la salud que es la CIF entendemos la discapacidad como 52- consecuencia de una deficiencia y la deficiencia como una alteración o 53- daño o ausencia de una estructura física corporal o mental y social 54- inclusive, y la discapacidad como restricciones o limitaciones que podrían 55- generarse para el desarrollo de la actividad en condiciones normales, es 56- posible que pueda desarrollar la actividad pero no en las mismas 57- condiciones que lo hacia anteriormente. Sujeto 11 20- e: La discapacidad física	SUJETO 12 10- e: Discapacidad es una situación desventajosa que tiene una persona 11- secundario a una lesión de una estructura de un órgano de su cuerpo que 12- le impide desarrollarse como se desarrolla una persona que no tiene ninguna 13- limitación. Sujeto 13 27- e: Nosotros conocemos el universal el que OMS. Tiene, pero tu me 28- preguntas por mi concepto?.....yo pienso que la discapacidad sea 29- como quiera verse es una condición de diferencia, marcada por 30- deficiencia que la persona presenta para el desempeño de todas o 31- algunas de todas sus actividades funcionales. No podemos negar la

CATEGORÍA 1 COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONES	FISIATRAS
	saberla 72- aceptar y no quedarse uno acomplejado ahí, por que uno es discapacitado 73- sino acepta eso para uno superarlo sujeto 4 36- e: es la limitación parcial de un organismo de realizar sus actividades 37- normales, en el caso de la discapacidad mía la limitación es parcial por 38- que no puedo desarrollar al 100% mis labores	una limitación física, es de pronto no poder valerse por si mismo , 43- necesitar la ayuda de alguien , parcial o total , creo yo sujeto 7 16- e: Terrible, es algo que todo el mundo deberíamos cuidar mucho la salud, 17- porque la discapacidad de verdad que es terrible, sentirse uno que no 18- es capaz de hacer nada y teniendo su pensamiento y sus sentimientos 19- bien, eso es terrible.	pero definitivamente también a título bien personal 31- es un tipo de enseñanza de concebir la vida de otra manera, cuando una 32- persona ha padecido algún accidente o traumatismo, la persona cambia la 33- escala de valores, es decir entra a ser más importante la salud y valorar la 34- persona, que valorar el medio o las cosas materiales, entonces en 35- ocasiones yo pienso que a veces si suceden cosas, es porque tenemos 36- que redefinir la escala de valores en la vida sujeto 9 44- e: discapacidad es un grado menos que por x o y causa va a impedir que tu 45- puedas seguir con las actividades de la vida diaria normales pero igual tu no 46- dejas de ser un individuo que vas a estar un tiempo en contacto con una 47- comunidad.	es aquella limitación que tiene un individuo ya 21- sea en su esfera mental , motora o sensorial y que por ende altera toda 22- su funcionalidad no solo como persona sino a nivel social que esto es lo 23- que limita aún más a estos individuos.	32- realidad y querer colocar al discapacitado físico en posibilidades reales de 33- competir con personas absolutamente sanas. Creo que se debe partir de 34- ahí de concientizar al discapacitado y todos los que lo rodean que las 35- condiciones han cambiado y que es necesario readaptar el modo de vida. 36- pero esto en realidad no tiene porque incluir la marginación.
SUBCATEGORÍA 2: CREENCIAS	Sujeto 1 28- e: Yo creo que si , mas bien va en contra mía, unos me hablan otros no 29- me hablan , otros hablan mal de mis sujeto 2 42-para caminar, o a los ciegos y los consideraba mucho..pensaba que 43- sufrirían mucho, sobre todo porque la gente les ponían apodos y se 44- rían...yo siempre pensé que eso era malo desde niña he tenido problemas sujeto 3 En 127- el caso mío por ejemplo, el objetivo en ese entonces era matar policías, y 128- yo era muy operativo y supuestamente no estaba dejando trabajar la 129- gente y pues si ya me llegó esta situación, le doy gracias a Dios que estoy 130- vivo y que	Sujeto 597- e: Pues yo si no creó en eso, que eso no es un castigo ni nada, de todo 98- hay en la viña del señor, y eso son cosas de que a uno tampoco puede 99- decir eso es culpa de mi Dios no, eso es como a la suerte, al azar, porque 100- hoy está uno bien, y mañana uno no se sabe como este, entonces eso no 101- es ningún castigo, ni nada sujeto 6 45- e: yo creo que son pruebas que Dios nos pone en nuestro camino, yo soy 46- católica y creo que son obstáculos que ayudan a fortalecer la relación 47-	Sujeto 8 92- frontalmente no soy capaz de decirle a un paciente no, porque es más he 93- tenido pacientes que uno ha pensado que no se van a recuperar y después 94- de un tiempo uno empieza a ver cosas que no esperaba, entonces con el 95- transcurso del tiempo uno ha aprendido eso, entonces generalmente les 96- digo mira el conocimiento médico nos lleva a pensar que no vamos a 97- obtener mucha más respuesta pero la última palabra no la tengo yo, la 98- tiene el de arriba y en eso creo yo fervientemente, eso es una creencia mía, 99- no porque las cosas se vayan a	Sujeto 10 59- e: Tu tocas algo y es lo emotivo yo lo que siento personalmente es 60- como un gran nivel de frustración cuando somos preparados por una 61- disciplina que por formación debería propender por los derechos de los 62- discapacitados y trabajar por ello es muy complicado cuando tu ves 63- que eso en la practica eso no es fácil de llevar, eso genera mucha 64- frustración, de pronto para mi en especial porque siento que no es 65- claro porque hay recuperación del movimiento por el movimiento en la 66- rehabilitación pero no orientado a nada,	SUJETO 12 22- e: No para nada, yo pienso que esto es una lotería que a cualquiera le 23- puede tocar de una u otra manera, lejos o cerca, pero a todos nos toca de 24- alguna manera sujeto 13 12- por lo general tratamos con pacientes que tienen varios tipos de 13 - discapacidades, porque por lo general tanto las enfermedades congénitas 14- como las adquiridas suelen afectar a más de un sistema y generalmente 15- tenemos discapacitados físicos con trastornos sensoriales ó cognitivos 16- y en algunos casos

CATEGORÍA 1 COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONES	FISIATRAS
	<p>me desempeño normal, como cualquier otro. Yo creo que hay 131- una justificación detrás de todo, a mí me sucedió esto por ser tan 132- operativo, si hubiese sido menos operativo y no estuviese en la policía de 133- pronto no me hubiera sucedido esto, pues es un concepto muy personal 134- no, como otros dicen, así no hubiera estado en la policía a usted le iba a 135- suceder eso, otros manejan esa ideología, entonces no sabe uno en 136- realidad para que lado tirar sujeto 4 58- e: pues eso va con la fe de las personas y dependiendo de la vinculación 59- que tenga a la sociedad en la que haya vivido o crecido, yo creo que eso 61- parte de momentos, porque la vida es eso momentos, toda causa tiene su 62- efecto ya sea a corto plazo, largo o mediano plazo</p>	<p>como pareja y yo creo que esto nos unió más a los dos y el amor es 48- primordial sujeto 7 21- e: Yo siempre he tenido un sentimiento de respeto hacia esas personas, 22- desde antes de tener hijos porque uno sabe que así sea un dedo que le 23- falte a uno, uno lo necesita, pero el dolor ahora ha sido más 24- grande pero siempre he sentido tristeza por lo que pasan algunas 25- personas.....</p>	<p>resolver por mi lado, sino porque 100- definitivamente si miro hacia atrás yo he visto muchos casos por los que 101- yo no daba ni 5 pesos y el paciente a la larga salió caminando, entonces 102- finalmente uno no puede ser tan tajante con los pacientes y negarles la 103- posibilidad, médicamente y lo que yo sé de neurología me llega hasta 104- aquí, pero sigamos trabajando, esperemos a ver mañana que pasa, Sujeto 9 57- e: no, no tengo ningún tipo de creencia, más bien la vida a uno le va 58- mostrando cosas a tal vez la vida encarrila todo, lo que uno saca de idea 59- de por que le paso esto, es que uno lleva una vida tan desordenada y de 60- pronto esto le sirvió, que no creía en Dios para después creer en él, que 61- no hacia esto, ahora hace esto, pero no necesariamente viéndolo como un 62- castigo sino como un alto, un stop para que mire, cambie y valore para 63- empezar a tener un nuevo estilo de vida 64- E: crees más bien que es una oportunidad de cambio? 65- e: si una oportunidad de cambio, eso siempre y cuando para una persona 66- que tenga un apoyo económico, en oportunidades, por que si es un 67- discapacitado que tenga bajos recursos si lo va a ver como una desgracia o 68- algo malo pero yo no lo veo así sino yo lo veo como por la misma vida que 69- uno se va dando cuenta que uno va teniendo ese contacto con el paciente 70- dependiendo de su grado de cultura, grado social uno hila</p>	<p>no es el movimiento en función 67- de algo y en ocasiones es porque el terapeuta que hace la rehabilitación 68- no ve hacia donde lo puede proyectar entonces hace una recuperación 69- parcial y frente a eso si siento muchísima frustración., y creo que es eso 70- un poco también lo que ha limitado mi participación ahí. Sujeto 11 26- Se diría que porque lleva un 17 años uno es duro y no le interesa y no 27- es así cada vez las patologías son más amplias y grandes y la parte 28- económica y el individuo no tiene, en un hospital siempre es estar entre 29- personas de escasos recursos donde a veces ni siquiera pueden ir a 30- una terapia, y en eso nos han concientizado mucho, de brindarle a la 31- persona el servicio como lo necesita si es necesario cuadrarle las dos o 32- tres terapia el mismo día y no estar gastando tanto dinero, que me 33- preocupa?.....es que no haya una continuidad dentro de la rehabilitación 34- profesional, yo solamente manejo rehabilitación funcional, pero el 35- individuo que tiene su capacidad residual es muy difícil llevar...en el 36- tiempo que llevo que son 17 años solamente he visto dos personas 37- que tengo fe y aun me contacto con ellos que han logrado desarrollar 38- grandes cosas. Y pienso que es más por la motivación del individuo 39- que por la misma estructura organizacional a ese nivel, porque uno 40- conoce en otros departamentos como Antioquia hay un</p>	<p>discapacitados físicos que también tienen 17- discapacidad mental.</p>

CATEGORÍA 1 COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONES	FISIATRAS
			todas las ideas 71- y saca una conclusión	comité regional 41- de rehabilitación y el individuo trabaja y conoce , para lograr cosas, diseñar 42- sillas de ruedas y aparatos que ellos mismos utilizan , aquí se intento 43- hacer algo parecido pero como todo quedo sobre la mesa.....y la idea 44- es que el mismo discapacitado que tenga habilidades y grandes 45- capacidades diseñara e hiciéramos todo el laboratorio de prótesis y 46-órtesis.	
SUBCATEGORÍA 3: LEGISLACIÓN	<p>Sujeto 1 41- e: Sisbén? Ese carné no me ha servido la verdad, me dicen que no me cubre nada con ese carné que tengo. El de salud 43- si.....honradamente me ha cubrido y me ayudado mucho. Sujeto 2 81- e: En realidad muy mal , porque nosotros no contamos con apoyo 82- alguno del gobierno, antes si pueden nos quitan, nos han cortado la luz 83- muchas veces y por los catastros atrasados mi mamá tiene problemas, 84- los alcaldes no se dejan hablar, lo hacen hacer esperar a uno todos los 85- días y al final no lo atienden, leyes? Para nosotros no hay a uno lo ven 86- como una carga. Sujeto 3 314- e: Bueno yo lo único que sé es que nosotros como discapacitados somos 315- mucha gente, entonces nos favorece, pero nunca se cumple nada por 316- falta de información de la misma gente y de las mismas entidades que 317- legislan y que crean estas leyes de amparo al discapacitado, por</p>	<p>Sujeto 5 268-pues mire actualmente los discapacitados no tienen como ese apoyo 269- mucho, porque hay partes donde los discriminan a ellos, por ejemplo hay 270- centros comerciales que no hay acceso ni para entrar en silla de ruedas 279-E: pues sinceramente así de leyes así para ellos, no he escuchado nada, 280-no tengo ni idea de que leyes los amparan, porque hasta cuando ellos se 281-van a subir a un bus, no lo pueden utilizar porque no los esperan, si esto 282-es uno con toda la salud y a veces se ve uno caído en los buses, como 283- será un discapacitado en muletas o silla de ruedas, no hay vehículos 284- adaptados para ellos. Sujeto 6 85- e: no , no tengo absolutamente ningún conocimiento sujeto 7 65- e: Mala, con decirle que hasta el servicio que lo dio la comunidad como 66- fue</p>	<p>Sujeto 8 145- E: Doctora cuál cree usted que es la situación actual del discapacitado en 146- Colombia? 147- e: Se sabe que hay muchas leyes que apoyan al discapacitado, pero que 148- en la práctica no se hacen efectivas, si miramos la parte de barreras 149- arquitectónicas, aún se siguen construyendo edificaciones sin tener en 150- cuenta los requerimientos para los discapacitados. Sujeto 9 129- e: Se que hay leyes que los apoyan pero no las conozco, de todas 130- maneras lo que uno ve es que no se cumplen, porque aún se encuentran 131- en desventaja en todos los aspectos, respecto a lo laboral por ejemplo, 132- nadie quiere emplear discapacitados, aunque hay ciertos privilegios para 133- las personas que lo hagan</p>	<p>SUJETO 10 113- e: Yo lograría decirte que lo veo , yo podría decirte como lo espero; y 114- es como una mayor fuerza, yo lo llamaría empoderamiento de las 115- organizaciones que ellos han establecido y como una lucha de 116- defensa de sus derechos y que eso generara una actitud receptiva a 117-nivel de los gobiernos, ya hay uno en el senado , otro en la alcaldía, se 118-ha hecho algo muy bueno pero siento que hacen falta muchos más 119- como ellos y no es posible que personas no discapacitadas estén 120-luchando por los derechos de los discapacitados porque eso diría que 121-ellos no tienen la fuerza para hacerlo, hay muchas organizaciones con 122-muchos discapacitados pero muy pocos están haciéndose oír en las 123-alcaldías en determinado municipio , luchando por cosas muy mínimas 124-como si no dimensionaran el poder que ellos tienen. Además de la 125-discapacidad física e s el bajo desarrollo</p>	<p>Sujeto 12 102- E: Teóricamente el discapacitado tiene mucha ventaja ahorita, la 103- constitución y las leyes lo apoyan y le dan muchas ventajas, a nivel 104- laboral también, pero en la vida real es otro cuento, no hay oportunidades 105- de trabajo, aunque se está incentivando muchísimo a las empresas para 106- que asuman a estas personas, pero nos falta mucha sensibilización, pero 107- pienso que la gente ya está un poquito más que hace algunos años 108- E: Doctora será que si se está dando cumplimiento a estas leyes que 109- amparan al discapacitado. 110- e: No, no más con las barreras arquitectónicas, no más eso, pero si en un 111- pais donde el desempleo en las personas que no son discapacitadas es 112- tan alto, como será con el paciente discapacitado, entonces ahí no más 113- podemos sacar conclusiones 114- E: Sí, como complicado. Doctora usted tiene</p>

CATEGORÍA 1 COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONES	FISIATRAS
	<p>ejemplo 318- yo se que hay una ley que cuando voy al banco yo debo de ser atendido 319- de primero por ser discapacitado, pero aquí en Colombia o mejor en 320- Santander no se ve eso. Desafortunadamente la discapacidad en 321- Colombia tiene demasiadas leyes pero no son aplicadas, no lo hacen con 322- el discapacitado, porque aunque uno no lo crea, uno es un poco diferente 323- a la gente normal aunque tenemos todos los mismos derechos</p> <p>sujeto 4 114- e: como legislación no</p>	<p>Teletón, una vez llamamos haber si allá lo podían atender, y nos 67- pedían ocho millones mensuales para atenderlo, toda la gente que 68- colaboró en eso, y piden y lloran y dicen que es para los discapacitados y 69- la verdad es que eso no es así, y de ahí para abajo saque la cuenta. 71- e: No eso que, si tienen.....bien vengan, si tienen como pagar lo que 72- cobran, bienvenidos y sino nada.</p>		<p>sociocultural lo que los ha 126-hecho vulnerables, es el hecho de no solamente no tienes piernas sino 127-que aparte no sabes leer ni escribir ni sabes hacer nada, eso te pone en 128- desventaja frente a cualquiera. En ese campo hay un vacío grandísimo 129-de profesionales que sepan hacia donde orientar la rehabilitación o la 130-habilitación profesional en este caso. SUJETO 11 48- e: Nosotros conocemos la 361 que es la del discapacitado, y ahí habla 49-y es bello y dicen maravillas pero realmente yo aparte de ser t. o. soy 50- docente y dicto cátedra, hablo de la ley y nada de eso se cumple, uno ve 51- en el hospital, con las ARS: y todo el mundo le está sacando el cuerpo, a 52- lo que se debe hacer en el proceso de rehabilitación, solamente algunos 53- servicios y que hace la familia?...entutelar para que se den los servicios 54- de rehabilitación básica y funcional que es lo que se está dando aquí 55- en Bucaramanga.</p>	<p>conocimiento de algunas de 115- estas leyes que amparan al discapacitado?116- e: No, no sé el marco jurídico, pero se que existen. Sujeto 13 73- e: Sinceramente, muy regular, pienso que es un problema tan grande que 74- múltiples estamentos del gobierno deberían preocuparse por ello, la 75- estructura de salud de nuestro país y aún las leyes son inconsecuentes. 76- Creo que falta no solo más legislación sino vigilancia de que esta se 77- cumpla, igual usted encuentra muchas cosas en la constitución y en la 78- 100 pero muy poco de ello se cumple , los riesgos laborales dejan una 79- gran cantidad de discapacitados al año pero hay mucha desatención en 80- este sentido y las mismas aseguradoras de riesgos no cumplen con su 81- misión o lo hacen de manera parcial y la reinserción laboral del individuo 82- no se da y eso considero no se apega a un plan integral de rehabilitación.</p>

8.2 COMPONENTE AFECTIVO DE LAS ACTITUDES

En el cuadro N° 2 se relacionan las categorías y subcategorías propias de esta unidad de análisis con las respectivas verbalizaciones de los entrevistados.

Tabla Nº 3 Componente Afectivo de las Actitudes

COMPONENTE AFECTIVO DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
SUBCATEGORÍA 1: AUTOPERCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD	<p>Sujeto 150- e: Perdona su merced lo que acaba de decir, hay gente que me habla 51- hay gente que donde me ve me insulta, si yo le pido un auxilio porque 52- yo tengo un orgullo, de que no soy un atarban para robar, yo a la 53- persona que le pido con mucho respeto con mucha cautela, yo no le digo 54- de a como la monedita. Sujeto 2 21- e: Claro!...una persona joven como yo que tengo mi inteligencia y mis 22- deseos de trabajar y sobre todo necesidades y que por todas 23-las deformidades y padecimientos que he tenido fui quedando inútil y de 24-carga para el marido y los hijos, y hasta por eso se acabó mi matrimonio, 25- porque el se aburría de tanto lidiar conmigo....Sujeto 3 138- e: claro a mí me ha servido muchísimo, porque si uno hace cosas estando 139- discapacitado que no las hace el que está bien, yo le preguntó a 140- compañeros usted practica algún deporte, no yo nada, mano y usted 141- estando tan completo y no hace nada, ni yo que ando en bastones y estoy 142- nadando, y hay otros que son sedentarios, no salen a ningún lado, no 143- producen nada, son enfrascados y teniendo toda la salud del mundo. Sujeto 4 74- cualquiera , primero pensé que quedaba inválido por que sentía mucho 75- dolor , uno compromete mucho a la familia, la esposa , todo cambia para 76-poder uno adaptarse porque la vida tiene que continuar , la primera semana 77- fue muy dura y pensar que mi esposa tenía que hacer de mamá , de niñera 78- y el apoyo que me brindaron hace parte</p>	<p>Sujeto 5 82- e: No, No 83- E: por qué? 84- e: porque el se defiende, el ya es una persona activa, pues no es igual 85- como nosotros normal, pero yo a él lo miro como a una persona normal 86- E: así debe ser 87- e: Porque yo le digo mijo, usted camina, usted come, usted es lo he tenido así como discapacitado, 90- yo hago de cuenta que él está normal. Sujeto 618- e: terrible , se le bajo el autoestima , se sentía muy triste de que pensaban 19- sus compañeros, sus hijas 20- E: era muy dependiente?21- e: bastantísimo, para todo le teníamos que ayudar y hacer las cosas, lo- bañaba , le ayudaba para sus necesidades y todo eso lo hizo volverse más 23- sensible sujeto 736- no, los médicos me decían de una manera 37- muy cruel que mi hijo nunca se recuperaría que su enfermedad era dijeron que no había más que hacer por 40- el...</p>	<p>Sujeto 8 50- e: Pues en mí genera mucha admiración, porque independientemente del 51- nivel de formación o del estrato social de donde provenga o del entorno en 52- el que se mueva, aunque inicialmente viene el cuadro de duelo, el cuadro 53- de depresión, finalmente la persona sea como sea logra encaminarla con 54- su discapacidad y si yo me lo encuentro 2 o 3 meses después a esta 55- persona, ya está haciendo algo o está estudiando o está trabajando.56- produciendo de alguna manera, entonces en mí genera mucha admiración, 57- que son personas que han podido pasar por encima de su problema y se 58- han podido demostrar así mismo que si bien es una segmento corporal o 59- una función corporal es importante, es más importante la voluntad, 122 e: he percibido que les da mucha rabia , que dicen por que a mí, si soy 123- bueno, pero no miran los errores que tienen como persona (aislamiento) , Sujeto 9 124- me dicen quiero estar en el ultimo cuarto de mi casa por si llega visita no 125- me vean , abandono , no se bañan , no se afeitan, no se cambian de ropa, 126- pero estas cosas son en algunos, no en todos</p>	<p>SUJETO 10 71- E: ¿ La idea que usted tiene sobre el discapacitado físico es la que usted siempre ha tenido inclusive antes de tener contacto con ellos?72- e: Yo tuve muy claro desde el inicio de mi carrera mis horizontes, y eso 73- hizo que fuera como inquieta en el proceso de formación y que 74- cuestionara, y que cuestionara algunos procesos de rehabilitación hoy día 75- que veo que no cumplen con el objetivo profesional de nuestra carrera, es 76- como todo, en el mercado laboral de los terapeutas ocupacionales hay 77- gente que aplica de todas las formas , pero que en la responsabilidad 78- profesional frente al discapacitado, cuestiono más la ley y de alguna forma 79- me molesta y creo que es una actitud social cuando se habla del sistema 80- general de riesgos que lo que espera es que algún empleado que haya 81- sufrido un accidente de trabajo que en algún momento genere alguna 82- discapacidad haya una recuperación y entremos hacer un arreglo sin que 83- le importe en mayor grado el futuro de ese individuo, que posiblemente ya 84- no me es productivo entonces ya no me importa. SUJETO 11 71- e: Como una persona que necesita mucha ayuda, que necesita mucho apoyo.</p>	<p>12 41- e: En los discapacitados hay de todo como en las personas que no tienen 42- discapacidad, el que es luchador y sale adelante y tiene la capacidad para 43- salir, y el discapacitado que no, además que es diferente la rehabilitación 44- de una persona que tiene la parte económica definida a la de una que no la 45- tiene definitivamente, pero hay de todo, personas luchadoras por 46- E: Y a pesar de eso entre todos los discapacitados físicos que ha tratado 47- acá ha percibido en algunos de ellos su autoestima ? 48- e: Yo pienso que a todos inicialmente a todos los puede tocar la autoestima 49- inicialmente, pero el que tiene su autoestima alta desde el principio, la 50- recupera, el que no ha tenido autoestima suficiente vuelve a su condición 51- de base 52- E: Como que no es capaz de salir de su situación 53- e: si, exacto 54- E: Que actitudes ha percibido en los familiares de esas personas con 55- discapacidad? 56- e: Hay dos posiciones, de abandono o de sobreprotección, es muy raro 57- encontrar el papá o la mamá que es el equilibrado con un hijo 58- discapacitado, una de dos o lo sobreprotege terrible o es un niño que dejan 59- a un lado, y en el adulto pues es diferente, entra a jugar un papel que es el 60- económico, si son familias muy humildes que cuando tienen un atención es 61- el medio en el que a ellos se les soluciona su vida, eso ahí es otro cuento 62- aparte, pero desafortunadamente</p>

