

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social**

**“La discapacidad por amputación traumática
y la educación emocional”**

**Tesis para optar al grado
de Licenciado en Trabajo Social**

Elaborada por:

Jorge Arturo Retana Azofeifa

2007

“La Discapacidad por Amputación Traumática y la Educación Emocional”

Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración de la Escuela de Trabajo Social como requisito final para optar al grado de Licenciatura

Sustentantes:

Jorge Arturo Azofeifa

Aprobado por:

Licda. Marisol Rapso Brenes
Presidenta del Tribunal Examinador
Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica

MSc. Gerardo Casas Fernández
Director del Trabajo Final de Graduación
Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica

Lic. Walter Castillo Zamora
Lector del Trabajo Final de Graduación
Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica

Msc. Hilda Castillo Herrera
Lectora del Trabajo Final de Graduación
Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica

Dr. Freddy Esquivel Corella
Miembro lector invitado del Trabajo Final de Graduación
Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

2007

Índice

Agradecimiento	7
Resumen.....	8
Capítulo 1: Aspectos generales de la investigación	11
<i>1.1. Justificación</i>	<i>12</i>
<i>1.2. Estado de la Cuestión</i>	<i>18</i>
1.2.1. Inteligencia emocional	18
2.2 Discapacidad e Inteligencia Emocional.....	19
1.2.3. Política social y discapacidad	23
1.2.4. Instituciones y organizaciones relacionadas con el tema de discapacidad	26
1.2.5. Discapacidad y Relaciones Sociales.....	28
<i>1.3. Planteamiento del problema</i>	<i>34</i>
<i>1.4. Delimitación del objeto de investigación</i>	<i>37</i>
1.4.1. Instituto Nacional de Seguros (INS) e INS-Salud	38
<i>1.5. Objetivos de la investigación</i>	<i>42</i>
1.5.1. Objetivo general.....	42
1.5.1.1 Objetivos específicos	42
<i>1.6. Metodología</i>	<i>43</i>
1.6.1. Tipo de estudio.....	43
1.6.2. Premisa Ontológica.....	44
1.6.3. Premisa epistemológica.....	44
1.6.4. Premisas metodológicas	45
1.6.4.1. Primer momento: inserción institucional.....	46
1.6.4.2. Segundo momento: exploración teórica y Análisis documental	46
1.6.4.3. Tercer momento: selección de la población participante.....	47
1.6.4.4. Cuarto momento: elaboración de las técnicas y los instrumentos.....	48
1.6.4.5. Quinto Momento: Trabajo de campo.....	50

6.4.6 Sexto momento: análisis de los resultados obtenidos en el acercamiento a la población	51
Capítulo 2: Marco teórico	53
2.1 <i>Discapacidad</i>	54
2.1.1. Discapacidad en la sociedad	56
2.1.1.1 Paradigmas de la discapacidad	58
2.1.1.1.1 Paradigma tradicional	59
2.1.1.1.2 Paradigma de rehabilitación	59
2.1.1.1.3. Paradigma de vida independiente o autonomía personal.....	60
2.1.2 Aportes de la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley 7600).....	61
2.1.3 Amputación traumática	63
2.1.3.1 Características de las personas con Amputación Traumática.....	65
2.1.4 Crisis en la persona por la amputación traumática.....	67
2.1.5 El papel de la familia en la discapacidad	69
2.1.5.1 Cambios en la estructura familiar a raíz de una discapacidad por amputación traumática	73
2.2. <i>Inteligencia emocional</i>	75
2.2.1 Rudimentos de la inteligencia emocional	79
2.2.2 Características de las personas que poseen mayor desarrollo de la inteligencia emocional	80
2.2.3. Categorías de la inteligencia emocional (aptitudes emocionales).....	81
2.3 <i>Educación Emocional</i>	99
2.3.1 Planteamientos para el desarrollo de la educación emocional.....	102
2.3.2 Fortalezas para enfrentar la discapacidad y la amputación traumática	105
Capítulo 3: Análisis de los casos	108
3.1. <i>Impacto de la amputación traumática en el sistema familia</i>	110
2.1.1 Cambios en la dinámica familiar	110
3.1.2 Cambios en la interacción con la comunidad	114
3.1.3 Dificultades para acceder a espacios laborales	115
3.1.4 Dificultades económicas	118

3.2 Fortalezas y debilidades emocionales presentes en las personas que han sufrido una amputación traumática.....	122
3.2.1 Fortalezas identificadas en las personas con amputación traumática	122
3.2.2 Aptitudes emocionales afectadas por la amputación traumática	128
3.3. Reconstrucción de los procesos de intervención profesional de trabajo social en INS Salud	137
3.3.1. La dimensión asistencial	138
3.3.2. La dimensión socioterapéutica	139
3.3.3. La dimensión socioeducativa.....	140
3.4. Propuesta socioeducativa para el desarrollo de la educación emocional en personas con amputación traumática atendidas en INS-Salud	145
3.4.1 Sesión 1	146
3.4.2 Sesión 2	148
3.4.3 Sesión 3	150
3.4.4 Sesión 4	152
3.4.5 Sesión 5	154
3.4.6 Sesión 6	156
3.4.7 Sesión 7	157
3.4.8 Sesión 8	159
Conclusiones y recomendaciones	171
Conclusiones.....	172
Recomendaciones.....	169
Bibliografía	170
Anexos	179
Anexo 1: consentimiento informado.....	180
Anexo 2: guía de entrevista a profundidad para las personas participantes.....	183
Anexo 3: guía de entrevista a profundidad para los familiares.....	176
Anexo 4: guía de entrevista a profundidad para profesionales.....	178
Caso de Sandra.....	191
Caso de Liz	199

Caso de Ana.....	211
Caso de Pablo	223
Caso de Gilberto.....	236
Caso de Carlos.....	248

Agradecimientos

Durante el desarrollo de esta investigación, tuve la dicha de contar con la ayuda de diversas personas que sin su valioso apoyo y ayuda, no hubiese sido posible desarrollarla, son ellas:

- Mis padres Jorge Retana y mi madre Yamileth Azofeifa, de quienes me brindaron su apoyo y amor incondicional y siempre creyeron en mí, incluso cuando era mi persona quien perdía la esperanza.
- M.Sc. Gerardo Casas quien ha sido un maestro y de quien he aprendido grandes cosas para mi formación personal, académica y profesional.
- Lic. Walter Castillo, quien más que un colega ha sido un amigo, apoyándome en mi formación académica y profesional.

A ellos, sólo puedo decirles **GRACIAS**

***“Aprende a ver con los ojos de tu alma y del corazón,
pues los de tu rostro te pueden llegar a engañar”***

Txus di Fellato

Resumen

Ante la problemática de la discapacidad, la legislación e instituciones se han centrado principalmente en el área de la rehabilitación física, en especial en personas que han sufrido de una amputación traumática, relegando el área emocional a las disciplinas de Trabajo Social y Psicología.

Pese a que la inteligencia y educación emocional representan un conocimiento que puede contribuir con el ajuste psicosocial de las personas que poseen este tipo de discapacidad, esta propuesta teórica ha sido poco desarrollada en las intervenciones de trabajo social de diversas instituciones.

De este modo, nace la pregunta que atañe a esta investigación, ¿Cómo enfrentar, desde la educación emocional, la inestabilidad emocional individual y familiar que origina una amputación traumática en personas que son atendidas en INS-Salud? Dicha pregunta constituye el problema de investigación, este fue trabajado a través del modelo cualitativo, realizando entrevistas a profundidad con seis personas con amputación traumática que fueron atendidas en INS-Salud. El objetivo de este trabajo fue analizar, desde las categorías de la inteligencia emocional, las formas de enfrentar la inestabilidad emocional y familiar de las personas con una amputación traumática atendidas en INS-Salud, para establecer una relación con trabajo social y la educación emocional.

En cuanto a los resultados de la investigación, se destaca el impacto social y emocional que se genera en las personas que sufrieron una amputación traumática y sus familias. Ello porque en cuanto a los afectados directos se dificulta en la mayoría de los casos la aceptación de la autoimagen. También se identificaron las barreras discapacitantes que dificultan su ajuste psicosocial.

Así mismo, surgen fortalezas emocionales en estas personas, promovidas por su sistema familiar que les permite hacer frente a las dificultades. Finalmente se evidencia desconocimiento de las legislaciones e instituciones nacionales que les impiden exigir el cumplimiento de sus derechos.

Por ello, se plantea un proceso grupal socioeducativo enmarcado en la propuesta teórica de la educación emocional para que las personas sean capaces de conocer y empezar

a ejercitar el manejo de sus emociones, al tiempo que se trata de construir una nueva visión de la discapacidad y de conocer los mecanismos estatales existentes que les garanticen sus derechos.

Introducción

El presente documento se encuentra dividido en cinco capítulos; estos son:

1. Aspectos generales de la investigación, el cual comprende el desarrollo del problema de investigación, los objetivos, el objeto de investigación y la metodología implementando en la investigación.
2. El marco teórico-conceptual hace referencia a los conocimientos teóricos concernientes a la temática de la discapacidad (paradigmas, características, impacto social y familiar) y más específicamente a la amputación traumática, la *inteligencia emocional* (desarrollo de esta educación y fortalezas), con el fin de comprender la propuesta teórica en la que se encuentra sustentada esta investigación.
3. El análisis de los casos, el cual se encuentra basado en los conocimientos generados por la propia persona sujeta de investigación, en conjunto con los conocimientos teóricos recabados en cuanto a los temas mencionados en el marco teórico. Ello da pie al desarrollo de una propuesta socioeducativa sustentada en el marco de la *educación emocional*.
4. La descripción de los casos, la cual se encuentra enfocada en tres grandes aspectos de la persona: (1) la dinámica personal y familiar que se ha generado previamente al percance que generó su discapacidad, (2) el desarrollo de crisis generada por el accidente que generó la amputación; (3) el proceso de ajuste experimentado por la persona y su sistema familiar al egresar de INS-Salud.

Finalmente se encuentran las conclusiones y recomendaciones, la bibliografía y como anexos, el consentimiento informado aprobado por la Universidad de Costa Rica y las guías de entrevistas a profundidad que se utilizaron con los y las participantes y sus familias y la guía de entrevista aplicada a los y las profesionales de Trabajo Social de INS-Salud.

Capítulo 1

Aspectos generales de la investigación

1.1. Justificación

Hoy en día, según estudios que aparecen en la página oficial del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) desarrollados para el 1998, la población con discapacidad en Costa Rica se aproxima a un 10% del total de los habitantes, lo que implica que cerca de 400.000 personas que poseen algún tipo de discapacidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (1992) estas personas se han topado en las últimas décadas, con obstáculos físicos, ideológicos, estructurales, sociales, culturales, económicos y políticos, que les han impedido llevar a cabo un desarrollo emocional adecuado.

Aunado a ello, la visión que la sociedad ha adoptado, con respecto a la discapacidad, se ha caracterizado por una actitud de marginación, exclusión e inequidad, a pesar de existir diversos mecanismos que han intentado contrarrestar este pensamiento, tal y como la plantea la OMS (1992).

Es por ello que los retos que enfrentan estas personas son mayores dentro de una sociedad caracterizada por el individualismo; Céspedes (1997) plantea que la lucha por sus derechos, legitimidad como personas y equidad, constituyen varios de los puntos a destacar dentro de la búsqueda de su crecimiento como sujetos sociales.

Asimismo, agrega que la atención que estas personas reciben a nivel institucional, se centra principalmente en el área física, al tiempo que el desarrollo emocional pese a que es tomado en cuenta en algunos casos, no representa una prioridad en las intervenciones de los principales entes, por lo que aspectos personales como son sus emociones y su sentir, quedan relegados, olvidando que estos constituyen una parte fundamental del desarrollo humano.

En el caso de la atención institucional que brinda INS-Salud, se caracteriza principalmente por retomar la rehabilitación de la persona, la reinserción laboral y capacitación, aunque esta se centra principalmente en la atención médica según se manifiesta en su manual de servicios, rescatando escasos aspectos emocionales de la persona con discapacidad y de su familia.

Igualmente, las temáticas a nivel emocional en las instituciones que a estas personas, son retomadas por Trabajo Social y por Psicología, aunque también deben centrarse en diversos aspectos como los académicos, familiares, laborales, dificultando la aplicación de la educación emocional en los usuarios y usuarias como se encuentra estipulado en los servicios establecidos en dichas instituciones.

Además de lo anteriormente señalado, se encuentran las infraestructuras públicas y privadas, las cuales en ocasiones poseen una construcción física discriminatoria, al no contar con los mecanismos más adecuados para poder cubrir la mayor cantidad y diversidad de necesidades de estas personas, lo cual dificulta el acceso a diversos servicios, tal y como lo señala el CNREE (2006) en su análisis de la Ley de Igualdad de Oportunidades, 10 años después de su puesta en marcha.

También, cuando algunas de estas personas cuentan con escasos recursos económicos, se dificulta aún más su desarrollo y crecimiento personal y social, en especial si son a su vez, las proveedoras o proveedores del hogar, ya que junto a la discapacidad, se le unen problemáticas propias de las circunstancias socioeconómicas en las que vive y se desenvuelve.

Aunado a ello, se encuentran los cambios en las relaciones familiares de dicha población, ya que la presencia de una persona con discapacidad inesperada generará una crisis, la cual causará cambios en cada uno de los miembros, tal y como hace mención Caplan (1996), en especial si la familia no cuenta con una concepción adecuada en torno a la temática de discapacidad.

Sumado a lo anterior, se incluyen las diversas relaciones sociales que entran en una situación de discapofobia entendiendo este término como el miedo o rechazo hacia personas que poseen una discapacidad, ya que este sentimiento en ocasiones excluye o margina a estas personas, debido a mitos o visiones equivocadas relacionados con el problema, entorpeciendo el proceso de reinserción e impidiendo un crecimiento y transformación de dicho colectivo con el fin de elevar su nivel de vida.

Asimismo, se han de tomar en cuenta las diversas dificultades para la obtención de empleo, ello porque como señala Céspedes (1996) en una gran mayoría de instituciones públicas en las que ofrecen sus servicios las personas con discapacidad, las discriminan o bien, no cuentan con los mecanismos necesarios para que puedan desenvolverse con facilidad, eficiencia y eficacia en la organización, pese a la existencia de leyes como la Ley 7600.

En el caso específico de ciudadanos o ciudadanas que han sufrido una amputación traumática, Sandí (2002) refiere que se debe tomar en cuenta todo el cambio emocional, físico y social que ello implica, ya que la persona, adquiere una discapacidad en un momento inesperado de su vida, lo que implica un cambio tanto para él como ella, así como, para su familia y el resto de individuos con las que interactúa y convive. Es por esta razón, que debe desarrollarse un proceso integral que les permita a estas personas superar la crisis que están viviendo mediante un proceso de ajuste psicosocial, relacionados con la salud, la familia, la sociedad, así como, en los aspectos laborales, espirituales y emocionales, lo que a la vez afecta el sistema relacional.

Es de este modo, que la inteligencia emocional expresada como la capacidad de motivarse y persistir frente a diversas decepciones, así con de “controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar, mostrar empatía y abrigar esperanza” (Goleman, 1996, p. 95), pasa a figurar dentro de un proceso que favorezca la calidad de vida de la persona, ya que tal inteligencia, contribuye en un cambio con respecto a su identidad y contrarrestar ciertos comportamientos tales como el rechazo, la regresión, la frustración y la ira.

Aunado a ello, se produce un proceso en el cual la educación emocional se desarrolla, entendiendo esta como “ser capaz de manejar las emociones de tal manera que se llegue a mejorar el desarrollo personal y la calidad de vida” (Steiner, 1998, p. 34). Esta educación contribuirá en la generación de nuevos conocimientos y procedimientos metodológicos para la intervención de Trabajo Social con las personas con discapacidad, en este caso personas que han sufrido una amputación traumática.

Lo anterior, porque estas personas sufren un gran impacto que afecta diversas esferas; dentro de estas se encuentran la social y emocional, las cuales si no son tratadas adecuadamente, pueden llegar a afectarles el resto de sus vidas y por tanto trascender más allá de la discapacidad, ya que como afirman Pérez y Valenciano (1996), el poco desarrollo de la inteligencia emocional impide que las personas puedan desarrollar su proyecto de vida a nivel personal y social.

También se debe entender que el manejo de las emociones posibilita al individuo un trabajo más cooperativo mediante la expresión de los sentimientos, lo que incidirá en una búsqueda de transformación y cambio de su entorno, que le permita superar la inestabilidad emocional, construyendo un nuevo proyecto de vida en el cual la discapacidad, a causa de la amputación, no sea un obstáculo que le impida realizarlo.

Por otra parte, dicho proceso no debe desarrollarse exclusivamente con la persona que sufrió la discapacidad, ya que ella se desenvuelve y convive en diversos escenarios, como por ejemplo, el espacio familiar, el laboral, el de rehabilitación, el comunal, entre muchos otros.

Es debido a lo anterior, que Trabajo Social debería jugar un papel activo y protagónico, en el cual, mediante el trabajo individual, grupal y en equipo con otros y otras profesionales, pueda desarrollar una intervención integral para con dichas personas, fundamentado en el compromiso social y ético-político que posee, el cual le exige intervenir y contribuir con todas aquellas personas que enfrentan diversos obstáculos,

necesidades, problemáticas y dificultades sociales, económicas y políticas que les permita mantener o mejorar su calidad de vida por sus propios medios.

Así mismo, la política para las personas con discapacidad traza toda una visión innovadora al implementar el *paradigma de vida independiente* dentro de sus postulados, ya que este plantea la búsqueda de la autodeterminación de estos elementos, mediante la capacitación y orientación; ello, porque según Céspedes (1996), la persona con discapacidad debe ser considerada como un individuo en igualdad de condiciones, de tal forma que pueda vencer las diversas barreras que han de enfrentar.

Igualmente, Céspedes (1996) expresa que esta política plantea la necesidad de un cambio que rompa con las diversas dificultades que ha tenido que enfrentar dicha población, como por ejemplo el rechazo social, dificultad para ubicarse laboralmente, abandono, victimización, problemas de accesibilidad, dentro de esta, al ambiente físico y barreras arquitectónicas, topográficas y de transporte, entre otros.

A todo ello, el interés por esta investigación, nace de la labor desarrollada en la práctica académica y profesional del estudiante/investigador con la población con discapacidad, en la cual, la inteligencia emocional se encontraba al margen de dicha intervención, olvidando que esta puede contribuir con cambios en la vida de estas personas a nivel personal y familiar.

La escasa producción investigativa desde el área de Trabajo Social en torno al tema de la inteligencia y educación emocional y con personas que han sufrido una amputación traumática a nivel nacional (evidenciado en el estado de la cuestión), constituye una puerta para el desarrollo de nuevos procesos de intervención, en los cuales se pueda mejorar la calidad de vida, mediante el desarrollo emocional de estos individuos; por ello el interés aumenta, frente a la diversa gama de posibilidades en torno a la elaboración de conocimientos que este documento pueda generar para el quehacer profesional.