COMPONENTE AFECTIVO DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
	fundamental en la recuperación , lo 79- otro es esperar el tiempo para que todo cicatrice y el empeño y la fuerza de 80- Vol.				pues se sigue no sujeto 1345- e: En general los ve uno mal, primordialmente porque el estado 46- emocional es definitivo y porque en muchos casos de instauración 47- súbita de la discapacidad el efecto es devastador, por ello el equipo de 48- expertos en psicología y psicopediatría son fundamentales no solamente 49- porque en muchos casos la discapacidad es la única amenaza que recae 50- sobre el paciente sino que en los casos el cáncer y el sida la vida está 51- en peligro.
SUBCATEGORÍA 2: PERCEPCIÓN DE CAMBIOS DE VIDA	<p>Sujeto 1 65- e: Pues le he pedido a Dios que me ayude, y tengo mucha ayuda de 66-la religión donde estoy porque yo no soy católico ahora, soy pentecostal, 67- porque hay amor , hay cariño..</p> <p>sujeto 2 a mi me duele mucho esto porque ver carecer a mis hijos de lo 34- necesario y yo no poder trabajar en nada me abate.....ellos van al 35-colegio con lo poco que mi mamá tiene para darles, porque ella tiene una 36-tiendita pero eso no es mucho...además yo soy una carga para ella, 37-porque ella me ayuda para el aseo y para vestirme, mi madre es el 38-único apoyó que tenemos....no se que pasaría si ella llegara a faltar</p> <p>sujeto 3 104- e: pues claro, hay cosas que cambian que uno no puede realizar, uno con 105- una lesión de estas, no puede decir voy alzar tal cosa , voy a correr, pero 106- de pronto se pueden desplazar esas cosas por otras actividades, por lo 107- menos a mi me gustaba mucho el</p>	<p>Sujeto 5 109- e: Pues en una parte si cambio porque antiguamente era una persona 110- normal y ya en estos momentos pues ya es otra, en el sentido en que él 111- no puede compartir con los niños de decir nos vamos a jugar un partido 112- porque él no es capaz, pero de resto no nos ha cambiado para nada, todo 113- ha sido normal.</p> <p>Sujeto 6 32- e: no yo creo que no</p> <p>33- E: esta situación los hizo reflexionar?</p> <p>34- e: a mi si , a nivel de familia yo creo que con mis hijas no , el me ha dicho 35- que esta situación lo ha hecho reflexionar mucho y para mi fue un cambio 36- grande en la vida por que verlo a el postrado en una cama me entristecía 37- ya que el es una persona muy dinámica , todo el tiempo tiene que estar</p> <p>38- haciendo algo, pero mi actitud ayudo a sobrellevar las cosas</p>	<p>Sujeto 8 39- e: totalmente, lo que te explicaba anteriormente, trabajando en este medio 40- de verdad que uno aprende a valorar en la salud la vida y perfectamente 41- tiene uno claro que si hay una prioridad, es el poder uno moverse, el poder 42- desenvolverse, poder abrir todos los días los ojos y ver, poderse desplazar, 43- poder hablar con su familia es un tesoro, tener salud y aparte de eso tener 44- una familia saludable y aparte de tener un trabajo, 45- contar con un dinero cuando trabajo es una bendición muy grande, pues 46- uno en este medio ve tanta tragedia y tanto dolor alrededor que se redefine 47- la escala de valores</p> <p>Sujeto 9 93- e: no por el contrario, verraquera , chévere , yo por dentro sufro pero por 94- fuera tengo que ser fuerte para así no opacarlos y darles ánimos , les digo 95- tu eres capaz y eso los ayuda , los estimula, les digo que la vida continua y 96- eso lo digo con fortaleza y rigor en mi voz , con ellos no se puede mostrar 97-</p>	<p>SUJETO 10 87- e: Ahí hay algo , yo siento que mas que contacto frente a la 88-discapacidad física reconozco las transformaciones en mucho de lo que 89- tienen que ver con mi vida, frente a la familia a lo social, y a la 90- responsabilidad social , yo reconozco un a transformación en ese sentido 91- que no solo se debe al contacto con los discapacitados sino a la 92- integralidad de ese ser, su alrededor , sus emociones, reconozco 93- elementos de nivel preventivo, en mi vida familiar , social, yo no puedo 93- ser indiferente ante los demás.</p> <p>SUJETO 11 57- e: Si, en la parte espiritual, si yo me retomo cuando yo llegué acá 58- cuando era una persona muy joven, que no tenía experiencia, he 59- cambiado mucho, en mi forma de ser , todos positivos y me alegre y me 60- enorgullezco de que cada día que pasa soy más sensible más</p>	<p>Sujeto 12 34- e: Totalmente, yo pienso que las personas que trabajamos con pacientes 35- discapacitados o en un servicio de rehabilitación tenemos otro modo de ver 36- la vida, para nosotros la vida es maravillosa, yo soy muy creyente en Dios y 37- pienso que uno tiene demasiadas cosas que uno puede ofrecerle a otras 38- personas viendo lo que es mi vida diaria, fuera de eso uno no se imagina 39- que a uno le va a tocar, a un hijo de uno a alguien, o a uno mismo</p> <p>sujeto 13 39- E- Por supuesto, aprende a valorar aún más las condiciones de 40- normalidad, lo compromete a uno como profesional a la hora de buscar 41- las posibles soluciones o ayudas que acerquen a quién sufre una 42-discapacidad a una vida más normal y a un desempeño digno dentro de la 43- sociedad.</p>

COMPONENTE AFECTIVO DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
	<p>microfutbol, ahorita yo estoy metido en 108- natación y entonces mira uno la otra parte en la que uno se puede 109- desplazar mejor y se va acomodando poquito a poco sujeto 4</p> <p>100-e: no ha seguido igual, pero uno se vuelve más solidario con las personas 101- que están pasando por una misma situación de estas y uno adquiere más 102- experiencias</p>	<p>Sujeto 7</p> <p>42- e: Púes en realidad económicamente, puesto que nosotros llevamos 43- cuatro años haciéndole un tratamiento con alimentos de "omnilife" que es 44- con lo que hemos visto resultados y con las terapias, que hemos pagado 45- porque las de los seguros...es más el tiempo que se demoran en 46- llegar que en irse y en realidad no les interesa la recuperación del 47- paciente, los alimentos no los cubre el seguro y nosotros estamos ya 48- endeudados con este gasto porque mi marido trabaja pero no alcanza 49- para todo.</p>	<p>compasión, les digo tu veraz si te quieres quedar así, y lo dejo un 98- momento solo y después me dice ya estoy bien, volvamos</p>	<p>61- espiritual, tengo mayor calidad humana entiendo el dolor y me entrego a 62- los pacientes y entiendo a la familia , las comprendo y los familiares 63-tienen que llenarse mucho de Dios que lo fortalece.</p>	

8.3 COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES

En el cuadro N° 3 se relacionan las categorías y subcategorías propias de esta unidad de análisis con las respectivas verbalizaciones de los entrevistados.

Tabla N° 4. Componente Conductual de Las Actitudes

COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES DE DISCAPACITADOS	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
SUBCATEGORÍA 1: ABORDAJE REHABILITADOR	<p>Sujeto 1</p> <p>69- e: La verdad no, yo he tenido que pedir auxilio para poder pagar la 70- terapia, mejoré un poquito, a uno no le hacian movención del brazo 71- porque yo necesito es que me soben para que los tendones suelten pero 72- allá es únicamente, espiritualmente.. sujeto 2</p> <p>53- e: Un tiempo que me hicieron terapias</p>	<p>Sujeto 5</p> <p>68- e: si, porque es que a él el tiro le dio en la médula y el inicialmente el no 69- movía sino la sola cabecita, entonces ellos decían que él ya quedaba así 70- para toda la vida, porque le tomaron la radiografía y dijeron que no, que era 71- imposible que el volviera a caminar, porque el quedo con sonda y todo</p>	<p>Sujeto 8</p> <p>60- estamos hablando de una institución que les da mucho la mano, que tiene 61- muchos programas, que se les daño la silla de ruedas se le está 62- reponiendo, que tiene cualquier tipo de necesidad y se la estamos 63- supliendo, y en esa medida no se como se vea por fuera pero aquí a nivel 64- institucional con nuestro discapacitado como tiene tantas</p>	<p>SUJETO 10</p> <p>11- e: No. Yo trabajé dos años en disfunción física, yo me gradué en el 95 12- y trabajé en el 96 y 97 en el área de disfunción física y dos años como 13- docente de practica en la UMB: y trabajé 8 años como terapeuta en el 14- área psicosocial que es otra área en la que se ve mucha disfunción 15- física porque estas personas</p>	<p>Sujeto 12</p> <p>90- e: Yo a un paciente nunca le trunco sus esperanzas pues uno vive de 91- ilusiones, choco un poquito con colegas que dicen que uno desde el 92- principio debe decirles las secuelas, pero no porque uno vive con ilusiones 93- en la vida 94- E: y a veces se logran cosas.... 95- e: Claro, es que yo he visto pacientes con</p>

COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES DE DISCAPACITADOS	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
	<p>en el hospital, después de una 54-operación de cadera que me hicieron en el Hospital Gonzáles Valencia , 55- pero después las terapias tocaba pagarlas y no había como por la 56-56-escasez de dinero, inclusive unas drogas que tengo que tomar las he 57-tenido que suspender en veces, tengo Sisbén pero esas drogas buenas 58-no las cubre, solamente dan droga mala que me estaban haciendo daño al riñón. Sujeto 3 156- e: pues inicialmente lo que le brinda a uno la clínica , cuando uno se 157- siente como muy indispuesto saca uno la cita con la fisiatra y lo remiten a 158- uno, si tiene necesidad de las terapias nuevamente, vuelve a continuar, 159- aunque a veces uno queda sufriendo de espasmos musculares o 200- músculos retraídos debido a que a veces uno se queda quieto, de resto 201- no sujeto 4 80- voluntad que le ponga uno para recuperarse , fui remitido a fisioterapia y las 81- fisioterapeutas son muy buenas en su trabajo se ve que se dedican mucho 82- a su profesión y además lo estimulan mucho a uno, la comunicación con 83- otras personas que ya se han recuperado del todo por que le dan ganas a 84- uno de saber si se puede recuperar uno del todo y ellos le dan a uno 85- recomendaciones para hacer más fácil la evolución</p>	<p>72- tocaba era con ayuda, como un niño recién nacido. 73- E: o sea que el proceso de Rehabilitación que el vivió fue mejor dicho..... 74- e: si señor bendito sea mi Dios, muy grande 75- E: Muy grande y fue clave para su recuperación 76- e: si eso me decía la doctora Xiomara, que me decía que pusiera mucho de 77- parte mía y que le pidiera a mi Dios y con las terapias que le haga en la 78- mañana y en la tarde para que el cuerpo vaya evolucionando haber sí el 79- puede, es imposible, pero eso para mi Dios no es nada imposible sujeto 6 62- e: si el esta en terapias , son excelentes , han sido muy buenas , el empezó 63- sus terapias antes del mes y con la primer terapia yo vi el cambio total , la 64- niña era muy amable y lo atendió súper bien y a la semana yo lo vi muy 65- bien sujeto 7 33- e: No, una en especial ,una terapeuta que fue muy especial y que por 34- problemas familiares no pudo seguir haciéndole la terapia a mi hijo ,es la 35- única terapeuta que le dedicó tiempo y también interés pero de resto</p>	<p>herramientas y 65- tantas cosas, normalmente las aprovechan muy bien y logran salir adelante 66- a pesar de su limitación 67- E: Eso ha ocurrido con la gran mayoría de los pacientes o hay alguno que 68- se salga ? 69- e: Sí por supuesto hay algunos pacientes que se salen de lo que uno es en 70- la normalidad, siempre hay por ahí el 5% que nunca pudo superar el 71- problema ygenera problema en su casa todo el tiempo y entonces no es 72- sólo discapacidad física sino que trae ya problemas psiquiátricos, involucra 73- a la familia, si claro eso se ve, pero aquí no es la mayoría.86- yo trato siempre de tener mucha cautela porque en ese sentido una 87- información en un determinado momento en un caso difícil, yo no se que 88- tipo de reacción va a generar en un momento determinado, "mira 89- definitivamente eso no se va a solucionar" pero cuando se preguntan cosas 90- muy puntuales yo les digo las cosas tratando de bajar un poco la 91- expectativa, porque ante cualquier evento hay un expectativa, pero 92- frontalmente no soy capaz de decirle a un paciente no, porque es más he 93- tenido pacientes que uno ha pensado que no se van a recuperar y después 94- de un tiempo uno empieza a ver cosas que no esperaba, entonces con el 95- transcurso del tiempo uno ha aprendido eso, entonces generalmente les 96- digo mira el conocimiento médico nos lleva a pensar que no vamos a 97- obtener mucha más respuesta pero la última palabra no la tengo yo Sujeto 9 28- e: cieguitos y cuando estuve en la universidad con sordomudos que</p>	<p>muchas veces presentan la doble 16- condición. SUJETO 11 15- e: Con discapacidad física a todo nivel más por mi trabajo en una 16- hospital universitario donde llega de todas las patologías.</p>	<p>lesiones medulares que no se 96- como los veo caminando a los 2 años, uno no puede jugar con la ilusión de 97- otra persona, yo lo que les digo es que vamos a trabajar con lo que 98- tenemos en el momento independiente de lo que vaya a lograr, pero no, 99- uno no puede quitarle las ilusiones a otra persona. Sujeto 13 19- e: Yo diría que de todas; el campo es muy amplio y hay discapacidades 20- generadas por múltiples causas, como traumáticas, o por quemaduras, 21- armas de fuego o cortopunzantes, enfermedades crónicas o agudas que 22- suelen afectar de igual manera al individuo y pueden ser crónicas e 23- irreversibles o lo contrario, pero en general se presentan mayores 24- afecciones de los miembros inferiores que de los superiores pero yo 25- diría que revisten igual impacto funcional y emocional.</p>

COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES DE DISCAPACITADOS	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
			<p>29- también es algo admirable pero al mismo tiempo me estresaba tratarlos, 30- me angustiaba básicamente por la comunicación y me paso algo con una 31- cieguita que me dijo que la acompañara a guardar una maquina de escribir 32- y le dije bueno ,Martica vamos y entramos a un cuarto oscuro y le dije pero 33- Martica prendamos la luz que no veo donde guardar la máquina, 34- entonces me dijo no teresita espere y yo voy y la guardo y ella entro y la 35- guardo y yo Dios mío, ella en esta oscuridad donde guardará la maquina</p> <p>108- e: un día me lleo un caso de un joven que tenia una lesión medular total 109- el no me hizo la pregunta ese mismo día por que ellos primero lo analizan 110- a uno y dicen será que es dura ? , yo me considero no tan dura</p> <p>111- con los pacientes, les demuestro un grado de sentimientos y me 112- preguntan doctora voy a volver a caminar? Y al ver las radiografías me 113- da escalofrió por lo que vi, que tenia un desplazamiento en la columna y 114- le dije que aquí le iban hacer estas cosas, que la columna debe tener un 115- eje y le dije cuando me pregunto, yo no te voy a decir si caminas o no 116- caminas y le dije es un cableado central pero de repente es como si 117- 117- hubiéramos cortado ese cablecito entonces deja de pasar corriente, que 118- seria lo ideal, que tuviéramos unas manos milagrosas que solo las tiene 119- Dios para casos como el tuyo que uniera esos filamentos y volviera a</p>		
SUBCATEGORÍA 2: PERCEPCIÓN DE CONDUCTAS HACIA LA DISCAPACIDAD	Sujeto 1 19- e: No. Pues hasta da pena decirlo, pidiéndole auxilio a la humanidad, 20- par a pagar arriendo y para	Sujeto 5 180-e: No en ese sentido no, porque como él es bastante activo, a él lo ven es 181-como normal,	sujeto 8 76- e: Normalmente lo que más le llama a uno la atención y en lo que menos 77- puede incidir uno a veces es que	SUJETO 10 97- e: Hay algo que es importante que se de, dentro del proceso de 98- rehabilitación y es	Sujeto 12 56- e: Hay dos posiciones, de abandono o de sobreprotección, es muy raro 57- encontrar

COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES DE DISCAPACITADOS	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
	<p>comer, yo toca pedir auxilio, unos me dan 21- otros no me dan, otros me insultan , otros no me insultan y así esa es la 22- verdad, en cambio hay otros señores que no digo quién porque no debo, 23- hay otras personas que están más alentadas , caminan mejor que yo , 24- hablan mejor que yo y a ellos si les dan, porque desde que haya para 25- el vicio, pa´ fumar marihuana si les dan y a una persona como yo le 26- niegan una ayuda entonces.....</p> <p>Sujeto 2</p> <p>67- e: Algunos bien, es decir son solidarios conmigo, algunos hermanos que 68- me ayudan para los niños , aunque sea con ropa, y mi mamá que es la 69- que cuida de mi.....pero hay mucha familia que nos desprecia y los 70- familiares de mi marido ni a los niños los tratan cuando se los 71- encuentran.....cuando uno está verdaderamente en estas situaciones es 72- cuando se conoce a la gente, Dios es el único amparo....que le ha dado 73- por lo menos la salud a mi madre, porque la mayoría de familiares no 74- hacen cuenta de nosotros.</p> <p>Sujeto 3</p> <p>278- e: Pues yo diría, que pues aparte de la lesión de la medula yo sufro de 279- una miositis osificarte alrededor del fémur y cadera y hay veces cuando 280- me pongo muy enfermo, tratan de sobreprotegerme, inclusive la niña mía 281- me dice papá donde le pongo la gel, el vibrador, para que uno se pare, 282- porque duro hasta tres días en cama, ellas me colaboran en ese sentido y 283- se da cuenta que hay</p>	<p>inicialmente cuando llegamos aquí si lo miraban como con 182-esa lástima y eso, y la vecina me preguntaba señora que le paso a su 183-marido, fue que se le cayó o algún accidente, si señora un accidente, y 184- para él ha sido duro? pues inicialmente , pero ahora ya no porque el es 185- independiente, el se moviliza sólo, el sale, el se divierte, para él la vida ha 186-sido normal, el no se complica con nada, ya a él los vecinos lo ven normal, 187- buenos días vecino como amaneció, respecto a las reuniones si cuando 188-llegamos, si la gente se queda así, como mirándolo, este señor tan raro y 189- me miran y como al rato ya me preguntan que le paso al muchacho? Dios 190-mío! No un accidente pero ya está mejor? Si claro, bendito se a mi Dios 191-porque el había quedado en silla de ruedas y ahora se moviliza con 192-bastón, ah bueno bendito sea mi Dios; y como nosotros somos de esas 193-personas que como no nos dejamos acomplejar que porque él a pesar de 194-que tiene su discapacidad y todo nosotros bailamos, papito así sea en un 195-solo baldosín bailemos, 196-de verdad mía, de verdad bailemos, entonces la gente ya lo ve es normal, 197-E: claro 198-e: mire quien ve a don Hernando, ya baila también, claro porque si el es 199- una persona normal, entonces para nosotros nos da lo mismo, Sujeto 6</p> <p>74- e: al comienzo el creía que, que</p>	<p>sigue habiendo negación de la situación y 78- eso lleva a pensar que eso que está ocurriendo es nada más hoy y que 79- mañana si va a caminar, y mañana si va a recuperar y que eso sí le va a 80- pasar y pues definitivamente uno no puede entrar a romperle totalmente 81- estos esquemas, y uno lo que normalmente hace es que el tiempo va 82- pasando, la gente finalmente se va dando cuenta de que quizá no sea 83- mañana la recuperación y quizá tampoco sea pasado mañana y quizá nos 84- vamos a quedar así pero si me llama mucho la atención que esa negación 85- dura mucho en el tiempo 130- e: Las relaciones interpersonales que se interfieren terriblemente es la 131- interacción de pareja, la cual si sobrevive a un trauma de esos, es porque 132- de verdad tenía mucho amor, esa es la primera relación que se daña, 133- porque el discapacitado es muy....., yo sospecho que aunque ellos 134- mejoren su parte motriz y tengan muy buen desempeño y quizás tengan 135- un rol definido, se nota que queda una cierta actitud como de 136- resentimiento, pienso que eso es difícil de superar.</p> <p>137- E: Será resentimiento?</p> <p>138- e: Se vuelven demandantes y muy dependientes de su pareja, tráigame, 139- hágame, cójame, bájeme, y observo que en Santander, porque he tenido 140- la oportunidad de trabajar en otros departamentos, que acá el problema 141- es triple mayor, porque la sociedad es muy machista, de por sí, la señora 142- cuando el estaba bien era la que hacia todo, pero con la discapacidad 143- tiene que hacer mucho más, la</p>	<p>que en el esquema de lo integral no ves al individuo si 99- no el medio social en el que el se desarrolla y como muchas veces la 100- familia o es un grupo que apoya o es un grupo que oprime , la familia 101-tiene los medios para ayudar a superar la discapacidad y encontrar unas 102- formas de salir adelante o terminan haciéndole sentir que no sirve para 103-nada y que no va a ser útil , hay esquemas que dicen que las familias 104-se tienen que abordar en la forma como está tomando las cosas para 105-que refleje actitudes positivas y vayan en beneficio del discapacitado.</p> <p>SUJETO 11</p> <p>73- e: Mucha experiencia y es que el familiar , el 90 por ciento de los 74- familiares nunca están con su familiar discapacitado, no estar física ni 75- emocionalmente, primero porque no hay plata, porque eran malas 76- personas y no merece ayuda, otros son del área rural y aunque hay</p>	<p>el papá o la mamá que es el equilibrado con un hijo</p> <p>58- discapacitado, una de dos o lo sobreprotege terrible o es un niño que dejan 59- a un lado, y en el adulto pues es diferente, entra a jugar un papel que es el 60- económico, si son familias muy humildes que cuando tienen un atención es 61- el medio en el que a ellos se les soluciona su vida, eso ahí es otro cuento 62- aparte, pero desafortunadamente pues se sigue no 63- E: Y en esas personas mayores, como ve las actitudes por decir algo de la 64- esposa, una vez que sucede la discapacidad ?</p> <p>65- e: Esto también depende de varias cosas, está la mujer abnegada que el 66- esposo toda la vida la ha maltratado y si el señor está discapacitado, ella 67- está feliz porque ya el esposo no la maltrata y ella se dedica totalmente a 68- cuidarlo, está la señora arrepentida porque la hecho sufrir toda la vida y 69-entonces lo hace porque le toca, pero no lo hace por convicción y está la 70- señora que definitivamente se entrega en cuerpo y alma a su esposo o a su 71- familiar y lo apoya 72- E: Doctora que actitudes ha percibido en el discapacitado físico hacia su 73- discapacidad?</p> <p>74- e: No primero es como una vergüenza, les da pena con la gente, que sus 75- amigos, los suyos, su familia los vea en esa situación, como pena de su 76- limitación funcional, lo otro es que hacen una negación, en lesiones 77- medulares son pacientes que nunca aceptan su lesión y viven con la 78- esperanza y algunos pacientes aceptan su</p>

COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES DE DISCAPACITADOS	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
	<p>como una sobreprotección desde la menor 284- hasta el mayor. Sujeto 4 104- e: mi esposa y mis hijas han sido una parte importante en este período de as han sido una parte importante en este período de 105- recuperación porque me dan cuidados y me brindan apoyo y el dolor una, 106- como dice esa frase y ellos siempre han estado dispuestos a ayudarme 107- aunque a veces les pido que me dejen a mi solo que yo puedo</p>	<p>embarrada , como a las 2 semanas fue 75- mejorando , yo creo que al comienzo todos le brindaron solidaridad y pues 76- ninguna persona mostró compasión aunque hay gente imprudente y su 77- mamá vino y era consintiéndolo mucho, pero yo le decía que no, que lo 78- dejáramos que la limitación era solo en el pie que el podía comer , etc. y 79- con esas actitudes lo limitábamos más sujeto 7 57- e: Indiferentes, cada uno como se dice con sus problemas, d e mi familia 58- por parte mía nos han colaborado, cuando tenemos que ausentarnos 59- en alguna vuelta que tengamos que hacer pero de resto, nada la familia 60- de mi esposo totalmente indiferentes, que cada quién cargue su cruz. Los 61- vecinos de pronto nos consideran, pero igual ellos también tienen sus 62- problemas y llevan de puertas para dentro sus procesiones</p>	<p>señora hace todo ahí, por eso es más 144- difícil de superar sujeto 9 75- e: impotencia ,con un mudo que me haga gestos y yo no los entienda y 76- tener que darle un papel para que me escriba por que no le entiendo 77- entonces siento como rabia , impotencia por que no le puedo hablar, que 78- por un accidente esa persona este muda , con un ciego a veces me siento 79- poca cosa por que yo dije el ve lo que yo no puedo ver , hace lo que yo no 80- puedo hacer , con una persona en silla de ruedas a veces salgo con esa 81- persona a hacer deporte y me deja tirada , yo corro y no lo alcanzo y yo le 82- digo a él mire, lo que mi Dios te dio, algo único , el hecho de cómo bajan 83- las escaleras y que yo le digo ven y te ayudo y el me dice no yo soy capaz 84- con eso yo digo que la vida es bonita y uno debe vivir cada momento , 85- siento impotencia , miedo, yo no quisiera nunca estar así, un día me dije a 86- mi misma, bueno si yo no tuviera mis piernas será que si podría hacer las 87- cosas, uno solo lo piensa pero realmente es difícil, a veces lloro al 88- ponerme en un lugar o situación de estas, pensar que esa persona antes 89- caminaba y ahora no y eso me da mucho dolor y me digo, que pensaré 90- esa persona, querrá suicidarse y muchas otras cosas se me pasan por mi 91- mente</p>		<p>lesión y hacen su vida normal 79- con la discapacidad 80- E: Cómo han sido las relaciones interpersonales con estos pacientes 81- discapacitados? 82- e: bien, aunque hay algunos pacientes que les cuesta trabajo la 83- socialización, y eso es normal, eso es entendible no, porque uno tiene que 84- ponerse en la situación de ellos, ya que hay personas resentidas, porque 85- por qué me tocó a mí, porque si yo he sido una persona buena, no es justo, 86- entonces hay que entenderlos, pero en términos generales bien sujeto 13 53- e: Que de la manera como se comporten es definitivo para el paciente , 54- porque la familia juega un papel crucial y deben ir de la mano con el 55- personal de salud , porque a veces vemos situaciones extremas , algunos 56- los abandonan y otros en cambio sobreprotegen al discapacitado 57- haciéndolo aún más vulnerable, muchos familiares inician el proceso 58- con una buena actitud pero con el paso del tiempo y cuando ven que el 59- menester se perpetua y el discapacitado tampoco asume una actitud de 60- superación decaen en el apoyo y muchas veces el factor económico 61- juega un papel decisivo, puesto que la mayoría de personas carecen de 62- recursos para hacerle frente a largos procesos de rehabilitación. 63- E: ¿Qué actitudes ha visto en el discapacitado físico? 64- e: Muchas veces son de derrota y eso depende en gran medida de 65- cuanto afecta su enfermedad su funcionalidad, y la atmósfera que ven en</p>

COMPONENTE CONDUCTUAL DE LAS ACTITUDES					
SUBCATEGORÍAS	DISCAPACITADOS FÍSICOS	FAMILIARES DE DISCAPACITADOS	FISIOTERAPEUTAS	TERAPEUTAS OCUPACIONALES	FISIATRAS
					66- la familia, igual pienso que la personalidad influye mucho, he visto salir 67- adelante a personas con graves dificultades funcionales y en cambio 68- personas menos afectadas se cierran inclusive las puertas a las 69- alternativas de tratamiento ofrecidas y rechazan todo apoyo incluso el de 70- psicoterapia.

8.4 ANÁLISIS PRELIMINARES

▪ CATEGORÍA 1: COMPONENTE CONCEPTUAL DE LA DISCAPACIDAD

❖ SUBCATEGORÍA 1: CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

DISCAPACITADOS FÍSICOS. Al analizar los conceptos de discapacidad dados por los discapacitados se encuentra como elemento común que la discapacidad para ellos significa el no poder hacer las cosas de la vida diaria fundamentalmente en el impedimento que encuentran para poder trabajar.

FAMILIARES DE DISCAPACITADOS. Los familiares de los discapacitados tienen un concepto de la discapacidad como un estado de inutilidad que les genera dependencia y vulnerabilidad, necesitando ayuda de los demás.

FISIOTERAPEUTAS. Analizando los conceptos de los profesionales en fisioterapia se encuentran unas definiciones más integrales de discapacidad teniendo en cuenta que esta condición no solamente afecta a la dimensión física corporal del ser humano sino que repercute en la familia, en la sociedad y en el

factor económico, además, que esta es una condición que va a ser diferente pero que puede permitir el cambio o la oportunidad para redefinir los valores e iniciar una nueva vida.

TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Definen el concepto de discapacidad a partir de las definiciones dadas por la CIF, asumiéndola como una consecuencia de la deficiencia física, sensorial y mental, que le va a ocasionar una restricción en la realización de las actividades, que no va a poder realizar como antes de adquirirla y que repercute socialmente.

FISIATRAS. Los fisiatras ven en común la discapacidad como un estado o situación desventajosa para el desempeño de las actividades funcionales enfatizando en que hay que concientizar al discapacitado de su condición para que se readapte a su nueva vida.

❖ SUBCATEGORÍA 2: CREENCIAS

DISCAPACITADOS FÍSICOS. Para los discapacitados físicos hay una gran variedad de concepciones y creencias hacia la discapacidad, desde que son objeto de burlas, de estigmatización, y que la discapacidad puede ser el resultado de algunas acciones propias de su quehacer o consecuencia de los riesgos previstos en una ocupación.

FAMILIARES DE DISCAPACITADOS. Los familiares de los discapacitados no creen que esta condición se deba a un componente mágico o de tipo religioso, sino por el contrario ven en esa nueva situación una prueba para reafianzar el amor hacia el otro.

FISIOTERAPEUTAS. Respecto a las creencias que poseen los profesionales en fisioterapia consideran que la discapacidad es más como una oportunidad de

cambio y no como una consecuencia de ciertos actos, pero que definitivamente es impredecible pronosticar el estado de recuperación de un paciente porque todo depende de Dios, ya que esto está ligado a muchos factores incluido su espiritualidad.

TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Las terapeutas ocupacionales encuentran en el sistema nacional de salud una gran limitante para la rehabilitación integral del discapacitado generando frustración en el profesional que fue capacitado para ello, porque además, las mismas condiciones económicas del discapacitado no lo permiten.

FISIATRAS. En los fisiatras la discapacidad no está asociada a ningún tipo de mito o creencia, sino que es algo que ocurre al azar, independientemente de cualquier causa y que de alguna manera nos afecta a todos directa e indirectamente.

❖ **SUBCATEGORÍA 3: LEGISLACIÓN**

DISCAPACITADOS FÍSICOS. Ellos refieren que saben que hay leyes pero las desconocen; además, quienes las conocen tampoco las respetan y las aplican, por ello se encuentran en una situación desventajosa sintiendo profundamente la desprotección por parte del estado.

FAMILIARES DE DISCAPACITADOS FÍSICOS. Los familiares reportan un total desconocimiento sobre cuales son las leyes que amparan al discapacitado, pero refieren que existen y no se cumplen, desde las mismas barreras arquitectónicas hasta la misma atención que deberían recibir por el sistema de salud, fomentando así la discriminación.

FISIOTERAPEUTAS. Los profesionales en fisioterapia refieren que tienen conocimiento de la existencia de leyes que amparan al discapacitado pero exactamente no las conocen, lo cierto es que ellos observan que algunos aspectos como las barreras arquitectónicas y el acceso vehicular no se cumplen en ningún sentido.

TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Las terapeutas ocupacionales conocen parte de la legislación que apoya al discapacitado y refieren que aunque estas leyes son muy bellas, realmente no se cumplen, y que el mismo discapacitado por desconocimiento y aún con el conocimiento de ellas no tienen el liderazgo para organizarse y propender por ellas, sumado además, a la falta de desarrollo sociocultural de los mismos, lo cual empeora aún más su situación de desventaja.

FISIATRAS. Los fisiatras refieren que hay leyes y tienen conocimiento de algunas de ellas, pero que realmente no se cumplen, falta sensibilización para dar cumplimiento a estas leyes y además comentan que no se da una rehabilitación integral porque acá en Colombia no se propende por la reinserción laboral.

▪ CATEGORÍA 2: COMPONENTE AFECTIVO

❖ SUBCATEGORÍA 1: AUTOPERCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

DISCAPACITADOS FÍSICOS. Los discapacitados físicos se perciben desde la misma condición de la gravedad de su compromiso, por lo tanto aquellos que tienen una mayor discapacidad y de tipo permanente se conciben como seres más inútiles y como una carga para las demás personas, sintiéndose rechazados, pero algunos por su deseo de superación se consideran incluso más capaces que cualquier otra persona que tiene un buen estado de salud. Además, concuerdan en que es fundamental el apoyo familiar para poder superar esta situación.

FAMILIARES DE DISCAPACITADOS FÍSICOS. Los familiares reconocen que ellos no son normales como las otras personas, pero procuran verlos como si lo fueran, porque algunos de ellos han logrado superar obstáculos , refieren que de alguna manera se afecta su autoestima e inicialmente se genera dependencia pero que una vez evoluciona en el caso de la discapacidad transitoria logran minimizarlo.

FISIOTERAPEUTAS. Los profesionales en fisioterapia refieren una admiración grande por aquellos discapacitados que logran superarse y conciben que necesariamente esta ligado a la personalidad, porque en caso contrario, algunos se echan totalmente al abandono, al aislamiento y presentan sentimientos de rabia. Refieren además, que la forma como se perciben depende de la etapa en la que se encuentre, ya que no es lo mismo en una etapa inicial que después de cierta evolución de su discapacidad.

TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Las terapeutas ocupacionales perciben al discapacitado como una persona que necesita ayuda y apoyo de los demás, incluyendo al personal de salud, además, del mismo sistema social imperante.

FISIATRAS. Los fisiatras conciben al discapacitado como una persona luchadora en algunos casos, que depende incluso de la autoestima que poseía antes de ser discapacitado, también su posición depende de la forma como se instaura la discapacidad, si es de manera abrupta o paulatina y de la forma en que se compromete la vida, como en el caso de cáncer y SIDA.

❖ **SUBCATEGORÍA 2: PERCEPCIÓN DE CAMBIOS DE VIDA**

DISCAPACITADOS FÍSICOS. En los discapacitados físicos su vida ha cambiado definitivamente, porque algunos han dejado de producir y se han convertido en una carga según ellos, que dependen de otros para su subsistencia, en cambio

para otros, esa condición los ha obligado a cambiar de actividades, ya que las que acostumbraban a realizar ya no las pueden ejecutar y esto les ha obligado a reemplazarlas por otras, además, se han despertado sentimientos de solidaridad para con las demás personas que viven la misma situación.

FAMILIARES DE DISCAPACITADOS FÍSICOS. Los cambios en su vida se relacionan con la no realización de actividades que se ejecutaban en familia antes de la discapacidad, y que han tenido que ser reemplazadas de otra manera, pero también esta situación de discapacidad los ha hecho reflexionar, además, refieren que en el sector económico se ven bastante afectados, ya que el mismo sistema no asegura la atención integral al discapacitado, el cual genera costos altos y afecta la economía familiar.

FISIOTERAPEUTAS. Para las fisioterapeutas el estar en contacto con la discapacidad les ha servido para reflexionar y valorar aún más la condición de salud, además, han tenido que afrontar una posición de exigencia y en cierta forma de dureza, en los procesos de rehabilitación para poder lograr los objetivos finales, dejando de un lado sentimientos como la compasión.

TERAPEUTAS OCUPACIONALES. En las terapeutas ocupacionales el contacto con la discapacidad les ha generado transformaciones de tipo social y familiar, ya que no es posible ser indiferente ante la situación de los demás, les ha hecho ser más sensibles, más espirituales, con mayor calidad humana y comprensión.

FISIATRAS. Según los fisiatras su vida ha cambiado, ya que a través del contacto con la discapacidad han aprendido a valorar aún más las condiciones de salud y de normalidad, despertando en ellos sentimientos de mayor comprensión y apoyo para con las personas que se encuentran bajo esta condición.

▪ CATEGORÍA 3: COMPONENTE CONDUCTUAL

❖ SUBCATEGORÍA 1: ABORDAJE REHABILITADOR

DISCAPACITADOS FÍSICOS. Algunos de los discapacitados físicos refieren que no tuvieron acceso a buenos servicios de rehabilitación , ya que económicamente era imposible , y aunque les remitieron a través del sistema , las terapias no fueron lo suficiente como para asegurar una adecuada rehabilitación, otros, por el contrario afirman que gracias al entusiasmo , dedicación y motivación de las fisioterapeutas han podido rehabilitarse mucho más fácilmente.

FAMILIARES DE DISCAPACITADOS FÍSICOS. Los familiares de los discapacitados físicos consideran que ha sido clave en los procesos de rehabilitación , el papel del fisioterapeuta, la responsabilidad, la amabilidad , el interés y la empatía desarrollada por ellos hacia el paciente discapacitado, así como el fomento de la espiritualidad, contrario a otros que no están realmente comprometidos con su labor y por tal motivo limitan la rehabilitación, además, hay otros profesionales que han sido muy tajantes a la hora de dar un pronóstico.

FISIOTERAPEUTAS. Los profesionales en fisioterapia encuentran que los pacientes que cuentan con un apoyo institucional donde se les brindan todas las herramientas necesarias para su rehabilitación tienen un mejor proceso de evolución y asimilan mejor su condición de discapacidad, y además, consideran que no se debe frustrar estos procesos dando pronósticos por anticipado, porque realmente puede ser equivocado ya que a veces este es superado por el discapacitado.

TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Las terapeutas ocupacionales han tratado diversidad de discapacidades físicas y han tenido pacientes en una condición de discapacidad que no solamente involucra una sola área, sino que es múltiple

su condición, ya que se han desempeñado laboralmente en instituciones estatales que reciben esa clase de pacientes, lo cual deja ver que el profesional de rehabilitación necesita una formación integral en la atención a la discapacidad.

FISIATRAS. Los fisiatras tienen una visión que independientemente del diagnóstico médico, los pacientes tienen derecho a guardar sus esperanzas, porque en realidad la experiencia ha demostrado así, además, que las discapacidades así sean de miembros superiores o inferiores de todas maneras afectan por igual a las personas.

❖ **SUBCATEGORÍA 2: PERCEPCIÓN DE CONDUCTAS HACIA LA DISCAPACIDAD**

DISCAPACITADOS FÍSICOS. Los discapacitados físicos han observado diversas conductas de parte de mucha personas, dependiendo del entorno y de la condición socioeconómica en la que el se desenvuelve, por lo cual en aquellas personas que aparte de su discapacidad atraviesan por condiciones económicas precarias sienten un mayor rechazo y en el caso de quienes tienen una situación económica más estable, la sobreprotección es el componente permanente en la conducta de los familiares.

FAMILIARES DE DISCAPACITADOS FÍSICOS. Los familiares de los discapacitados consideran que aunque tratan de verlos como personas normales, hay mucha imprudencia por parte de la gente que trata siempre de establecer un patrón generalmente de compasión y de pesar, así, como también de sobreprotección hacia las personas discapacitadas.

FISIOTERAPEUTAS. Los profesionales en fisioterapia consideran que los discapacitados físicos generalmente pasan por una etapa de negación ante su situación inicialmente, pero que posteriormente se van adaptando y aceptando su

condición, expresan además sentimientos de impotencia y de pesar por la condición del discapacitado.

TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Consideran la familia como un elemento facilitador o entorpecedor de los procesos de rehabilitación, que apoya u oprime al discapacitado, además conciben que debería ser abordada para favorecer la rehabilitación integral de las personas discapacitadas.

FISIATRAS. Los fisiatras concuerdan en que la superación del paciente discapacitado depende de dos factores importantes, u no de su familia y otro de la personalidad que este posea, además, depende de las actitudes de sobreprotección o de abandono que asumen las familias de estos, las cuales se consideran definitivas en el proceso de rehabilitación integral.

8.5 TEORÍA SOBRE ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD.

▪ **ACTITUDES DE LOS DISCAPACITADOS.** Como un elemento común los discapacitados tienen una concepción negativa de la discapacidad y la asocian con dificultad para desarrollar sus actividades cotidianas e inclusive como un impedimento para trabajar, lo cual es objeto de mayor estigmatización y en definitiva de mayor repercusión socioeconómica, atendiendo a su mayor grado de compromiso funcional, y que hace que se perciban como seres inútiles y sientan el rechazo de otras personas, sin embargo, es importante recalcar que algunos discapacitados se superan de acuerdo con el tipo de personalidad que poseen, ya que quienes a lo largo de su vida han sabido sortear las dificultades, también sabrán disponer los cambios y adaptarse a las nuevas condiciones de vida además, no se encuentra asociado a ningún tipo de creencia o mito sino como algo que es fortuito y que a cualquiera le puede tocar, puede ser producto de sus propias acciones y de la falta de previsión. Reconocen que desconocen la legislación

que los ampara pero igualmente han podido percibir que esta no se cumple puesto que se encuentran en desamparo por parte de los estamentos gubernamentales y son conscientes de que quienes deberían aplicar las leyes no lo hacen .

Analizando las conductas que perciben los discapacitados , se encuentra que el factor socioeconómico influye en la manera como los demás los tratan , en el sentido de que cuando su estado económico es deficiente se sienten con mayor rechazo e indiferencia inclusive por parte de los familiares quienes en primera medida los rechazan por su condición socioeconómica. Las percepciones de solidaridad familiar se encuentran presentes en quienes en realidad han tenido antes de su discapacidad una relación familiar fuerte, encontrando apoyo en sus parejas y en el núcleo familiar inmediato, pero que en algunos casos caen en la sobreprotección, impidiendo con ello una adecuada evolución de los procesos de rehabilitación e integración social. El factor socioeconómico es preponderante inclusive en la forma como son atendidos por los profesionales de la salud o las instituciones de salud y la facilidad que tengan para cotizar una salud contributiva y no subsidiada.

Las actitudes pueden catalogarse como positivas cuando las condiciones socioeconómicas son favorables, es decir no están marginados por estas y cuentan con las condiciones para solventar sus aportes de salud, tener un grupo familiar que lo apoya o sea que no se encuentra solo en su proceso y aún más cuando cuenta con agremiaciones o instituciones que se comprometen con su proceso de rehabilitación. No siendo así en el caso de las personas que tienen como condición previa un estado de marginación socioeconómica que los pone en una desventaja previa de todas las posibles ayudas que requiere en su proceso rehabilitador fundamentalmente porque el factor económico deficiente condiciona para no poder optar por servicios de salud apropiados, y no poder subsidiarse los insumos necesarios para su

tratamiento, ya que los programas subsidiados de salud tienen un cubrimiento parcial, igualmente las condiciones socioeconómicas bajas suelen condicionar familias con poca unidad e integración, que generalmente rompen vínculos afectivos por el incumplimiento de deberes y los resentimientos que dejan los conflictos familiares. De todas maneras se observa que la autoestima que el discapacitado tenga influye de manera directa en la forma como es percibido por los demás y en como se siente tratado ya que ellos mismos se ven como seres inferiores, como una carga y eso hace que sus actitudes sean negativas.

Es claro que la personalidad de cada individuo juega un papel muy importante en el proceso de superación de la discapacidad y en la readaptación a unos nuevos roles de vida ya que quienes tienen una personalidad fuerte, y luchadora que no se estanca en los problemas si no que busca superarlos realizan de la misma manera su proceso con la discapacidad, tratan de enfrentar su nueva condición de discapacitados y seguir adelante con su vida, partiendo de la aceptación y de la reestructuración de un nuevo plan de vida encontrándose aquí actitudes positivas.

▪ **FAMILIARES DE DISCAPACITADOS.** Los familiares de los discapacitados tienen un concepto de discapacidad asociado con dificultad o incapacidad para realizar las actividades y valerse por si mismos y piensan que la discapacidad no es consecuencia de ningún mito o creencia sino al azar, independientemente del tipo de discapacidad y de su gravedad, considerando que es un estado que les genera dependencia y vulnerabilidad, necesitando ayuda de los demás.

En cuanto a la legislación reconocen que desconocen las leyes que los amparan independientemente de las circunstancias que los rodean, pero refieren que existen y no se cumplen, desde las mismas barreras arquitectónicas hasta la misma atención que deberían recibir por el sistema de salud,

fomentando así la discriminación. Los familiares reconocen que ellos no son normales como las otras personas, pero procuran verlos como si lo fueran, sin embargo hay mucha imprudencia por parte de la gente que trata siempre de establecer un patrón generalmente de compasión y de pesar, así, como también de sobreprotección hacia las personas discapacitadas.

Algunos de ellos han logrado superar obstáculos, pero sus familiares refieren que de alguna manera se afecta su autoestima e inicialmente se genera dependencia sin tener en cuenta el tipo y la gravedad de la discapacidad pero que una vez evoluciona en el caso de la discapacidad transitoria logran minimizarlo, además, los familiares reportan un cambio en sus vidas que se relaciona con la no realización de actividades que se ejecutaban en familia antes de la discapacidad, y que han tenido que ser reemplazadas de otra manera, pero también esta situación les ha servido para reflexionar. En el sector económico se ven bastante afectados, ya que el mismo sistema no asegura la atención integral al discapacitado, el cual genera costos altos y afecta la economía familiar. Los familiares de los discapacitados físicos consideran que ha sido clave en los procesos de rehabilitación el papel del fisioterapeuta, la responsabilidad, la amabilidad, el interés y la empatía desarrollada por ellos hacia el paciente discapacitado, así como el fomento de la espiritualidad, contrario a otros que no están realmente comprometidos con su labor y por tal motivo limitan la rehabilitación, además, hay otros profesionales que han sido muy tajantes a la hora de dar un pronóstico.

En los familiares de los discapacitados las actitudes hacia la discapacidad se consideran positivas a pesar de que hay un desconocimiento sobre el mismo concepto de discapacidad y de legislación, se observa que el mismo vínculo afectivo hace que se mantenga siempre ese sentimiento de apoyo, de solidaridad y de amor incondicional para ayudar a superar las dificultades propias de nuestra vida a esos seres queridos, encontrándose un elemento común en el

compromiso que este asume en los diferentes procesos de rehabilitación e integración social del discapacitado, compromiso que en la mayoría de ocasiones parte de la unidad y el afecto que existía en ése núcleo familiar antes de suceder el evento discapacitante. Se percibe también un sentimiento de frustración de algunos de ellos que quisieran hacer mucho más por sus familiares discapacitados pero que realmente el sistema no se los permite ya que encuentran limitantes específicamente en los procesos de rehabilitación, con pocas excepciones en las que cuentan con el apoyo de programas de salud adecuados y de instituciones que se comprometen con el proceso rehabilitador.

▪ **PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN.** Analizando los conceptos de los profesionales de la Rehabilitación se encuentran unas definiciones más integrales de discapacidad basadas en la CIF (Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud), teniendo en cuenta que esta condición no solamente afecta a la dimensión física corporal del ser humano sino que repercute en la familia, en la sociedad y en el factor económico, además, esta es considerada como una situación de desventaja para el desempeño de las actividades funcionales enfatizando en que hay que concientizar al discapacitado de su condición para que se readapte a su nueva vida.

Respecto a las creencias consideran que la discapacidad es más como una oportunidad de cambio y no como una consecuencia de ciertos actos, que de alguna manera nos afecta a todos directa e indirectamente, además, refieren que definitivamente es impredecible pronosticar el estado de recuperación de un paciente, porque todo depende de Dios, ya que esto está ligado a muchos factores incluido su espiritualidad.

Con respecto a la legislación los profesionales conocen parcialmente la leyes que amparan al discapacitado pero igualmente reconocen que son deficientes, ya que algunos de ellos observan que algunos aspectos como las barreras

arquitectónicas y el acceso vehicular no se cumplen en ningún sentido, refieren que el mismo discapacitado por desconocimiento y aún con el conocimiento de ellas no tienen el liderazgo para organizarse y propender por ellas, sumado además, a la falta de desarrollo sociocultural de los mismos, lo cual empeora aún más su situación de desventaja, teniendo en cuenta que en los programas de salud acá en Colombia no se da una rehabilitación integral, pues no se propende por la reinserción laboral ni social.

Los profesionales de la rehabilitación refieren que han aprendido a valorar aún más las condiciones de salud y de normalidad, despertando en ellos sentimientos de mayor comprensión y apoyo para con las personas que se encuentran bajo esta condición, además, manifiestan que el contacto con la discapacidad les ha generado Transformaciones de tipo social y familiar, ya que no es posible ser indiferente ante la situación de los demás, les ha hecho ser más sensibles, más espirituales, con mayor calidad humana y comprensión.

Algunos demuestran una admiración grande por aquellos discapacitados que logran superarse y conciben que necesariamente esta ligado a la personalidad, porque en caso contrario, algunos se echan totalmente al abandono, al aislamiento y presentan sentimientos de rabia, lo que a su vez está asociado con la autoestima que poseía antes de ser discapacitado y de la forma como se instaura la discapacidad, si es de manera abrupta o paulatina y de la gravedad de la misma. Refieren además, que la forma como se perciben depende de la etapa en la que se encuentre, ya que no es lo mismo en una etapa inicial que después de cierta evolución de su discapacidad.

Con respecto a las conductas hacia la discapacidad en los profesionales de rehabilitación se encuentra que todos en general concuerdan en que la superación del paciente discapacitado depende de dos factores importantes, uno de su familia y otro de la personalidad que este posea, además, depende de las

actitudes de sobreprotección o de abandono que asumen las familias de estos, las cuales se consideran definitivas en el proceso de rehabilitación integral, ya que los pacientes que cuentan con un apoyo institucional donde se les brindan todas las herramientas necesarias para su rehabilitación tienen un mejor proceso de evolución y asimilan mejor su condición de discapacidad, y además, consideran que no se debe frustrar estos procesos dando pronósticos por anticipado, porque realmente puede ser equivocado ya que a veces este es superado por el discapacitado. Los profesionales de la rehabilitación manifiestan que los discapacitados físicos generalmente pasan por una etapa de negación inicial ante su situación, pero que posteriormente va adaptándose y aceptándola. Se perciben además en ellos sentimientos de impotencia y de pesar por la condición del discapacitado.

Se concluye que las actitudes hacia la discapacidad en los profesionales de la rehabilitación son positivas pero se encuentran condicionadas por muchos factores incluyendo desde el sistema de salud del estado, el cual no ofrece todas las ventajas para que el rehabilitador pueda brindarle al paciente discapacitado unos procesos de rehabilitación integrales, oportunos y adecuados que aseguren la superación del discapacitado, ya que no hay todos los elementos necesarios para lograrlo, desde la misma remuneración de los profesionales y el mismo sistema que no asegura unos procesos de calidad, así como también la falta de cumplimiento de la legislación en discapacidad que inicia por el Desconocimiento de los mismos profesionales de la salud quienes estarían en obligación de conocer las leyes que amparan al discapacitado para saber a que tienen derecho y cuándo ellos mismos las están vulnerando, lo que es cuestionable para asegurar unos procesos transparentes de rehabilitación que permitan la integración del discapacitado en los aspectos laborales y sociales.

Algunos rehabilitadores tienen una visión muy importante sobre la desprotección legislativa del discapacitado ya que consideran que son los mismos

discapacitados físicos quienes a través de agremiaciones podrían asumir un empoderamiento por la lucha de sus derechos ante los estamentos gubernamentales. No puede considerarse adecuado que sean las personas no discapacitadas las que propendan por los derechos de los discapacitados físicos siendo estos una gran mayoría, es necesario motivarlos a abandonar esa actitud pasiva, ya que son ellos los que directamente deberían velar porque sus derechos no sean atropellados. En Colombia son voces aisladas de discapacitados las que se han escuchado, que han logrado tener algún efecto significativo como la ley 361 o ley Clopatosky, pero no ha sido totalmente efectiva en su cumplimiento.

A pesar de ese desconocimiento, los rehabilitadores a través del contacto con la discapacidad han aprendido a valorar aún más las condiciones de normalidad o de salud y se han sensibilizado con la situación de discapacidad despertando en ellos sentimientos de comprensión, apoyo y solidaridad, lo cual facilita los procesos de readaptación del discapacitado a su nueva condición, y que además rescatan el papel fundamental que juega la familia en una reorientación positiva del discapacitado a un nuevo proyecto de vida, el cual también está ligado a la personalidad del discapacitado y a la gravedad de la discapacidad, así como de la forma en que se instaura. El discapacitado puede llegar a superar su condición, dependiendo del apoyo que reciba de su entorno familiar y social inmediato, así como de los profesionales de la salud y del respaldo institucional con el que cuente, además de las oportunidades que el medio le ofrezca.

Los profesionales de la rehabilitación denotan que las actitudes de los discapacitados hacia su condición son inicialmente negativas debido a la fase de negación o duelo que viven cuando la discapacidad es adquirida, independientemente de la gravedad, y de que esta sea transitoria o permanente, pero que posteriormente estas actitudes mejoran y se hacen más positivas en la medida en que el discapacitado se readapta a su nueva condición y logra superarse.