Del mismo modo, se debe agregar la satisfacción personal de trabajar con esta población, ya que esto permitirá a conocer y utilizar las herramientas propias de la inteligencia emocional en su vida personal y familiar y en el ámbito profesional, así como desarrollar nuevas estrategias de intervención que enriquecerán al Trabajo Social.

1.2. Estado de la Cuestión

Las investigaciones realizadas por diversos autores y autoras en el campo de la discapacidad, se han orientado principalmente, en mostrar el crecimiento de personas con tal limitación para alcanzar un nivel de equidad dentro de la sociedad; pero tales trabajos se han relacionado principalmente con personas que poseen una discapacidad desde su nacimiento.

Así mismo, en un segundo plano, se estudian las acciones concretas desarrolladas por instituciones encargadas de brindar atención a las personas con discapacidad, basadas en la política social que respalda a dicha población, con el fin de brindar una oportunidad para lograr la satisfacción de las diversas necesidades y así alcanzar una aceptable calidad de vida.

Es por ello, que se puede decir que los estudios relacionados con la población con discapacidad se dividen en cuatro áreas: (1) la inteligencia emocional, (2) la política social para las personas con discapacidad, (3) los servicios brindados por las instituciones que atienden a dicha población y (4) las relaciones sociales que poseen estas personas.

1.2.1. Inteligencia emocional

Dentro de los antecedentes, propiamente de la inteligencia emocional, es posible nombrar en primera instancia, planteamientos de **Gardner** (1983), quien mediante su enfoque de inteligencias múltiples, plantea la existencia de siete inteligencias entre las cuales menciona, la inteligencia intrapersonal y la inteligencia interpersonal, caracterizadas por aspectos personales y emocionales.

Además, los autores **Mayer y Salovey** (1990), aportan en su estudio, el concepto de inteligencia emocional definiéndola como *“la habilidad para manejar los sentimientos y emociones propios y de los demás, de discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y la acción”* (Salovey y Mayer, 1990, p. 12), a su vez, este

concepto se deriva de la combinación de las inteligencias intrapersonal e interpersonal que fuesen desarrolladas por Gardner,

Por otra parte, **Goleman** (1995) en el análisis que efectúa de la inteligencia emocional, brinda como uno de sus principales aportes, la influencia que la inteligencia emocional tiene en las personas, desde su desarrollo en la niñez, en su crecimiento y en su espacio laboral.

2.2 Discapacidad e Inteligencia Emocional

Dentro de los escritos e investigaciones más relevantes con respecto al tema de discapacidad e inteligencia emocional, que ofrecen información para la delimitación del tema, se encuentra el planteamiento de **Casas** (2003) ya que en su análisis sobre la inteligencia emocional señala que el conocimiento de esta es de vital importancia para el desarrollo personal y profesional; además, añade que la inteligencia emocional contribuye para que las personas puedan enfrentar diversas adversidades, y contribuye con la formación de cualidades personales como la adaptabilidad y la flexibilidad emocional, las cuales son fundamentales para la vida cotidiana.

Así mismo, dentro de sus principales aportes, refiere que el ser humano debe complementar la inteligencia racional y la emocional, ya que esta última al no estar determinada genéticamente, se pueden aprender y desarrollar independientemente de la edad y del desempeño cognitivo (inteligencia racional), con lo que queda abierta la posibilidad de cambiar y con ello enfrentar diversas situaciones de modo diferente, fortaleciendo la creatividad unida a las potencialidades en los ámbitos de la vida.

Lo anterior se puede relacionar específicamente con el tema de discapacidad, ya que en su estudio sobre la “Resiliencia e inteligencia emocional, desarrollada con jóvenes con discapacidad visual que son estudiantes de la Universidad de Costa Rica” (**Alvarado**, 2000), se plantea que estas personas al conocer lo que es la resiliencia e inteligencia emocional, tal situación pasa a constituir una fortaleza para ellos y ellas, tanto para la socialización, así como para la construcción de nuevas herramientas que les permitan salir

adelante con sus vidas.

También, afirma que estas personas debido a su condición de discapacidad, enfrentan dificultad para ser aceptadas, pero tal limitación se ve compensada gracias al apoyo que reciben por parte de sus familias y de su grupo de amigos (as) y compañeros (as). A la vez, se identifica en dichos (as) jóvenes una gran motivación, persistencia, humor, optimismo, relaciones, responsabilidad, interés y autosuficiencia, a causa de las relaciones que poseen.

Finalmente, dicha autora concluye que la actitud de resiliencia existente en los (as) jóvenes universitarios (as), coexiste con diversas sobrecompensaciones (mecanismos de defensa) que obedecen a los modelos impuestos desde la niñez por sus padres.

Otro estudios desarrollados por **Cordero** (2000) en su tesis sobre los factores físicos, psicológicos y familiares, en el desarrollo de la sexualidad en adolescentes con síndrome de down, presenta un aporte con respecto a la inteligencia emocional, ya que esta autora rescata que los factores emocionales, psicológicos, familiares y sociales determinan en gran medida el desarrollo de la persona, en especial si tiene algún tipo de discapacidad.

En primera instancia, plantea que lo físico se encuentra ligado con los cambios normales del ser humano, y estos dan pie a los factores psicológicos, los cuales se encuentran en primer lugar, relacionados con romper los mitos asociados con las personas con discapacidad, para que estos no interfieran en su desarrollo.

En segundo lugar, dichos factores psicológicos, se encuentran asociados con el deseo del y la joven en torno a la socialización y a encontrar una pareja, los cuales en ocasiones se encuentran afectados por la relación de la persona con su familia.

Lo anterior, da pie a la interrelación entre estos cuatro factores (psicológicos, físicos, sociales y familiares), dentro de los cuales la familia constituye emocional y psicológicamente el principal grupo de apoyo para la persona con discapacidad; pero al

mismo tiempo, son sus integrantes quienes limitan en gran medida su desarrollo social, al sobreproteger al miembro en tal situación, planteando la necesidad de encontrar un equilibrio que no interfiera para que estos y las jóvenes puedan desarrollarse como las demás persona.

Por otra parte, la carencia de un proceso de inteligencia emocional se ve evidenciado en el estudio de **Pérez y Valenciano** (1996) en su tesis con mujeres que poseen una lesión medular; ellos descubren que las mujeres agredidas han vivido dentro de un círculo de violencia, en el cual, se ve afectada su autoestima debido a la violencia psicológica y emocional, tanto con sus familias de origen, así como con su compañero sentimental.

Además, refieren que estas vivencias han afectado el proyecto de vida de estas mujeres, el cual a su vez, se les ha limitado debido a su condición física; esta situación afecta directamente el sentir de ellas, puesto que les genera un sentimiento de frustración y fracaso, lo que les hace tener limitaciones para la toma de decisiones y para el control de sus vidas.

Asimismo, debido a la violencia psicológica vivida por estas mujeres, ello les ha provocado otro tipo de discapacidad además de la que poseen debido a la lesión medular, la cual se asocia con la discapacidad psicológica, generando desmotivación e incapacidad para conseguir objetivos, confusiones afectivas y cambios de humor, entre otros; este problema revela un problema por parte de estas, al no lograr desarrollar adecuadamente su inteligencia emocional, ya que esto les dificulta su desarrollo personal.

También se encuentra el estudio de **Solís** (1995), el cual implementa el uso del inventario Meadw-Kendall Adaptado (SEIA-A) el cual ha sido creado para estudiantes con discapacidad auditiva de preescolar; en este trabajo evalúa el desarrollo socioemocional de los niños y niñas; dicha investigación revela que los principales retardos a nivel social que sufren, se deben a la sobreprotección que reciben por parte de sus progenitores, además, plantea que las conductas de temor e inseguridad se relacionan con el nivel de madurez o

desarrollo emocional y personal del niño y la niña.

Agrega que las conductas sociales comunicativas y el logro de metas reflejan en gran medida el nivel de madurez, expresado en los y las estudiantes con un mejor ajuste psico-emocional en general. En el área social, con referencia a la sociabilidad, se afirma que el niño y niña con sordera mejorará su proceso de interacción con lo demás, en la medida en que el aprendizaje le permita perfeccionar sus estrategias de comunicación para con las demás personas.

Igualmente, se encuentra la tesis de **Ballester y Vega (2001)**. En dicho estudio sobre personas con discapacidad y las estrategias que utilizan para incorporarse en procesos productivos, plantean que las personas se incorporan laboralmente mediante experiencias que conjugan tanto factores protectores como de riesgo, centrándose en cuatro redes: las instituciones públicas, la comunidad, el contexto laboral y la familia.

Expresan que la incorporación laboral de las personas con discapacidad es la culminación de un proceso en el que antecede la intervención de instituciones en aspectos tales como rehabilitación física, educación, formación, desarrollo físico y aspectos relacionados con la inteligencia emocional.

Refieren que existe un débil nivel de conciencia, sensibilización e información, dentro del contexto comunal; en este no consideran que la discapacidad sea un asunto que involucre a todos los ciudadanos y ciudadanas, lo que coloca a dicha población en una condición de vulnerabilidad física, psicológica, social y emocional, ya que se les limita la posibilidad de ejercer sus derechos y de disfrutar de oportunidades a nivel económico, cultural, social y político en una condición de igualdad y equidad.

Finalmente, dichas autoras recalcan la necesidad de formar redes sociales que les brinden apoyo en el proceso de desarrollo en áreas psicológicas, sociales y emocionales. Además, consideran que la familia constituye un elemento fundamental de la red de apoyo, ya que dichos núcleos se caracterizan por comportarse de una forma muy particular, en

beneficio de la persona.

De este modo, se evidencia la escasa investigación relacionada con la aplicación y desarrollo de la educación emocional, pues al tiempo que esta no se encuentra relacionada con la población de personas con amputación traumática, sienta las bases de los efectos positivos que genera la educación emocional una vez que esta se desarrolla en la persona.

Al mismo tiempo, estos estudios revelan la importancia de la inteligencia emocional en las personas, ya que ayuda a fortalecerlas personalmente y en su interacción social en diversos los diversos espacios en que interactúan.

Además, en el caso en particular del estudio de Pérez y Valenciano (1996), dejan claro los efectos negativos que origina el desarrollo de escasos espacios para estimular la inteligencia emocional, desmotivando a la persona significativamente.

1.2.3. Política social y discapacidad

Es importante destacar los estudios relacionados con la política social y la población con discapacidad, ya que la política puede incidir en la creación de mecanismos que contribuyan con el desarrollo de la inteligencia emocional de estas personas y de su grupo de convivencia. Así, **González** (2001), en su análisis relacionado con la conceptualización social de la discapacidad, plantea que esta es un fenómeno social que ha estado presente a lo largo de la historia humana, caracterizada porque dicha población se valora como una minoría social excluida y vulnerable; por ello, el problema que rodea a la discapacidad es que la sociedad no ha logrado generar una concepción que responda a las cuestiones existenciales y sociales que enfrentan.

Así mismo, plantea que es necesario el diálogo entre las personas y las organizaciones para revisar las políticas sociales, las instituciones y los programas, con el fin de mejorarlos y difundir una nueva cultura social ante la discapacidad, lo cual contribuirá con los derechos existentes y la promoción de acciones afirmativas, entre otros.

Es por ello, que en la publicación de **Muñoscano** (2001), mediante su análisis de los instrumentos nacionales e internacionales para establecer la igualdad y equidad para las personas con discapacidad, se afirma que la dinámica de las políticas públicas responde a factores de orden político general, pero que esa dinámica depende de factores económicos y administrativos; por tanto, las políticas sociales se ven afectadas por estas prioridades del Estado, lo que provoca que el Estado de Bienestar se debata entre lo social útil y lo económicamente redituable.

Por otra parte, **Céspedes** (1997) señala en su análisis de la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ley 7600), que esta constituye el punto de partida legal que garantiza una verdadera equidad y accesibilidad para estas personas; a su vez, asevera que para Trabajo Social constituye una herramienta que ayudará a aquellos profesionales que trabajen con dicha población. Aunado a ello, dentro de sus principales conclusiones, señala que queda un largo camino por recorrer para que se pueda conseguir un verdadero crecimiento personal, emocional y psicológico, debido a ciertas limitaciones como:

- Familiares: algunas familias sobreprotegen, sienten vergüenza, e impotencia cuando tienen a una persona con discapacidad dentro del grupo familiar, por lo que no le permiten una verdadera inserción en la sociedad e incluso, incidiendo en actitud de la persona, limitándole su crecimiento integral como tal.
- Comunidad: la comunidad en muchos casos ejerce un rol de sobreprotección, rechazo o ignorancia, despreocupación por la problemática social, dando mayor relevancia a la búsqueda de soluciones de los problemas de infraestructura comunal, omitiendo lo referido al ámbito psicológico y emocional de la persona con discapacidad.
- Estado: todavía se da la existencia de funcionarios públicos con la mentalidad de considerar a la persona con discapacidad como “probrecito” o el “desvalido”, lo que hace que dicha población continúe siendo marginada por la sociedad, y le limite su crecimiento en áreas psicológicas, emocionales y personales.

Además, **Zúñiga** (2001) plantea que todas las medidas y acciones que se realicen para la integración y participación de las personas con discapacidad en la sociedad serán insuficientes si no van acompañadas de amplios planes de información, prevención y rehabilitación. A la vez, rescata que dicha población posee un deseo de superación, sin embargo, debido a la inequidad de oportunidades que se da para con ellos y ellas a causa de su condición física, su proceso de resiliencia y desarrollo emocional y psicológico se ven limitado.

En torno a dicho tema, **Vargas** (1997) señala en su análisis de la política para las personas con discapacidad, que se hace necesario que dicha población logre organizarse, para trabajar en procesos de planificación, ejecución y evaluación de servicios y acciones relacionadas con el tema de discapacidad, con el fin de incidir en cambios que contribuyan con su legitimación y desarrollo personal dentro de la realidad costarricense.

Es por ello que **Hirsch** (1997), en su estudio sobre el contexto histórico en el que se desarrolla la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, señala la necesidad de que la política logre aplicarse en su totalidad, pues de lo contrario se continuaría con una visión tradicional, entorpeciendo el proceso de crecimiento personal. Además, afirma que la política toma un abordaje innovador, en el cual pretende atender a las personas desde una visión integral, además agrega la necesidad de que los individuos involucrados se apropien de este aspecto.

También **Inzua** (2001) en su estudio sobre una conciencia histórica de la discapacidad, concluye en la necesidad de una política que establezca una legitimidad y equidad para que esta población pueda desarrollarse individualmente en plano económico, social, psicológico y emocional. Además, señala la necesidad de que esta sea transmitida a todos los espacios sociales con el fin de que las personas se apropien de dichos planteamientos y los apliquen, dando con ello una legitimidad y equidad para con dicha población.

A partir de las investigaciones expuestas en este punto, sobresale la necesidad de fortalecer las políticas sociales, con el fin de que estas promuevan espacios de participación y generen factores facilitadores para la población con discapacidad.

Además, el fortalecimiento de estas políticas contribuiría a espacios en los que sea posible desarrollar mecanismos para la educación emocional y el conocimiento de la inteligencia emocional de las personas, a la vez que estas puedan conocer y exigir sus derechos.

1.2.4. Instituciones y organizaciones relacionadas con el tema de discapacidad

En lo que respecta a la rehabilitación integral para las personas con discapacidad, ella se entiende como la aplicación de medios sociales en forma coordinada, para que se potencien los espacios de la salud, la familia, la sociedad. Además se consideran las necesidades psicológicas, las laborales y las emocionales, en la búsqueda de una vida productiva, por lo que es importante destacar los trabajos relacionados con esta área, para identificar aspectos particulares con respecto al tema.

Así, **Cascante y Fernández** (2000) estudian la relación de personas que poseen una lesión medular y los servicios de rehabilitación que se les brinda; aseveran que la atención integral para estas personas no se desarrolla como se plantea, puesto que no retoma componentes psicológicos, sociales, culturales y emocionales.

Además, mencionan una falla institucional relacionada con los espacios para la aclaración de dudas e incertidumbres generadas por la problemática, ausencia de mayor apoyo psicológico y emocional; incompreensión por parte de ciertos profesionales y una atención centrada en lo curativo y meramente físico, entre otros.

Asimismo, la atención institucional que se les brinda a estas personas, a pesar de ser interdisciplinaria, en realidad resulta fragmentada, ya que se visualiza una división en la formulación del concepto de ser humano dependiendo de la disciplina, conceptualizándolo entonces desde una óptica que no contempla la integralidad; por ello, concluyen que resulta

utópico considerar que es posible resolver los diversos problemas de estos individuos, sin considerar los múltiples factores mencionados.

En tanto, refieren que existe la necesidad de que las personas sean partícipes en la toma de decisiones y protagonistas de las acciones a realizar en su beneficio, para facilitar una mayor autonomía y una ampliación de sus oportunidades en el medio.

Es por ello que dichas autoras, aseveran que el bienestar biopsicosocial no existirá mientras el modelo de atención se centre en lo curativo o tratamiento físico, y se continúe restando importancia a componentes psicosociales, afectivos y emocionales; se afecta de esta manera la satisfacción plena de las necesidades y expectativas de esta población.

También, existe la necesidad de que esta población pueda organizarse, con el fin de crear alternativas viables para obtener un verdadero desarrollo integral, por ello **Rodríguez, Romero y Vargas** (2002) en su tesis sobre mujeres con discapacidad y sus procesos organizativos, plantean que estas personas se encuentran sometidas a una doble discriminación, debido al modelo patriarcal y a su la discapacidad.

Agregan que el acceso a procesos organizativos es limitado, y eso promueve inequidad en los servicios de educación, salud y formas de remuneración económicamente justas. Aunado a ello, revelan que estas mujeres presentan en su mayoría, ausencia o escasos recursos económicos, logísticos, dificultades de transporte, así como situaciones que impiden satisfacer sus demandas tanto individuales como colectivas en áreas emocionales y psicológicas.

Por su parte, **Badilla, Herrera y Vargas** (2003) en su estudio sobre los centros ocupacionales de atención a personas con discapacidad y la satisfacción de sus necesidades, plantean que las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) son concebidas como una fortaleza, ya que brindan un espacio para la socialización, recreación y expresión emocional. Pero, dentro de estas organizaciones, se revelan debilidades relacionadas con los bajos ingresos económicos, lo que hace que se realicen actividades monótonas, y que

haya pocos y pocas profesionales especializadas.

Se plantea que uno de los mayores retos de dichas instituciones, se centra en generar el desarrollo de una vida independiente; pero afirman que este objetivo se da lentamente, pues se relaciona con el traslado y movilidad por sí mismos, administración de su propio dinero y la capacidad para desarrollar diversas habilidades sociales.

Finalmente, **Castillo** (1997) en su análisis sobre la rehabilitación integral de la persona con discapacidad, apunta a la necesidad de una mayor participación social de estos individuos, ya que esta constituye una alternativa para el logro de verdaderos objetivos individuales y sociales. Así, concluye que se deben hacer cambios en los actuales programas de rehabilitación, para permitir una mayor participación de estas personas, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Las investigaciones relacionadas con este tema dejan entrever que el foco de atención e intervención institucional se encuentra centrado con el proceso rehabilitativo en el ámbito físico. Así, se encuentran entre sus conclusiones el escaso abordaje de las temáticas relacionadas con los ámbitos emocionales y sociales de las personas con discapacidad.

Además, se plantean espacios insuficientes para que las personas con discapacidad puedan dar sus opiniones o brindar aportes a los procesos de intervención institucionales, obstaculizando la participación de estas personas en dichos procesos.

1.2.5. Discapacidad y Relaciones Sociales

Es importante destacar las relaciones sociales que tienen las personas con discapacidad, ya que desde la perspectiva de la inteligencia emocional, estas constituyen un factor de importancia para su desarrollo social y emocional. Es por ello que, se puede destacar el trabajo desarrollado por **Rojas y Villalobos** (1995) quienes plantean que la discapacidad provoca un impacto psicosocial en todo el sistema familiar produciendo

alteraciones significativas.

Además, dentro de sus principales hallazgos, se destaca que las familias presentan una falta de aceptación de la condición de discapacidad del familiar, lo que genera inadaptación e inadecuación de los diferentes miembros en los distintos subsistemas, como su pareja, hijos e hijas.

En otra investigación, el trabajo desarrollado por **Castro** (1995) con jóvenes con distrofia muscular, revela que la discapacidad limita y transforma la cotidianidad y desarrollo biopsicosocial, alterando la relación que establecen con su entorno físico y social inmediato, dificultando de este modo la aceptación de la imagen corporal. Aunado a ello, señala que la discapacidad limita las posibilidades de acceso y desempeño en áreas como el entretenimiento y la escolaridad, haciendo que la cotidianidad sea más sedentaria y se desarrolle principalmente en el hogar.

También añade que las personas que han sufrido una discapacidad se aíslan, cortando con ello sus relaciones sociales, lo que dificulta el desarrollo y construcción de una actitud de resiliencia.

Mediante el presente apartado, se identifica que los antecedentes en torno al tema de investigación, se centran en diversos tipos de discapacidades, a excepción de las personas con amputación traumática; ello porque gran parte de ellas se relacionan con personas con lesión medular.

Por otro lado, los estudios que se relacionan con las emociones se enfocan en la identificación de la inteligencia emocional, pero no abordan el tema de la educación emocional, pese a que este tema contribuye en la aplicación y desarrollo de la inteligencia emocional.

Además, en el caso específico de Trabajo Social, existen escasos estudios relacionados con la inteligencia y educación emocional, siendo desde el área de psicología

donde más se aborda este tema.

En cuanto a antecedentes relacionados con las instituciones, estas se enfocan en las áreas abordadas por estos entes y en los procesos rehabilitativos que allí se generan para contribuir con las personas con discapacidad, reflejando a su vez, que estas intervenciones se centran en gran medida con la atención en el plano físico, social y psicológico, pero no se visualiza un abordaje en el plano emocional de los y las usuarios, pese a que este aspecto es de importancia para las personas que poseen una discapacidad.

A su vez, las investigaciones relacionadas con las relaciones sociales de las personas con discapacidad, se centran en la interacción de esta población con respecto a la interacción desarrollada en su sistema familiar, visualizando estas desde los diversos subsistemas (parental, conyugal y fraternal), pero no hacen un acercamiento a la interacción de la familia en torno a su dinámica comunal.

En conclusión, las investigaciones expuestas desde Trabajo Social, muestran que en materia de discapacidad, aún no se han desarrollado trabajos dirigidos a personas que han sufrido una amputación traumática, al tiempo que en otras ramas de las ciencias sociales no se han elaborado documentos relacionados con la educación emocional, aún cuando esta se encuentra relacionada con las interacciones sociales y con el aspecto personal de las personas.

Además, en lo que concierne a Trabajo Social, aún no se han realizado estudios que aborden la práctica de la inteligencia emocional, con personas con discapacidad y por ello se espera que la presente propuesta contribuya con un abordaje innovador con respecto a dicha población, al promover el desarrollo de habilidades emocionales y sociales como parte de su proceso de superación y desarrollo personal y social.

De seguido, se presenta un cuadro resumen sobre los aspectos tratados en el estado de cuestión.

Cuadro Resumen 1

Síntesis del Estado de la Cuestión

Tema	Autor	Nombre del documento	Documento
Inteligencia emocional	Gardner	Las inteligencias múltiples (1983)	Texto
	Mayer y Salovey	¿Qué es la inteligencia emocional? (1990)	Texto
	Goleman	Inteligencia emocional (1995)	Texto
Discapacidad e inteligencia emocional	Casas	La inteligencia emocional (2003)	Artículo
	Cordero	Estudio exploratorio sobre la influencia de los factores físicos, psicológicos y familiares en la formación y desarrollo de la sexualidad en adolescentes con síndrome de down (2000)	Tesis
	Pérez y Valenciano	Violencia doméstica y discapacidad en la mujer (1996)	Tesis
	Solís	Adaptación y estandarización del inventario Meadow-Kendall de evaluación socio-emocional (SEAI) para estudiantes sordos de preescolar de las escuelas de enseñanza especial de Ministerio de Educación Pública (1995)	Tesis
	Ballesteros y	Estrategias que construyen y aprovechan las	Tesis

	Vega	personas con discapacidad física para incorporarse a procesos productivos (2001)	
Política social y discapacidad	González	Hacia una concepción social de la discapacidad (2001)	Artículo
	Muñoscano	Instrumentos nacionales e internacionales para establecer la igualdad y la equidad para las personas con discapacidad: un enfoque socioeducativo (2001)	Artículo
	Céspedes	Apreciaciones sobre la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1997)	Artículo
	Zúñiga	El primero de los derechos humanos de los discapacitados es no serlo. (2001)	Artículo
	Vargas	Ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1997)	Artículo
	Hisch	Contexto histórico, perspectiva y comentarios de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1997)	Artículo
	Inzua	Una conciencia histórica y la discapacidad (2001)	Artículo
Instituciones y organizaciones relacionadas con la discapacidad	Cascante y Fernández	La atención a las personas con discapacidad a causa de lesión medular traumática: un estudio psicosocial acerca de la perspectiva del usuario (a) y del personal especializado en los servicios de rehabilitación (2000)	Tesis
	Rodríguez y otros	Los procesos organizativos y las mujeres con discapacidad (2002)	Tesis

	Badilla y otros	Centros ocupacionales de atención a las personas con discapacidad y la satisfacción de las necesidades (2002)	Tesis
	Castillo	La rehabilitación integral de la persona con discapacidad. Revista de Ciencias Sociales (1997)	Tesis
Discapacidad y Relaciones Sociales	Rojas y Villalobos	Discapacidad y familia: estudio de casos sobre el impacto que tiene en la pareja los hijos y sobre el propio sujeto accidentado una discapacidad por accidente laboral y características de la dinámica familiar (1995)	Tesis
	Castro	Repercusiones psicosociales y formas de afrontamiento al estrés en adolescencia con espina bífida y con distrofia muscular progresiva de la consulta externa del Concejo Nacional de Rehabilitación (2002)	Tesis

1.3. Planteamiento del problema

El interés de esta investigación se centra en responder al problema:

¿Cómo enfrentar, desde la educación emocional, la inestabilidad emocional individual y familiar que origina una amputación traumática en personas que son atendidas en INS-Salud?

Lo anterior implica que la discapacidad crea dificultad en la persona; en concreto, si se adquiere de una forma inesperada, resulta estresante y dolorosa; causa con ello una gran inestabilidad emocional en la persona y en su familia; en especial, si esta involucra una pérdida o disminución en sus actividades ya que como asevera Rojas y Villalobos (1995) se ven afectadas áreas relacionadas con funcionamiento, interacción social, trabajo, pareja, amigos y espacios de participación, como lo es el caso específico de personas que han sufrido una amputación traumática.

Además, se ha reconocido que la amputación traumática posee serias repercusiones a nivel físico, social, psicológico y emocional, por lo que se plantea que estas personas, deben recibir una atención integral, lo que implica desarrollar una intervención que involucre las áreas físicas, psicológicas, sociales, culturales, espirituales y emocionales del individuo y su familia.

Por ello, autores como Cascante y Fernández (2000), destacan que la atención a nivel institucional no ha sido realmente integral y, por el contrario, se ha centrado principalmente en el área física de la persona.

Asimismo, se encuentra en el contexto nacional, la existencia de mecanismos legales para con dicha población, tales como la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ley 7600), la cual se centra principalmente en el ámbito social y ambiental, al instar a la sociedad a generar diversas estrategias para que esta población pueda tener una mayor accesibilidad.

Se puede decir que esta ley (7600) según el análisis desarrollado por Céspedes (1996), aún no ha incorporado el ámbito emocional, por lo cual se hace necesario que este se incluya dentro de la atención integral, en las diversas instituciones que desarrollan procesos de atención con dicha población.

De este modo, tal y como afirma Castillo (2006), el equipo interdisciplinario (medicina, psicología, trabajo social, entre otros) debe involucrar activamente a la persona que posee la discapacidad, la familia, la comunidad y la sociedad en general.

Asimismo, a nivel internacional se han formulado diversas políticas sociales que buscan romper con la visión tradicional de la discapacidad, en la que se supere el enfoque asistencialista y sobreprotector que predominó en el tratamiento brindado a esta población, el cual según la OMS (1992) limitaba el desarrollo psicológico y en especial el emocional, aumentando con ello la inestabilidad de la persona. Por el contrario, se trata de crear una nueva estrategia en la cual predomine la autonomía, equidad, equiparación de oportunidades y accesibilidad al entorno, con el fin de que estas personas puedan superar las dificultades físicas, psicológicas, sociales y emocionales que trae consigo la discapacidad.

Sin embargo, se debe tener claro que estas estrategias se encuentran dando sus primeros pasos en el área institucional y social como hace referencia Vargas (1997), por lo cual existe una necesidad de construir mecanismos teórico-metodológicos que brinden las herramientas emocionales, que le permitan a estas personas, enfrentar la inestabilidad emocional y con ello hacer frente a las diversas limitaciones existentes en el contexto, además, estas deben involucrar a la familia, la comunidad y la sociedad.

Por lo tanto, interesa investigar la intervención desarrollada por Trabajo Social en torno a estas personas, la caracterización que ha construido, la conceptualización que ha desarrollado la familia y de la persona con respecto a la discapacidad y la relación que

posee esta población con su espacio comunal.

Ello, porque este estudio plantea dar respuesta a diversas interrogantes que emanan del problema principal, tales como:

- ¿Cuáles son los fundamentos teóricos utilizados por Trabajo Social en la intervención con las personas con amputación traumática?
- ¿Qué metodología desde Trabajo Social se ofrece a dicha población desde INS-Salud?
- ¿Qué variables de la inteligencia emocional contribuyen más a enfrentar la inestabilidad emocional individual y familiar?
- ¿Qué relevancia tiene la familia frente a la crisis emocional de la persona con discapacidad?
- ¿Cómo puede aplicarse la educación emocional en la intervención de Trabajo Social?

De este modo, al dar respuesta a estas incógnitas, permitirá no sólo conocer la atención que se brinda a esta población, sino también, plantear un innovador proceso de atención, desde el Trabajo Social que contribuya con el desarrollo integral de dichas personas; necesario para enfrentar las emociones propias originadas por la amputación traumática.

1.4. Delimitación del objeto de investigación

El objeto de esta investigación se centra en la educación emocional y en los efectos emocionales generados en las personas junto a sus familias, que han sufrido una amputación traumática y son atendidas en INS-Salud; y que además, se encuentran amparadas por el seguro de riesgos del trabajo (RT), ya que este garantiza a los individuos, una atención de por vida en la institución según la magnitud de la discapacidad, en las áreas de atención médica, social y psicológica.

Así, la presencia de una amputación traumática ocasionará transformaciones emocionales en la persona que sufre esta discapacidad y en el sistema familiar del cual forma parte, de tal manera que le concierne a esta investigación identificar el impacto social que sufren estas personas y como estas transformaciones repercuten en el ámbito emocional.

A su vez, esta y otras experiencias vividas por las personas provocan cambios emocionales, los cuales estarán condicionados por la interacción que tengan con otros individuos y los espacios sociales en que esta se desenvuelva, ya que estos aspectos influyen directamente en los efectos emocionales generados.

En torno a Trabajo Social, este brinda atención mediante diversas dimensiones de intervención (socioterapéutica, socioeducativa y asistencial) que serán desarrolladas más adelante, las cuales interesa conocer, con el fin de introducir mecanismos para manejar los efectos emocionales producto de la discapacidad, mediante la aplicación de la educación emocional.

Asimismo, los elementos anteriormente mencionados son propios de la educación emocional y mediante este enfoque pueden identificarse en los sujetos participantes el presente objeto de investigación.

Además, continuando con el tema en cuestión, se debe entender que antes de delimitar propiamente el contexto de INS-Salud, es importante describir el desarrollo organizacional del INS como institución matriz.

1.4.1. Instituto Nacional de Seguros (INS) e INS-Salud

El Instituto Nacional de Seguros (INS), constituye según Castillo (2006), una institución autónoma del Estado costarricense. Tal institución, centra su quehacer dentro de las políticas de *Seguridad Social*; ello porque hoy día posee el monopolio de los seguros (aunque en estos momentos se encuentra en proceso de apertura), tanto a nivel privado como público.

Esta institución posee como visión, ser “un grupo de Seguros y Finanzas, líder en Centroamérica y el Caribe para lograr la satisfacción de las necesidades del cliente” (Chacón, 1999, p. 12); y como misión “satisfacer las necesidades de protección, prevención y seguridad financiera de la sociedad, en sus personas y patrimonio mediante programas de Seguros y Servicios Financieros” (Chacón, 1999, 12); ambas concepciones a su vez, son acogidas propiamente por INS-Salud.

Además, la institución se encuentra bajo un modelo administrativo burocrático, el cual busca la racionalidad y especificidad de los servicios de la organización, de sus funciones y de los empleados que dentro de ella se encuentran; así mismo, el INS cuenta con diversas sucursales ubicadas a todo lo largo y ancho del territorio nacional, con el fin de satisfacer a la población del territorio nacional en el campo de los seguros.

También, el INS forma parte de las principales instituciones del sector salud, junto con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Planificación, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados y la Caja Costarricense del Seguro Social. Además, al poseer dicho ente el monopolio de seguros, hace que sea una de las instituciones públicas que percibe actualmente mayores ingresos económicos, siendo de este modo una de las entidades más rentables para el Estado.

Dicha institución, refiere Chacón (1999), posee otra serie de ventajas que se derivan de ser una entidad estatal, como es el brindar su servicio a un menor costo y garantizar la cobertura a nivel nacional, aunque en un futuro se proyectará internacionalmente y no se limitará únicamente al servicio de seguros meramente comerciales; por el contrario, ampliará su cobertura por medio de los seguros solidarios, con el fin de cubrir las diversas necesidades de la población en general.

Además, asevera este autor que como parte de las prestaciones de la institución, se da el desarrollo de servicios médicos, para lo cual se estableció un “Centro de Traumatología y Ortopedia”, autorizado en 1976 por la Dirección de Seguros Solidarios, con el fin de centralizar los servicios propios de consulta externa y cirugía. Es a partir del establecimiento anteriormente planteado, que para el año 1980 se inicia la construcción de lo que se conoce hoy día como INS-Salud, que pasó a constituir un moderno y amplio complejo médico hospitalario, el cual fue finalizado para el año de 1999, fecha en que fue inaugurado el último módulo de este ente.

De este modo, nace INS-Salud el cual posee como principal objetivo:

“Garantizar un sistema de servicios de salud oportunos y de calidad, sustentado y orientado en los postulados de seguridad social, con capacidad de brindar atención médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación a las personas amparadas por los regímenes de Riesgos del Trabajo, Seguro Obligatorio de Automóviles y Riesgos diversos, mediante programas de prevención, promoción, rehabilitación y asistencia en salud” (INS, 1999, p. 1)

Dicho ente reúne en un mismo lugar todo lo necesario para que el individuo ingrese por consulta externa y desde este punto reciba toda la atención que se requiere en las distintas áreas, con el fin de reintegrarse adecuadamente a su vida social y laboral. De este modo, personas que sufren lesiones como consecuencia de accidentes laborales o de tránsito tienen un lugar especializado donde ser atendidas.

Así mismo, INS-Salud se encuentra conformado por 12 módulos, los cuales poseen un color característico que los diferencian unos de otros; por tal razón esta institución:

“es uno de los centro de traumatología que le permite al Instituto Nacional de Seguros estar a la vanguardia en el campo de la salud a nivel nacional e internacional, ya que el INS es la primera institución en el ámbito centroamericano que concentra en un solo lugar los servicios necesarios para un verdadera reinserción de las personas a su vida social, económica y laboral” (Castillo y Quesada, 2006, p. 7).

Aunado a ello, en INS-Salud las personas que ingresan por accidentes automovilísticos y laborales, cuentan con el servicio de más de 25 especialistas en el área de la salud, como por ejemplo: oftalmólogos, medicina laboral, foniatría, cirugía menor, cirugía reconstructiva, medicina general, dermatología, psiquiatría, farmacia, enfermería, transporte, radiología, fisioterapia, terapia de voz, terapia ocupacional, psicología y trabajo social. Son “las más demandadas ortopedia, fisiatría y neurocirugía” (Castillo y Quesada, 2005, p. 7).

También, esta institución cuenta con clínicas dentro de las que se pueden mencionar la de reinserción laboral, compra de equipo ortopédico, neurotrauma y protésica, las cuales, están integradas por equipos de trabajo de diferentes disciplinas del área de la salud, como son: trabajo social, terapia de lenguaje, terapia física, terapia ocupacional, prótesisistas, fisiatría, y psicología.

Lo que se refiere específicamente a la clínica de prótesis y ortesis, atiende principalmente a aquellas personas que han sufrido una amputación ya sea en uno o varios de sus miembros, en tal clínica se “brinda el equipo necesario a los usuarios del servicio, entrena a los mismos en el manejo del equipo otorgado y se da el seguimiento en los casos que lo amerita dentro y fuera del centro hospitalario” (Castillo y Quesada, 2006, p. 8).

Ahí también, son tratadas todas las personas que sean referidas por los diversos profesionales en el área de la salud de la institución, abarcando diversos ámbitos, como son el laboral, el social, el psicológico, el familiar, el económico, con el fin de brindarle a las personas, recomendaciones en cualquier especialidad según sean sus requerimientos.