9. GLOSARIO

- **ANIMISMO:** Según Edward Tylor, que es el primero en señalar su importancia, el animismo es el estadio original de la evolución religiosa. Según la concepción animista, el mundo estaría poblado de seres que habitarían los objetos, las plantas, los animales y los hombres. Los primitivos, asegura, no creen ni más ni menos que nosotros en los espíritus: tienen solamente tendencia a tratar los objetos como si tuvieran vida. Muchos pueblos primitivos, desaparecidos o aún existentes, pueblan el mundo con un infinito número de seres espirituales, benéficos o maléficos, a los cuales atribuyen la causa de todos los fenómenos naturales, y por los que creen animados, no sólo el reino animal y vegetal, sino también el mineral, en apariencia inerte. Así que el animismo es entonces la creencia de que no sólo las criaturas vivientes, sino que los objetos inanimados tienen vida y personalidad; estas personas sobrenaturales son consideradas como espíritus, fantasmas o dioses. Los animistas creen también que los humanos poseen almas que pueden abandonar nuestros cuerpos, ya sea temporalmente, mientras soñamos, o permanentemente, cuando morimos, para transmigrar a otros hombres o simplemente vagar por ahí. El animista tiene el sentimiento permanente de que una fuerza, llamada mana, hace irrupción en su vida no solamente en ocasión de esos momentos solemnes que son el nacimiento, la iniciación y la muerte, sino también en sus relaciones cotidianas con sus padres, sus semejantes, los animales y la naturaleza en su totalidad.

- **AUTOPOIESIS:** Del griego, auto, "sí mismo", y poiesis, "creación" o "producción"), fue expuesta por primera vez por los científicos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela, y se define muy ligeramente como la capacidad de los sistemas de producirse a sí mismos. Este término nace de la biología pero más tarde es adoptado por otras ciencias y otros autores, como por ejemplo por el sociólogo alemán Niklas Luhmann. Según Maturana y Varela son autopoieticos los

sistemas que presentan una red de procesos u operaciones (que lo define como tal y lo hace distinguible de los demás sistemas), y que pueden crear o destruir elementos del mismo sistema, como respuesta a las perturbaciones del medio. Aunque el sistema cambie estructuralmente, dicha red permanece invariante durante toda su existencia, manteniendo la identidad de este. Esta propiedad de los sistemas de producirse a sí mismos es la autopoiesis y define el “acoplamiento” de un sistema a su entorno. Para Maturana, la autopoiesis es la propiedad básica de los seres vivos puesto que son sistemas determinados en su estructura, es decir, son sistemas tales que cuando algo externo incide sobre ellos, los efectos dependen de ellos mismos, de su estructura en ese instante, y no de lo externo. Los seres vivos son autónomos, en los que su autonomía se da en su autorreferencia y son sistemas cerrados en su dinámica de constitución como sistemas en continua producción de sí mismos. Luhmann ha utilizado la autopoiesis para presentar un nuevo paradigma teórico: el de los sistemas autopoieticos, como producto de una reflexión interdisciplinaria sobre los exitosos desarrollos de otras disciplinas. La aplicación del concepto de autopoiesis a los sistemas sociales implica que el carácter autorreferencial de estos sistemas no se restringe al plano de sus estructuras sino que incluyen sus elementos y sus componentes es decir, que él mismo construye los elementos de los que consiste.

- **CONSTRUCTO.** Concepto hipotético que intenta explicar la conducta humana. Se introduce en la teoría de sistemas de Luhmann en relación al concepto de "autopoiesis". Un constructo es el resultado de la autopoiesis, de la actividad auto-referencial y auto-generadora, de un sistema social de conocimientos, pero en cuanto dicho resultado es re-introducido, como factor productivo, en ese mismo proceso autopoietico. Con-structo (co-estructurado generativamente) se opone así a "in-structo" (introducido desde fuera del sistema como elemento también estructural). Esta terminología refleja además el paso desde la antigua concepción cibernética de una "máquina trivial" basada en inputs y outputs, primero a la máquina de segundo orden de von Foerster, que ya conoce

inputs internos, y luego al sistema complejo. En lugar de concebirse las relaciones del constructo con el resto del sistema dentro del esquema de interpretación causa-efecto, o del esquema cibernético de bucles de información entre inputs y outputs, en el concepto sistémico autopoietico se llega a un mayor nivel de abstracción: no se especifica qué tipo de relaciones se dan u originan entre los elementos del sistema, sino sólo las capacidades de relacionamiento de operaciones (que podrán ser de orden causal, informacional, o de otro orden) que podrán transformarse con ayuda del constructo. A diferencia del "modelo" del esquema interpretativo objetivista, el constructo no tiene la tarea de representar, de producir una como imagen del entorno. En cierto sentido, el constructo es similar al "esquema" kantiano, que permitiría una pluralidad de "representaciones".

- **EMPIRISMO:** La filosofía empirista llevó a cabo una saludable autocrítica de la razón, delimitó sus límites y restringió sus posibilidades asentándola en el ámbito de la experiencia. El empirismo es una corriente filosófica opuesta al racionalismo que surge en Inglaterra en el siglo XVII y que se extiende durante el siglo XVIII y cuyos máximos representantes son J. Locke, J. Berkeley y D. Hume. Se suele incluir también en este movimiento a T. Hobbes, aunque con ciertas reservas. Los empíricos a modo de hormigas no hacen más que amontonar y usar; los razonadores a modo de arañas hacen telas sacadas de sí mismos. En un sentido bastante general, se denomina empirismo a toda teoría que considere que la experiencia es el origen del conocimiento, pero no su límite. Esta postura ha sido mantenida por numerosos filósofos, como por ejemplo, Aristóteles, Epicuro, los estoicos, Tomás de Aquino y Ockham. Sin embargo, en un sentido estricto, el empirismo propiamente dicho hace relación a las teorías filosóficas creadas por las corrientes antes mencionadas.

- **GUETOS:** En la antigüedad, parte de una ciudad en la que se obligaba por ley a residir a los judíos. Por extensión, este término se aplica a cualquier parte habitada mayoritaria o exclusivamente por judíos. Es sinónimo del término italiano

ghetto, aunque éste tiene un significado actual más amplio. Los guetos surgieron en principio como resultado de la intolerancia practicada por los cristianos y del deseo por parte de los judíos de mantener su unidad y exclusividad. El papa Pablo IV creó el primer gueto legal en Roma en el año 1555. Guetos similares fueron creados en la mayoría de los países de Europa durante los tres siglos siguientes. Solían estar rodeadas por murallas y sus puertas se cerraban al anochecer. En muchos casos los judíos estaban obligados a llevar un identificativo cuando salían fuera de su recinto. La abolición de este sistema se produjo a raíz de la Revolución Francesa y de los movimientos liberales del siglo XIX. En 1870 el gueto de Roma, el último legal que quedaba en Europa, fue abolido por Víctor Manuel II, rey de Italia. Adolf Hitler ordenó de nuevo su instauración en los países ocupados durante la II Guerra Mundial como parte de su plan global de aniquilación de los judíos. El gueto más tristemente famoso durante este periodo fue el de la ciudad polaca de Varsovia. En los últimos años el término gueto se ha aplicado, de forma despreciativa, a zonas urbanas muy pobladas habitadas principalmente por minorías étnicas o culturales.

Luhmann afirma que la autopoiesis no se limita a ser una propiedad de sistemas biológicos o físicos, y la define como la “capacidad universal” de todo sistema para producir “estados propios” bien diferenciados enlazando a estos las operaciones propias del sistema gracias a la “auto-organización” de éste. El sociólogo pasa así el concepto de un nivel físico a un nivel cognitivo. La intención de Luhmann es buscar equivalentes funcionales a la integración normativa para dar solución al problema que afecta la autoorganización y la auto producción de las sociedades en contextos de contingencia y riesgo. En ese aspecto introduce el nuevo paradigma autopoietico constituido en torno a la distinción entre sistema y entorno como condición de posibilidad para el sostenimiento del límite, el cual permite las operaciones autorreferenciales.

- **PARADIGMA:** Un paradigma está constituido por los supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros

de una determinada comunidad científica. Aspecto o situación que se toma como patrón, ejemplo o modelo en forma esquemática. Modelo fundamental desde el cual se piensa o se realizan hechos y teorías predominantes. Además podemos decir que es el conjunto de opiniones, valores y métodos compartidos por los integrantes de un colectivo. Es un concepto amplio que es aceptado como verdadero y que influye sobre la interpretación de los datos. Un paradigma presenta un conjunto de supuestos filosóficos sobre el mundo, que se interrelacionan de un modo tal, que pueden resolver la complejidad del mundo real. El paradigma cualitativo entiende la realidad social desde una perspectiva humanista y evolutiva. El mundo social es una realidad compartida, viva y cognoscible por todos los participantes en ella, donde estos son agentes activos. Utiliza métodos cualitativos, tales como la observación naturalista y la etnografía. Parte de una perspectiva global de análisis. El paradigma crítico es una de sus manifestaciones.

- **TREPANACIONES:** Trepanación es la perforación de un hueso. Se usa comúnmente para los orificios hecho en el cráneo. Cuando se aumenta de tamaño y se crea un defecto óseo hablamos de craneotomía. Craneotomía es el término usado para designar el levantamiento temporal de un colgajo óseo y el reemplazo del hueso en su sitio. Craneoplastia es el cierre de defectos óseos con diversos materiales, hueso, oro otros metales, frutos de plantas (crescentia cujete lineo) o plásticos. Las indicaciones más comunes son los traumatismos del cráneo. Se supone que en la antigüedad se empleaba la trepanación para tratamiento de dolores de cabeza y de la epilepsia. Los instrumentos usados más frecuentes son de corte: cuchillos, sierras, tumis, de percusión: escoplos y martillos o perforadores. Las técnicas más primitivas de raspado se reconocen fácilmente por la presencia de cortes paralelos y perpendiculares en el hueso que forman un cuadrado óseo. Las trepanaciones se pueden reconocer por los bordes biselados del hueso, por el halo pálido alrededor de ellas y definitivamente por la evidencia de regeneración ósea, que indicaba la supervivencia del sujeto después de la

intervención. Radiografías sirven para encontrar líneas de fractura, u otras alteraciones patológicas. Con la microscopia electrónica de barrido se puede identificar el tipo de instrumento usado: madera, piedra o metal por los residuos que dejan los instrumentos en el hueso.

BIBLIOGRAFÍA

HOGREFE Y HUBER, Disability and Culture; Universalism and Diversity. Publicado por la Organización Mundial de la Salud, editado por Ustun, T.B. 2001, página 8 y siguiente.

HOMO HOMINI, editado por el real patronato de Prevención y de atención a personas con Minusvalía, dentro de su colección documentos con el número 37 a 93 Madrid 1993.

IMERSO, Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, edición 1997.

IMERSO, Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud, Madrid 2001.

PUIG DE LA BELLACASA, Ramón, La discapacidad y la rehabilitación

<http://www.bases> para la formación de una política pública en discapacidad para el período 2003-2006. Comité técnico nacional de discapacidad. Buscador Google.

[http://www.discapacidad/legislación discapacidad.htm](http://www.discapacidad/legislación%20discapacidad.htm). Marco jurídico colombiano.

[http://www.discapacidad/política colombiana de discapacidad para discapacitados-portal del estado colombiano.htm](http://www.discapacidad/política%20colombiana%20de%20discapacidad%20para%20discapacitados-portal%20del%20estado%20colombiano.htm)

[http://www.discapacidad/programa para personas con discapacidad de la red de solidaridad social.htm](http://www.discapacidad/programa%20para%20personas%20con%20discapacidad%20de%20la%20red%20de%20solidaridad%20social.htm)

<http://www.monografias.com/trabajos16/recolección-datos/recolección-datos.shtml>.

Yahoo. Título. Métodos de recolección de datos.

<http://www.psicopedagogía.com/>

<http://www3.usal.es/~inico/publicaciones/Verdugo-ModelosSoc.pdf>

<http://www.monografias.com/trabajos28/etica/ética.shtml>. Buscador Yahoo

VERDUGO, Miguel Ángel, JENARO RIO, Cristina, ARIAS MARTÍNEZ, Benito.
Personas con Discapacidad. España Editores. P. 81-114.

ANEXOS

**ANEXO N° 1
GUÍAS DE ENTREVISTA**

GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL DISCAPACITADO FÍSICO.

Datos Personales

Tipo de discapacidad

Adquirida o congénita

Tiempo ó evolución

Escolaridad

Trabaja o no

Estado civil

¿Con quiénes vive?

¿Sabe usted que es la discapacidad?

¿Usted se considera discapacitado?

¿Tiene esa misma idea siempre o ha sido diferente en algún momento de su vida?

¿Su vida ha cambiado de alguna manera por su discapacidad?

¿Ha recibido tratamientos para ser rehabilitado?

¿Qué actitudes tienen hacia Ud. los profesionales de la salud ?

¿Cómo cree que lo perciben sus familiares?

Relaciones interpersonales

Situación actual del discapacitado (Si el discapacitado conoce las leyes que lo amparan y la atención que el gobierno le da a la Discapacidad)

GUÍA DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES

Datos Personales

Escolaridad

Estado civil

Parentesco

Tipo de discapacidad

Adquirida o congénita

Tiempo ó evolución

Tiempo de convivencia

Tiempo dedicado a cuidados

Trabaja o no

Sabe usted que es la discapacidad?

Usted considera a..... discapacitado?

Ideas sobre la discapacidad

Su vida ha cambiado de alguna manera por la discapacidad de?

.....Ha recibido tratamientos para ser rehabilitado?

Las actitudes de los profesionales de la salud hacia el discapacitado.

Cómo cree que a..... lo perciben los demás?

Relaciones interpersonales (Del discapacitado con familia)

Situación actual del discapacitado (Que la familia sabe)

GUÍA DE ENTREVISTA PARA PROFESIONALES DE LA REHABILITACIÓN

Datos Personales

Estado civil

Profesión

Estudios de postgrado

Tiempo de Ejercicio de la profesión

Tiempo dedicado al tratamiento de la discapacidad física

Tipo de discapacidades físicas tratadas

Conceptos de discapacidad

Ideas sobre la discapacidad

¿Su vida ha cambiado de alguna manera después de haber entrado en contacto con la discapacidad?

Percepciones hacia el discapacitado físico

Actitudes de la familia hacia el discapacitado físico (Que el profesional de la salud las haya percibido)

Actitudes en el discapacitado físico

Relaciones interpersonales

Situación actual del discapacitado

ANEXO Nº 2 ENTREVISTAS CODIFICADAS

1- Sujeto 1

- 2- Discapacitado Físico
- 3- Nombre: Miguel Antonio Peña
- 4- Edad: 73 años
- 5- Sexo: Masculino
- 6- Discapacidad: Hemiparesia izquierda
- 7- Tiempo de evolución: 5 años
- 8- E: ¿Usted sabe que tipo discapacidad tiene?
- 9- e: Me han dicho que es trombosis.
- 10- E: ¿En que se desempeñaba anteriormente?
- 11- e: Yo trabajaba en Copetrán en oficios varios
- 12- E: ¿Qué nivel de estudios tiene usted?
- 13- e: No, su merced, yo no soy estudiado, nada
- 14- E: ¿De donde procede usted?
- 15- e: Yo soy de García Rovira.
- 16- E: ¿Y toda su familia está allá?
- 17- e: No, ya todos muertos y otros están para Venezuela.
- 18- E: ¿Usted desempeña actualmente alguna actividad laboral?
- 19- e: No. Pues hasta da pena decirlo, pidiéndole auxilio a la humanidad,
- 20- para pagar arriendo y para comer, yo toca pedir auxilio, unos me dan
- 21- otros no me dan, otros me insultan, otros no me insultan y así esa es la
- 22- verdad, en cambio hay otros señores que no digo quién porque no debo,
- 23- hay otras personas que están más alentadas, caminan mejor que yo,
- 24- hablan mejor que yo y a ellos si les dan, porque desde que haya para
- 25- el vicio, pa´ fumar marihuana si les dan y a una persona como yo le
- 26- niegan una ayuda entonces.....
- 27- E: ¿Usted cree que de alguna manera lo marginan por su edad?
- 28- e: Yo creo que si, mas bien va en contra mía, unos me hablan otros no
- 29- me hablan, otros hablan mal de mí.
- 30- E: ¿Cuál es su estado civil?
- 31- e: Soy casado, vivo solo soy separado, tengo cuatro hijos pero no se
- 32- donde vivirán, yo vivo con Dios, yo salgo, consigo para la dormidita y
- 32- aunque sea un golpe en el día.
- 33- E: ¿Don Miguel sabe que es la discapacidad?
- 34- e: Discapacitado es como yo que no puedo trabajar en nada, la boca se
- 35- me torcio, yo quedé mudo cuando me dio la enfermedad, esta mano no
- 36- me sirve para nada y la pierna tampoco, ando porque Dios me ha
- 37- ayudado, Dios me da la oportunidad de andar, no porque los médicos me
- 38- hayan hecho algo no, yo vivo agradecido de Dios, tengo carnét del

39- seguro.

40- E: ¿Tiene Sisbén?

41- e: Sisbén? Ese carnét no me ha servido la verdad, me dicen que no me

42- cubre nada con ese carnét que tengo. El de café salud

43- si.....honradamente me ha cubrido y me ayudado mucho.

44- E: ¿El seguro de Café salud como lo obtuvo?

45- e: Me lo dio la alcaldía cuando estaba en el ancianato de San Vicente de

46- Chucurí.

47- E: ¿Usted se vino de allá? No se amaño?

48- e: No, allá tengo familia pero no me gusta.

49- E: ¿Cómo se ve o se percibe a sí mismo?

50- e: Perdone su merced lo que acaba de decir, hay gente que me habla

51- hay gente que donde me ve me insulta, si yo le pido un auxilio porque

52- yo tengo un orgullo, de que no soy un atarbán para robar, yo a la

53- persona que le pido con mucho respeto con mucha cautela, yo no le digo

54- de a como la monedita.

55- E: ¿Cuándo usted no era discapacitado cómo veía a los discapacitados?

56- e: Sentía consideración no lástima, porque lástima no se le tiene a nadie,

59- E: yo cuando estaba en el ancianato habían que no veían nada, cuando

60- e: ellos pedían auxilio o ir al baño o al comedor a comer, yo no podía –

61- darles la mano y yo les decía cuélguese de aquí,...eso es una bondad

62- un a consideración con otro, ahora ando mejor, porque yo antes no

63- andaba bien.

64- E: ¿Cómo ha cambiado su vida esta discapacidad?

65- e: Pues le he pedido a Dios que me ayude, y tengo mucha ayuda de

66- la religión donde estoy porque yo no soy católico ahora, soy pentecostal,

67- porque hay amor, hay cariño...

68- E: ¿usted recibió tratamientos para ser rehabilitado?

69- e: La verdad no, yo he tenido que pedir auxilio para poder pagar la

70- terapia, mejoré un poquito, a uno no le hacían movención del brazo

71- porque yo necesito es que me soben para que los tendones suelten pero

72- allá es únicamente, espiritualmente...

73- E: ¿Como ha sentido las actitudes de los profesionales de la salud hacia

74- Usted?

75- e: Yo no he visto nada de un médico que se preocupe por mí, solamente

76- en san Vicente hubieron doctores que se preocuparon por mi, pero aquí

77- no, no le digo que voy al hospital y no me atienden y llevando el carnét

78- del sisbén; voy a la clínica del Rosario, allá me atienden bien por una

79- doctora que llaman la “pepa” le caí bien y me dan buenas atenciones, y

80- me dijo déme la dirección y no me han llamado.

1- **Sujeto 2**

2- Discapacitado Físico.

3- Datos Personales.

4- Nombre: Elisa Villamizar

5- Edad: 30 años

6- Tipo de discapacidad: Artritis Reumatoidea

7- Congénita?

8- Tiempo o evolución: 18 años

9- Escolaridad: segundo de primaria

10- Trabaja:

11- No.

12- Estado civil:

13- Casada - separada

14- E: ¿Con quien vive?

15- e: Con mi mamá.

16- E: ¿Sabe usted que es la discapacidad?

17- e: más o menos, es cuando uno no puede hacer muchas cosas porque

18- las enfermedades del cuerpo no se lo permiten. Así como yo que no

19- puedo hacer cosas ni siquiera para mí y no puedo trabajar.

20- E ¿Se considera discapacitado?

21- e: Claro!....una persona joven como yo que tengo mi inteligencia y mis

22- deseos de trabajar y sobre todo necesidades y que por todas

23- las deformidades y padecimientos que he tenido fui quedando inútil y de

24- carga para el marido y los hijos, y hasta por eso se acabó mi matrimonio,

25- porque el se aburrió de tanto lidiar conmigo....

26- E: ¿Tiene hijos?

27- e: Si, dos, un niño y una niña, ellos viven conmigo porque el papá tiene

28- otra mujer...y además ellos no se amañan con él,

30- E: ¿El padre los apoya económicamente?

31- e: Casi nada, ni por más que está demandado por el bienestar....como

32- no tienen empleo fijo y además ya tiene otro hijo con la- mujer, dice que no

33- le alcanza, a mi me duele mucho esto porque ver carecer a mis hijos de lo

34- necesario y yo no poder trabajar en nada me abate.....ellos van al

35- colegio con lo poco que mi mamá tiene para darles, porque ella tiene una

36- tiendita pero eso no es mucho...además yo soy una carga para ella,

37- porque ella me ayuda para el aseo y para vestirme, mi madre es el

38- único apoyo que tenemos....no se que pasaría si ella llegara a faltar.

39- E: ¿La idea que tiene usted sobre la discapacidad ha sido siempre la

40- misma?

41- e: Dígame!, desde cuando era niña, veía a las personas con dificultad

42- para caminar, o a los ciegos y los consideraba mucho. Pensaba que

43- sufrían mucho, sobre todo porque la gente les ponían apodos y se

44- rían...yo siempre pensé que eso era malo desde niña he tenido problemas

45- de salud por esta misma enfermedad. Desde niña mi mamá lidiaba

46- conmigo, cuando me quedé embarazada del primer niño, después de esto

47-empeoré. Me salieron hinchazones en las manos y en las rodillas, yo
48-trabajaba por días en casas de familias pero poco a poco me fui
49-debilitando, cuando tuve mi segundo embarazo, los médicos no querían
50-porque decían que podía nacer con enfermedades, pero mi marido se
51-opuso, menos mal que no la niña es alentada.
52- E: ¿Usted ha recibido tratamientos para ser rehabilitada?
53- e: Un tiempo que me hicieron terapias en el hospital, después de una
54-operación de cadera que me hicieron en el Hospital Gonzáles Valencia,
55-pero después las terapias tocaba pagarlas y no había como por la
56-56-escasez de dinero, inclusive unas drogas que tengo que tomar las he
57-tenido que suspender en veces, tengo Sisbén pero esas drogas buenas
58-no las cubre, solamente dan droga mala que me estaban haciendo daño al
riñón.
59- E: ¿Cómo ha visto las actitudes de los profesionales de la salud hacia
usted?
60- e: Pues en realidad, no tienen mucha caridad con uno, no lo digo
61-solamente por mí sino por todo lo que he visto hacer con otras personas
62-que están enfermas, tal vez la sensibilidad no la tienen porque no pasan
63-penas como uno y piensan que tal vez las enfermedades son solamente
64-para nosotros los pobres y que de pronto ellos no puedan quedar lo
65-mismo que uno.
66- E: ¿Cómo cree usted que la perciben sus familiares?
67- e: Algunos bien, es decir son solidarios conmigo, algunos hermanos que
68- me ayudan para los niños, aunque sea con ropa, y mi mamá que es la
69- que cuida de mi.....pero hay mucha familia que nos desprecia y los
70- familiares de mi marido ni a los niños los tratan cuando se los
71- encuentran.....cuando uno está verdaderamente en estas situaciones es
72- cuando se conoce a la gente, Dios es el único amparo....que le ha dado
73- por lo menos la salud a mi madre, porque la mayoría de familiares no
74- hacen cuenta de nosotros.
75- E: ¿Como son sus relaciones con las otras personas?
76- e: Como yo no salgo sino de vez en cuando que me sientan en la
77-puerta, pero mi mamá me cuenta que muchos vecinos preguntan por mí
78- cuando he estado enferma han venido a visitarme, algunos son buenos
79- Es como todo no?.....
80- E: ¿Como ve la situación del discapacitado en nuestro medio?
81- e: En realidad muy mal, porque nosotros no contamos con apoyo
82- alguno del gobierno, antes si pueden nos quitan, nos han cortado la luz
83- muchas veces y por los catastros atrasados mi mamá tiene problemas,
84- los alcaldes no se dejan hablar, lo hacen hacer esperar a uno todos los
85- Días y al final no lo atienden, leyes? Para nosotros no hay a uno lo ven
86- como una carga.

1- Sujeto 3

2- E: su nombre es?

3- e: Hernando Alberto Fajardo

4- E: edad Hernando?

5- e: 39 años

6- E: me puedes contar datos personales, eres casado, soltero?

7- e: eh. Bueno soy casado tengo un matrimonio ya de 20 años con tres hijos

8- , E el mayor de 19 años que está haciendo tecnología electrónica en las

9- e: unidades, el segundo está en grado décimo en el colegio INEM y después

10- E: de la limitación llegó una niña que es la que tiene 9 añitos que está en

11- e: cuarto de primaria

12- E: tiempo de evolución de su discapacidad?

13- e: bueno eso si es en realidad bastante, inicialmente yo dure 6 meses

14- hospitalizado y de allí salí en silla de ruedas, dure un promedio en la parte

15- de rehabilitación, más o menos de casi 2 años dándole corrido sin

16- descansar, ni en la casa. Cuando la idea es uno trazarse la meta de lo

17- que uno quiere lograr, sus objetivos, con la voluntad de Dios y el esfuerzo

18- que uno hace y de la familia que lo van apoyando a uno, es posible, por

19- que es muy esencial eso y así se logran las cosas. Después de los 2 años

20- logre pararme en un caminador, ahí poquito a poquito, mientras que estuve

21- en la transición de estar en un caminador aprendí el arte de la joyería,

22- aprendí la manera de cómo hacer joyas, cual era la parte más fácil que yo

23- podía elaborar por que hay diferentes partes y etapas del tema de la

24- joyería, después ya pase a utilizar las muletas, dure con ellas como 6

25- meses y ya posteriormente ando con los bastones.

26- E: y aproximadamente?

27- e: con la colaboración, esto es casi un proceso de unos 4 años

28- E: cual fue la causa de la lesión Hernando?