Aunado a ello, se da el desarrollo de un grupo de apoyo terapéutico según la situación que se trate y se desarrolle, el cual se encuentra a cargo de trabajo social y psicología; en este se busca que las personas que poseen una discapacidad a causa de una amputación, logren expresar sus experiencias, pensamientos y emociones. Dicho espacio pasa a constituir uno de los más significativos dentro de la institución, ya que en este pueden manifestar sus emociones y encontrar apoyo por parte de otras personas que han pasado por situaciones similares.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general

Analizar, desde las categorías de la inteligencia emocional, las formas de enfrentar la inestabilidad emocional y familiar de las personas con una amputación traumática atendidas en INS-Salud, para establecer una relación con Trabajo Social y la educación emocional.

1.5.1.1 Objetivos específicos

- Analizar el impacto que genera una amputación traumática a nivel individual, familiar y su contexto comunal.
- Caracterizar las dimensiones en la intervención de trabajo social que se emplea en el trabajo con personas con discapacidad en INS-Salud.
- Identificar las principales áreas de la inteligencia emocional que podrían contribuir a enfrentar la inestabilidad emocional personal y familiar en los sujetos participantes.
- Formular una relación entre Trabajo Social y la educación emocional emocional, como parte de la atención integral en salud.

1.6. Metodología

1.6.1. Tipo de estudio

Esta investigación de enfoque cualitativo se caracteriza por ser de naturaleza descriptiva e interpretativa. Es descriptiva, por cuanto permite la reconstrucción de diversos componentes esenciales para la investigación, tales como los antecedentes relacionados con la temática de la discapacidad, las estrategias para superar los obstáculos que se presentan a causa de la amputación traumática y sobre aspectos relacionados con el desarrollo de la inteligencia emocional.

Así bien, Hill (2004) define el enfoque cualitativo como el medio investigativo por medio del cual se recaban las “formas de expresión” de cada uno de los sujetos participantes, dentro de los datos que interesan recabar desde este enfoque son: conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, recolectándolos con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento.

A su vez, esta investigación es interpretativa ya que este enfoque profundiza en el análisis del comportamiento y actitudes de las personas participantes, así como en las relaciones que establecen con el entorno, rescatando aspectos subjetivos tales como formas de pensar, ver, sentir y actuar con respecto a las situaciones de la vida cotidiana.

La investigación cualitativa, según Delgado (1999), define una serie de características, dentro de las que se encuentran:

- Defiende el uso de métodos cualitativos, el uso de técnicas de comprensión personal y de sentir y de interpretar.
- Se interesa por comparar la condición humana desde su propio marco de referencia.

- Tendencia a captar el significado de lo que acontece, su origen y sus cimientos.
- Orientado a descubrir, explorar, describir e inducir.
- Válida datos reales y profundos.
- Estudia casos aislados.
- Asume la a realidad dinámica.

Es por ello que las premisas ontológicas, epistemológicas y metodológicas que serán asumidas en el abordaje del tema en cuestión, corresponden a:

1.6.2. Premisa Ontológica

La persona con discapacidad será considerada desde una perspectiva sociocultural, sujeta de derechos como todo ciudadano y ciudadana, con habilidades y destrezas que la facultan para ser productiva en el ámbito social, político y económico; tiene su propia percepción de la realidad y la construye a partir de sus propias experiencias, valores, creencias y costumbres, las cuales están mediatizadas por su relación con el medio sociocultural en que se encuentran.

Así mismo, las personas con discapacidad son seres integrales, capaces de desarrollar diversas actividades productivas, las cuales forman parte de un contexto social, cultural y económico. Además, estos individuos forman parte de un universo cambiante, con diversidad de contextos que son a su vez complejos e históricamente determinados.

1.6.3. Premisa epistemológica

Esta premisa es entendida como la forma de producir conocimiento; en ellos los sujetos, así como el investigador, construyen su propia realidad, a partir de sus experiencias, intereses y condiciones de su contexto socioeconómico, político y cultural inmediato.

Por tanto, la comprensión de esa realidad está permeada por aspectos subjetivos propios del investigador y de los y las participantes, ya que el proceso de investigación, representa una construcción a partir de la relación sujeto/a-investigador, en la cual se transforman e influyen mutuamente.

1.6.4. Premisas metodológicas

Los procedimientos metódicos se derivan de los principios ontológicos y epistemológicos; por lo tanto, al considerar que la realidad es cambiante y con diversidad de contextos, se requiere el uso de estrategias de investigación cualitativas que faciliten el acercamiento a la población participante, a la vez que brindan la posibilidad de rescatar y profundizar en sus experiencias y percepciones, relacionadas con el tema de investigación.

De este modo, es necesaria la articulación de ambas estrategias, ya que estas permitirán conocer la pluralidad de escenarios existentes en la realidad social de estas personas, lo que facilitará el rescate de diversos aspectos subjetivos y simbólicos en los y las participantes, como características de la población que son viables conocer por medio de estrategias cualitativas.

Para ello, se recurrirá a diversas técnicas de conversación y narración, con el fin de comprender y conocer el modo en que las personas participantes conciben, influyen y transforman su realidad.

A continuación se presentan los diversos momentos de lo que significará el proceso de investigación:

1.6.4.1. Primer momento: inserción institucional

Este inicia en el año 2005, momento en que inició la práctica académica institucional en el INS-Salud, de este modo se genera un acercamiento con los y las profesionales de dicha institución y con sus usuarios.

A su vez, durante la práctica se identificaron tres grandes poblaciones que reciben atención de este ente, siendo estas: las personas con trauma craneoencefálico, lesión medular y amputaciones traumáticas.

De las poblaciones mencionadas, esta última (personas con amputación traumática) fue con la que se generó una mayor inserción y empatía, mediante la participación en el “*grupo de familiares y personas con amputación traumática*”, los cuales se realizan el primer martes de cada mes.

De este modo, se produjo la inserción con las personas que poseen una amputación traumática producto de un accidente y sus respectivas familias, al tiempo que nació el interés por desarrollar la presente investigación.

1.6.4.2. Segundo momento: exploración teórica y Análisis documental

Como primer acercamiento al problema en cuestión, se ejecutó una exploración analítica de materiales documentales y bibliográficos, con el fin de rescatar los estudios y avances relacionados con el tema de la discapacidad y la educación emocional; ello para identificar la forma en que han sido abordadas dichas temáticas y de esta manera, reconstruir los enfoques, posicionamientos y hallazgos que han dado los diversos autores y autoras en relación con el tema en cuestión.

Los alcances obtenidos por medio de esta exploración, permitirán la reconstrucción de diversas estrategias, con el fin de alcanzar dos objetivos primordiales:

a. Captar la experiencia y aportes de informantes claves vinculados a la discapacidad y la

inteligencia emocional, así como conocer las experiencias de los (as) profesionales en trabajo social que laboran en INS-Salud.

- b. Formular diversas técnicas para rescatar las experiencias de personas con discapacidad y sus familias que han sufrido de inestabilidad emocional, con el fin de proponer estrategias para superarla mediante el enfoque de inteligencia emocional.

Lo anterior, con el fin de construir un modelo socioeducativo basado en la educación emocional, mediante los diversos hallazgos obtenidos de las técnicas aplicadas, para ser desarrollado con las personas con amputación traumática.

1.6.4.3. Tercer momento: selección de la población participante

Para la selección de la población, se eligieron los y las participantes del grupo de personas con amputación que se mantiene en INS-Salud. Como se señaló en el primer momento, se realizó una inserción participativa por un periodo de un año, mediante la práctica académica institucional desarrollada en el 2005.

Posteriormente, se construyeron los criterios de inclusión los cuales son:

- Hombres y mujeres de edades entre los 20 y 35 años que posean una discapacidad a causa de una amputación traumática, producto de un accidente laboral y cubiertos por el régimen de riesgo del trabajo (RT).
- Estar conviviendo con su pareja sentimental.
- Encontrarse en tratamiento, al menos, desde hace dos meses en INS-Salud por la discapacidad.

Seguidamente, se seleccionó una muestra por conveniencia de ocho personas de dicho grupo, mediante el apoyo del trabajador social del INS. Cabe destacar que al realizarse la inserción anteriormente mencionada, las personas mostraron anuencia inmediata para participar de la investigación.

Estas personas procedían de distintas partes del país y la amputación de diferentes partes del cuerpo siendo estas parcial o total. De las personas seleccionadas, dos participaron con el fin de probar los instrumentos del estudio, en tanto tres mujeres y tres hombres representaron a la muestra de la presente investigación.

Es importante mencionar que en el proceso de selección de la muestra, gran parte de los y las participantes no contaban con parejas sentimentales o hijos, por tal razón se modificó el criterio de inclusión en torno a convivir con su pareja sentimental e hijos (as), con el fin de que estos participaran del estudio y el único criterio de exclusión fue:

- Formar parte de un sistema familiar unipersonal.

1.6.4.4. Cuarto momento: elaboración de las técnicas y los instrumentos

Para la recolección de datos según Hill (2004) el investigador debe construir formas inclusivas para descubrir las visiones múltiples de los participantes y adoptar papeles más personales e interactivos con ellos.

Por lo anterior, en el proceso de investigación se elaboraron cuatro tipos de instrumentos cualitativos; estos son:

- Entrevista a profundidad para los sujetos de la investigación: dicha técnica se describe como:

“... flexible y dinámica, no directiva, no estructurada, no estandarizada... permite la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones... esta logra aprender de qué modo los informantes se ven a sí mismos y a su mundo, obteniendo a veces una narración precisa de acontecimientos pasados y de actividades presentes” (Álvarez, p.3, 2002)

Además se caracteriza porque:

- Los intereses de la investigación son claros y están bien definidos.
- Los escenarios y las personas no son accesibles de otro modo.
- La investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas
- El investigador quiere esclarecer una experiencia humana subjetiva

La entrevista se desarrolló mediante la confección de una guía a profundidad individual, cuyo objetivo era profundizar en la historia de vida de la persona con discapacidad y la inestabilidad emocional que ha sufrido a causa de aquella, así como identificar los factores emocionales, individuales, familiares e institucionales que han potenciado el desarrollo de la inteligencia emocional de estas personas y de sus familias.

- Entrevista a profundidad para los familiares: se realizó esta técnica mediante la elaboración de una guía de entrevista a profundidad, dirigida a las familias de las personas con discapacidad, con el fin de corroborar lo expresado por el primer participante, a la vez que se identifica lo vivido por estos individuos, concerniente a la inestabilidad emocional y la forma de afrontarlo.

- Entrevista a profundidad a los trabajadores y trabajadoras sociales de INS-Salud: se elaboró una entrevista a profundidad, dirigida a los y las profesionales en trabajo social con el fin de conocer criterios relacionados con la concepción de la discapacidad, el trabajo en equipo que realizan y el uso o no del enfoque de educación emocional en los procesos desarrollados.
- Observación participativa: dicha técnica: “*no se limita al sentido de la vista, implica todos los sentidos. Los pospropósitos esenciales de esta técnica son: a) exploran ambientes, contextos y subculturas, b) describir comunidades, c) comprender procesos d) identificar problemas y e) generar hipótesis para futuros estudios*” (Hill, 2004, p. 625)

Por tanto esta técnica se ejecutó mediante la elaboración de una guía de observación participante, que permitió captar diversas características de los y las participantes, a fin de identificar el desarrollo de las diversas variables concernientes a la inteligencia emocional, que les permitiesen superar la inestabilidad emocional generada por la amputación traumática.

1.6.4.5. Quinto Momento: Trabajo de campo

En esta etapa se inició el trabajo de campo, con base en la selección y negociación de las personas que participaron de la investigación según los criterios previamente establecidos.

Para acceder a esta población se contó con el apoyo del trabajador social de INS-Salud, con el fin de salvaguardar y respetar la integridad de las personas involucradas, al tiempo que se les facilitó a los participantes el consentimiento informado para que conocieran los intereses y aspectos a ahondar en la entrevista e investigación.

Previo a su ejecución, se procedió a probar las entrevistas con dos personas. Posteriormente, el investigador se trasladó a los lugares de residencia de cada uno de los involucrados e involucradas con su aprobación; así se recabó la información en torno a temas concernientes a su discapacidad, la inteligencia y educación emocional, al tiempo que se aplicaba la observación participativa, con el fin de alcanzar el logro de los objetivos.

Además, se llevaron a cabo cuatro entrevistas a profundidad a los trabajadores y trabajadoras sociales de INS-Salud, para recabar información en torno a la intervención inteligencia y educación emocional.

Simultáneamente a la ejecución de las técnicas, se realizó la transcripción y precodificación de la información obtenida, extrayendo las categorías de análisis de la inteligencia emocional fundamentales (ver marco teórico) para profundizar en la construcción teórica.

6.4.6 Sexto momento: análisis de los resultados obtenidos en el acercamiento a la población

En esta etapa se realizó el análisis de la información obtenida a través de la estrategia metodológica anteriormente mencionada, que permitió conocer la forma en que las personas con discapacidad hacen frente a la inestabilidad emocional que les produce su discapacidad.

Los resultados obtenidos a través de las técnicas fueron organizados por el investigador en una matriz que incluye la totalidad de la información transcrita, los apuntes y observaciones que se realizaron en el proceso (gestos y reacciones de los participantes) y la codificación de la información en las diversas categorías de análisis.

En este proceso de análisis de la información se consideraron “categorías previamente definidas, las cuales se construyeron con el conocimiento previo existente en la teoría y las emergentes en el proceso investigativo con los y las participantes” (Ballesteros y Vega, 2001, p. 96).

Mediante el ejercicio de la interpretación y análisis, se logró agrupar la información, establecer interrelaciones, comparaciones e identificar similitudes y particularidades que se presentaron en el trabajo de campo. Esto ha sido constante en la investigación, por cuanto puedan surgir nuevas interrogantes que pueden ser contestadas por los y las participantes; asimismo, paralelo a este ejercicio se registraron las nuevas ideas y/o hallazgos que emergieron de la lectura y organización de la información.

Además, en este proceso se realizaron ejercicios de triangulación de datos, ello porque al “investigar puede observar su propio material críticamente, testarlo, identificar sus debilidades y establecer dónde hay que realizar un testeo adicional e incrementar la confianza en sus propios hallazgos” (Álvarez, 2002, p. 8).

Al mismo tiempo, la triangulación de datos “permite una mayor riqueza y profundidad en los datos al provenir de diferentes actores del proceso y de distintas fuentes y, permitiendo de este modo entender en mayor medida el fenómeno determinado” (Hill, 2004, p 615), lo anterior por cuanto interesa articular e integrar el material provisto por la población participante, la teoría y los funcionarios y funcionarias de INS-Salud.

La triangulación de estas fuentes fortaleció el proceso de análisis, al integrar la percepción existente en tres ámbitos (percepción de la persona con discapacidad, sus familias y los y las profesionales en Trabajo Social de INS-Salud) sobre la construcción y aprovechamiento de estrategias para hacer frente a la inestabilidad emocional.

Capítulo 2

Marco teórico

2. Marco teórico-conceptual

El presente capítulo constituye el referente teórico de la investigación, propiamente en las áreas de la discapacidad, sus paradigmas, el impacto que ella genera en la familia y las características teóricas propias de personas que han sufrido una amputación traumática.

Además, se desarrollará al mismo tiempo, lo concerniente a la inteligencia emocional, sus variables, sus rudimentos y la educación emocional, los cuales son ejes fundamentales, ya que estos permitirán comprender la importancia que tienen para las personas que han sufrido una amputación traumática.

2.1 Discapacidad

Frente al tema de la discapacidad, se han propuesto diferentes paradigmas conceptuales para explicar y entender tal eventualidad y su funcionamiento. Esa variedad puede ser expresada en una dialéctica de "Modelo médico" frente a un "Modelo social".

El *modelo médico* considera la discapacidad como un problema personal directamente causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales.

De este modo, tal situación es comprendida en el área médico-legal, como “cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo” (Asamblea Legislativa, 1996, p. 7). Además, la Organización Mundial de la Salud (1992), considera que la discapacidad representa una restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, dentro del margen que es considerado normal para los seres humanos.

Por otro lado, el *modelo social* de la discapacidad considera el fenómeno principalmente como un problema creado socialmente y principalmente como una cuestión de la integración de las personas en la sociedad, donde la discapacidad no es un atributo de

la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social.

Es por esta razón, que para efectos de esta investigación, el concepto de discapacidad será entendido como un fenómeno social, ya que tal fenómeno “se presenta en todas las sociedades, debido a que las circunstancias que la ocasionan, son parte inminente de la naturaleza humana” (González, 2001, p. 5); esto, debido a las diversas enfermedades congénitas y ambientales, accidentes, guerras, pobreza y demás situaciones sociales, que han acompañado la historia de la humanidad, desde sus inicios.

Por otro lado, la discapacidad puede ser considerada como un hecho universal, en el que toda la población está en situación de riesgo; ello porque “no representa un atributo que diferencia una parte de la población de otra, sino que es una característica intrínseca de la población humana” (IMSERSO, p. 6, 2005).

De esto modo, al entender la discapacidad desde un modelo social, se entiende que varias de las dificultades de estar personas por salir adelante en sus vidas y por contar con ambientes facilitadores, se encontrarán directamente asociadas con la conciencia social existente en el contexto inmediato en que estas personas se desenvuelvan.

Además, desde esta perspectiva de la discapacidad, el Estado debe generar mecanismos que propicien una mayor participación mediante políticas sociales y legislaciones que promoverán espacios facilitadores para estas personas.

Asimismo, la sociedad tiene una preponderancia importante en torno al desenvolvimiento de estas personas, ya que desde esta se deben generar los facilitadores y mecanismos que propicien la participación activa de dicha población, generando un desenvolvimiento mayor al ya existente.

2.1.1. Discapacidad en la sociedad

Para el año 2003, la ONU estableció que la sociedad en sí misma es la responsable de brindar los espacios para que las personas con discapacidad puedan salir adelante, estableciendo que:

“La sociedad tiene una responsabilidad hacia las personas con discapacidad y sus familias. En este Día Internacional de la Familia, consagrémonos a permitir que la familia, la unidad más básica de la sociedad, cumpla el papel que le corresponde para asegurar que las personas con discapacidad gocen cabalmente de sus derechos humanos y de su dignidad, y alcancen su plenitud como individuos” (ONU, 2003)

Con lo anterior, se hace hincapié en la necesidad de que la sociedad y todos (as) quienes la integran accionen de tal manera que brinden las posibilidades necesarias para que todo individuo pueda salir adelante, sin importar si este posee o no alguna discapacidad.

De este modo, Echeverría (1998) plantea que las personas con discapacidad han atravesado diversas etapas evolutivas, donde han sufrido atrasos o avances, debido a las diversas costumbres culturales y eventos históricos.

Además, Inzua (2001) afirma que la comprensión del fenómeno histórico de la discapacidad, contribuye en la creación de una conciencia histórica que permitirá desarrollar mecanismos sociales que contrarresten los diversos obstáculos que estas personas han atravesado. Así bien, el papel que han desempeñado las personas con discapacidad, ha evolucionado a lo largo del tiempo como producto de la realidad política, cultural, social y económica de cualquier nación.

Es por ello, que Murillo (1992) explica:

“... el avance de las personas con discapacidad en el mundo, desde los tiempos primitivos, se ha debido a la evolución de las actividades sociales. Así mismo como el mejoramiento de la terminología y en la situación económica de las naciones”
(Murillo 1992, citada por Alvarado 2000, p. 19).

Un ejemplo claro de este cambio, se ve reflejado en la evolución de la comprensión de las personas con respecto a este tema, ya que para los años de 1940 a 1960, la visión que prevalece sobre la discapacidad, es la del **“paralítico”**, y la actitud apropiada hacia estas personas era la de brindarles apoyo médico. En tanto que, para el periodo comprendido de mediados de la décadas los años de 1960, se habla de **“rehabilitación y servicios de apoyo”**, asumiendo una actitud asistencialista frente a la discapacidad.

Lo anterior provocó que estas personas no tuvieran voz propia, y fueran los medios de comunicación los que les ayudaran a dar a conocer sus limitaciones, necesidades y realizaciones, aunque de un modo limitado. Muestra clara de ello en el ámbito nacional, lo ejemplifica Alvarado (2000) mediante las campañas publicitarias de FUCOPCI (Fundación Costarricense para Ciegos), en las cuales se proyectaba una imagen de las personas no videntes “como un ser perdido en su mundo oscuro, cuyo único contacto con el medio externo es un bastón, reduciendo la discapacidad a un problema de orientación y movilidad exclusivamente, fomentando la desigualdad de oportunidades” (Alvarado, 2000, p. 19-20).

Desde finales de la década de los noventa, los individuos con discapacidad se caracterizan por ser personas luchadoras, que se involucran cada vez más con su entorno, con el fin de alcanzar una mejor calidad de vida y una verdadera equidad de oportunidades y justicia social. Por ello, para comprender mejor este fenómeno, es necesario visualizar los diversos paradigmas con los que la humanidad ha asociado a la discapacidad y con ello, identificar los cambios sociales que esta población ha sufrido a través de la historia.

Comprendiendo de este modo, la importancia que juega la sociedad en torno al tema de la discapacidad, debe entenderse entonces que la discapacidad a lo largo de la historia ha atravesado por diversos paradigmas que hoy día se entremezclan potenciando o limitando la participación de esta población.

Con lo anterior, comprender como la sociedad ha visualizado a estas personas, ampliará el panorama para identificar diversas situaciones por las cuales la población con discapacidad cuenta con oportunidades para participar, o bien, con barreras para involucrarse en los procesos sociales.

2.1.1.1 Paradigmas de la discapacidad

Según Alvarado (2000), para los años 70 la revista “*Discapacidad y Sociedad*” desafía los planteamientos teóricos tradicionales sobre este tema, ya que para entonces los estudios sobre la discapacidad se enfocaban en tres áreas: la biología y medicina, la intervención terapéutica y la producción y entrega de servicios.

Lo anterior, porque en este tipo de abordamientos, esta temática era concebida como un problema individual, dejando de lado variables sociales, emocionales, políticas, económicas, culturales y éticas; es decir, que la discapacidad no se definía como un elemento social asociado a la salud.

En tanto, la perspectiva actual enfatiza en aspectos relacionados con la igualdad, diversidad, comunicación y justicia. Ello ha permitido una nueva reconceptualización, influenciando así dos aspectos importantes: los avances médicos y una mayor divulgación de los problemas sociales que enfrentan las personas con discapacidad.

Por lo anterior, es necesario comprender los diversos paradigmas relacionados con la discapacidad; son estos:

2.1.1.1.1 Paradigma tradicional

Este paradigma, se remonta al nacimiento del cristianismo, ya que es en este momento, cuando se terminan diversas prácticas injustas para con dicha población, como por ejemplo el despeñamiento de niños y niñas en la antigua Esparta de Licurgo, cuando estos y estas presentaban algún tipo de discapacidad.

En este paradigma, se consideran a las personas con discapacidad como objetos de lástima, incapaces de salir adelante por sus propios medios, y por tanto merecían la protección, tutela, caridad y asistencia de los demás.

Se caracteriza principalmente, por un esquema institucional que “promueve la caridad y el asistencialismo, entendiendo a la discapacidad como la “expresión de un mal” o “manifestación de lo sagrado”” (Alvarado, 2000, p. 15).

Dentro de los principales mitos que se promovían desde este paradigma, se encuentran:

- La discapacidad es una enfermedad en sí misma.
- La persona debe ser considerada como un niño que debe ser “asistido” y “protegido”.
- La persona es incapaz de vivir activa e independientemente.
- Debe darse una anulación de la sexualidad del individuo, debido a su condición física.

2.1.1.1.2 Paradigma de rehabilitación

Se desarrolla a finales de la segunda guerra mundial, ya que los países del norte de América se preocupan por el futuro laboral y la rehabilitación de los soldados que resultaron heridos de guerra.

Este paradigma, considera que el problema de la discapacidad proviene y se localiza en el individuo, debido a su deficiencia; por ello, la solución para estas personas, se encuentra en la intervención profesional, siendo el médico o médica el principal

protagonista del tratamiento. Dentro de los y las principales profesionales que participaban del proceso de rehabilitación junto al médico se encuentran: terapeutas físicos y educadores.

Asimismo, el rol de la persona con discapacidad es el de paciente o cliente de la asistencia médica, psicológica y social. Creando con ello una dependencia hacia los profesionales y familiares, propiciando en la gran mayoría de los casos un ambiente hostil y desfavorable para la persona con discapacidad

2.1.1.1.3. Paradigma de vida independiente o autonomía personal

Este paradigma hace su aparición en los años sesenta, producto de la guerra de Vietnam y la cantidad de soldados que regresaban a sus hogares con una discapacidad. Es por ello, que se da la necesidad de una nueva visión que busque la autodeterminación de estas personas, mediante la capacitación y orientación en temas relacionados con las oportunidades de acceso; todo con el fin de mejorar la calidad de vida, concibiendo esta como un derecho humano y contemplando a la persona con discapacidad como un igual, con el fin de eliminar las barreras sociales existentes.

Lo anterior, porque esta población constantemente se enfrenta a dificultades como: el rechazo social, la obtención de trabajo, condiciones de abandono, la victimización, los problemas de acceso al ambiente físico debido a barreras arquitectónicas, topográficas y de transporte. Es decir, que la sociedad ha creado condiciones contextuales discapacitantes, que perpetúan y fortalecen la visión tradicional de la discapacidad, impidiendo el desarrollo pleno de estas personas.

Es por ello que este paradigma contempla a esta población como:

- Personas integrales y por tanto sus esferas: físicas, espirituales, psicológicas, afectivas, emocionales y sociales, guardan la misma importancia y constituyen su integridad como ser humano, sexualidad, espiritualidad, accesibilidad, entre otras.
- Es un ser capaz de percibir, comprender, crear, amar, establecer relaciones,

transformarse y transformar la realidad.

- Un individuo activo, protagonista y responsable de su proceso de crecimiento y desarrollo dentro de la sociedad.
- Debe ser visto como un ser humano, con un quehacer social relacionado con la comunicabilidad, productividad y creatividad, a través de lo cuales se generan el arte, la cultura, la ciencia y la historia misma.

Por tanto, la atención institucional debe constituir un medio y no un fin, el cual tenga por objeto crear condiciones sociales, económicas, culturales, políticas, estructurales e ideológicas, que garanticen un medio social, que promueva y posibilite la autonomía y equiparación de oportunidades de esta población.

Al mismo tiempo, este estudio se encuentra centrado en el paradigma de vida independiente, ello porque este promueve el desarrollo de las personas con discapacidad y es el que genera las bases para la construcción de mecanismos facilitadores que promuevan el desarrollo y participación de esta población.

Además, conocer las percepciones sociales expresadas en los paradigmas; hace posible identificar las visiones percibidas por las personas con discapacidad, en torno a su familia, vecinos y comunidad.

2.1.2 Aportes de la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley 7600)

Como toda política social, es importante que esta ley promueva un proceso de cambio en el cual las personas, en este caso específico las personas que poseen algún tipo de discapacidad, puedan salir adelante con sus vidas y alcanzar las diversas metas que se planteen. De este modo, esta política social ha de promover según Vargas (1997):

- La igualdad de oportunidades
- Promover la capacitación individual y la capacidad de emprendimiento por medio de la

creación de oportunidades.

- Mejorar la calidad de vida con el aumento de la calidad de los servicios públicos.
- Racionalizar la acción pública con un enfoque integral orientado a las poblaciones vulnerables.
- Aumentar la participación ciudadana a través de acciones que fortalezcan la asociatividad y las organizaciones de la sociedad civil.

Con ello, es importante destacar en el caso específico de la ley 7600, ya que constituye una de las herramientas sociales y legales más importantes existentes en el contexto nacional, debido a que estimula condiciones de accesibilidad para la población con discapacidad.

Por tal planteamiento, en el caso de la ley para las personas con discapacidad promueve una transformación en diversos ámbitos, entre ellos:

- **Estado:** incluir en su accionar los principios de igualdad y eliminación de la discriminación para que todo gire en función de integrar a la persona con discapacidad en la sociedad, debe crear concienciación entre los ciudadanos con el objeto de procurar la participación de los ciudadanos con discapacidad en la toma de decisiones.
- **Educación:** ampliar la cobertura, ya que el acceso a la educación debe darse desde la educación temprana.
- **Trabajo:** darse capacitación, asesoramiento y adaptación de las condiciones laborales de las personas con discapacidad, para que se de una aceptación real y no la del tradicional “pobrecito”.
- **Salud:** darse la igualdad de condiciones, así como brindar la atención a la familia para romper con todos los “tabúes” o prejuicios acerca de la discapacidad.
- **Espacio físico y vivienda:** darse especificaciones técnicas reglamentarias para parques, aceras, edificios, servicios, sanitarios públicos y domiciliarias con el fin de que sean adecuadas para las personas con discapacidad.
- **Comunicación colectiva:** los sistemas de comunicación deben tener los requerimientos necesarios para las personas con discapacidad para que puedan crecer intelectualmente

y sentirse parte integral de la sociedad.

- **Finanzas:** se han de plantear medidas presupuestarias que les permita realizar adecuaciones infraestructurales y operativas en las distintas instituciones.
- **Legislación:** basada en principios humanos de igualdad de personas y la eliminación de la discriminación así como sanciones a aquellos individuos que ejecuten cualquier tipo de acción contra personas discapacitadas.

Es importante destacar que dicho mecanismo social no ahonda en áreas emocional y en realidad se centra en el ámbito socio-ambiental, promoviendo que la sociedad genere espacios de accesibilidad para dicha población.

Por ello, resulta importante que mediante otra serie de mecanismos profundicen en el aspecto emocional; para ello es necesario conocer una serie de características que forman parte de las personas que poseen en este caso una discapacidad a causa de una amputación traumática.

2.1.3 Amputación traumática

Debe comprenderse que en el caso específico de la amputación traumática, esta es entendida por Sandí (2002) como la pérdida parcial o total de uno o varios de los miembros del cuerpo, generalmente un dedo de la mano o del pie, o bien un brazo o una pierna; ello debido principalmente a un accidente automovilístico o laboral.

Esta pérdida provoca una serie de problemáticas físicas, sociales y emocionales en la persona que la ha sufrido y en su familia, las cuales ameritan un proceso mediante el cual se dé acompañamiento y orientación profesional en las diversas áreas que contribuyan con el crecimiento, cambio y transformación de la persona y su grupo familiar.

Igualmente, este autor asevera que la palabra “amputación” describe una condición del cuerpo y no al ser humano; “sin embargo, probablemente, cualquier individuo en esa circunstancia la ha empleado alguna vez en este sentido” (Sandí, 2002, p. 35).

Debe entenderse que el impacto de una amputación traumática, variará según la edad de la persona. Ello, producto del desarrollo cognitivo, ya que esto generará diferentes visiones de lo que es una amputación.

Lo anterior, porque en el caso de un niño, autores como Piaget (1984), plantean que durante el periodo preoperacional tiene un pensamiento al que se le dificultan las transformaciones. Esto se debe a que el pensamiento del niño es estático. Por tanto, puede tratar con cosas y situaciones fijas e inmóviles, pero no con procesos que implican cambios. No comprende las causas que anteceden a los efectos, ni tampoco la noción de secuencia.

En tanto, en el adulto según Erickson (1982), una vez que el individuo ingresa en la adolescencia, experimenta una serie de situaciones que modifican su forma de concebir el mundo y su realidad. Así debe entenderse que frente a estas percepciones de las personas, según su edad, la intervención profesional a desarrollarse será diferente y abarcará estrategias y mecanismos diferentes.

Sumado a ello, se presenta la existencia del llamado “**síndrome del miembro fantasma**”, el cual “se haya representado por sensaciones táctiles y kinestésicas y a veces por imágenes ópticas, que suelen adoptar la forma de la extremidad perdida” (Sánchez, 1992, p. 43).

Lo anterior se presenta, porque las personas se encuentran acostumbradas a tener un cuerpo completo y el “miembro fantasma” de una persona con amputación, es la reacción por parte de las “fuerzas emocionales, de un patrón perceptivo determinado” (Sánchez, 1992, p. 43). Sólo es posible comprender las diversas expresiones de un individuo en esta situación, cuando se consideran las reacciones emocionales y cognitivas de los sujetos ante sus propios cuerpos; este cuadro depende en gran medida de la situación vital de la persona.

Ante ello, las diversas situaciones y problemáticas que genera la amputación traumática conlleva a diversos cambios en la persona y su familia, por ello resulta importante plantear una serie de características que se presentan en las personas que poseen este tipo de discapacidad.

2.1.3.1 Características de las personas con Amputación Traumática

Las personas que sufren una amputación traumática acarrear consigo una serie de características, tanto físicas como sociales, las cuales pueden variar según la gravedad del accidente y de la parte del cuerpo afectada. Por ello estas no pueden ser pasadas por alto y corresponden a las siguientes áreas:

- *Lucha por la supervivencia:* Bartels (1988) plantea que “las personas traumáticamente lesionadas por un accidente se ven enfrentadas, por la incertidumbre entre la vida y la muerte” (Bartels, 1988, mencionado por Cascante, 2000, p. 47); ello, por la gravedad de las heridas que pueden sufrir, así como los posibles retrasos y complicaciones para salvaguardar la vida en el momento del accidente, evocan una situación amenazante de mortalidad.

- *Privación físicosensorial:* estas personas sufren un dramático descenso en los estímulos sensoriales y sociales mientras se encuentran bajo cuidados médicos, ya que se impide el paso de los estímulos familiares, induciendo al individuo a un estado de alienación, mediante la creación de mecanismos de autoprotección.

Dicho mecanismo da lugar a conductas de evitación, de retirada, o a una disociación emocional con su entorno.

- *Pérdida del control corporal:* dependiendo de la gravedad de la amputación, se puede producir “una situación estresante de dependencia forzada y desamparo físico, principalmente, en las personas adultas físicamente activas e independientes” (Cascante, 2000, p. 48).

Además, esto implica en ocasiones la pérdida o reducción de funciones esenciales y también la aparición de sensaciones fantasma. Esta situación incide en desórdenes en el control y orientación corporal, creando en gran cantidad de los casos, un estado de miedo y confusión.

- *Relaciones interpersonales:* las relaciones propiciadas por la convivencia familiar, las actividades laborales, intelectuales y recreativas, se ven interrumpidas abruptamente, cuando la persona sufre el accidente y es internada en el centro médico.

Lo anterior, hace que su espacio vital del individuo sea eliminado bruscamente,

dificultando con ello el apoyo emocional en primera instancia, así como la atención y afecto que las personas le pueden brindar. Posteriormente, provocará un mayor apoyo y respaldo emocional por parte de la familia, una vez que la se reintegre a esta.

- *Cambios en el papel desempeñado en la familia:* una de las situaciones más importantes, cuando una persona sufre una discapacidad, como es la amputación traumática, es el desarrollo de su papel en el sistema familiar, y el de las expectativas puestas en él o ella, ello porque “cuando se produce un discapacidad inesperada y la consiguiente hospitalización prolongada, tiene lugar típicamente un abrumador cambio de responsabilidades del (la) cónyuge y otros miembros de la familia” (Bartels, 1988, mencionado por Cascante, 2000, p. 48)
- *Tensiones sociales:* la amputación traumática puede generar determinadas tensiones sociales producto de ciertos problemas que se presentan, como la disminución de ingresos y dificultades en el cuidado de los hijos (as), por mencionar algunos.

Las tensiones financieras suelen incrementarse por el aumento de los gastos y la disminución de los ingresos, que implica el paro de labores remunerativas; estas tensiones contribuyen a limitar la capacidad para enfrentar la situación.

Además, el afrontamiento de las tensiones emocionales y ambientales por parte de las personas afectadas y de sus familias es variable, porque según Bartels (1988):

“... quienes disponen de menos recursos personales pueden necesitar apoyo emocional y asistencia profesional. La intervención del profesional de cuidados directos, que proporciona aliento emocional, se puede reforzar combinándolo con consultas con el trabajador (a) social para establecer una valoración completa y proporcionar las referencias apropiadas que pongan a la familia en relación con los recursos adicionales disponibles” (Bartels, 1988, mencionado por Cascante, 2000, p. 49)

Además, debe entenderse la diferencia que se presenta en la persona que sufre la amputación, durante el tiempo en que se encuentra internada, ello porque esta se

encontrará en un ambiente facilitador, por la capacitación del personal profesional que le atiende y ayuda en su proceso rehabilitativo y el cambio que vivirá al egreso de este centro, en especial si su familia no cuenta con una visión positiva de la discapacidad o con conocimientos básicos para su contención y apoyo.

Lo anterior implica que para minimizar en gran medida las tensiones sociales causadas por la discapacidad, es necesaria la intervención profesional, que contribuya con la construcción de mecanismos emocionales y sociales que le permitan a la persona y su familia hacer frente a las nuevas situaciones que se encuentran por vivir a causa de amputación traumática.

En conclusión, la persona que sufre una amputación traumática experimenta una serie de cambios, a nivel físico, emocional y social, entre otros, por lo que la forma como se desenvuelva en esta nueva situación, va a ser determinada fundamentalmente, por particularidades individuales, sin dejar de lado la influencia de su entorno y los recursos emocionales, sociales y económicos con que dispone.

Además, todos los cambios generados en estas personas afectan directamente su ámbito emocional, mediante situaciones positivas y negativas producto del accidente, generando que algunas aptitudes emocionales se vean desarrolladas o afectadas, como se abordará más adelante y generando un impacto en la persona, su familia y la interacción que esta tenga con su medio comunal.