29- e: la lesión mía fue por arma de fuego a nivel de T3 -T4 en la medula

30-espinal y aparte de eso me propinaron otro impacto aquí a la altura de la

31- clavícula que me dañó parte también del tejido del miembro superior

32- izquierdo y me tuvo comprometido con la garra de la mano, ahora, estoy

33- siguiendo las sesiones de terapia después de más de 10 años, como se

34- dice por el asunto de que me metí hacer deporte entonces se me empezó a

35- contraer mucho la parte lumbar y tenía muchos espasmos musculares,

36- entonces no era ni capaz de salir de la piscina por que el dolor era

37- impresionante, no me estaba haciendo ni el tramal, del mismo dolor, pero

38- ya soltó el cuerpo nuevamente

39- E: o sea la lesión fue hace?

40- e: yo ya llevo 14 años desde la lesión, eso fue el 28 de mayo de 1992 que

41- fue la.

42- E: algún enfrentamiento?

43- e: pues yo trabajaba en la ciudad de Barrancabermeja y eso fue cuando

44- anteriormente eso se llamaba plan pistola, buscaban, descifraban donde

45- estaba el policía y le iban dando así fuera de civil, uniformado

46- E: Hernando me puedes decir que escolaridad tienes?
47- e: estudie hasta noveno de bachillerato
48- E: y luego ingresaste a la policía?
49- e: exactamente cuando eso podía uno ingresar casado y con hijos, en ese
50- tiempo
51- E: y ahora que de pronto tú tienes más tiempo me dijiste que habías
52- Estudiado joyería en el sena?
53- e: si, yo estudie allá joyería e inclusive tengo el taller pero pues ahoritica lo
54- tengo quieto por lo que toca invertir capital en otro negocio, entonces en el
55- momento está quieto pero yo trabajaba en toda la rama. En la parte
56- comercial de la policía es muy bueno, tiene unas garantías y de pronto si el
57- compañero no quiere cancelar uno ya sabe el mecanismo por donde
58- coaccionar para que le cancelen.
59- E: ósea, ahorita estas trabajando como de comerciante, sí?
60- e: si exactamente, por ahí de vez en cuando encargos pero no los estoy
61- produciendo, por ahorita estoy metido en el deporte.
62- E: o sea que ahorita trabajo como tal?
63- e: estoy quieto
64- E: en tu hogar tu esposa trabaja?
65- e: claro, ella es funcionaria también de la policía, de personal civil, ella
66- trabaja en la cafetería del casino de oficiales.
67- E: con quienes vives?
68- e: con mis tres hijos y la suegra que me colabora
69- E: sabe usted que es la discapacidad?
70- e: es la pérdida del movimiento de una persona, por que hay diferentes
71- clases de discapacidades y lo importante de una discapacidad es saberla
72- aceptar y no quedarse uno acoquejado ahí, por que uno es discapacitado
73- sino acepta eso para uno superarlo
74- E: que tipos de discapacidad conoce?
75- e: hay amputados, cuadripléjicos, hay bastante ramas en las que
76- uno ve mucha discapacidad de compañeros que están con uno,
77- cuadripléjicos, diferentes
78- E: dentro de la discapacidad física, sensorial, mental, tu te encuentras en
79- Cual?
80- e: en la física
81- E: tiene esa misma idea de la discapacidad ahora?
82- e: anteriormente cuando yo quede discapacitado yo creía que ese iba a ser
83- el fin de mi vida ya que no iba a poder hacer nada más, compartir un
84- momento de alegría con los hijos de pronto, un momento con ellos, pero
85- uno se da cuenta gracias a la misma actitud que tienen otros compañeros
86- que ya han logrado asimilarla y le van enseñando a uno que uno también
87- puede. Yo creo que una de las mayores verdades que se debe hacer en la
88- parte de sensibilización es que si una persona tiene, bueno.... una lesión
89- de T3 T4, y va otra persona con la misma lesión y le muestra lo que el es
90- capaz de hacer o decirle mire yo tengo su misma lesión y yo estoy parado

91- , estoy caminando, si usted tiene la fuerza de voluntad de hacerlo, usted
92- es capaz de lograrlo también, no dejarse de pronto acomplejar porque a
93- veces la verdad duele porque médicamente y científicamente el médico le
94- dice a usted que ya no vuelve a caminar, a mi me lo dijeron y eso para mi
95- fue como si se me hubiera acabado el mundo, a mi me provocaba
96- suicidarme, no sabia que hacer y hasta que llegó un compañero inclusive
97- de FRAPON, que fue policía también y me dijo yo tengo su lesión y aquí
98- estoy yo caminando me dijo, yo estaba en el hospital de Bogotá y yo dije
99- si el puede yo también puedo y así fue estoy caminando
100- E: es muy importante la motivación por parte de otros que ya han logrado
101- su rehabilitación?
102- e: claro
103- E: su vida ha cambiado de alguna manera por la discapacidad?
104- e: pues claro, hay cosas que cambian que uno no puede realizar, uno con
105- una lesión de estas, no puede decir voy alzar tal cosa, voy a correr, pero
106- de pronto se pueden desplazar esas cosas por otras actividades, por lo
107- menos a mi me gustaba mucho el microfútbol, ahorita yo estoy metido en
108- natación y entonces mira uno la otra parte en la que uno se puede
109- desplazar mejor y se va acomodando poquito a poco
110- E: se va adaptando. A nivel por ejemplo familiar, personal con su esposa,
111- con sus hijos ha cambiado algo a raíz de la discapacidad?
112- e: pues yo le cuento que para mi ha sido como igual todo porque en ese
113- trayecto nosotros hemos estado bien, no he tenido percances de nada ni
114- con mis hijos ni con ella, yo les reprendo si, les pongo sus correctivos y
115- bueno como usted perdió mi hijo pierde el derecho de tal cosa y eso es todo
116- E: pero las relaciones personales con su esposa, con sus hijos
117- Continuaron igual que antes de la discapacidad ?
118- e: si claro
119- E: que ideas tienes sobre la discapacidad?
120- e: Hay cosas que se pueden prevenir, muchas cosas, yo por lo menos soy
121- apático de los paseos, cuando se han incluido bebidas alcohólicas, antes
122- de ser discapacitado, yo tenía 15 años, cuando un amigo el mismo día
123- que estaba cumpliendo años quedó en silla de ruedas a causa del alcohol,
124- yo le decía mire no se vote que el río está bajito, que mire que tal cosa, el
125- creyó que eran mentiras y se tiró y ahí está en silla de ruedas. Me parece
126- que hace falta prevención, muchas de estas cosas se pueden prevenir. En
127- el caso mío por ejemplo, el objetivo en ese entonces era matar policías, y
128- yo era muy operativo y supuestamente no estaba dejando trabajar la
129- gente y pues si ya me llegó esta situación, le doy gracias a Dios que estoy
130- vivo y que me desempeño normal, como cualquier otro. Yo creo que hay
131- una justificación detrás de todo, a mí me sucedió esto por ser tan
132- operativo, si hubiese sido menos operativo y no estuviese en la policía de
133- pronto no me hubiera sucedido esto, pues es un concepto muy personal
134- no, como otros dicen, así no hubiera estado en la policía a usted le iba a

135- suceder eso, otros manejan esa ideología, entonces no sabe uno en
136- realidad para que lado tirar
137- E: tú crees que estar en esta condición te ha servido para algo en la vida?
138- e: claro a mí me ha servido muchísimo, porque si uno hace cosas estando
139- discapacitado que no las hace el que está bien, yo le preguntó a
140- compañeros usted practica algún deporte, no yo nada, mano y usted
141- estando tan completo y no hace nada, ni yo que ando en bastones y estoy
142- nadando, y hay otros que son sedentarios, no salen a ningún lado, no
143- producen nada, son enfrascados y teniendo toda la salud del mundo.
144- E: Cuando te encuentras con otra persona en la misma condición tuya,
145- que sentimientos, que emociones te despierta esa otra persona?
146- E: Bueno, el primer sentimiento que a mí me aflora es el compañerismo,
147- de darle apoyo, si yo veo que tiene la discapacidad mayor que la mía, yo
148- le digo que siga adelante, que mire que....., le pongo espejos, le digo mire
149- que allá hay otro compañero con la misma discapacidad y mírelo como
150- corre, como anda, como es de independiente, y entonces se fijan y se
151- ponen metas y.....verdad yo estaba era retraído como entumido allá en
152- la casa, que no quiero hacer nada, entonces se dan cuenta que han
153- cometido un error y empiezan, por los menos allá en la parte de natación
154- hay compañeros así, y de pronto usted mira y se dan cuenta del cambio.
155- E: Ha recibido tratamientos para ser rehabilitado?
156- e: pues inicialmente lo que le brinda a uno la clínica, cuando uno se
157- siente como muy indispuesto saca uno la cita con la fisiatra y lo remiten a
158- uno, si tiene necesidad de las terapias nuevamente, vuelve a continuar,
159- aunque a veces uno queda sufriendo de espasmos musculares o
200- músculos retraídos debido a que a veces uno se queda quieto, de resto
201- no
202- E: respecto a la integración social, me acababas de comentar hace un rato
que pertenecías a?
203- e: claro yo pertenezco a un grupo que se llama FRAPON que es una
204- entidad que tiene de fundada 25 años, fue creada por los mismos policías
205- discapacitados y actualmente tenemos más de 700 , Santander cuenta
206- aquí con una nómina más o menos de 72 asociados, ya hay muchos
207- más discapacitados a nivel aquí del departamento, digamos, pero frapon
208- no es una entidad que obliga al discapacitado que tiene que estar allá es
209- al que le nazca de pronto estar integrado, tener una sociedad como la de
210- nosotros lo discapacitados y hay mucho personal de nosotros de la policía
211- que salimos de pronto como resentidos por haber tenido una discapacidad
212- mientras que estuvo en su carrera que se le hubiera como troncado, se le
213- hubiera puesto eso, pero nosotros ya estando en este grupo vemos las
214- cosas diferentes, nosotros disfrutamos, nos tomamos del pelo de la
215- misma discapacidad y se le saca provecho y diversión a la misma
216- situación que tenemos de la misma forma de vivir
217- E: que actividades realizan allá?
218- e: bueno FRAPON tiene varias facetas, inclusive hay unas cosas muy

219- buenas como es que le celebran a usted su cumpleaños, que yo creo que
220- a veces en los hogares se olvida eso, allá le compran su tortica para que
221- comparta con su familia, que no se le olvide
222- E. y lo celebran allá internamente también?
223- e: no, se la entregan para que él celebre con la familia. FRAPON tiene
224- auxilios educativos para el personal que quiere estudiar, capacitarse, este
225- auxilio no es reembolsable como de pronto la asociación MATAMOROS,
226- que usted por lo menos estuvo estudiando y por enfermedad, por
227- discapacidad no pudo completar ese semestre, matamoros le obliga a
228- que usted tiene que devolver ese dinero, con FRAPON no, porque se
229- entiende que es una persona discapacitada y por cuestiones de
230- enfermedad a veces no se pueden completar los semestres
231- E: les ayuda para educación a nivel superior también?
232- e: sí, señora, Además, hay una integración a mitad de año que se llama
233- el día de la familia, donde el asociado comparte con su familia y con las
234- demás familias de los demás asociados y socios; integración donde se
235- entregan obsequios, donde se premian a los deportistas del año que han
236- estado sacando la cara por el departamento, se dan placas
237- condecorativas al personal que se destaca en la colaboración hacia la
238- fraternidad y muchas otras cosas; también en FRAPON se efectúa un
239- bono que es el único que nos sostiene a nosotros se llama el bono
240- distribuir dicho bono y eso me produce una ganancia ocasional.
241- E: Hernando como has visto las actitudes de los profesionales hacia
242- Usted?
243- E: inicialmente el ortopedista no se si se deba a la par de que el debe
244- decir la verdad, medicamente a través del tiempo él ha tomado muchas
245- experiencias y si a usted le ve que tiene una lesión de columna el
246- automáticamente, pues es cruel y duro uno saber y aceptar eso, de que le
247- digan a uno que usted no vuelve a caminar, ósea a mí me pareció muy
248- mal hecho que me hubiera votado las cosas así, como un bombazo, yo
249- creo que la forma de haberme dicho y más cuando yo le decía mire doctor
250- es que yo estoy moviendo el dedo del pie derecho, y el me decía, así
251- usted mueva todo el pie, usted no va a volver a caminar, a mí me parece
252- esa parte muy dura, ya por parte de la fisiatra y las fisioterapeutas es muy
253- diferente, porque en primer lugar, ellos lo tratan a uno como con
254- consideración y a parte de eso lo van motivando, si se pueden hacer las
255- cosas, porque en la parte de ellas es donde está el que la persona se
256- recupere lo más que pueda, bueno yo por esa parte estoy muy bien, ósea
257- agradezco en realidad lo que hicieron por mí, pero ya el otro concepto
258- médico como le digo yo a usted, pues falta de sensibilidad, falta de un
259- poquito más de humanismo por parte de los ortopedistas.
260- E: a que crees que se deba eso?
261- e: yo creo que a tantos casos que ellos trabajan, entonces por ejemplo, en
262- una pierna partida es como ver un palo partido, entonces vuelven e
263- intentan poner las puntillas y no es más, entonces se pierde un poco la

264- sensibilidad.
265- E: Y de pronto tú no crees que los fisioterapeutas y fisiatras no ven
266- También bastantes pacientes de un mismo tipo?
267- e: pues exactamente, pero es que hay una cosa muy diferente, que el
268- manejo, ellas se trazan un objetivo y vuelven ese objetivo logrado, cierto,
269- vea que si pudo volver a caminar, mientras que el ortopedista a usted le
270- da un dictamen médico y hasta luego y no hay más, y el nunca va a decir
271- yo le hice seguimiento a este muchacho y se paró, no, el lo ve a uno tres,
272- cuatro veces mientras que está usted hospitalizado o mientras le dio la
273- salida y listo, de ahí para allá el se desentendió, mientras que la fisiatra y
274- las fisioterapeutas si están pendientes de uno porque le están mirando a
275- uno la evolución, yo creo que para ellas como para uno es muy importante
276- saber porque se lograron las cosas que se trazaron con él.
277- E: Cómo crees tú que te perciben los familiares?
278- e: Pues yo diría, que pues aparte de la lesión de la medula yo sufro de
279- una miositis osificante alrededor del fémur y cadera y hay veces cuando
280- me pongo muy enfermo, tratan de sobreprotegerme, inclusive la niña mía
281- me dice papá donde le pongo la gel, el vibrador, para que uno se pare,
282- porque duro hasta tres días en cama, ellas me colaboran en ese sentido y
283- se da uno cuenta que hay como una sobreprotección desde la menor
284- hasta el mayor.
285- E: y por ejemplo en cuanto a sus actividades, le permiten independencia?
286- E: Bueno yo digo que el discapacitado debe procurar ser lo más
287- independiente que pueda, porque si usted se vuelve muy mimado usted
288- deja de progresar, una de las facetas que se debe trabajar mucho, debe
289- ser independiente, que la ropa, que los zapatos, hágale mijo, porque a
290- veces vemos que la esposa lo viste, yo acepto que lo ayuden a uno
291- inicialmente mientras va recuperando, pero en la medida que va
292- recuperando debe ir soltando. Yo cuando estaba hospitalizado teniendo
293- los brazos buenos, yo dejaba que la mujer mía me diera de comer, y un
294- día entró la fisiatra y dijo si el señor no come solo no vuelve a entrar ella al
295- hospital, entonces como si pude volver a coger la cuchara y darle
296- E: cuéntame como has vivido en ese mismo proceso de rehabilitación
297- algunas adaptaciones que te han facilitado la vida al entorno físico, por
298- ejemplo subir, bajar escaleras, conducir un carro, como has afrontado
299- todas esas barreras del entorno
300- E: Bueno en primer lugar yo sé que hay un decreto que es ley que las
301- nuevas edificaciones deben de ser asequibles para el discapacitado y las
302- que no tengan el discapacitado debe interponer las acciones pertinentes
303- para que se le hagan, pero desafortunadamente nosotros aquí en
304- Santander somos muy desunidos, de pronto a mí como discapacitado no
305- se me limita subir, porque yo puedo subir gradas pero el que está en silla
306- de ruedas si, otro aspecto es lo que usted dice de los vehículos, un
307- discapacitado puede estar en silla de ruedas pero si le funcionan los

308- miembros superiores los carros pueden ser adaptados para su manejo, en
309- el caso mío por ejemplo yo enclocho con la mano y manejo mí vehículo
310- bien, y no hay que mirar todo como un obstáculo cuando hay las medidas
311- para uno salir adelante, hay es que de pronto asesorarse.
312- E: Precisamente Hernando que sabes de la situación actual del
313- Discapacitado en Colombia?
314- e: Bueno yo lo único que sé es que nosotros como discapacitados somos
315- mucha gente, entonces nos favorece, pero nunca se cumple nada por
316- falta de información de la misma gente y de las mismas entidades que
317- legislan y que crean estas leyes de amparo al discapacitado, por ejemplo
318- yo se que hay una ley que cuando voy al banco yo debo de ser atendido
319- de primero por ser discapacitado, pero aquí en Colombia o mejor en
320- Santander no se ve eso. Desafortunadamente la discapacidad en
321- Colombia tiene demasiadas leyes pero no son aplicadas, no lo hacen con
322- el discapacitado, porque aunque uno no lo crea, uno es un poco diferente
323- a la gente normal aunque tenemos todos los mismos derechos
324- E: Que crees que sea diferente?
325- e: Diferentes pues por la discapacidad y la gente lo discrimina a uno un
326- poquito en ese sentido
327- E: Como has vivido la discriminación?
328- e: claro se ve, a veces inclusive yo tengo cuenta en Colmena, siendo
329- cliente preferencial, como no había nadie en esa cola, me mandaron a
330- hacer la cola igualítico a cualquiera, cuando yo vi que ya entró otra
331- persona y lo atendieron fue por el otro lado.
332- E: Hernando en la comunidad donde vives, en tu barrio hay alguna
333- asociación que se haya interesado en integrar una asociación de
334- Discapacitados?
335- E: No allá no, yo vivo en Girón y allá no hay nada de eso, créame,
336- inclusive me comentaba un muchacho Guillermo que el había entutelado
337- al alcalde para que se creará la asociación de discapacitados de Girón y
338- ganó y a la fecha no se ha hecho nada, porque el inclusive me convido,
339- usted que ha tenido más idea pues me colabora y yo pues listo hermano
340- usted me avisa, primero que todo hay que crear unos estatutos, más o
341- menos con los de FRAPON nos podemos guiar para eso, pero mínimo se
342- necesitan que sean 12 para iniciar, para poder montar una junta directiva
343- y empezar a crecer.
344- E: Bueno Hernando muchas gracias por su colaboración, hasta una próxima
oportunidad.

Sujeto 4

GIOVANNY

- 1- E: mayor me podría contar datos personales , nombre completo , edad ,
- 2- lugar de nacimiento?
- 3- e: mi nombre es Hector giovanny Peña, yo tengo 36 años , soy de
- 4- Ibagué Tolima , llevo laborando en el departamento un año cumplí, un
- 5- año ahorita el 16 de julio , casado, tengo dos niñas , una de 15 años y
- 6- otra de 7 años , viven aquí en Bucaramanga
- 7- E: escolaridad?
- 8- e: soy medico veterinario y soy oficial de la policía nacional
- 9- E: siendo oficial ejerces la veterinaria?
- 10- e: si
- 11- E: en este momento por la discapacidad ha tenido alguna dificultad?
- 12- e: no, estoy atendiendo en la parte de medicina preventiva pero yo
- 13- directamente no hago o me desempeño como oficial por que tuve un
- 14- accidente, una fractura bastante complicada entonces no me acerco mucho
- 15- para así evitar otro accidente que me complique más la situación por la
- 16- que estoy pasando
- 17- E: hace cuanto fue el accidente?
- 18- e: el accidente fue el 16 de marzo, voy a completar los 4 meses
- 19- E: cual fue la causa de la fractura?
- 20- e: un impacto de arma de fuego de una pistola 9 milímetros , me
- 21- impactaron la pierna y sufrí una fractura conminuta en la parte distal del
- 22- fémur muy cerca de la rodilla, me intervinieron y me colocaron una placa y
- 23- 7 tornillos 3 a la altura de la rodilla y 4 en la parte proximal del cuerpo del
- 24- hueso la cual ha evolucionado muy bien por que no he tenido ninguna
- 25- complicación en el sentido de infecciones y el cuerpo me acepto la placa, la
- 26- evolución ha sido satisfactoria
- 27- E: y cual fue la causa , un enfrentamiento o que?
- 28- e: no fue un accidente
- 29- E: en este momento está laborando normalmente?
- 30- e: estoy laborando normal con excusa parcial lo cual me impide participar
- 31- de algunos servicios pero estoy al frente de la estación de carabineros y
- 32- guías de aquí del departamento
- 33- E: con quienes vive?
- 34- e: con mi familia, mi núcleo familiar es mi esposa y mis dos hijas
- 35- E: que concepto tiene usted acerca de la discapacidad?
- 36- e: es la limitación parcial de un organismo de realizar sus actividades
- 37- normales, en el caso de la discapacidad mía la limitación es parcial por
- 38- que no puedo desarrollar al 100% mis labores
- 39- E: que tipos de discapacidades conoce?
- 40- e: las discapacidades pueden ser totales o parciales
- 41- E: y además de eso conoce algún otro tipo de discapacidad?
- 42- e: con relación al movimiento o al desplazamiento o mentales , locomotoras
- 43- ,sensoriales dependiendo de la lesión que sufra el organismo porque

44- discapacidad es cualquier actividad anormal o anomalía dentro del
45- funcionamiento del organismo
46- E: en el caso suyo que tipo de discapacidad es?
47- e: locomotora porque no me permite desplazarme bien y hacer todos los
48- ejercicios de manera física porque no es de nutrición, no es mental
49- simplemente es de desplazamiento ya que no puedo realizar ciertas
50- actividades
51- E: ha escuchado otro concepto que denomine la discapacidad?
52- e: no, pero el común siempre piensa es en un minusválido, en una
53- persona pegada a una silla de ruedas o que tenga una amputación pero
54- pues yo no pienso así, por mi misma condición de médico
55- E: y has escuchado otra denominación en el común de la gente?
56- e: minusválido, cosas de esas pero realmente no es mi concepto
57- E: que creencias tiene acerca de la discapacidad?
58- e: pues eso va con la fe de las personas y dependiendo de la vinculación
59- que tenga a la sociedad en la que haya vivido o crecido, yo creo que eso
60- más bien es al azar, a cada persona le puede suceder eso y eso hace
61- parte de momentos, porque la vida es eso momentos, toda causa tiene su
62- efecto ya sea a corto plazo, largo o mediano plazo
63- E: que sentimientos aflora cuando esta cerca a una persona discapacitada?
64- e: al comienzo antes de la lesión era como de pesar y ahora es como de
65- solidaridad por que se que esta pasando por una etapa difícil pero con la
66- ayuda de seres queridos se puede salir adelante
67- E: crees que ese pesar puede afectar a un discapacitado?
68- e: claro porque eso lo opaca ya que la vida así no es agradable y se
69- necesita el apoyo y esas palabras que le den aliento
70- E: como ha vivido usted honestamente esa recuperación, esa
71- Rehabilitación?
72- e: primero fue una lesión bastante dura, impactante y uno piensa que
73- nunca le va a suceder algo como esto, pero eso le puede pasar a
74- cualquiera, primero pensé que quedaba inválido por que sentía mucho
75- dolor, uno compromete mucho a la familia, la esposa, todo cambia para
76- poder uno adaptarse porque la vida tiene que continuar, la primera semana
77- fue muy dura y pensar que mi esposa tenía que hacer de mamá, de niñera
78- y el apoyo que me brindaron hace parte fundamental en la recuperación, lo
79- otro es esperar el tiempo para que todo cicatrice y el empeño y la fuerza de
80- voluntad que le ponga uno para recuperarse, fui remitido a fisioterapia y las
81- fisioterapeutas son muy buenas en su trabajo se ve que se dedican mucho
82- a su profesión y además lo estimulan mucho a uno, la comunicación con
83- otras personas que ya se han recuperado del todo por que le dan ganas a
84- uno de saber si se puede recuperar uno del todo y ellos le dan a uno
85- recomendaciones para hacer más fácil la evolución
86- E: para ti es importante todos esos consejos o recomendaciones?
87- e: claro porque todo eso es bueno y hace parte de un proceso y ponerle
88- ganas para salir adelante

89- E: opinas lo mismo por ejemplo de la fisiatra, el ortopedista?
90- e: si claro, porque ellos están muy pendientes de uno y lo siguen en todo
91- el proceso y nunca encontré rechazo ni nada de eso y es por eso que yo ya
92- estoy caminando en 24 meses después de haber sido un lesión tan débil y
93- a veces suelto el bastón y camino
94- E: sus ideas de discapacidad son iguales a las de antes de la
95- Discapacidad?
96- e: no ha sido igual uno no piensa que va a pasar por una situación de
97- estas, pero uno se sienta a evaluar y contemplar esto y realmente hasta
98- que uno no vive una situación de estas no toma en cuenta nada
99- E: usted cree que su vida ha cambiado de alguna manera?
100- e: no ha seguido igual, pero uno se vuelve más solidario con las personas
101- que están pasando por una misma situación de estas y uno adquiere más
102- experiencias
103- E: en su familia como ha percibido este inconveniente?
104- e: mi esposa y mis hijas han sido una parte importante en este período de
105- recuperación porque me dan cuidados y me brindan apoyo y el dolor uno,
106- como dice esa frase y ellos siempre han estado dispuestos a ayudarme
107- aunque a veces les pido que me dejen a mi solo que yo puedo
108- E: en el caso tuyo la terapeuta ha tenido muy en cuenta tu opinión en
109- Cuanto a soy capaz?
110- e: claro ella me dice vamos a apoyar el 20 % y yo le dije no voy a dar el
111- 25% y ha sido un trabajo en equipo sincronizado
112- E: conoce algo de la situación actual de la discapacidad en Colombia, de
113- legislación?
114- e: como legislación no
115- E: en el caso tuyo ya estas conduciendo?
116- e: si claro, conduzco perfecto sin problemas
117- E: a nivel de comunidad por ejemplo donde tú vives, en la urbanización
118- Ahí alguna asociación creada para discapacitados?
119- e: no, no conozco, solo se lo del bono de discapacitado
120- E: tú no conoces FRAPON?
121- e: no solo se lo de la parte comercial, pues porque nunca he participado
122- en esta sociedad y entonces no la conozco aunque si la he escuchado
123- pero nada más.

Sujeto 5

DOÑA RUTH

- 1- E: Me podría regalar su nombre completo, edad, escolaridad, estado civil, número de hijos
- 2- e: mi nombre es Ruth Yuly Uribio Castañeda, tengo 38 años, realice el bachillerato, tengo 3 hijos, 20 años de casada.
- 3- E: ocupación
- 4- e: Trabajo en una cafetería en el casino de oficiales.
- 5- E: cuál es el tiempo de evolución de la discapacidad de don Hernando?
- 6- e: De haberse recuperado?
- 7- E: De haber sufrido la lesión
- 8- e: lleva 13 años y medio
- 9- E: Cuál es el tiempo de convivencia con don Hernando?
- 10- e: los 20 años de matrimonio
- 11- E: Tiempo dedicado a cuidados, por ejemplo, cuando él sufrió la lesión, el
- 12- tiempo que usted le dedicaba a cuidados inicialmente era cuanto,
- 13- Permanecía todo el día con él?
- 14- e: Sí señora, inicialmente permanecí con él 6 meses en el Hospital, 3
- 15- meses me quede ahí en el Hospital con él, ya después de los 3 meses la
- 16- doctora me dijo que tocaba dejarlo solo para que el aprendiera a
- 17- desempeñarse solo, más sin embargo yo llegaba a las 6 de la mañana y
- 18- me iba a las 9 de la noche, le hacíamos la terapia en la mañana y en la
- 19- tarde.
- 20- E: El estuvo 6 meses allá en el hospital?
- 21- e: sí señora, después de ese tiempo ya le enseñaron a él a manejar la silla
- 22- de ruedas, a que no le diera pena salir en su silla, enfrentarse a los niños,
- 23- porque como cuando el tuvo el accidente estaban muy pequeñitos. De ahí
- 24- me lo traje para Bucaramanga, siguió con las terapias, lo sacaba con los
- 25- niños, me preguntaban por que el papá estaba así, yo les decía que un
- 26- accidente que él había tenido. El mayorcito me decía mamá pero él vuelve
- 27- a caminar?, yo le decía si claro papito el vuelve a caminar, es que el tuvo
- 28- un accidente, el quedo así pero mientras tanto, para que el niño no fuera
- 29- como a tomar como a pecho de que el papá no podía sacarlo a jugar, ni
- 30- nada.
- 31- E: Y en esa etapa inicial usted todo el tiempo estaba con él, lo ayudaba en
- 32- Sus actividades?
- 33- e: Sí señora, como a él le enseñaron, yo más sin embargo, de ahí que
- 34- llegamos a Bucaramanga, me salió trabajo en la policía, entonces más sin
- 35- embargo, yo me levantaba a las 4 de la mañana, lo dejaba bañado, llegaba
- 36- a almorzar, le daba su almuercito, volvía y le daba el otro baño, le hacia sus
- 37- terapias y me iba a trabajar, pero todo el tiempo estaba con él.
- 38- E: Inicialmente tú le dabas el almuerzo?
- 39- e: Sí señora, porque el perdió siempre la movilidad, entonces me tocaba

40- darle la comidita, pero la doctora me decía que dejara que el lo hiciera, así
41- hiciera reguero, para que la mano le fuera soltando, sino con el tiempo se le
42- iba adormeciendo más, hasta que ya aprendió y todo, ahora si me voy a
43- trabajar confiada, el me decía si vaya e tranquila
44- E: al cuanto tiempo lo dejaste que el hiciera sus cosas?
45- e: como al año, si señora, cuando vi. que ya el se paraba, movía sus
46- piernas, yo dije no ya el es capaz de pararse, ya yo lo encontraba
47- arreglado, bañado, almorzado y el niño también ya arreglado y todo.
48- E: le colaboraba también con los niños?
49- e: Sí señora, en esa época todavía no teníamos la niña, ella fue después
50- del accidente, como a los 4 años.
51- E: doña Ruth usted trabaja cierto, actualmente está trabajando?
52- e: si en la institución llevo casi el mismo tiempo que el lleva discapacitado,
53- porque a raíz del accidente fue que me dieron la oportunidad de trabajar en
54- la policía, llevo 13 años y 3 meses
55- E: No ha cesado desde que empezó a trabajar ahí, ha continuado ahí en su
56- trabajo
57- e: si señora, bendito sea mi Dios
58- E: Doña Ruth sabe usted que es discapacidad?
59- e: Pues inicialmente no tenía ni idea porque a mí cuando me dijeron que el
60- quedaba así parapléjico yo no tenía estudio, ni experiencia, escasamente
61- tenía mi primaria y a mi me decían los médicos señora es que su esposo le
62- quedo parapléjico, pero doctor dígame, explíqueme eso que es que yo no
63- tengo ni idea, entonces me decían mire eso haga de cuenta que usted tuvo
64- un niño que a usted le toca bañarlo, darle de comer, entonces yo le decía
65- porque doctor, porque el ya nunca vuelve a caminar, eso a usted le toca
66- ponerle pañalito, estar pendiente de él.
67- E: Le decían inicialmente que el no volvía a caminar
68- e: si, porque es que a él el tiro le dio en la médula y el inicialmente el no
69- movía sino la sola cabecita, entonces ellos decían que él ya quedaba así
70- para toda la vida, porque le tomaron la radiografía y dijeron que no, que era
71- imposible que el volviera a caminar, porque el quedo con sonda y todo
72- tocaba era con ayuda , como un niño recién nacido.
73- E: o sea que el proceso de Rehabilitación que el vivió fue mejor dicho.....
74- e: si señor bendito sea mi Dios, muy grande
75- E: Muy grande y fue clave para su recuperación
76- e: si eso me decía la doctora Xiomara, que me decía que pusiera mucho de
77- parte mía y que le pidiera a mi Dios y con las terapias que le haga en la
78- mañana y en la tarde para que el cuerpo vaya evolucionando haber sí el
79- puede, es imposible, pero eso para mi Dios no es nada imposible
80- E: Doña Ruth usted considera en este momento a don Hernando como un
81- discapacitado
82- e: No, No
83- E: por qué?
84- e: porque el se defiende, el ya es una persona activa, pues no es igual

85- como nosotros normal, pero yo a él lo miro como a una persona normal
86- E: así debe ser
87- e: Porque yo le digo mijo, usted camina, usted come, usted es
88- independiente, como hay personas que si realmente están postradas, por
89- eso le doy gracias a Dios, pero a él no lo he tenido así como discapacitado,
90- yo hago de cuenta que él está normal.
91- E: Qué ideas tiene usted sobre discapacidad doña Ruth? Ideas me refiero
92- en cuanto a creencias, por decir algo, hay gente que cree que le paso
93- determinada cosa porque mi Dios lo quiso así, o hay gente que dice no, es
94- que me estaba portando mal y es un castigo de mi Dios, usted que
95- creencias tiene acerca de eso, que cuando a uno le pasa alguna cosa de
96- esas, que lo pone a uno en una situación de discapacidad
97- e: Pues yo si no creó en eso, que eso no es un castigo ni nada, de todo
98- hay en la viña del señor, y eso son cosas de que a uno tampoco puede
99- decir eso es culpa de mi Dios no, eso es como a la suerte, al azar, porque
100- hoy está uno bien, y mañana uno no se sabe como este, entonces eso no
101- es ningún castigo, ni nada
102- E: Cosas que tienen que pasar, como a la suerte, al azar cierto,
103- e: si, porque uno hoy está bien, mañana no se sabe como este, entonces
104- eso no es ningún castigo, ni nada, cosas que tienen que pasar.
105- E: Su vida ha cambiado de alguna manera a raíz de la situación que
106- Usted vivió de su esposo con su discapacidad?
107- e: Pues no,
108- E: En ese momento que ocurrió la lesión su vida cambio?
109- e: Pues en una parte si cambio porque antiguamente era una persona
110- normal y ya en estos momentos pues ya es otra, en el sentido en que él
111- no puede compartir con los niños de decir nos vamos a jugar un partido
112- porque él no es capaz, pero de resto no nos ha cambiado para nada, todo
113- ha sido normal.
114- E: Más bien como en cosas que involucran ciertas actividades
115- e: sí,
116- E: de pronto de gran esfuerzo para él
117- e: Eso ni a en eso porque él comparte mucho con los niños
118- E: pero usted siente que su vida de verdad no cambio para nada?
119- e: Pues no para mí no cambio nada
120- E: Todo continuó normal, lo único es que no se pueden hacer ciertas
121- actividades
122- e si señora hay cosas que uno no puede realizar con él, ni tampoco exigirle
123- mijo vamos a caminar, mijo vamos a trotar, porque hay cosas que no es
124- posible
125- E: en cuanto a sentimientos, emociones?
126- e: No todo igual, igual que cuando él estaba alentado
127- E: él ha recibido tratamientos para ser rehabilitado?
128- e: sí señora,
129- E: cómo considera usted que han sido esos tratamientos?

130- e: Pues muy buenos, en el sistema de la terapia buenísimo, para que,
131- porque yo digo gracias a Dios la Doctora que a él lo atendió, le puso todo
132- el empeño por parte de ella, y le decía a él que fuera una persona muy
133- positiva para recuperarse más, que no se diera nunca por vencido,
134- entonces yo digo que gracias a él las terapias sinceramente, porque a él
135- no lo pudieron operar ni nada. Casualmente a él los tiros le quedaron
136- superficiales, y la que hizo el favor de sacárselos fue la fisioterapeuta,
137-E: o sea que para él fue muy clave la rehabilitación con las terapistas
138-e: si ellas si, para que eran, cómo le dijera yo, en el sentido de la palabra
139-fue una persona muy humanitaria.
140-E: Fue siempre la misma persona que le hizo la terapias?
141-e: si señora, desde un principio, desde el momento en que lo llevaron al
142-hospital de la policía, se lo dieron a ella hasta el momento de la salida
143-E: como vio usted las actitudes precisamente de ella hacia don Hernando,
144-ella lo motivaba?
145-e: ella lo motivaba mucho, ella le decía mire Hernando no piense que usted
146-está enfermo
147-sino que usted está alentado y haga todo lo que yo le digo Hernando,
148-hágalo así le duela, así usted no quiera, porque ellos inicialmente pierden
149-como ese espíritu de hacer y como que todo les duele, todo les da mal
150-genio y no ella tenía mucha paciencia con él, le decía no Hernando no sea
151-así, ponga de su parte, deje el mal genio mijito y haga lo que le digo
152-¡Bueno sí doctora!, para que, ella nos colaboró bastante, en la motivación
153-con él, bastantísimo esa doctora.
154-E: y como veía usted que eran las actitudes de ella con los demás, por
155-ejemplo con los demás pacientes?
156-e: con los demás pacientes? Lo mismo, es que ella era muy cariñosa con
157-los pacientes, para que, muy tierna para que, eso tenía la doctora Xiomara,
158-no era de esas personas como muy serias, no ella desde que llegaba era
159-muy buenos días mis pacientes, como amanecieron, hola mis chinitos,
160-vengan, para que ella colaborara muchísimo
161-E: con respecto a los demás profesionales, por ejemplo la fisiatra, el
162-ortopedista?
163-e: Muy bueno también, por ejemplo la doctora Rubiano, muy bonita, en
164-Bogotá lo voy ella. El ortopedista a veces le daba ánimo pero a veces
165-también se los bajaba, porque el le decía Doctor mire que estoy sintiendo
166-las piernas y el le decía no eso es espasticidad, doctor mire que ya muevo
167-los deditos, no eso es cuestión de la lesión que usted tuvo, entonces son
168-movimientos esporádicos que tiene el cuerpo. Yo le decía a la Doctora
169-Rubiano, mire que Hernando ya mueve los deditos, y ella decía puede ser
170-mija, pero ella nunca le bajaba los ánimos, puede ser mija, póngale fe,
171-mucha fe y verá que mi Dios lo pone a caminar y la doctora Xiomara me
172-decía lo mismo
173-E: o sea eran unas motivadoras realmente
174-e: si para que las dos doctoras con él fueron la maravilla

175-E: Doña Ruth como ha visto que las demás personas perciben a su
176-esposo?, por ejemplo ustedes llegan a una reunión, una fiesta, o acá
177-mismo en su barrio como lo perciben los vecinos, como una persona
178-luchadora? o de pronto ve usted actitudes como de cómo le ayudo, venga
179-lo ayudo

180-e: No en ese sentido no, porque como él es bastante activo, a él lo ven es
181-como normal, inicialmente cuando llegamos aquí si lo miraban como con
182-esa lástima y eso, y la vecina me preguntaba señora que le paso a su
183-marido, fue que se le cayó o algún accidente, si señora un accidente, y
184-para él ha sido duro? pues inicialmente , pero ahora ya no porque el es
185-independiente, el se moviliza sólo, el sale, el se divierte, para él la vida ha
186-sido normal, el no se complica con nada, ya a él los vecinos lo ven normal,
187-buenos días vecino como amaneció, respecto a las reuniones si cuando
188-llegamos, si la gente se queda así, como mirándolo, este señor tan raro y
189-me miran y como al rato ya me preguntan que le paso al muchacho? Dios
190-mio! No un accidente pero ya está mejor? Si claro, bendito se a mi Dios
191-porque el había quedado en silla de ruedas y ahora se moviliza con
192-bastón, ah bueno bendito sea mi Dios; y como nosotros somos de esas
193-personas que como no nos dejamos acomplejar que porque él a pesar de
194-que tiene su discapacidad y todo nosotros bailamos, papito así sea en un
195-solo baldosín bailemos,

196-de verdad hija, de verdad bailemos, entonces la gente ya lo ve es normal,

197-E: claro

198-e: mire quien ve a don Hernando, ya baila también, claro porque si el es
199-una persona normal, entonces para nosotros nos da lo mismo,

200-E: en cuanto a las relaciones interpersonales, por ejemplo las relaciones
201-personales, familiares, entre usted y su esposo, de el como padre con los
202-niños se vio afectada en algún momento por la situación de discapacidad?

203-e: no, para nosotros ha sido normal, el hogar de nosotros ha sido muy
204-bonito, no hay discusiones, no nos tratamos mal, ni el con los niños

205-tampoco, ni con mi familia tampoco, nosotros nos respetamos mutuamente

206-E: Casi las cosas continuaron igual

207-e: Si señora para nosotros no ha cambiado nada

208-E: gracias a Dios!

209-e: Si bendito sea mi Dios la vida no nos ha cambiado absolutamente en

210-nada, nosotros normal como antiguamente era el con los niños y hoy en

211-día es lo mismo, la misma comprensión, el mismo amor, el mismo respeto,

212-ha sido todo normal

213-E: Doña Ruth cuando usted ve a otra persona en situación de discapacidad,

214-de pronto más grave que la de su esposo, por decirlo así, en silla de

215-ruedas que ya realmente no puede caminar, que sentimientos le afloran a
216-usted?

217-e: En ese instante digo hay Dios mío!, pobrecito!, de le la salud y la

218-sabiduría para que él deje de pronto su sillita de ruedas y vuelva a

219-caminar, porque para uno es muy duro de ver que hay pacientes que se

220-recuperan y hay que no, pero yo digo que todo lo más es que de pronto
221-como le dijera yo, de pronto es el ánimo y el querer de la persona
222-recuperarse porque todo depende físicamente y mentalmente de que ellos
223-le pongan fe a la recuperación, porque si la persona pierde esa fé es muy
224-difícil, así la doctora le ponga todo el ánimo que quiera, así es muy difícil,
225-yo tengo un compañero que es así y él es más normal que mi esposo y
226-realmente el no camina y yo le digo ahí mire pedrito camine
227-E: pero la lesión de él no fue tan grave como la de su esposo?
228-e: Sí señora, pero él ya tiene como once años de estar en silla de ruedas y
229-él no camina, pero entonces yo le pregunto a él, Pedrito usted porque no
230-quiere caminar si usted es más normal que Hernando, le digo mírese no
231-más, y pero para que salgo a caminar si me toca trabajar, es mejor así
232-porque mi mamá me cuida y mis hermanos, y yo le digo ahí Dios mió!,
233-Pedro no sea conchudo, ahí Dios mió!, por que a usted no le va a durar
234-todo el tiempo su mamá, dice no, pues el tiempo lo dirá Ruth
235-E: o sea el es feliz de que lo ayuden de que lo asistan?
236-e: Y no le gusta salir a él le da pena que lo saquen, solamente sale es para
237-las navidades, que nosotros bajamos con Hernando y Hernando lo motiva
238-lo manda llamar y le dice al hermano que lo saque, ah bueno si llegó
239-Hernando, yo si salgo y Hernando le dice pero apúrese perro porque no
240-ha caminado, usted si es conchudo, entonces dice espéreme, pero el
241-tiempo va pasando
242-E: Usted de que manera cree que lo pudiera ayudar?
243-e: Pues le cuento es que la familia lo aísla mucho, lo alejo de los amigos y
244-todo y él no puso de parte de él
245-E: y es bastante joven?
246-e: pues no, tiene como 35 años
247-E: y es casado?
248-e: No soltero
249-E: y la familia?
250-e: Los papás son de esas personas muy solitarias, que les pasa algo y se
251-encierran en sí mismos y son muy amargados, no permiten de que la
252-gente les llegue hasta allá, porqué yo intente varias veces, mire su merced
253-como fui yo con Hernando, busque una persona para que les haga las
254-terapias, que él ponga de parte de él y de ustedes, que lo saquen, ellos no
255-lo sacan porque dicen que a él le da pena, no se da ni sol
256-E: Claro y por eso está así como está
257-e: ya esta escarado, y yo le decía a la mamá que no lo dejará escarar
258-tanto, porque una persona así es más difícil, pero no ese muchacho es
259-muy solitario, la familia intenta sacarlo hoy en día, pero él ya no quiere,
260-dice que no que él está mejor acostado
261-E: ósea permanece acostado? Como es de importante el apoyo de la
262-familia

263-e: el apoyo de la familia, los hermanos y todo, si la familia hubiera dejado,
264-porque los amigos van y lo sacan, lo motivan, pero ellos no, son abuelitos
265-muy encerrados
266-E: Sí eso es muy importante. Doña Ruth ya para terminar, cuál es la
267-situación actual del discapacitado en Colombia?
268-pues mire actualmente los discapacitados no tienen como ese apoyo
269-mucho, porque hay partes donde los discriminan a ellos, por ejemplo hay
270-centros comerciales que no hay acceso ni para entrar en silla de ruedas
271-E: Casi en todos
272-e: sí, casi en todos, además hay gran mayoría que tienen como ese
273-espíritu de trabajar pero tampoco les brindan oportunidades de trabajo,
274-para que ellos se distraigan, porque de por sí una persona discapacitada
275-encerrada, sin hacer nada, se desespera de ver que la sociedad los mira a
276-ellos como algo raro, extraño, no tienen como esa ayuda
277-E: en cuanto a leyes ha escuchado algo de que leyes amparan al
278-discapacitado?
279-E: pues sinceramente así de leyes así para ellos, no he escuchado nada,
280-no tengo ni idea de que leyes los amparan, porque hasta cuando ellos se
281-van a subir a un bus, no lo pueden utilizar porque no los esperan, si esto
282-es uno con toda la salud y a veces se ve uno caído en los buses, como
283-será un discapacitado en muletas o silla de ruedas, no hay vehículos
284-adaptados para ellos.
285-E: doña Ruth, Gracias por su colaboración.

Sujeto 6

FAMILIAR DE GIOVANNY - LILIANA

- 1- E: buenas tardes, como es tu nombre completo, estado civil, datos personales?
- 2- e: mi nombre es Liliana Villareal Paredes, soy casada, tengo 2 hijas una de 3-15 años y otra de 7 años
- 4- E: estudios?
- 5- e: bachillerato
- 6- E: tipo de discapacidad que tiene tu esposo?
- 7- e: tiene una fractura del fémur
- 8- E: tiempo de evolución de la fractura?
- 9- e: hace 4 meses
- 10- E: tiempo de convivencia?
- 11- e: desde que nos casamos, ya vamos a cumplir 13 años
- 12- E: que tiempo destinaste a los cuidados de él desde que sufrió la lesión?
- 13- e: todo el tiempo porque pues realmente yo dedico todo mi tiempo a cuidar
- 14- a mi familia,
- 15- yo me encargo de todos los asuntos relacionados con mi casa, estuve
- 16- pendiente de los medicamentos, las terapias, de todo
- 17- E: como era el al principio cuando sufrió la lesión?
- 18- e: terrible, se le bajo el autoestima, se sentía muy triste de que pensaban
- 19- sus compañeros, sus hijas
- 20- E: era muy dependiente?
- 21- e: bastantísimo, para todo le teníamos que ayudar y hacer las cosas, lo
- 22- bañaba, le ayudaba para sus necesidades y todo eso lo hizo volverse más
- 23- sensible
- 24- E: después poco a poco por la evolución de la fractura y la forma como fue
- 25- Tratado fue mejorando en ese aspecto de tanta dependencia?
- 26- e: la verdad fue que yo le tuve que llamar un poco la atención por que el
- 27- podía dar un poquito más, un día le dije, arriba ese ánimo hay que estar
- 28- agradecidos con la vida y con Dios porque estuvo cerca y hay que seguir
- 29- adelante y con eso ya tomó otra actitud
- 30- E: la vida de ustedes como familia cambio por la lesión que sufrió su
- 31- Esposo?
- 32- e: no yo creo que no
- 33- E: esta situación los hizo reflexionar?
- 34- e: a mi si , a nivel de familia yo creo que con mis hijas no , el me ha dicho
- 35- que esta situación lo ha hecho reflexionar mucho y para mi fue un cambio
- 36- grande en la vida por que verlo a el postrado en una cama me entristecía
- 37- ya que el es una persona muy dinámica, todo el tiempo tiene que estar
- 38- haciendo algo, pero mi actitud ayudo a sobrellevar las cosas
- 39- E: y ahora como están las cosas?
- 40- e: pues están normal
- 41- E: que concepto tienes de discapacidad?
- 42- e: en una limitación física, es de pronto no poder valerse por si mismo ,

- 43- necesitar la ayuda de alguien, parcial o total, creo yo
- 44- E: que ideas o creencia tiene acerca de la discapacidad?
- 45- e: yo creo que son pruebas que Dios nos pone en nuestro camino, yo soy
- 46- católica y creo que son obstáculos que ayudan a fortalecer la relación
- 47- como pareja y yo creo que esto nos unió más a los dos y el amor es
- 48- primordial
- 49- E: cuando tú encuentras o ves otras personas con discapacidades que
- 50- Sentimientos afloran?
- 51- e: ternura, quisiera ayudarlos yo creo que tengo como ese don, yo soy
- 52- muy solidaria y cuando veo gente así, me gustaría ayudarla porque
- 53- cualquiera puede estar en ese lugar
- 54- E: no sientes compasión por ellos?
- 55- e: no yo creo que eso no es bueno demostrarlo ante ellos, más bien tener
- 56- una buena actitud y además verlos como gente normal porque eso es lo
- 57- que son y decirles que hay que seguir adelante, como buscarle el lado
- 58- amable a las cosas
- 59- E: tu consideras a tu esposo discapacitado?
- 60- e: en este momento no, yo creo que ya supero eso
- 61- E: ha recibido tratamientos para ser rehabilitado?
- 62- e: si el esta en terapias, son excelentes, han sido muy buenas, el empezó
- 63- sus terapias antes del mes y con la primer terapia yo vi el cambio total, la
- 64- niña era muy amable y lo atendió súper bien y a la semana yo lo vi muy
- 65- bien
- 66- E: el ya esta conduciendo?
- 67- e: si pero carro automático
- 68- E: tu consideras que las actitudes de las profesionales como las
- 69- Fisioterapeutas fueron muy importante para su rehabilitación?
- 70- e: yo creo que fueron claves, porque le dio mucha seguridad y confianza
- 71- E: igualmente consideras importante la actitud del fisiatra, del ortopedista?
- 72- e: si , el ortopedista fue muy bueno , nos atendió muy bien , le ha explicado
- 73- E: como crees que los demás lo percibían a él, convaleciente de la lesión?
- 74- e: al comienzo el creía que, que embarrada, como a las 2 semanas fue
- 75- mejorando, yo creo que al comienzo todos le brindaron solidaridad y pues
- 76- ninguna persona mostró compasión aunque hay gente imprudente y su
- 77- mamá vino y era consintiéndolo mucho, pero yo le decía que no, que lo
- 78- dejáramos que la limitación era solo en el pie que el podía comer, etc. y
- 79- con esas actitudes lo limitábamos más
- 80- E. como han sido las relaciones interpersonales?
- 81- E: yo creo que buenas, nos unió mucho, nos ayudó a tener más fe en
- 82- Dios y pusimos a prueba el amor
- 83- E: sabes algo acerca de la situación actual de los discapacitados en
- 84- Colombia, de cómo se encuentra legalmente, que leyes lo amparan?
- 85- e: no, no tengo absolutamente ningún conocimiento
- 86- E: bueno Liliana muchísimas gracias
- 87- e: bueno mucho gusto

1- Sujeto 7

2- Nombre: Lucila Almeida

3 - Edad: 49

4- Residencia: Girón

5- Parentesco: Madre del discapacitado Físico

6 - Escolaridad: Primaria

7- Estado civil: Casada.

8- Adquirida o Congénita: Congénita

9- Tiempo de evolución: 24 años

10-Tiempo de convivencia: 24 años

11- Tiempo que dedica a cuidados: Todo el tiempo que le dejan los oficios.

12- E: ¿Trabaja?

14- e: No

15- E: ¿Sabe usted que es la discapacidad?

16- e: Terrible, es algo que todo el mundo deberíamos cuidar mucho la salud,

17- porque la discapacidad de verdad que es terrible, sentirse uno que no

18- es capaz de hacer nada y teniendo su pensamiento y sus sentimientos

19- bien, eso es terrible.

20- E: ¿La idea suya sobre la discapacidad siempre ha sido la misma?