2.1.4 Crisis en la persona por la amputación traumática

En el momento en que una persona sufre una amputación traumática, se genera una crisis, entendiendo esta como “un evento precipitante que conduce a una angustia subjetiva; donde fallan los métodos de enfrentamiento usuales, llevando a la persona en crisis a un nivel de funcionamiento psicológico, emocional y conductual más bajo del que presentaba antes del evento precipitante” (Kamel 1999, mencionado por Barahona, p. 8, 2001).

Al mismo tiempo, la crisis que se presenta en este caso es comprendida como una

crisis “**circunstancial**” o “**inesperada**” estas crisis “emergen con la ocurrencia de algún evento impredecible y extraordinario que no puede ser controlado por el individuo” (Barahona, p. 10, 2001).

Las fases que este tipo de crisis posee, según Caplan (1996) son:

- *Impacto*: hay una elevación como efecto inmediato de la situación externa que inicia las respuestas habituales del individuo para enfrentar el problema.
- *Rechazo o retroceso*: el enfrentamiento o la solución del problema se malogra, por lo que la persona se siente incapaz de abordar las circunstancias mientras que el impacto continuado del estresor fomenta el incremento de la tensión y los sentimientos de ineficacia.

Posterior a estas dos fases, pueden presentarse dos tipos de resoluciones, siendo estas:

- *Adaptación*: en cuanto la tensión aumenta, el individuo puede desarrollar estrategias de enfrentamiento, redefinir el problema y por lo tanto experimentar una reducción de la amenaza que le permite resolver la crisis.
- *Fallo en la adaptación*: en caso de no ocurrir una adaptación, la tensión aumenta hasta un punto en que fracasan los mecanismos adaptativos. Aumenta la posibilidad de síntomas crónicos como memorias traumáticas, indefensión o incapacidad para enfrentar situaciones nuevas, dependencia o una desorganización emocional grave.

Cabe mencionar que en el caso de que la persona no sea capaz de adaptarse a la crisis y por tanto entran en el “*fallo de la adaptación*”, ella e incluso su sistema familiar, necesitarán de la intervención de profesionales que contribuyan en la adaptación y ajuste psicosocial.

2.1.5 El papel de la familia en la discapacidad

A lo largo del tiempo, la familia se ha constituido en la unidad básica de la humanidad, ofreciendo un marco de apoyo emocional, económico y material, el cual es necesario para el crecimiento y desarrollo de sus miembros; de esta manera, la familia educa, forma y motiva a cada uno de sus miembros.

Además, los miembros de la familia son fundamentales en la socialización primaria de las personas; de ellos depende en gran medida el papel que la persona desempeñe en la sociedad. La familia “como primer ente socializador otorga al niño o a la niña su identidad y construye su primer mundo, el cual será la base para la socialización secundaria” (Berger y Luckman, 1976, mencionados por Cascante, 2000, p. 57).

Al mismo tiempo, en caso de que se dé algún tipo de discapacidad en uno de los integrantes de la familia, ya sea por nacimiento, a causa de una enfermedad o por un accidente, se deben enfrentar a una serie de cambios bruscos dentro de su organización.

A lo anterior, afirma Minuchin, mencionado por Cascante (2000), que la estructura familiar debe permitir oportunidades para el cambio de todos los miembros que la integran. El sistema familiar que funciona de forma efectiva es el que sufre transformaciones, adaptándose y reestructurándose para así continuar funcionando. Así bien, “en las relaciones familiares, cada miembro influye en la conducta de los otros y las crisis de un individuo causan una situación crítica a la familia en su totalidad” (Connell 1996, mencionado por Cascante, 2000, p. 58)

Es por ello, que para propiciar el cambio, Rolland (2000) destaca cuatro aspectos fundamentales a considerar, los cuales son:

1. Las pautas organizativas de la familia.
2. Los procesos de comunicación que se dan en los diversos subsistemas de la familia (parental, fraternal y conyugal).

3. Las pautas multigeneracionales y el ciclo de vida de la familia.
4. El sistema de creencias de la familia (por ejemplo, las construcciones de la realidad compartida y la visión de mundo).

Conjuntamente, se debe tomar en cuenta que en caso de una discapacidad a causa de una amputación traumática, implica lo que Boos (2001) llama una “pérdida ambigua”, en la cual asevera que la incertidumbre de la persona constituye el mayor temor, debido a que no posee una idea clara de su futuro como sujeto. Por lo que dicha autora afirma que el apoyo que reciban las personas con discapacidad influirá directamente con la aceptación de su condición física y superación de esa incertidumbre. Es por ello que, para lograr lo anterior, es necesario que la familia conozca y entienda la deficiencia de la persona con discapacidad, con el fin de disminuir ese temor y su nivel de inseguridad.

Asimismo, Villalobos mencionada por Cascante (2000), manifiesta que existen algunos factores que se ven afectados de manera directa en el sistema familiar, cuando de forma inesperada un miembro de la familia adquiere una discapacidad; son tales factores las siguientes:

- *Factor económico*: la condición económica de la familia se ve afectada drásticamente al haber un miembro con discapacidad, en especial si el individuo que sufre la amputación era el proveedor de la familia y producto del accidente deja de asumir dicho rol. Además, la persona debe recibir servicios especializados para los cuales se requiere de transporte, compra de equipo adecuado, alimentos diferentes y pago de consulta. Además, la condición económica se ve afectada aún más, cuando la persona con discapacidad es el jefe o jefa de familia, quien debido a tal situación no puede desempeñar la ocupación que tenía.
- *Cambios en los roles y de posición*: cuando un miembro de la familia adquiere una limitación, ello obliga a que los otros miembros cambien el rol y la posición que antes ocuparon en la organización familiar. Este cambio puede provocar desadaptación, desorganización, conflictos e inestabilidad, lo que en ocasiones hace necesaria la intervención de personas ajenas al grupo familiar

para que ayude a aclarar y enfrentar el conflicto.

- *Problemas de relación entre las personas que conforman el sistema familiar:* la presencia de personas con una discapacidad dentro del sistema familiar, puede ocasionar problemas tanto en la pareja, como en los hijos o hijas.

Por ello, en el subsistema conyugal, se enfrentarán sentimientos de angustia, depresión incluso culpabilidad; esto, según el tipo de discapacidad y la forma como la persona la adquirió.

Con respecto a los hijos, lo que corresponde al subsistema parental y fraternal, pueden verse afectados. Ello porque el padre y la madre llegan a centrar su atención en el niño (a) o la persona adulta que posee la discapacidad, generando de forma involuntaria, desatención y poco interés en el resto de los miembros de la familia.

- *Aislamiento:* una familia que posee un miembro con discapacidad tiende a aislarse debido al tiempo que debe invertir en obtener servicios y visitas constantes a especialistas y centros de rehabilitación. No obstante, se dan algunos casos de familias que desarrollan un aislamiento bastante dañino. Este se da de forma premeditada; ya que la familia evita el contacto con amigos y familiares externos por razones diversas.

Lo anterior, provoca un abandono de las actividades que se desarrollan fuera del hogar; este tipo de aislamiento, empeora la situación de la familia, ya que la encierra en su problema y la inhibe para la situación que enfrenta.

- *Recreación:* la presencia de un miembro de la familia con discapacidad puede generar el surgimiento de barreras mentales que impiden desarrollar actividades recreativas. Aunado a ello, aparecen estereotipos relacionadas con la temática de la discapacidad, como es el caso de “pensar que el viento, el sol, andar en carro, la natación y otras, afectan a la persona pues generalmente se asocia enfermedad con limitación” (Cascante, 2000, p. 60)

- *Estereotipos y actitudes sociales:* las actitudes que en ocasiones asume la comunidad con respecto a la persona con discapacidad (como por ejemplo lástima, rechazo o miedo), provocan de manera casi automática mecanismos de defensa en la familia. Esta situación puede inducirla a encerrarse en el problema y rechazar a técnicos, profesionales e incluso hasta el proceso de rehabilitación y atención integral. De igual manera, puede provocar que el sistema familiar evite contactos sociales que le permitan

relacionarse con su entorno.

A todo ello, la presencia de un miembro de la familia con discapacidad, obliga al sistema familiar a atravesar un proceso de ajuste social y emocional, del cual depende su aceptación. Es por esta razón, que en la medida en que la familia elabore y sea consiente de los sentimientos originados por las pérdidas y cambios sufridos, podrá brindar el soporte adecuado al miembro afectado, reforzando su autoestima positivamente y estimulando su autonomía.

De este modo, se debe destacar que el papel de la familia en la vida de una persona que sufre una discapacidad, constituye un pilar fundamental para su bienestar. Prueba de ello, lo manifiesta Cascante (2000) en su estudio, cuando una de las personas participantes de su investigación, comenta que: “nuestras lesiones no solamente nos causan pérdidas y dolor a nosotras, sino también a nuestras familias. Las reacciones de los miembros de nuestra familia pueden aportarnos mucho apoyo, pero también pueden producirnos mucho dolor”.

Por lo anterior, Rolland (2000) menciona que la rehabilitación integral debe convertir a la familia en un ente ejecutor y conecedor del tratamiento; asimismo identificar las condiciones en su interior permite que se dé una modificación de los roles y funciones asignadas a cada uno o una de sus integrantes, con el fin de lograr una adecuada recuperación y acomodo tanto por la persona afectada, como por la totalidad del sistema familiar.

A lo anterior, es importante destacar la existencia de un cambio en la estructura que se desarrolló en el interior del sistema familiar, ya que la aparición inesperada de un miembro de la familia con una discapacidad como lo es la amputación, obliga al sistema a generar un cambio.

2.1.5.1 Cambios en la estructura familiar a raíz de una discapacidad por amputación traumática

Es importante tomar en cuenta que las transacciones de la familia se concentra en siete dimensiones fundamentales, las cuales se modifican directamente al surgir una discapacidad inesperada en un miembro del sistema familiar, como por ejemplo una amputación traumática.

De este modo Minuchin (1980), las dimensiones según a tomar en cuenta en la familia son:

- *La estructura:* para ello, deben tomarse en cuenta las pautas transaccionales que utiliza la familia y las alternativas disponibles dadas su composición y contexto social. A su vez, se deben tomar en cuenta la jerarquía, los patrones de comunicación, la distribución de poder, reglas, mitos y creencias.

Lo anterior, porque se debe entender que los cambios en la composición de la estructura familiar serán inevitables al presentar una persona en el sistema familiar, sea este el padre, la madre o algunos de los hijos o hijas, una situación como la estudiada aquí.

- *La flexibilidad:* representa la capacidad de la familia para reestructurarse; esto en función de las alianzas y coaliciones, las modificaciones en la composición de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes o el cambio en el flujo de la comunicación.

Esta dimensión permite medir el potencial que posee la familia para cambiar y reorganizarse a medida que hace frente y satisface las necesidades o estímulos cambiantes.

- *La resonancia:* constituye la sensibilidad del sistema familiar ante las acciones y sentimientos individuales de los miembros, ello porque:

Todas las familias ocupan un lugar determinado en la escala de la resonancia que se extiende de extremo a extremo entre el

aglutamiento (extrema sensibilidad con muy bajo umbral para activar mecanismos de balance y estabilidad) y el desligamiento (sensibilidad tan reducida que el umbral de activación es demasiado alto). (Casas, p. 2, 2007)

Lo anterior, permite visualizar la permeabilidad de los límites y fronteras que existe entre los subsistemas familiares. Además, es importante juzgar estos comportamientos y actitudes dentro de un contexto cultural.

- *El contexto de la vida:* esta dimensión implica los diversos apoyos del sistema, es decir la “ecología de la familia”, lo que permite adquirir una percepción de las opciones que puede tener, dependiendo del caso específico.
- *El nivel de desarrollo:* representa el nivel en que se dan las interacciones de la familia, en torno a las edades de los miembros que la integran, los roles o papeles de cada uno o una y el ciclo vital familiar del sistema.
- *El rol que el paciente identificado juega en la familia:* la teoría de sistemas plantea que el paciente y sus síntomas juegan un papel específico en mantener la homeóstasis del sistema familiar, aún cuando esa homeóstasis sea disfuncional. Es por ello que en esta dimensión se debe evaluar cuán fuerte es este cometido en la manutención del síntoma y qué maniobras utiliza la familia para llevar este cometido a cabo.

Al respecto, existen tres actitudes indicativas de un compromiso fuerte para mantener el síntoma identificado por el sistema familiar: negatividad de la existencia de un paciente identificado, centralidad de este y sobreprotección de él y de sus síntomas.

- *Los patrones para resolución de conflicto:* todas las familias desarrollan patrones típicos de interacción para enfrentarse a los conflictos que pueden existir entre sus miembros.

Ante ello, según la teoría sistémica existen cinco estilos que identifican el uso de estos patrones:

- Negación: esta se presenta cuando la familia ignora totalmente el conflicto, asumiendo que este no existe, esto porque en términos generales se temen las consecuencias de confrontar el problema, por miedo o temor de que serios conflictos serios salgan a relucir.

- Evasión: en este caso, cuando se presenta algún conflicto, problema o situación inesperada, el sistema rápidamente se moviliza para deslizarse, los métodos que puede utilizar son: disminuir la importancia del conflicto disminuya, cambiar el tema, cambiar el tono afectivo (exagerándolo con el fin de alcanzar un plano irreal) o posponiéndolo.
- Difusión: este es el caso de las familias que se mueve de un conflicto a otro, sin encontrar una solución a ninguno de ellos; por tal razón en poco tiempo sus miembros están hablando de tres, cuatro y hasta cinco asuntos al mismo tiempo.
- Evolución sin resolución: algunas familias pueden permitir que no sólo el conflicto surja, “sino que los miembros se concentran en discutir sin desvíos, pero aún así nunca pueden llegar a una solución” (Casas, p. 6, 2007).
- Evolución con resolución: se aplica cuando la familia confronta el conflicto o problema existente en el sistema hasta lograr una resolución de él.

De este modo, el cambio que vive la persona que sufre una amputación traumática impacta a su familia generando cambios en la dinámica que obligarán a una reestructuración que les permita superar la crisis inesperada y hacer frente a los futuros cambios en su contexto inmediato.

Todos estos cambios propiciarán transformaciones emocionales en cada uno de los miembros, los cuales pueden promover las fortalezas de las personas o afectar sus aptitudes emocionales (tema que será abordado más adelante), razón por la que los cambios en la estructura familiar serán de gran importancia en el análisis de esta investigación.

2.2. Inteligencia emocional

En primera instancia, los aspectos con los que se encuentra relacionada la inteligencia emocional se hacen a partir de los planteamientos que realiza Gardner en 1983, quien al desarrollar su enfoque de inteligencias múltiples aporta las bases para el desarrollo de la inteligencia emocional, mediante la sexta y séptima inteligencia, es decir la interpersonal e intrapersonal.

Con lo anterior, se puede expresar que la inteligencia emocional hace su aparición mediante la propuesta teórica a partir de los lineamientos de Gardner, desarrollada por Mayer y Salovey, autores que para 1990 formulan por primera vez este concepto, el cual expresan, constituye un subconjunto de la inteligencia social, que se relaciona con el control de los sentimientos y emociones propias, así como el de los demás, para guiar nuestros pensamientos y nuestras emociones.

También se debe destacar que este término posee diversas concepciones, aunque una de las más aceptadas es la planteada por Goleman, quien afirma que es la capacidad de motivarse y persistir frente a las decepciones y con ello, “controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos emocionales disminuyan la capacidad de pensar; mostrar empatía y abrigar esperanza” (Goleman, 1996, p. 55).

Así mismo, Velasco (2000) define la emoción como una categoría determinada de las experiencias personales, para las que se utilizan las más dispares expresiones lingüísticas de amor, odio, ira, enojo, frustración, ansiedad, miedo, alegría, sorpresa, desagrado, entre otras. Así, las emociones constituyen un estado complejo, que incluye una percepción acentuada de una situación y un objeto, la apreciación de su atracción y repulsión consciente y una conducta de acercamiento o aversión.

Además, agrega que las emociones son en esencia, impulsos que nos llevan a actuar, es decir, programas de reacción automática, con los que nos ha dotado la evolución y que nos permiten afrontar situaciones verdaderamente difíciles, las cuales poseen un sistema de tres componentes:

1. *Perceptivo*: destinado a la detección de los estímulos elicidores; incluye elementos hereditarios, como es la predisposición a valorar el vacío, los lugares cerrados, los insectos o las serpientes..., como posibles situaciones peligrosas, y a veces, fruto de las experiencias, como puede ser el surgimiento de una fobia o la ansiedad a los exámenes.
2. *Motivacional*: encargado de impulsar, mantener y dirigir la conducta, gracias a su relación con el sistema hormonal. Un ejemplo claro de ello, se encuentra en el miedo,

el cual impulsa a la evitación.

3. *Conductual*: sistema que posee una triple manifestación: la reacción fisiológica perceptible, los pensamientos y las conductas manifiesta. Es el elemento más influido por las experiencias de aprendizaje previo y el medio cultural. Por ejemplo: la expresión de la pena en distintas culturas o el desarrollo de estrategias para evitar situaciones de prueba en el ámbito escolar, o bien, las fobias escolares.

Además, Goleman utiliza el término **emoción** para referirse a un “sentimiento y sus pensamientos característicos, a estados psicológicos y biológicos y a una variedad de tendencias a actuar” (Goleman, 1996, p. 331).

Aunado a ello, afirma que el coeficiente emocional (CE) puede ser más poderoso que el coeficiente intelectual (CI), ya que este último no se puede cambiar significativamente mediante la experiencia y la educación, mientras que las aptitudes emocionales básicas pueden ser aprendidas y mejoradas a lo largo de la vida.

Muestra de lo anterior se manifiesta mediante la investigación realizada por *The Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations* (El Consorcio para el Estudio de la Inteligencia Emocional en Organizaciones), ya que dentro de los resultados obtenidos, se revela que gran parte del cociente de éxito de las personas se debe principalmente a las aptitudes emocionales de los individuos, constituyendo el 80%, en tanto que el coeficiente intelectual representa el 20% del éxito.

Igualmente, dentro de estos factores emocionales que contribuyen el éxito personal, Salovey (1990) desarrolla cinco esferas, las cuales son:

- *El conocimiento de las propias emociones*: la habilidad de controlar sentimientos de un momento a otro resulta básico para la comprensión de cada individuo, ello porque las personas que tienen mayor certeza de lo que sienten, se guían mejor en su vida y se encuentran más capacitadas para tomar decisiones importantes.
- *El manejo de las emociones*: el manejo de los sentimientos es una capacidad que se

basa en la conciencia de cada individuo. Las personas que desarrollan esta capacidad pueden recuperarse con mayor rapidez de los reveses y trastornos de la vida.