21- e: Yo siempre he tenido un sentimiento de respeto hacia esas personas,

22- desde antes de tener hijos porque uno sabe que así sea un dedo que le

23- falte a uno, uno lo necesita, pero el dolor ahora ha sido más

24- grande pero siempre he sentido tristeza por lo que pasan algunas

25- personas.....

26- E: ¿Cómo ha visto usted las actitudes de los profesionales de salud hacia

27- su hijo?

28- e: Realmente los médicos solamente trabajan pero sentimientos muy pocos,

los sentimientos del querer, o de pronto ellos no tienen la capacidad de

29- sentir el dolor ajeno, y dicen que solamente el que está atravesando por

30- la situación puede saber que es.

31- E: ¿Y todos los profesionales de la salud se han comportado de la misma manera?

33- e: No, una en especial, una terapeuta que fue muy especial y que por

34- problemas familiares no pudo seguir haciéndole la terapia a mi hijo, es la

35- única terapeuta que le dedicó tiempo y también interés pero de resto

36- no, los médicos me decían de una manera

37- muy cruel que mi hijo nunca se recuperaría que su enfermedad era

38- neurológica y no tenía reversa, cuando convulsionó un día entero y quedo

39- aún peor, nos lo entregaron y dijeron que no había más que hacer por

40- el...

41- E: ¿Cómo ha cambiado su vida el empeoramiento de su hijo?

42- e: Pues en realidad económicamente, puesto que nosotros llevamos

43- cuatro años haciéndole un tratamiento con alimentos de "Unililt" que es

44- con lo que hemos visto resultados y con las terapias, que hemos pagado
45- porque las de los seguros....es más el tiempo que se demoran en
46- llegar que en irse y en realidad no les interesa la recuperación del
47- paciente, los alimentos no los cubre el seguro y nosotros estamos ya
48- endeudados con este gasto porque mi marido trabaja pero no alcanza
49- para todo.
50- E: ¿Cómo son las relaciones de su hijo con la familia?
51- e: El se la lleva bien con todos, siempre fue conforme con su enfermedad,
52- después de la última vez que estuvo para morirse, quedó sin habla sin
53- reconocer a la familia, pero el ahora se ha recuperado mucho, habla
54- bien con todos nosotros, ya está dando pasos, el como siempre fue
55- noble nunca hemos tenido problemas personales con el.
56- E: ¿Cómo han visto su entorno, de la comunidad más cercana?
57- e: Indiferentes, cada uno como se dice con sus problemas, d e mi familia
58- por parte mía nos han colaborado, cuando tenemos que ausentarnos
59- en alguna vuelta que tengamos que hacer pero de resto, nada la familia
60- de mi esposo totalmente indiferentes, que cada quién cargue su cruz. Los
61- vecinos de pronto nos consideran, pero igual ellos también tienen sus
62- problemas y llevan de puertas para dentro sus procesiones
63- E: ¿Qué opinan de la legislación para el discapacitado físico en nuestro
64- País?
65- e: Mala, con decirle que hasta el servicio que lo dio la comunidad como
66- fue Teletón, una vez llamamos haber si allá lo podían atender, y nos
67- pedían ocho millones mensuales para atenderlo, toda la gente que
68- colaboró en eso, y piden y lloran y dicen que es para los discapacitados y
69- la verdad es que eso no es así, y de ahí para abajo saque la cuenta.
70- E: ¿Y los apoyos que ven ustedes de las instituciones de aquí?
71- e: No eso que, si tienen.....bien vengan, si tienen como pagar lo que
72- cobran, bienvenidos y sino nada.

Sujeto 8

FISIOTERAPEUTAS

CONSUELO

- 1- E: nombre completo, edad, eres casada, cuantos hijos?
- 2- e: mi nombre es maría Consuelo Muñoz, tengo 34 años, casada, con dos
- 3- hijos uno de 7 y otro de 5 , ejerciendo desde hace 13 años ,con la institución
- 4- 10 años
- 5- E: estudios de posgrado?
- 6- e: no, diplomado
- 7- E: tiempo de ejercicio de la profesión?
- 8- e: 13 años
- 9- E: tiempo dedicado al tratamiento de la discapacidad física como tal?
- 10- e: siempre he tenido contacto con la discapacidad, todo el tiempo he
- 11- tenido ese contacto hace 13 años
- 12- E: desde que empezaste a ejercer la profesión has tratado la
- 13- Discapacidad física?
- 14- e: sí
- 15- E: tipos de discapacidad física tratadas?
- 16- e: grandes discapacidades, discapacidad permanente y discapacidad
- 17- transitoria en su mayoría discapacidad transitoria, pero también he tenido
- 18- contacto con secuelas de grandes discapacidades, cuadriplejia ,
- 19- hemiplejías, amputaciones y discapacidades transitorias como neuropraxia
- 20- E: que concepto tienes de discapacidad o cómo la defines?
- 21- e: una limitación por la que esta pasando una persona que puede ser
- 22- permanente o puede ser transitoria y que marca su entorno, su familia, su
- 23- medio social, su labor, su actividad económica y sus otros aspectos de
- 24- salud, no sólo el físico, envuelve todo integralmente a la persona
- 25- e: de por sí en el desempeño de nuestro ejercicio uno observa mucha
- 26- gente que padece una discapacidad o limitación y uno no entiende porque
- 27- si lleva una vida ejemplar socialmente, quizás es una persona que tiene
- 28- muchos valores, uno se pregunta porque suceden este tipo de cosas, pues
- 29- una cosa es el azar, definitivamente hay personas que cuentan con menor
- 30- suerte que otras, pero definitivamente también a título bien personal
- 31- es un tipo de enseñanza de concebir la vida de otra manera, cuando una
- 32- persona ha padecido algún accidente o traumatismo, la persona cambia la
- 33- escala de valores, es decir entra a ser más importante la salud y valorar la
- 34- persona, que valorar el medio o las cosas materiales, entonces en
- 35- ocasiones yo pienso que a veces si suceden cosas, es porque tenemos
- 36- que redefinir la escala de valores en la vida
- 37- E: Consuelo su vida ha cambiado de alguna manera después de tratar la
- 38- discapacidad?
- 39- e: totalmente, lo que te explicaba anteriormente, trabajando en este medio
- 40- de verdad que uno aprende a valorar en la salud la vida y perfectamente
- 41- tiene uno claro que si hay una prioridad, es el poder uno moverse, el poder

42- desenvolverse, poder abrir todos los días los ojos y ver, poderse desplazar,
43- poder hablar con su familia es un tesoro, tener salud y aparte de eso tener
44- una familia saludable y aparte de eso tener la suerte de tener un trabajo,
45- contar con un dinero cuando trabajo es una bendición muy grande, pues
46- uno en este medio ve tanta tragedia y tanto dolor alrededor que se redefine
47- la escala de valores
48- E: Sirve para valorar a veces lo que tenemos
49- E: Cómo percibes al discapacitado físico?
50- e: Pues en mí genera mucha admiración, porque independientemente del
51- nivel de formación o del estrato social de donde provenga o del entorno en
52- el que se mueva, aunque inicialmente viene el cuadro de duelo, el cuadro
53- de depresión, finalmente la persona sea como sea logra encaminarla con
54- su discapacidad y si yo me lo encuentro 2 o 3 meses después a esta
55- persona, ya está haciendo algo o está estudiando o está trabajando,
56- produciendo de alguna manera, entonces en mí genera mucha admiración,
57- que son personas que han podido pasar por encima de su problema y se
58- han podido demostrar así mismo que si bien es un segmento corporal o
59- una función corporal es importante, es más importante la voluntad, ahora
60- estamos hablando de una institución que les da mucho la mano, que tiene
61- muchos programas, que se les da la silla de ruedas se le está
62- reponiendo, que tiene cualquier tipo de necesidad y se la estamos
63- supliendo, y en esa medida no se como se vea por fuera pero aquí a nivel
64- institucional con nuestro discapacitado como tiene tantas herramientas y
65- tantas cosas, normalmente las aprovechan muy bien y logran salir adelante
66- a pesar de su limitación
67- E: Eso ha ocurrido con la gran mayoría de los pacientes o hay alguno que
68- Se salga?
69- e: Sí por supuesto hay algunos pacientes que se salen de lo que uno es en
70- la normalidad, siempre hay por ahí el 5% que nunca pudo superar el
71- problema y...genera problema en su casa todo el tiempo y entonces no es 72-
sólo discapacidad física sino que trae ya problemas psiquiátricos, involucra
73- a la familia, si claro eso se ve, pero aquí no es la mayoría.
74- E: Que actitudes has notado en la familia de esos discapacitados físicos,
75- Por ejemplo cuando vienen acá al servicio los acompañan?
76- e: Normalmente lo que más le llama a uno la atención y en lo que menos
77- puede incidir uno a veces es que sigue habiendo negación de la situación y
78- eso lleva a pensar que eso que está ocurriendo es nada más hoy y que
79- mañana si va a caminar, y mañana si va a recuperar y que eso sí le va a
80- pasar y pues definitivamente uno no puede entrar a romperle totalmente
81- estos esquemas, y uno lo que normalmente hace es que el tiempo va
82- pasando, la gente finalmente se va dando cuenta de que quizá no sea
83- mañana la recuperación y quizá tampoco sea pasado mañana y quizá nos
84- vamos a quedar así pero si me llama mucho la atención que esa negación
85- dura mucho en el tiempo
86- yo trato siempre de tener mucha cautela porque en ese sentido una

87- información en un determinado momento en un caso difícil, yo no se que
88- tipo de reacción va a generar en un momento determinado, "mira
89- Definitivamente eso no se va a solucionar" pero cuando se preguntan cosas
90- muy puntuales yo les digo las cosas tratando de bajar un poco la
91- expectativa, porque ante cualquier evento hay un expectativa, pero
92- frontalmente no soy capaz de decirle a un paciente no, porque es más he
93- tenido pacientes que uno ha pensado que no se van a recuperar y después
94- de un tiempo uno empieza a ver cosas que no esperaba, entonces con el
95- transcurso del tiempo uno ha aprendido eso, entonces generalmente les
96- digo mira el conocimiento médico nos lleva a pensar que no vamos a
97- obtener mucha más respuesta pero la última palabra no la tengo yo, la
98- tiene el de arriba y en eso creo yo fervientemente, eso es una creencia mía,
99- no porque las cosas se vayan a resolver por mi lado, sino porque
100- definitivamente si miro hacia atrás yo he visto muchos casos por los que
101- yo no daba ni 5 pesos y el paciente a la larga salió caminando, entonces
102- finalmente uno no puede ser tan tajante con los pacientes y negarles la
103- posibilidad, medicamento y lo que yo sé de neurología me llega hasta
104- aquí, pero sigamos trabajando, esperemos a ver mañana que pasa,
105- entonces soy muy sincera, lo manejo de esa manera, no sé si será
106- adecuado o no porque hay quién dice que uno no debe decirles la verdad.
107-E: Qué actitudes ha percibido en el discapacitado físico hacia su condición?
108- e: Dependen del período en que lleguen, pues inicialmente parte del
109- período de Duelo Normal, la negación, el rechazo, la lástima que ellos
110- mismos se tienen, "mi piernita", pero finalmente cuando ellos van
111- adquiriendo otras facultades para moverse y otras posibilidades en su
112- vida, pues yo pienso que el mismo paciente se muestra como ejemplo
113- para otros pacientes, entonces después de superar todo su trauma, el
114- ahora es un líder positivo, también esto depende del tiempo y de la
115- habilidad de uno para manejar eso, porque si el tiene un trauma, uno ni
116- siquiera habla de la palabra pronóstico porque es una etapa en que el
117- paciente está muy sensible, la familia tiene una expectativa muy grande y
118- el mismo paciente también, ahora también depende de otras cosas, en el
119- caso de un amputado por ejemplo uno tiene que sentarse a trabajar con la
120- esperanza de que la prótesis hay que tenerla controlada, acá la institución
121- tiene un contrato con una casa protésica alemana espectacular, entonces
122- acá se trabaja sobre el hecho de que tú vas a tener una prótesis muy
123- funcional, muy bonita, muy estética, es muy diferente, una vez el tiene su
124- prótesis como que ya pasa a otro nivel, suben su autoestima cuando van
125- conociendo sus propias capacidades para salir adelante y cuando es
126- capaz de desdoblarse su silla de ruedas, pasarse a la cama, adaptar un
127- carro y conducirlo.
128- E: Cómo has visto las relaciones interpersonales con las demás
129- Personas, con sus familias?
130- e: Las relaciones interpersonales que se interfieren terriblemente es la

131- interacción de pareja, la cual si sobrevive a un trauma de esos, es porque
132- de verdad tenía mucho amor, esa es la primera relación que se daña,
133- porque el discapacitado es muy....., yo sospecho que aunque ellos
134- mejoren su parte motriz y tengan muy buen desempeño y quizás tengan
135- un rol definido, se nota que queda una cierta actitud como de
136- resentimiento, pienso que eso es difícil de superar.
137- E: Será resentimiento?
138- e: Se vuelven demandantes y muy dependientes de su pareja, tráigame,
139- hágame, cojame, bajeme, y observo que en Santander, porque he tenido
140- la oportunidad de trabajar en otros departamentos, que acá el problema
141- es triple mayor, porque la sociedad es muy machista, de por sí, la señora
142- cuando el estaba bien era la que hacia todo, pero con la discapacidad
143- tiene que hacer mucho más, la señora hace todo ahí, por eso es más
144- difícil de superar
145- E: Doctora cuál cree usted que es la situación actual del discapacitado en
146- Colombia?
147- e: Se sabe que hay muchas leyes que apoyan al discapacitado, pero que
148- en la práctica no se hacen efectivas, si miramos la parte de barreras
149- arquitectónicas, aún se siguen construyendo edificaciones sin tener en
150- cuenta los requerimientos para los discapacitados.

SUJETO 9

MARIA TERESA

- 1- E: tu nombre completo, edad, hiciste estudios de postgrado, estado civil,
 - 2- datos personales
 - 3- e: mi nombre es María Teresa Bohada Bohórquez , tengo 28 años ,
 - 4- egresada de la Manuela Beltrán en el año 2001, soltera , llevo 3 años y
 - 5- medio trabajando en la clínica regional del oriente de Bucaramanga
 - 6- me he desempeñado como fisioterapeuta y un año como coordinadora
 - 7- del servicio y actualmente como fisioterapeuta estoy laborando en
 - 8- horarios de 2 de la tarde a 6 de la tarde lunes a viernes y la
 - 9- disponibilidad de los fines de semana
 - 10- E: postgrado y estudios?
 - 11- e: no tengo postgrados, hice con Yolanda el diplomado de rehabilitación
 - 12- cardiopulmonar
 - 13- E: que tiempo le has dedicado al tratamiento de la discapacidad física?
 - 14- e: todo el tiempo, yo mira desde que me gradué mis primeros pacientes
 - 15- fueron hemipléjicos, también he tenido parapléjicos, esto me ayudo por que
 - 16- aprendí mucho de ellos
 - 17- E: tu eres contratada?
 - 18- e: si contratada yo no estoy nombrada
 - 19- para que, pero muy bonito tener de todo tipo de pacientes es muy bonito y
 - 20- satisfactorio el hecho de tener un trato con un paciente traumático de lesión
 - 21- osteomuscular o lesión nerviosa que sabe uno que nunca se va a levantar
 - 22- que nunca se va a mover es muy diferente
 - 23- E: o sea que el tiempo que tienes dedicado al tratamiento de la
 - 24- discapacidad física es mas o menos lo mismo que tienes de haber
 - 25- empezado a ejercer, o sea tres años y medio
 - 26- e: si
 - 27- E: que otro tipo de discapacidades has tratado?
-
- 28- e: cieguitos y cuando estuve en la universidad con sordomudos que
 - 29- también es algo admirable pero al mismo tiempo me estresaba tratarlos,
 - 30- me angustiaba básicamente por la comunicación y me paso algo con una
 - 31- cieguita que me dijo que la acompañara a guardar una maquina de escribir
 - 32- y le dije bueno, Martica vamos y entramos a un cuarto oscuro y le dije pero
 - 33- Martica prendamos la luz que no veo donde guardar la máquina,
 - 34- entonces me dijo no teresita espere y yo voy y la guardo y ella entro y la
 - 35- guardo y yo Dios mió, ella en esta oscuridad donde guardará la maquina
 - 36- E: ella no es Martica la de piedecuesta, una señora que es psicóloga
 - 37- e: no ella esta estudiando en la UIS, estudia música, toca piano y toca
 - 38- guitarra
 - 39- e: yo estoy al mismo tiempo agradecida pero quisiera por un momento ser
 - 40- limitada para saber si seria capaz de vivir así, por un momento quiero
 - 41- cerrar los ojos y mirar haber si puedo llegar a la parada del bus ciega, yo
 - 42- creo que todos deberíamos hacer esto algún día

43- E: que concepto tienes de discapacidad?

44- e: discapacidad es un grado menos que por x o y causa va a impedir que tu

45- puedas seguir con las actividades culturales normales pero igual tu no

46- dejas de ser un individuo que vas a estar un tiempo en contacto con una

47- comunidad. Mire el miércoles, precisamente viendo un documental por

48- discovery channell que decía que en 10 años ya no van a existir los

49- discapacitados por que en países desarrollados les colocan dedos, manos

50- , piernas, a Cualquier hemipléjico y va a poder moverse

51- E: otra cosita que quiero preguntarte es que idea tienes acerca de la

52- Discapacidad? Me refiero como respecto a creencias, por ejemplo hay

53- personas que asocian una situación de discapacidad física como a un

54- castigo siempre viven diciendo no es que por que me paso esto, que hice

55- mal ¿cierto? o de pronto lo asocian como una oportunidad que mi Dios les

56- ha dado para cambiar su vida

57- e: no, no tengo ningún tipo de creencia, más bien la vida a uno le va

58- mostrando cosas o tal vez la vida encarrila todo, lo que uno saca de idea

59- de por que le paso esto, es que uno lleva una vida tan desordenada y de

60- pronto esto le sirvió, que no creía en Dios para después creer en él, que

61- no hacia esto, ahora hace esto, pero no necesariamente viéndolo como un

62- castigo sino como un alto, un stop para que mire, cambie y valore para

63- empezar a tener un nuevo estilo de vida

64- E: crees más bien que es una oportunidad de cambio?

65- e: si una oportunidad de cambio, eso siempre y cuando para una persona

66- que tenga un apoyo económico, en oportunidades, por que si es un

67- discapacitado que tenga bajos recursos si lo va a ver como una desgracia o

68- algo malo pero yo no lo veo así sino yo lo veo como por la misma vida que

69- uno se va dando cuenta que uno va teniendo ese contacto con el paciente

70- dependiendo de su grado de cultura, grado social uno hila todas las ideas

71- y saca una conclusión

72- E: que sentimientos afloran ante la presencia de un discapacitado físico ya

73- sea en menor o en mayor grado y por una enfermedad transitoria o

74- permanente?

75- e: impotencia, con un mudo que me haga gestos y yo no los entienda y

76- tener que darle un papel para que me escriba por que no le entiendo

77- entonces siento como rabia, impotencia por que no le puedo hablar, que

78- por un accidente esa persona esta muda, con un ciego a veces me siento

79- poca cosa por que yo dijo la ve lo que yo no puedo ver, hace lo que yo no

80- puedo hacer, con una persona en silla de ruedas a veces salgo con esa

81- persona a hacer deporte y me deja tirada, yo corro y no lo alcanzo y yo le

82- digo a él mire, lo que mi Dios te dio, algo único, el hecho de cómo bajan

83- las escaleras y que yo le digo ven y te ayudo y el me dice no yo soy capaz

84- con eso yo digo que la vida es bonita y uno debe vivir cada momento,

85- siento impotencia, miedo, yo no quisiera nunca estar así, un día me dije a 86-

86- mi misma, bueno si yo no tuviera mis piernas será que si podría hacer las

87- cosas, uno solo lo piensa pero realmente es difícil, a veces lloro al

88- ponerme en un lugar o situación de estas, pensar que esa persona antes
89- caminaba y ahora no y eso me da mucho dolor y me digo, que pensará
90- esa persona, querrá suicidarse y muchas otras cosas se me pasan por mi
91- mente
92- E: esas emociones se las reflejas al paciente?
93- e: no por el contrario, verraquera, chévere, yo por dentro sufro pero por
94- fuera tengo que ser fuerte para así no opacarlos y darles ánimos, les digo
95- tú eres capaz y eso las ayudas, los estimula, les digo que la vida continúa y
96- eso lo digo con fortaleza y rigor en mi voz, con ellos no se puede mostrar
97- compasión, les digo tu veraz si te quieres quedar así, y lo dejo un
98- momento solo y después me dice ya estoy bien, volvamos
99- E: has notado que eso facilita los procesos de rehabilitación?
100- e. si bastante
101- E: tu estas facilitando esa integración entre ellos mismos?
102- e: si pero a veces es duro, pero igual esto los ayuda mucho por que las
103- distintas lecciones forman sus diferencias y uno no puede realizar unas
104- actividades que hace el otro entonces por eso a veces es duro
105- E: la evolución de un compañero hace que el otro que tenga la misma
106- lesión diga que todo va a ser igual, que va a tener la misma evolución,
107- En esos casos tu como abordas la situación?
108- e: un día me llego un caso de un joven que tenia una lesión medular total
109- el no me hizo la pregunta ese mismo día por que ellos primero lo analizan
110- a uno y dicen será que es dura? , yo me considero no tan dura
111- con los pacientes, les demuestro un grado de sentimientos y me
112- Preguntan doctora voy a volver a caminar? Y al ver las radiografías me
113- da escalofrió por lo que vi., que tenia un desplazamiento en la columna y
114- le dije que aquí le iban hacer estas cosas, que la columna debe tener un
115- eje y le dije cuando me pregunto, yo no te voy a decir si caminas o no
116- caminas y le dije es un cableado central pero de repente es como si
117- 117- hubiéramos cortado ese cablecito entonces deja de pasar corriente, que
118- seria lo ideal, que tuviéramos unas manos milagrosas que solo las tiene
119- Dios para casos como el tuyo que uniera esos filamentos y volviera a
120- pasar corriente, pero no es imposible
121- E: que actitudes has percibido en el mismo discapacitado físico?
122 e: he percibido que les da mucha rabia, que dicen por que a mi, si soy
123- bueno, pero no miran los errores que tienen como persona (aislamiento) ,
124- me dicen quiero estar en el ultimo cuarto de mi casa por si llega visita no
125- me vean, abandono, no se bañan, no se afeitan, no se cambian de ropa, 126-
pero estas cosas son en algunos, no en todos
127- E: María Teresa ya para terminar cuál cree usted que es la situación
128- actual del discapacitado en Colombia?
129- e: Se que hay leyes que los apoyan pero no las conozco, de todas
130- maneras lo que uno ve es que no se cumplen, porque aún se encuentran
131- en desventaja en todos los aspectos, respecto a lo laboral por ejemplo,

132- nadie quiere emplear discapacitados, aunque hay ciertos privilegios para
133- las personas que lo hagan

TERAPEUTA OCUPACIONAL

1- Sujeto 10

2- Nombre: Martha Osorio

3- Estado civil: Casada

4- Profesión: Terapeuta Ocupacional

5- E: ¿Tiene estudios de especialización?

6- e: En este momento estoy haciendo una especialización y he

7- desarrollado otros estudios en otras áreas pero a nivel de diplomados

8- E: ¿Cuanto tiempo lleva ejerciendo su profesión?.

9- e: 12 años.

10- E: ¿Y siempre se ha desempeñado atendiendo personas con discapacidad?

11- e: No. Yo trabaje dos años en disfunción física, yo me gradué en el 95 12- y trabaje en el 96 y 97 en el área de disfunción física y dos años como 13-

docente de practica en la UMB: y trabaje 8 años como terapeuta en el

14- área psicosocial que es otra área en la que se ve mucha disfunción

15- física porque estas personas muchas veces presentan la doble

16- condición.

17- E: ¿Usted conoce las leyes que respalda al discapacitado físico en Colombia?

18- e: Manejo la 361 que es la que conocemos como la ley Clopatoski

19- que es la que manejamos...

20- E: ¿Usted cree que esa ley propende por la integración social y laboral

21- del discapacitado físico?

22- Maneja un termino que es interesante que es la equiparación de

23- oportunidades, finalmente lo que dice es que si la persona está en

24- capacidad de desarrollar alguna

25- ocupación en condiciones de competitividad debe tener el derecho y la

26- oportunidad, nosotros exaltamos es como eso, y somos claros en eso, si 27-

la persona puede competir, con las condiciones que tenga pero puede

28- competir por el desarrollo de una labor en igualdad de oportunidades

29- debe tener el derecho, si ya la persona no tiene nivel de competencia

30- para desarrollar la ocupación igual que una que no tenga discapacidad

31- entonces ahí es donde hay que todos los procesos de ajuste ocupación

32- o eso....

33- E: ¿ En la practica usted ve que eso si se aplica?

34- e: NO, Jimena eso es muy complicado parte de lo que uno enseña en la

35- cátedra, no se cumple que realmente la persona con discapacidad si

36- quiere llegar a ser productivo tiene que empezar a propender por la

37- generación de un oficio o una ocupación familiar pero que realmente el

38- llegue a ser competitivo en el sector laboral no, muy difícil.

39- E: ¿Usted conoce programas de gobierno que implementen facilidades

40- Para que los discapacitados tengan asesoría o facilidades de crédito?

41- e: Pues de hecho la ley lo establece, la 361 le dice al empresario que

42- va a tener unas prevendas arancelarias que va a tener prevendas en

43- Términos de impuestos si contrata personas con discapacidad, no? en
44- algún momento se conoció que en Bogota y Medellín que son las dos
45- ciudades que han tenido apertura con este programa, por ejemplo
46-Bogotá lo ha desarrollado mucho con discapacitados mentales no tanto
47-con físicos y fue en la línea hotelera los utilizaban como camareros o a
48- nivel de patines de internos en el hotel, no recuerdo en este momentos 49-
programas par discapacitados físicos, pero que existe una ley que les
50- dice a los empresarios que hay beneficios para ellos si, que se aplique
51- pues no mucho.