- *La propia motivación*: constituye la capacidad de ordenar las emociones al servicio de un objetivo, con el fin de prestar atención para la automotivación, el dominio y la creatividad. Esta motivación sirve de base para toda clase de logros, ya que las personas en que se desarrolla, asevera Salovey (1990), suelen ser mucho más productivas y eficaces en cualquier tarea que emprenden.
- *El reconocimiento de las emociones de los demás*: se basa en la autoconciencia emocional, mejor conocida como la empatía. Esta es una habilidad fundamental en las personas. Los individuos que logran desarrollarla, se encuentran mejor adaptados a las sutiles señales sociales que indican lo que los demás necesitan o quieren.
- *El manejo las relaciones*: constituye el arte de relacionarse con los demás, y en gran medida, la habilidad de manejar las emociones de ellos. Las personas que han logrado desarrollar esta habilidad, logran un mayor desempeño en cualquier cosa que dependa de la interacción serena con otros individuos.

La expresión de las emociones y el desarrollo de la inteligencia emocional, potencia el crecimiento de la persona, pese a ello la inteligencia intelectual ha adquirido mayor preponderancia en la sociedad generando menos espacios para el desarrollo de la inteligencia emocional, impidiendo su identificación y fortalecimiento de esta inteligencia.

Por tanto, el conocimiento de la inteligencia emocional potenciará las relaciones interpersonales a la vez que contribuye con su desarrollo personal, con el fin de hacer frente a diversas situaciones que se presenten en la vida, como es el caso particular de una amputación traumática.

2.2.1 Rudimentos de la inteligencia emocional

La habilidad para compenetrarse, asevera Goleman (1996), es fundamental en la preservación de las relaciones íntimas, como por ejemplo el matrimonio, la amistad o las relaciones comerciales. Es por ello que Hach y Gardner (1990), citados por Goleman (1996), clasifican como componentes propios de la inteligencia emocional, para la compenetración:

- *La organización de grupo*: consiste en la habilidad de poseer la iniciativa de coordinar diversas redes sociales entre las personas.
- *La negociación de soluciones*: representa el talento del mediador. Esto implica la habilidad de arbitrar o mediar en una disputa, en relaciones de acuerdos, o bien, como diplomáticos.
- *La conexión personal*: es el talento de la empatía, el cual facilita la participación en un encuentro, o reconocer y responder adecuadamente a los sentimientos y preocupaciones de la gente.
- *El análisis social*: constituye la habilidad de demostrar comprensión con respecto a los sentimientos, los motivos y las preocupaciones de las personas, conduciendo fácilmente al sentido de la compenetración.

Todo lo anterior, se conjuga para alcanzar el éxito social, el cual según Alvarado, *“debe encontrarse emocionalmente equilibrado con las propias necesidades, es decir, no actuar bien sólo para que los demás estén satisfechos, sino estar en armonía con los propios deseos.”* (Alvarado, 2000, p. 43)

Por lo que en este caso, la inteligencia emocional y posteriormente la educación emocional contribuirán en el caso de las personas con discapacidad, en la construcción de mecanismos que les permitan superar a ellos y sus familias, la inestabilidad emocional generada por la amputación traumática.

Además, las personas que logran desarrollar estas habilidades, plantea Goleman (1996), son capaces de expresar los sentimientos colectivos tácitos y articularlos de manera tal que guíen al grupo hacia el logro de sus objetivos.

Aunada ello, autores como Steiner y Perry (1998) aseguran que para lograr un verdadero crecimiento y desarrollo de la inteligencia emocional, lo más recomendable es que la persona logre una adecuada educación emocional.

7.2.2 Características de las personas que poseen mayor desarrollo de la inteligencia emocional

Para Meyer, citado por Goleman (1996), las personas con un mayor desarrollo de la inteligencia emocional son emocionalmente capaces de ser independientes sin perder de vista sus limitaciones personales. Además poseen una salud psicológica y suelen tener una visión positiva de la vida. Esta cualidad les ayuda a manejar sus emociones, ya que cuando se logra mantener bajo control las emociones perturbadoras, se obtiene la clave para el bienestar emocional.

Lo anterior, porque en la vida de todos los seres humanos, se presentan emociones que generan decaimiento, pero también entusiasmo, por lo que es necesario que guarden equilibrio entre sí.

Además, se debe considerar que la presencia de una situación que haga decaer el estado de ánimo, no constituyen en sí, algo negativo en el desarrollo de la inteligencia emocional, para ello Goleman afirma que “es mucho lo que se puede decir a favor de la contribución que el sufrimiento hace en a la vida creativa y espiritual, el sufrimiento puede templar el alma” (Goleman, 1996, p. 79). Lo anterior, porque no se trata de que los individuos eviten los sentimientos desagradables para sentirse contentos, sino que los sentimientos tormentosos no pasen inadvertidos.

A todo ello se debe citar que para este autor, el desarrollo y fortalecimiento de la inteligencia emocional se da de formas diferentes en los seres humanos, para lo que plantea una serie de variables que se desarrollan en mayor y menor medida dependiendo del individuo.

2.2.3. Categorías de la inteligencia emocional (aptitudes emocionales)

Como se mencionó anteriormente, Goleman plantea la existencia de una serie de variables relacionadas con la inteligencia emocional, las cuales define como aptitudes emocionales; se desarrollan de distintos modos en las personas. Asimismo, dentro de estas variables, cabe rescatar que Simmons y Simmons (1998) contribuyen al respecto, agregando otra serie de aptitudes a las ya expuestas por Goleman.

Por ello, además de definir las aptitudes emocionales, se agregarán a estas las características que autores como Goleman o Simmon, consideran teóricamente propias de los individuos que no han logrado desarrollar tales aptitudes, ello porque esto permitirá ampliar el análisis y enriquecer el desarrollo del presente estudio.

Por tal razón, es de vital importancia retomar cada una de estas variables, que en su conjunto forman parte importante de la inteligencia emocional:

- Energía emocional: representa la energía de que dispone la persona para enfrentar el estrés, la frustración, los conflictos o la presión. Es aquella parte de la energía personal, que se utiliza para llevar a cabo los impulsos personales.

Es por ello que, si bien la energía personal y la emocional son semejantes para la mayoría de las personas, en el caso de ciertos individuos puede variar mucho. De este modo, Simmons (1998) plantea que una persona con poca energía física no tendrá una energía emocional elevada, ya que una es la base de la otra.

Lo anterior, porque la capacidad de una persona para enfrentarse al estrés, viene limitada por su energía física. Así, la energía emocional menciona este autor, es como una “batería”; ya que si se posee en abundancia, es posible ser activo y soportar mucho

estrés.

En tanto, entre las posibles dificultades de las personas con poca energía emocional, se encuentran:

- ◆ Suelen ser demasiado lentas y complacientes, lo que les impide desarrollar todas sus posibilidades.
 - ◆ Cuando se sienten cansadas, suelen rendir mal en las tareas y resentirse en otras áreas de la inteligencia emocional.
 - ◆ Se les dificulta recuperarse de un estrés elevado y es posible que eviten tratar con personas difíciles y en el caso de que lo hagan se agotan emocionalmente.
- Conciencia emocional: esta aptitud emocional representa en las personas, el saber cómo las emociones afectan su desempeño y desarrollo en los diversos espacios sociales en los que se desenvuelven, como por ejemplo en el trabajo, la familia y los amigos o amigas.

A su vez, este aspecto implica la capacidad de los individuos en la aplicación de valores para orientar la toma de decisiones, en los diversos ámbitos.

Por tanto, dentro de las principales debilidades de las personas que no han logrado desarrollar una conciencia emocional, se pueden mencionar:

- ◆ No conocen con claridad las emociones que experimentan y el porqué.
 - ◆ Se les dificulta percibir los vínculos entre sus sentimientos y lo que piensan, hacen y dicen.
 - ◆ No tienen claridad en sus valores y metas, por lo que en ocasiones no se guían por las propias, sino por la de los demás.
- Autoevaluación precisa: representa el mayor sentido y el más sincero de los límites y nuestros de los fuertes, al mismo tiempo, implica una visión clara de lo que se necesita mejorar.

Por lo anterior, esta aptitud conlleva a las personas a adquirir la capacidad de aprender de sus diversas experiencias para crecer como individuo y fortalecer el resto de sus aptitudes emocionales.

Es por ello que las personas que no logran desarrollar su autoevaluación, pueden tener dentro de sus principales debilidades:

- ◆ No conocen sus puntos fuertes y sus debilidades.
 - ◆ Son poco reflexivas y se les dificulta aprender de la experiencia.
 - ◆ Son poco abiertas a nuevas perspectivas, al aprendizaje constante y al desarrollo de sí mismas.
- Confianza en sí mismo: dicha aptitud se desprende del esfuerzo de los individuos, que proviene del conocimiento certero de las capacidades, valores e incluso de las metas que se encuentran en el interior de cada uno.

De este modo, las personas a las cuales se les dificulta desarrollar dicha habilidad, presentan situaciones como:

- ◆ Se muestran inseguras de sí mismas, por lo que suelen tener poca presencia.
 - ◆ Se les dificulta expresar sus propias opiniones.
 - ◆ Pueden ser poco decididas, por lo que no suelen tomar decisiones firmes, ya que se dejan llevar por las presiones e incertidumbres.
- Manejo del estrés: constituye el grado en que diversos sentimientos que se presentan en la persona, resultan incómodos, lo que provoca gran inquietud en el individuo. Este tipo de sentimientos, sean o no consientes, someten al cuerpo a cierto grado de tensión, y si estos resultan abundantes pueden afectar el rendimiento físico.

El estrés emocional no es rasgo único de la inteligencia emocional, ya que este es un sumario de diversos factores, tanto a nivel ambiental como personal, que inquietan o molestan en un momento dado a una persona y sus relaciones.

Por otro lado, dentro de las debilidades de las personas con un estrés emocional, se encuentran:

- ◆ Son demasiado complacientes, como para desarrollar todas sus posibilidades.
 - ◆ No se esfuerzan a hacer frente a las situaciones de estrés.
 - ◆ No cooperan con los demás.
 - ◆ Tratan de asumir más actividades de las que pueden hacer.
 - ◆ Tienden a los extremos.
 - ◆ Son sumamente perfeccionistas.
 - ◆ Tratan de establecer relaciones dominantes con quienes les rodean.
- Autocontrol: esta aptitud implica en las personas, según afirma Goleman, el poder “manejar efectivamente las emociones y los impulsos perjudiciales” (Goleman, 1999, p.111).

De este modo, los individuos pueden salir avantes, superando todas aquellas emociones que puedan obstaculizar el actuar, como es el caso de la timidez o miedo, por mencionar algunas.

Por tanto, dentro de las principales debilidades de las personas a las que se les dificulta tener un autocontrol, se encuentran:

- ◆ Se les dificulta manejar los sentimientos impulsivos y las emociones perturbadoras.
 - ◆ En momentos difíciles, les es fácil perder su positivismo y pueden ser perturbadas.
 - ◆ Piensan con poca claridad y pierden la concentración cuando son sometidas a presión.
- Confiabilidad: dicha actitud emocional representa en las personas el mecanismo por medio del cual son capaces de exhibir y manifestar la honradez e integridad ante quienes le rodean.

Dentro de sus principales dificultades se encuentran:

- ◆ Actúan en ocasiones contra la ética.

- ◆ Inspiran poca confianza por ser poco auténticas.
- ◆ Se les dificulta admitir sus propios errores.
- Escrupulosidad: implica en los individuos, según refiere Goleman, la responsabilidad en el cumplimiento de las diversas tareas y obligaciones que se presenten en cualquier momento.

De este modo, las personas aceptan su responsabilidad en cuanto a su desempeño personal. Por ello, los individuos con un bajo desarrollo de la escrupulosidad, tienen dentro de sus debilidades:

- ◆ No cumplen con todos sus compromisos o promesas.
- ◆ Se les dificulta ser responsables de sus propios objetivos.
- ◆ Son poco organizados y cuidadosos en sus objetivos y trabajos.
- Adaptabilidad: esta aptitud emocional, implica en los individuos según Goleman, la flexibilidad para manejar los diversos cambios y desafíos que se presentan a lo largo de su vida.

Es a partir de esta concepción de la adaptabilidad, que las personas con un bajo desarrollo de esta, tienen dentro de sus principales debilidades:

- ◆ No se esmeran en buscar y apropiarse de nuevas ideas.
- ◆ Se les dificulta encontrar o generar ideas y soluciones nuevas o creativas para resolver los problemas.
- ◆ No aceptan nuevos riesgos.
- Innovación: la presente actitud emocional implica que las personas se encuentren abiertas a nuevas ideas y enfoques novedosos. Para Goleman esto representa una formación importante que les permitirá salir adelante en todo aquello que se les presente en su vida.

Es por ello, que las personas que cuentan con poca innovación, poseen entre sus

debilidades:

- ◆ Son generalmente inflexibles en cuanto a la visión de los hechos.
 - ◆ Mantienen sus mismas reacciones y tácticas frente a diversas circunstancias cambiantes.
 - ◆ Se les obstaculiza manejar con desenvoltura exigencias múltiples, prioridades cambiantes y mudanzas rápidas.
- Motivación: constituye el deseo de mejorar o destacarse en todas aquellas situaciones que se presenten a lo largo de la vida, tanto a nivel individual como social.

Es por esta razón, que dentro de las debilidades que suelen tener las personas que poseen un bajo afán de triunfo, se encuentran:

- ◆ Temen fijarse metas difíciles o aceptar riesgos calculados.
 - ◆ Se les dificulta mejorar su desempeño, debido a la incertidumbre que esto puede llegar a generarles.
 - ◆ No generan suficientes mecanismos que permitan disminuir la incertidumbre, impidiendo en muchas ocasiones, hallar la manera de desempeñarse mejor.
- El control del mal genio (la ira): según afirma Goleman (1996), el mantener bajo control las emociones perturbadoras es la clave para el bienestar emocional, por lo cual es necesario que la persona guarde un equilibrio, no sólo con los sentimientos referentes al mal genio, sino con los de un alto nivel de euforia.

El dominar las emociones es una tarea absorbente, ya que “la mayor parte de lo que hacemos –sobre todo en nuestro tiempo libre– es un intento por dominar nuestros estados de ánimo” (Goleman, 1996, p. 79); por ello este autor plantea que el arte de la serenidad es una habilidad fundamental para la vida.

Además, Goleman (1996) refiere que las personas con un alto desarrollo de la inteligencia emocional, aprenden a serenarse tratándose a sí mismas del mismo modo que las han tratado aquellos individuos con los que se relacionan, lo que hace menos

vulnerables las perturbaciones del cerebro emocional.

Dentro de las dificultades de las personas con poco control de su ira, se encuentran:

- ◆ Les es difícil controlar su temperamento, sin importar el espacio social en que se encuentren.
 - ◆ Les es difícil controlar sus acciones y los comentarios que realizan una vez que se enfadan.
 - ◆ Pueden llegar a ofender a quienes se encuentran a su alrededor, en casos de llegar a niveles altos de ira.
- Autoestima: esta es la tendencia por medio de la cual la persona se valora y acepta a sí misma. Por ello, mide el grado en que el individuo se aprecia a sí mismo y la aceptación que se tienen de sí.

Simmons (1998) afirma que sólo una minoría de los miembros de la sociedad se encuentran en un grado adecuado de autoestima; ya que la mayoría de las personas se desarrollan sin recibir un grado adecuado de amor y afecto por parte de su padre y de su madre.

La consecuencia de lo anterior suele ser un escaso desarrollo de autoestima, aunque a veces produce una falsa sobreestimación de la propia valía.

Por otro lado, dentro de las dificultades de las personas con una baja autoestima, se encuentran:

- ◆ Pueden evitar relaciones con quienes las creen mejores que ellas y conformarse con relaciones de su mismo nivel.
- ◆ Pueden separarse de otras personas por sentir que estas las rechazarán.
- ◆ Les puede ser difícil creer que las demás las aprecien o se preocupen por ellas.
- ◆ Les cuesta creer que pueden introducir cambios personales en su inteligencia emocional.

- Responsabilidad: este es entendido como la tendencia de las personas por esforzarse y trabajar duro, para hacer las cosas y asumir las responsabilidades de lo que se encuentra realizando.

Constituye una variable de la inteligencia emocional que contribuye y permite medir la dedicación de una persona al cumplimiento de diversas tareas, ya sea en su trabajo, en su hogar, con su familia o a nivel personal.

Pero estas personas también pueden tener dificultades como:

- ◆ Trabajan sólo lo necesario para cubrir sus necesidades concretas.
 - ◆ Pueden considerar que las expectativas de los demás son pretenciosas.
 - ◆ Dificultan el proceso de cambios dentro de un grupo.
- Deseo de cambio: significa el grado en que a las personas les gusta el cambio en su entorno, en sus creencias, en su conducta, o bien en cualquier aspecto del interés de esta.

Para ello, es necesario que en el individuo exista un sentimiento de curiosidad, que le motive a descubrir nuevas cosas en su vida, con el fin de que esas sean puestas en práctica.

Por otro lado, dentro de las dificultades de las personas con una baja energía emocional, se encuentran:

- ◆ Se sienten angustiadas o desorientadas cuando deben efectuar un cambio.
 - ◆ No quieren señalar cambios que deban realizarse ni encargarse de implementar los cambios.
- Atención por los detalles: se refiere al grado en que las personas prestan atención a todo aquello que se encuentran haciendo. Esta variable de la inteligencia emocional indica, según Simmons (1998), el grado en que la persona aspira a la perfección en las tareas

que desarrolla.

Dicho autor asevera que la alta atención a los detalles es una característica personal importante dentro del desarrollo de la inteligencia emocional, ya que esta junto con el compromiso por el trabajo Representan en cada uno lo que se llama la “ética del trabajo” a un nivel personal.

Por otro lado, dentro de los puntos débiles de las personas con una baja atención por los detalles, se encuentran:

- ◆ Poseen períodos de atención y concentración cortos.
 - ◆ Pueden llegar a ser desorganizadas.
 - ◆ Tienden a actuar impulsivamente.
 - ◆ Les cuesta trabajo delegar tareas en otros, por temor a que no lo realicen bien.
 - ◆ Suele molestarles el que les interrumpan mientras realizan una tarea.
 - ◆ Tienden a adquirir una visión estrecha sobre la forma de realizar diversas actividades.
- Toma de decisión: es la tendencia de los seres humanos, a formarse opiniones en torno a una situación determinada en sus vidas; ello les permite marcarse objetivos y decidir el rumbo que han de seguir sus vidas, mediante la propia toma de decisiones, generando en sentimiento de independencia emocional.

De este modo, las personas a las cuales se les dificulta desarrollar su toma de decisión, presenta características como:

- ◆ Suelen estar inseguros de sus decisiones cuando ya las han tomado.
- ◆ Dependen más de los demás y de las ideas de estos.
- ◆ En espacios en los que no son escuchadas sus opiniones, esto puede generarles frustración.

- Perseverancia: representa la disposición que poseen ciertos individuos en torno a arriesgarse a daños, pérdidas e incluso incomodidades físicas y emocionales, con el fin de alcanzar una meta u objetivo deseado.