52- E: ¿Qué concepto tiene usted sobre discapacidad?
53- E: Nosotros manejamos el concepto de discapacidad de acuerdo a la
54- clasificación, esa clasificación internacional del funcionamiento de la
55- capacidad y la salud que es la CIF entendemos la discapacidad como
52- consecuencia de una deficiencia y la deficiencia como una alteración o
53- daño o ausencia de una estructura física corporal o mental y social
54-inclusive, y la discapacidad como restricciones o limitaciones que podrían
55- generarse para el desarrollo de la actividad en condiciones normales, es
56- posible que pueda desarrollar la actividad pero no en las mismas
57- condiciones que lo hacia anteriormente.

58- E: ¿Que opina usted de los discapacitados físicos, como los percibe usted a
ellos?

59- e: Tú tocas algo y es lo emotivo yo lo que siento personalmente es
60- como un gran nivel de frustración cuando somos preparados por una
61- disciplina que por formación debería propender por los derechos de los
62- discapacitados y trabajar por ello es muy complicado cuando tu ves
63- que eso en la práctica eso no es fácil de llevar, eso genera mucha
64- frustración, de pronto para mí en especial porque siento que no es
65- claro porque hay recuperación del movimiento por el movimiento en la
66- rehabilitación pero no orientado a nada, no es el movimiento en función
67- de algo y en ocasiones es porque el terapeuta que hace la rehabilitación
68- no ve hacia donde lo puede proyectar entonces hace una recuperación
69-parcial y frente a eso si siento muchísima frustración., y creo que es eso
70- un poco también lo que ha limitado mi participación ahí.

71- E: ¿ La idea que usted tiene sobre el discapacitado físico es la que usted
siempre ha tenido inclusive antes de tener contacto con ellos?

72- e: Yo tuve muy claro desde el inicio de mi carrera mis horizontes, y eso
73- hizo que fuera como inquieta en el proceso de formación y que
74- cuestionara, y que cuestione algunos procesos de rehabilitación hoy día
75- que veo que no cumplen con el objetivo profesional de nuestra carrera, es
76- como todo, en el mercado laboral de los terapeutas ocupacionales hay
77- gente que aplica de todas las formas, pero que en la responsabilidad
78-profesional frente al discapacitado, cuestiono más la ley y de alguna forma
79- me molesta y creo que es una actitud social cuando se habla del sistema
80- general de riesgos que lo que espera es que algún empleado que haya
81- sufrido un accidente de trabajo que en algún momento genere alguna

82- discapacidad haya una recuperación y entremos hacer un arreglo sin que
83- le importe en mayor grado el futuro de ese individuo, que posiblemente ya
84- no me hes productivo entonces ya no me importa.
85- E: ¿Su vida ha cambiado de alguna manera después de haber entrado
86- en contacto con la discapacidad física?
87- e: Ahí hay algo, yo siento que mas que contacto frente a la
88- discapacidad física reconozco las transformaciones en mucho de lo que
89- tienen que ver con mi vida, frente a la familia a lo social, y a la
90- responsabilidad social, yo reconozco un a transformación en ese sentido
91- que no solo se debe al contacto con los discapacitados sino a la
92- integralidad de ese ser, su alrededor, sus emociones, reconozco
93- elementos de nivel preventivo, en mi vida familiar, social, yo no puedo
93- ser indiferente ante los demás.
94- E: ¿Usted considera que la familia del discapacitado proyecta o asume
95- actitudes apropiadas frente al problema ,o piensa que ahí hay muchas
96- fallas?
97- e: Hay algo que es importante que se de, dentro del proceso de
98- rehabilitación y es que en el esquema de lo integral no ves al individuo si
99- no el medio social en el que el se desarrolla y como muchas veces la
100- familia o es un grupo que apoya o es un grupo que oprime, la familia
101- tiene los medios para ayudar a superar la discapacidad y encontrar unas
102- formas de salir adelante o terminan haciéndole sentir que no sirve para
103- nada y que no va a ser útil, hay esquemas que dicen que las familias
104- se tienen que abordar en la forma como está tomando las cosas para
105- que refleje actitudes positivas y vayan en beneficio del discapacitado.
106- E: ¿Usted como ha notado las actitudes de los discapacitados físicos hacia
el personal de rehabilitación?
107- e: No, frente al personal de salud no he logrado percibirlo pero frente a
108- él mismo si, de el hacia el mismo sin, sentimientos de minusvalía, que
109- el entra en unos niveles de no reconocer la función que queda, se centra
110- solamente en la pérdida, de hecho es algo que uno entra a trabajar en los
primeros momentos.
111- E: ¿Cómo visualiza usted la proyección del discapacitado físico aquí
112- en nuestro medio?
113- e: Yo lograría decirte que lo veo, yo podría decirte como lo espero; y
114- es como una mayor fuerza, yo lo llamaría empoderamiento de las
115- organizaciones que ellos han establecido y como una lucha de
116- defensa de sus derechos y que eso generara una actitud receptiva a
117- nivel de los gobiernos, ya hay uno en el senado , otro en la alcaldía, se
118- ha hecho algo muy bueno pero siento que hacen falta muchos más
119- como ellos y no es posible que personas no discapacitadas estén
120- luchando por los derechos de los discapacitados porque eso diría que
121- ellos no tienen la fuerza para hacerlo, hay muchas organizaciones con
122- muchos discapacitados pero muy pocos están haciéndose oír en las
123- alcaldías en determinado municipio, luchando por cosas muy mínimas

124-como si no dimensionaran el poder que ellos tienen. Además de la
125-discapacidad física e s el bajo desarrollo sociocultural lo que los ha
126-hecho vulnerables, es el hecho de no solamente no tienes piernas sino
127-que aparte no sabes leer ni escribir ni sabes hacer nada, eso te pone en
128-desventaja frente a cualquiera. En ese campo hay un vacío grandísimo
129-de profesionales que sepan hacia donde orientar la rehabilitación o la
130-habilitación profesional en este caso.

1- Sujeto 11

2-Terapeuta ocupacional

Nombre: Sandra Melo.

4-Estado civil: separada.

5- E: ¿Tiene usted estudios de postgrado?

6 - e: Actualmente estoy cursando una especialización en salud ocupacional.

7- E: ¿Cuál es la motivación para estudiar esa especialización?

8- En un principio fue por las expectativas para alcanzar un mayor nivel

9- económico y porque salud ocupacional está muy relacionada con salud

10- ocupacional en los análisis de puesto y con el tiempo que llevamos

11- cursando es como darle un apoyo mas a la universidad donde estamos

12- trabajando, específicamente en salud ocupacional y específicamente en

13- riesgos psicosociales.

14- E: ¿Cuál es el área de la discapacidad con el que más ha tenido contacto?

15- e: Con discapacidad física a todo nivel más por mi trabajo en una

16- hospital universitario donde llega de todas las patologías.

17- E: ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo la profesión?

18- e: Ya llevo 17 años trabajando con discapacitados y con el entorno familiar.

19- E: ¿Cuál es el concepto que usted tiene sobre discapacidad?

20- e: La discapacidad física es aquella limitación que tiene un individuo ya

21- sea en su esfera mental, motora o sensorial y que por ende altera toda

22- su funcionalidad no solo como persona sino a nivel social que esto es lo

23- que limita aún más a estos individuos.

24- E: ¿Y usted percibe la discapacidad de la misma manera?

25- e: La entiendo de la misma forma y duelen muchas cosas por tanto tiempo que yo llevo.....

26- Se diría que porque lleva uno 17 años uno es duro y no le interesa y no

27- es así cada vez las patologías son más amplias y grandes y la parte

28- económica y el individuo no tiene, en un hospital siempre es estar entre

29- personas de escasos recursos donde a veces ni siquiera pueden ir a

30- una terapia, y en eso nos han concientizado mucho, de brindarle a la

31- persona el servicio como lo necesita si es necesario cuadrarle las dos o

32- tres terapia el mismo día y no estar gastando tanto dinero, que me

33- preocupa?.....es que no haya una continuidad dentro de la rehabilitación

34- profesional, yo solamente manejo rehabilitación funcional, pero el

35- individuo que tiene su capacidad residual es muy difícil llevar....en el

36- tiempo que llevo que son 17 años solamente he visto dos personas

37- que tengo fe y aun me contacto con ellos que han logrado desarrollar

38- grandes cosas. Y pienso que es más por la motivación del individuo

39- que por la misma estructura organizacional a ese nivel, porque uno

40- conoce en otros departamentos como Antioquia hay un comité regional

41- de rehabilitación y el individuo trabaja y conoce , para lograr cosas, diseñar

42- sillas de ruedas y aparatos que ellos mismos utilizan , aquí se intento

43- hacer algo parecido pero como todo quedo sobre la mesa.....y la idea

44- es que el mismo discapacitado que tenga habilidades y grandes

45-capacidades diseñara e hiciéramos todo el laboratorio de prótesis y
46-órtesis.

47- E: ¿Usted conoce la legislación que ampara al discapacitado?

48- e: Nosotros conocemos la 361 que es la del discapacitado, y ahí habla
49-y es bello y dicen maravillas pero realmente yo aparte de ser t. o. soy
50- docente y dicto cátedra, hablo de la ley y nada de eso se cumple, uno ve
51- en el hospital, con las ARS: y todo el mundo le está sacando el cuerpo, a
52- lo que se debe hacer en el proceso de rehabilitación, solamente algunos
53- servicios y que hace la familia?...entutelar para que se den los servicios
54- de rehabilitación básica y funcional que es lo que se está dando aquí
55- en Bucaramanga.

56- E: ¿Usted considera que su vida ha cambiado después de tener contacto con
la discapacidad?

57- e: Si, en la parte espiritual, si yo me retomo cuando yo llegué acá
58- cuando era una persona muy joven, que no tenía experiencia, he
59- cambiado mucho, en mi forma de ser, todos positivos y me alegre y me
60- enorgullezco de que cada día que pasa soy más sensible más
61- espiritual, tengo mayor calidad humana entiendo el dolor y me entrego a
62- los pacientes y entiendo a la familia, las comprendo y los familiares
63- tienen que llenarse mucho de Dios que lo fortalece.

64- E: ¿ La percepción y la idea que usted tiene sobre la discapacidad ha sido la
misma o ha cambiado en el transcurso de su vida?

65- e: Mucho, mucho porque uno primero no tenía los conceptos científicos
66- y uno decía mirando a una persona, pobrecito, pienso que ahora
67- entiendo mas a estas personas por eso a mi no me da pena darles un
68- abrazo, porque se que eso también a ellos les está dando la fortaleza
69- para enfrentarse al problema.

70- E: ¿Cómo percibe al discapacitado?

71- e: Como una persona que necesita mucha ayuda, que necesita mucho
apoyo.

72- E: ¿Cómo ha visto las actitudes de los familiares del discapacitado hacia él?

73- e: Mucha experiencia y es que el familiar, el 90 por ciento de los
74- familiares nunca están con su familiar discapacitado, no estar física ni
75- emocionalmente, primero porque no hay plata, porque eran malas
76- personas y no merece ayuda, otros son del área rural y aunque hay
77- instituciones que les colaboran y les cobran 4 mil pesitos por el
78- día.....la familia se tiene que ir a buscar el dinero, no solamente se
79- necesita que estén para darle plata sino que lo apoyen, que lo ayuden a
80- se independiente que es el objetivo final si lo miramos desde la terapia
81- ocupacional, para que ocupen su tiempo y no terminen inclusive
82- atentando contra su vida.

83- E: ¿Cómo ha percibido las actitudes del discapacitado físico hacia el personal
de salud?

84- e: Claro que sí, si uno se pusiera en el puesto de esa persona, por
85- ejemplo en plena productividad de vida y por un accidente quedo

86- parapléjico.....si soy y fui berraco en la vida salgo adelante o fui una que
87- todo me lo daban y fui facilita esas son las que se quedan, y esas son
88- las actitudes que ellos tienen, de tantos pacientes que he tenido
89- algunos se han hecho profesionales, hasta campeones de juegos
90- paraolímpicos, eso quiere decir que es mi actitud, mi estilo de vida y
91- formación mi barraquera, para poder sobrellevar esto que me pasó, si
92- Dios quiso ponérselo, si no sería lo importante que es ahora en este
93- mundo. Tu no puedes motivar una persona que no ha sido de lograr
94- mayores cosas en la vida., en las clases bajas es donde uno ve la
95- barraquera de la gente, las clases altas disfrazan el problema con dinero.
96- E: ¿Como ve la proyección del discapacitado físico y de la discapacidad en
nuestro medio?
97- e: No, yo siempre he esperado cosas mejores pero nunca las he visto, yo
98- en este momento las veo cada vez más difíciles, solamente que tenga
99- dinero pro es aquello de la palanquita y que están incluidos en trabajos,
100- pero que sea una rehabilitación profesional para nada, no le veo
101-ninguna posibilidad y menos cuando las leyes no se cumplen en este
102-país.
103- E: ¿Usted considera que se necesita mas presencia de los mismos
104-discapacitados y que son sus actitudes pasivas las que influyen en su
105- Situación?
106- e: Si claro que si por lo menos aquí no se cuantas asociaciones hayan,
107- pero nunca los ve uno hacia allá, hacia el gobierno nacional, hay un a
108- persona que creo una ley, porque es una persona prestante pero no se
109- ha unido con otras personas, cada quien corre por su lado y si están en
110- política, pero no hay los discapacitados que luchen por su gremio.

FISIATRAS

Sujeto 12

DOCTORA RUBIANO

- 1- E: Me puede regalar nombre completo, edad, estado civil, estudios
- 2- 2- realizados
- 3- e: Mi nombre es Rosmery Rubiano, médico fisiatra, casada hace 15 años, la
- 4- especialización la hice en el Hospital militar en Bogotá, hice un semestre de
- 5- Neurolización pediátrica en.....durante casi un año. El tiempo de
- 6- ejercicio de la profesión 15 años.
- 7- E: Tiempo dedicado al tratamiento de la discapacidad?
- 8- e: 14 años
- 9- E: Doctora que concepto tiene de discapacidad?
- 10- e: Discapacidad es una situación desventajosa que tiene una persona
- 11- secundario a una lesión de una estructura de un órgano de su cuerpo que
- 12- le impide desarrollarse como se desarrolla un persona que no tiene ninguna
- 13- limitación.
- 14- E: Doctora que tipos de discapacidades físicas ha tratado?
- 15- E: Neurológicas, todo lo que es SNC, parálisis cerebral, Parkinson, ECV, o
- 16- sistema Nervioso Periférico, todas las neuropatías, lesiones de columna,
- 17- niños y adultos con enfermedades degenerativas, yo pienso que las
- 18- 19- discapacidades, si la mayoría, y de las más frecuentes lesiones
- medulares, 20- ECV, parálisis cerebral, Down
- 21- E: Doctora tiene algunas ideas sobre discapacidad, creencias?
- 22- e: No para nada, yo pienso que esto es una lotería que a cualquiera le
- 23- puede tocar de una u otra manera, lejos o cerca, pero a todos nos toca de
- 24- alguna manera
- 25- E: Otra cosita doctora, respecto a sentimientos, emociones afloran cuando
- 26- está ante la situación de un discapacitado, que yo creo es de todos los días
- 27- e: Pues yo intento ponerme en el lugar de esa persona, intento, porque yo
- 28- se que uno no lo logra siempre por toda esa cantidad de gente que uno
- 29- tiene que ver, por el mismo sistema de salud, pero afortunadamente aquí
- 30- en la policía uno cuenta con unos recursos increíbles, intento ponerme los
- 31- zapatos de la otra persona
- 32- E: doctora su vida ha cambiado de alguna manera después de haber
- 33- tratado este tipo de pacientes?
- 34- e: Totalmente, yo pienso que las personas que trabajamos con pacientes
- 35- discapacitados o en un servicio de rehabilitación tenemos otro modo de ver
- 36- la vida, para nosotros la vida es maravillosa, yo soy muy creyente en Dios y
- 37- pienso que uno tiene demasiadas cosas que uno puede ofrecerle a otras
- 38- personas viendo lo que es mi vida diaria, fuera de eso uno no se imagina
- 39- que a uno le va a tocar, a un hijo de uno a alguien, o a uno mismo
- 40- E: Que percepciones tiene del discapacitado físico?

41- e: En los discapacitados hay de todo como en las personas que no tienen
42- discapacidad, el que es luchador y sale adelante y tiene la capacidad para
43- salir, y el discapacitado que no, además que es diferente la rehabilitación
44- de una persona que tiene la parte económica definida a la de una que no la
45- tiene definitivamente, pero hay de todo, personas luchadoras por
46- E: Y a pesar de eso entre todos los discapacitados físicos que ha tratado
47- Acá ha percibido en algunos de ellos su autoestima?
48- e: Yo pienso que a todos inicialmente a todos los puede tocar la autoestima
49- inicialmente, pero el que tiene su autoestima alta desde el principio, la
50- recupera, el que no ha tenido autoestima suficiente vuelve a su condición
51- de base
52- E: Como que no es capaz de salir de su situación
53- e: si, exacto
54- E: Que actitudes ha percibido en los familiares de esas personas con
55- Discapacidad?
56- e: Hay dos posiciones, de abandono o de sobreprotección, es muy raro
57- encontrar el papá o la mamá que es el equilibrado con un hijo
58- discapacitado, una de dos o lo sobreprotege terrible o es un niño que dejan
59- a un lado, y en el adulto pues es diferente, entra a jugar un papel que es el
60- económico, si son familias muy humildes que cuando tienen un atención es
61- el medio en el que a ellos se les soluciona su vida, eso ahí es otro cuento
62- aparte, pero desafortunadamente pues se sigue no
63- E: Y en esas personas mayores, como ve las actitudes por decir algo de la
64- Esposa, una vez que sucede la discapacidad?
65- e: Esto también depende de varias cosas, está la mujer abnegada que el
66- esposo toda la vida la ha maltratado y si el señor está discapacitado, ella
67- está feliz porque ya el esposo no la maltrata y ella se dedica totalmente a
68- cuidarlo, está la señora arrepentida porque la hecho sufrir toda la vida y
69- entonces lo hace porque le toca, pero no lo hace por convicción y está la
70- señora que definitivamente se entrega en cuerpo y alma a su esposo o a su
71- familiar y lo apoya
72- E: Doctora que actitudes ha percibido en el discapacitado físico hacia su
73- Discapacidad?
74- e: No primero es como una vergüenza, les da pena con la gente, que sus
75- amigos, los suyos, su familia los vea en esa situación, como pena de su
76- limitación funcional, lo otro es que hacen una negación, en lesiones
77- medulares son pacientes que nunca aceptan su lesión y viven con la
78- esperanza y algunos pacientes aceptan su lesión y hacen su vida normal
79- con la discapacidad
80- E: Cómo han sido las relaciones interpersonales con estos pacientes
81- Discapacitados?
82- e: bien, aunque hay algunos pacientes que les cuesta trabajo la
83- socialización, y eso es normal, eso es entendible no, porque uno tiene que
84- ponerse en la situación de ellos, ya que hay personas resentidas, porque

85- por qué me tocó a mí, porque si yo he sido una persona buena, no es justo,
86- entonces hay que entenderlos, pero en términos generales bien
87- E: Cómo aborda usted por ejemplo estas situaciones cuando el
88- definitivamente no acepta, tiene esperanzas de que va a volver a caminar,
89- cuando realmente no es posible?
90- e: Yo a un paciente nunca le trunco sus esperanzas pues uno vive de
91- ilusiones, choco un poquito con colegas que dicen que uno desde el
92- principio debe decirles las secuelas, pero no porque uno vive con ilusiones
93- en la vida
94- E: y a veces se logran cosas....
95- e: Claro, es que yo he visto pacientes con lesiones medulares que no se
96- como los veo caminando a los 2 años, uno no puede jugar con la ilusión de
97- otra persona, yo lo que les digo es que vamos a trabajar con lo que
98- tenemos en el momento independiente de lo que vaya a lograr, pero no,
99- uno no puede quitarle las ilusiones a otra persona.
100- E: Doctora ya para terminar cuál cree usted que es la situación actual del
101- discapacitado en Colombia?
102- E: Teóricamente el discapacitado tiene mucha ventaja ahorita, la
103- constitución y las leyes lo apoyan y le dan muchas ventajas, a nivel
104- laboral también, pero en la vida real es otro cuento, no hay oportunidades
105- de trabajo, aunque se está incentivando muchísimo a las empresas para
106- que asuman a estas personas, pero nos falta mucha sensibilización, pero
107- pienso que la gente ya está un poquito más que hace algunos años
108- E: Doctora será que si se está dando cumplimiento a estas leyes que
109- amparan al discapacitado.
110- e: No, no más con las barreras arquitectónicas, no más eso, pero si en un
111- país donde el desempleo en las personas que no son discapacitadas es
112- tan alto, como será con el paciente discapacitado, entonces ahí no más
113- podemos sacar conclusiones
114- E: Sí, como complicado. Doctora usted tiene conocimiento de algunas de
115- estas leyes que amparan al discapacitado?
116- e: No, no sé el marco jurídico, pero se que existen.
117- E: Doctora eso era todo, muchísimas gracias por su atención.

1- Sujeto 13

2- Nombre: Carlos Goyeneche.

3- Edad: 43 años

4- Domicilio: Bucaramanga.

5- Estado Civil: Casado

6- Estudios de Posgrado: Especialización en Fisiatría

7- E: ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su profesión?

8- e: Hace trece años.

9- E: ¿Y todo ese tiempo ha laborado con discapacitados físicos?

10- e: Si, desde mucho antes, porque desde mi carrera de medico general

11- ya lo hacía, y durante todo el tiempo de mi especialización también, pero

12- por lo general tratamos con pacientes que tienen varios tipos de

13- discapacidades, porque por lo general tanto las enfermedades congénitas

14- como las adquiridas suelen afectar a más de un sistema y generalmente

15- tenemos discapacitados físicos con trastornos sensoriales ó cognitivos

16- y en algunos casos discapacitados físicos que también tienen

17- discapacidad mental.

18- E: ¿Qué tipo de discapacidades ha tratado?

19- e: Yo diría que de todas; el campo es muy amplio y hay discapacidades

20- generadas por múltiples causas, como traumáticas, o por quemaduras,

21- armas de fuego o cortopunzantes, enfermedades crónicas o agudas que

22- suelen afectar de igual manera al individuo y pueden ser crónicas e

23- irreversibles o lo contrario, pero en general se presentan mayores

24- afecciones de los miembros inferiores que de los superiores pero yo

25- diría que revisten igual impacto funcional y emocional.

26- E: ¿Qué concepto tiene usted sobre la discapacidad?

27- e: Nosotros conocemos el universal el que OMS. Tiene, pero tu me

28- Preguntas por mi concepto?.....yo pienso que la discapacidad sea

29- como quiera verse es una condición de diferencia, marcada por

30- deficiencia que la persona presenta para el desempeño de todas o

31- algunas de todas sus actividades funcionales. No podemos negar la

32- realidad y querer colocar al discapacitado físico en posibilidades reales de

33- competir con personas absolutamente sanas. Creo que se debe partir de

34- ahí de concientizar al discapacitado y todos los que lo rodean que las

35- condiciones han cambiado y que es necesario readaptar el modo de vida.

36- pero esto en realidad no tiene porque incluir la marginación.

37- E: ¿Su vida ha cambiado de alguna manera después de haber entrado en

38- contacto con la discapacidad?

39- E- Por supuesto, aprende a valorar aún más las condiciones de

40- normalidad, lo compromete a uno como profesional a la hora de buscar

41- las posibles soluciones o ayudas que acerquen a quién sufre una

42- discapacidad a una vida más normal y a un desempeño digno dentro de la

43- sociedad.

44- E: ¿Como percibe al discapacitado físico?

45- e: En general los ve uno mal, primordialmente porque el estado

46- emocional es definitivo y porque en muchos casos de instauración
47- súbita de la discapacidad el efecto es devastador, por ello el equipo de
48- expertos en psicología y psicopediatría son fundamentales no solamente
49- porque en muchos casos la discapacidad es la única amenaza que recae
50- sobre el paciente sino que en los casos el cáncer y el sida la vida está
51- en peligro.

52- E: Qué opina usted de las actitudes de los familiares de discapacitados?
53- e: Que de la manera como se comporten es definitivo para el paciente,
54- porque la familia juega un papel crucial y deben ir de la mano con el
55- personal de salud, porque a veces vemos situaciones extremas, algunos
56- los abandonan y otros en cambio sobreprotegen al discapacitado
57- haciéndolo aún más vulnerable, muchos familiares inician el proceso
58- con una buena actitud pero con el paso del tiempo y cuando ven que el
59- menester se perpetua y el discapacitado tampoco asume una actitud de
60- superación decaen en el apoyo y muchas veces el factor económico
61- juega un papel decisivo, puesto que la mayoría de personas carecen de
62- recursos para hacerle frente a largos procesos de rehabilitación.

63- E: ¿Qué actitudes ha visto en el discapacitado físico?
64- e: Muchas veces son de derrota y eso depende en gran medida de
65- cuanto afecta su enfermedad su funcionalidad, y la atmósfera que ven en
66- la familia, igual pienso que la personalidad influye mucho, he visto salir
67- adelante a personas con graves dificultades funcionales y en cambio
68- personas menos afectadas se cierran inclusive las puertas a las
69- alternativas de tratamiento ofrecidas y rechazan todo apoyo incluso el de
70- psicoterapia.

71- E: ¿Como ve la panorámica actual de la discapacidad en nuestro
72- Medio?
73- e: Sinceramente, muy regular, pienso que es un problema tan grande que
74- múltiples estamentos del gobierno deberían preocuparse por ello, la
75- estructura de salud de nuestro país y aún las leyes son inconsecuentes.
76- Creo que falta no solo más legislación sino vigilancia de que esta se
77- cumpla, igual usted encuentra muchas cosas en la constitución y en la
78- 100 pero muy poco de ello se cumple, los riesgos laborales dejan una
79- gran cantidad de discapacitados al año pero hay mucha desatención en
80- este sentido y las mismas aseguradoras de riesgos no cumplen con su
81- misión o lo hacen de manera parcial y la reinserción laboral del individuo
82- no se da y eso considero no se apega a un plan integral de rehabilitación.