Dentro de las debilidades de las personas con una poca valentía, cabe mencionar:

- ◆ Pueden abandonar la actividad que realizaban con demasiada facilidad ante la adversidad y perderse oportunidades valiosas.
 - ◆ Pueden titubear demasiado antes de actuar, con la consecuencia de que rinden más despacio a la hora de alcanzar metas difíciles.
- Optimismo y iniciativa: para Goleman, ambas aptitudes emocionales son “gemelas que mueven a aprovechar las oportunidades y permiten aceptar con buen ánimo contratiempos y obstáculos” (Goleman, 1999, p. 147).

Por ello, a partir del planteamiento de este autor, se debe entender que las principales debilidades de las personas que no han logrado desarrollar estas habilidades emocionales, son:

- ◆ Dejan pasar oportunidades, por temor de poder fracasar.
 - ◆ Se les dificulta movilizarse a resto de las personas.
 - ◆ Suelen renunciar a metas u objetivos, debido a los diversos obstáculos o contratiempos que se les puedan presentar.
 - ◆ No operan en diversos espacios, por miedo al fracaso.
- Tolerancia: implica el grado de paciencia de los seres humanos, con respecto a aquellas cosas o personas que les causan algún tipo de molestia, o bien, el grado en que se encuentra dispuestas a relacionarse con otros.

Además, la persona tolerante no se enfada fácilmente con los demás, lo que ayuda al manejo de diversas emociones que le puedan resultar perturbadoras en alguna medida.

Así, las personas con una baja tolerancia, pueden tener dentro de sus posibles

dificultades:

- ◆ Enfadarse con mucha facilidad. Son susceptibles y tienen poca paciencia.
 - ◆ Se les dificulta perdonar a los demás, cuando estos les hacen algo que sienten les perjudica.
 - ◆ Pueden admitir conductas inadecuadas, incluso malos tratos y abandonos.
 - ◆ No manifiestan su irritación contra los demás cuando se dañan sus necesidades.
 - ◆ Estos individuos pueden ser permisivos en diversos espacios sociales en los que interactúen.
- Empatía: constituye el grado en que la persona es comprensiva, atenta, servicial y responsable. Para Goleman (1996), ser capaz de manejar las emociones de otro es la esencia del arte de mantener las relaciones. Cuando se posee esta habilidad social, se puede movilizar o inspirar a otros, prosperar en las relaciones íntimas, persuadir o influir y tranquilizar a los demás.

Este especialista destaca que cuanto más hábiles somos socialmente, mejor controlamos las señales que emitimos, ya que la forma como los seres humanos tienen para transmitir emociones, podrían explicarse como la imitación inconsciente de las emociones que se ven en otra persona, por medio de una mímica de la expresión facial, gestos, tono de voz y otras marcas no verbales de emoción.

Cacioppo (1992) citado por Goleman (1996), comenta que “el sólo hecho de ver que alguien expresa una emoción puede provocar ese estado de ánimo, tanto si uno se da cuenta o no de que imita la expresión facial” (p. 144); para ello, existe una sincronía emocional, que dependerá del grado de compenetración emocional que los individuos experimenten en un encuentro.

Además, un determinante de efectividad interpersonal constituye la habilidad con que las personas desarrollan su sincronía emocional, por ello, la gente que no logra percibir o transmitir emociones es propensa a tener problemas en sus relaciones, ya que los demás se sienten incómodos con este tipo de individuos sin saber por qué.

Por otro lado, las personas que no cuentan con empatía, pueden tener las siguientes dificultades:

- ◆ Se le dificulta establecer relaciones con otras personas.
 - ◆ Desconfían de aquellas personas con quienes comparten.
 - ◆ Se le dificulta expresar sus pensamientos y emociones
- Sociabilidad: la sociabilidad es la tendencia a conocer y relacionarse con otras personas, pasar un mayor tiempo hablando y orientarse en grupo. Tal situación implica que las raíces de la empatía pueden ser localizadas desde la infancia, principalmente cuando son bebés.

Ejemplo de lo anterior es planteado por Goleman (1996), mediante la mención de estudios realizados por investigadores del National Institute of Mental Health, donde los niños y niñas desarrollan más empatía cuando sus encargados les imparten disciplina y al ver cómo reaccionan los demás cuando alguien se encuentra afligido, desarrollan un repertorio de respuestas empáticas, ayudando a otras personas que están afligidas.

Además, Hoffman (1991) citado por Goleman (1996), señala que la empatía se encuentra estrechamente vinculada con los principios morales y éticos, ya que la misma capacidad para el afecto empático, es decir, ponerse en el lugar de otro, lleva a la gente a seguir determinados principios morales.

De este modo, dentro de las principales dificultades de las personas que han desarrollado una baja sociabilidad, se encuentran:

- ◆ Debido a su deseo de estar sola, pueden llegar a aislarse de las demás.
- ◆ Pueden sentirse aisladas, aún cuando comparten con un grupo social significativo, como por ejemplo su familia.
- ◆ Pueden sentirse más solitarias de lo que pueden llegar a querer estarlo.
- ◆ Pueden ser consideradas frías o distantes por el resto.
- ◆ Se les dificulta el expresar sus emociones y el conversar sobre estas.

- ◆ Pueden sentirse deprimidas cuando están solas.
- Influencia: esta habilidad social representa según Goleman la utilización e implementación de de tácticas efectivas de persuasión, que permitan movilizar al resto de las personas.

Por ende, las personas a las que se les dificulta desarrollar dicha habilidad social, se caracterizan por:

- ◆ Dificultad para convencer a los demás aún cuando puedan tener la razón o mostrar creatividad.
- ◆ Dificultad para crear estrategias que generen consenso o apoyo.
- Comunicación: desde los planteamientos de Goleman, la comunicación se entiende como el mecanismo para “transmitir mensajes claros y convincentes” (Goleman, 1999, p. 211) a los demás individuos.

Es por ello que desde esta perspectiva, las personas a las que se les dificulta comunicarse con los demás, cuentan con debilidades como:

- ◆ Son poco efectivas en el intercambio, ya que se les dificulta registrar las pistas emocionales para afinar el mensaje.
- ◆ Escabullen los asuntos que representan alguna dificultad.
- ◆ Se les hace difícil escuchar, por lo que les cuesta establecer un entendimiento mutuo.
- Manejo de conflictos: la presente aptitud emocional contribuye para la búsqueda de acuerdos, ello porque esta representa el proceso por medio del cual el individuo es capaz de negociar y resolver situaciones.

Es por esta razón que a las personas a las que se les dificulta desarrollar esta habilidad, pueden tener dentro de sus debilidades:

- ◆ Dificultades de manejar con tacto situaciones tensas o personas difíciles.

- ◆ Les resulta complejo detectar los potenciales conflictos, ya que les es confuso el alentar el debate y la discusión franca.
 - ◆ Se les complica orquestar soluciones que beneficien al colectivo.
- Liderazgo: consiste según los planteamientos de Goleman, en la capacidad de las personas en transmitir e inspirar a los demás, con el fin de alcanzar un objetivo, meta o fin en común.

De este modo, los individuos a los que se les dificulta desarrollar dicha aptitud, pueden tener dentro de sus debilidades:

- ◆ Despiertan poco entusiasmo dentro de las personas con quienes comparten.
 - ◆ Se les dificulta posicionarse a la vanguardia cuando es necesario.
 - ◆ En ocasiones son incapaces de orientar el desempeño de otros y por el contrario esto tienen que ser asistidos por otras personas.
- Canalización de cambios: esta aptitud emocional, significa la capacidad para el uso de mecanismos que provocan, fomentan o manejan el cambio, tanto para los demás así como para sí mismo.

Con ello, implica que los individuos que a quienes se les dificulta desarrollar la canalización de los cambios, puede generar debilidades tales como:

- ◆ Les cuesta reconocer la necesidad de efectuar cambios y retirar obstáculos.
 - ◆ Generan pocos espacios que permitan cambios.
 - ◆ Prefieren espacios en los que el cambio no se presente o sea mínimo.
- Establecer vínculos: para Goleman, esta aptitud emocional implica y representa el mecanismo por medio del cual las personas pueden alimentar las relaciones instrumentales.

Es por esta razón que los individuos a quienes se les dificulta desarrollar esta aptitud, se caracterizan por:

- ◆ Dificultad para establecer y cultivar redes informales de trabajo.
 - ◆ Les resulta complejo establecer relaciones.
 - ◆ Los lazos afectivos representan un aspecto difícil de concretar.
 - ◆ Les resulta complejo establecer relaciones a nivel laboral.
- Colaboración y cooperación: este punto representa un eje fundamental para el trabajo en equipo e implica una de las aptitudes emocionales más significativas para que las personas puedan trabajar en equipo, ello porque esta representa el trabajar con otros en pos de las metas comunes.

Así, quienes logran desarrollar en menor medida esta aptitud, se caracterizan por:

- ◆ Les es difícil ser colaboradores, compartir planes, información o recursos.
 - ◆ Limitaciones para realizar o crear actividades o espacios que promuevan un clima amigable o cooperativo.
 - ◆ La dificultad de generar espacios de colaboración, incide en que las relaciones personales sean escasas.
- Habilidades de equipo: al igual que la aptitud emocional anterior, esta representa un eje fundamental para el trabajo en equipo, por ello esta implica crear sinergia para trabajar en pos de las metas grupales.

De este modo, las personas que desarrollan en poca medida las habilidades de equipo, se caracterizan por:

- ◆ Se les dificulta desarrollar habilidades y cualidades para el trabajo en equipo, entre ellos: colaboración y disposición de ayudar.
- ◆ Les es complejo el movilizar a las demás personas a realizar una participación activa y entusiasta.
- ◆ Contribuyen poco en fortalecer la identidad de equipo, el espíritu del cuerpo y el compromiso.

Las categorías anteriormente mencionadas contribuyen para comprender el

desarrollo de la inteligencia emocional, ello porque esta inteligencia engloba diversas aptitudes que se encuentran en toda persona.

Por otro lado, las diversas aptitudes emocionales se desarrollan en las personas en un contexto determinado, a la vez que se encuentran condicionadas por las experiencias vividas, que se desarrollan en los diversos espacios sociales en que interactúa la persona.

Asimismo, estas categorías interactúan entre sí, por lo que al fomentar una en específico, otras se verán beneficiadas y por el contrario, el afectar una de estas afectará a otras aptitudes emocionales.

De este modo, la importancia de conocerlas e identificarlas, ya que esto facilitará los aspectos emocionales que se han llegado a fortalecer o se han visto afectados por la experiencia vivida, como es en este caso la amputación traumática.

A todo ello, es importante destacar que estas categorías se pueden agrupar mediante categorías personales y sociales, según el modo en que estas se manifiesta en la persona, tal y como se puede ver en el siguiente cuadro:

Cuadro resumen 2

Categorías de la inteligencia emocional según el modo en que se manifiestan en las personas

Variable	Categorías	Subcategorías (Aptitudes Emocionales)
<i>INTELIGENCIA EMOCIONAL</i>	Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Energía emocional -Conciencia emocional -Auto evaluación precisa -Confianza en uno mismo - Manejo del estrés emocional - Autocontrol - Confiabilidad - Escrupulosidad - Adaptabilidad - Innovación - Motivación - Control del mal genio -Autoestima - Responsabilidad

		<ul style="list-style-type: none"> - Deseo de cambio - Atención por los detalles - Toma de decisión - Perseverancia - Optimismo e Iniciativa
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Sociabilidad - Empatía - Tolerancia - Influencia - Comunicación - Manejo de conflictos - Liderazgo - Canalización de cambios - Establecer vínculo - Colaboración y cooperación - Habilidades de equipo

Fuente: Confección propia basada en las propuestas de Goleman y Simmons

2.3 Educación Emocional

La educación emocional, para Steiner (1998) significa “ser capaz de manejar las emociones de tal manera que se llegue a mejorar el desarrollo personal y la calidad de vida” (Steiner, 1998, p. 34). De este modo, la educación emocional mejora las relaciones, crea una mayor posibilidad afectiva entre las personas, facilita el trabajo y el sentimiento de familia y de comunidad.

Igualmente, ser emocionalmente inteligente significa conocer las emociones propias y ajenas, su magnitud y sus causas. Por tanto, mediante la educación emocional se les posibilita a las personas manejar sus emociones a partir del conocimiento, la expresión, el dónde y cuándo hacerlo y cómo estas afectan a los demás.

Del mismo modo, las personas que son emocionalmente educadas, según Steiner (1998), pueden manejar situaciones emocionales que a menudo llevarían a peleas, enfados, frustraciones, mentiras o respuestas hirientes.

Por otro lado, Steiner (1998) afirma que:

“Ansiamos tener experiencias emocionales y las buscamos de muchas maneras. La educación emocional es el método más directo y efectivo para reestablecer contacto con nuestros sentimientos y su poder y a partir de allí establecer una relación buena y afectiva con los demás” (Steiner, 1998, p.58)

Al mismo tiempo, la educación emocional se encuentra conformada según Steiner y Perry (1998) por tres capacidades básicas: comprender las emociones, expresarlas de una manera productiva y escuchar a los demás, con el fin de sentir empatía respecto de sus emociones.

Además, el desarrollo de estas capacidades emocionales mejorarán el manejo de las emociones, de manera tal, que la persona pueda mejorar el desarrollo personal y su calidad de vida. Ello, porque la educación emocional mejora las relaciones sociales, crea posibilidades afectivas entre las personas, hace más cooperativo el trabajo y facilita el sentimiento de comunidad.

También se debe comprender que las emociones son una parte esencial de la naturaleza humana, por tanto, si las reconocemos y las manejamos de una manera productiva, se lograría aumentar el desarrollo personal. Steiner y Perry señalan “ser emocionalmente inteligente significa conocer las emociones propias y ajenas, su magnitud y sus causas” (1998, p. 28). Al mismo tiempo, poseer habilidades emocionales implica saber manejar las emociones a partir del conocimiento de estas; por ello, mediante la educación emocional asevera Steiner, se aprende a expresar los sentimientos, dónde y cuándo hacerlo y cómo ellos afectan a los demás, así como hacerse responsable de los efectos de estos.

Conjuntamente, para lograr una verdadera educación emocional, Goleman (1996) afirma que la persona necesita del desarrollo de “ingredientes fundamentales”, los cuales son:

- *La confianza*: representa la sensación de dominar el cuerpo, de la alta posibilidad de no fracasar en lo que intente y de que las demás personas serán gentiles.
- *La curiosidad*: constituye la sensación de descubrir cosas.
- *La intencionalidad*: es el deseo de generar un impacto y de actuar al respecto con perseverancia y autosuficiencia.
- *El autocontrol*: es la habilidad de modular y dominar las propias actuaciones de forma apropiada a la edad.
- *La relación*: es el arte de comprometerse con los demás, sintiéndose comprendido y a su vez comprendiendo a los otros.
- *La capacidad de comunicación*: representa el poder de intercambiar ideas, sentimientos y conceptos verbalmente con los demás, siendo esta la sensación placentera de

comprometerse con los otros.

- *La cooperatividad*: significa el equilibrio de las propias necesidades con las de los otros, mediante una actividad de grupo.

El desarrollo de estos conocimientos emocionales, anteriormente citados dependerá en gran medida de la relación que el individuo posea con su familia, amigos y demás personas con los que interactúe. Para ello, Goleman (1996) destaca la importancia del aprendizaje emocional durante los primeros cuatro años de vida, en los cuales resulta fundamental que el padre y la madre se muestren atentos a las necesidades de su hijo o hija, brindándoles tiempo y sensaciones de ser comprendidos, con el fin de crear cimientos fuertes, permitiendo el desarrollo emocional en el o la infante.

Además, este aprendizaje emocional se dará a lo largo de la vida de las personas, por ello, el fortalecimiento de la inteligencia emocional dependerá de las diversas relaciones sociales que tenga a lo largo de su vida, ya que estas podrán aumentar y reforzar su coeficiente emocional, o bien disminuirla. De este modo, la educación emocional representa un proceso constante en los individuos, el cual se dará en las diversas etapas de la vida humana.

A todo ello, se debe tomar en cuenta que mediante el desarrollo de la educación emocional en los individuos, es posible que las personas puedan superar traumas extremadamente severos, en tanto se encuentren en un entorno que permita la expresión de sentimientos fuertes.

Lo anterior, porque en un entorno emocionalmente educado, asevera Steiner (1998), es posible ir directamente al problema emocional y lento pero progresivamente ir resolviéndolos; y con ello, es posible adquirir una nueva identidad emocional y como resultado, sus relaciones con los demás se transformarán.

De todo ello, la importancia de la educación emocional se centra en potenciar el desarrollo e identificación de la inteligencia emocional, ello porque permitirá la expresión y

manejo de emociones positivas y negativas, así como la interacción con las demás personas.

Al mismo tiempo, este proceso mediante la educación emocional contribuye en las relaciones interpersonales, por medio del conocimiento de las emociones propias y ajenas, a la vez que contribuye con el manejo y superación de diversas crisis, como es en este caso la generada por una amputación traumática.

Finalmente, la educación emocional representa un medio por el cual las personas pueden potenciar habilidades emocionales que constituirían herramientas que les permitan enfrentar la inestabilidad emocional generada por una amputación traumática.

2.3.1 Planteamientos para el desarrollo de la educación emocional

Para Steiner, el desarrollo de la educación emocional no es posible, si no existen una serie de factores, tanto personales como sociales. Como menciona este autor “nosotros no debemos pasar por la vida emocionalmente adormecido o siendo una víctima de las emociones. En un ambiente apropiado, con amigos comprensivos, familiares o terapeutas, puede encontrar la verdadera identidad emocional”. (Steiner, 1998, p. 112).

A su vez, cabe destacar que para Goleman (1996) el desarrollo de la educación emocional, es el mecanismo por medio del cual se transmite la inteligencia emocional en las personas. Por tanto, desde esta perspectiva teórica, la educación debe desarrollarse a lo largo de toda la vida del individuo y en cada una de las etapas de desarrollo.

Lo anterior implica una manera distinta de ser inteligente, en la que todas las personas que se involucren con un individuo, sean capaces de incrementar y fortalecer sus diversas aptitudes emocionales.

Además, la parte fundamental del desarrollo de la educación emocional esta constituidas en cuatro mecanismos:

- (1) Aprender a conocer y aprender a aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de toda la vida.
- (2) Aprender a hacer para capacitar a la persona para afrontar muchas y diversas situaciones.
- (3) Aprender a ser, para obrar con autonomía, juicio y responsabilidad personal.
- (4) Aprender a convivir, a trabajar en proyectos comunes y a gestionar los conflictos.

De lo anterior se engloba el gran crecimiento personal que se obtiene de la inteligencia emocional, mediante la aplicación de la educación y por tanto, permitiendo una formación personal basada en las emociones, más que en el intelecto.

Igualmente, cabe destacar que dentro de los planteamientos de Cabezas (2002), la educación emocional debe cubrir tres entornos fundamentales: la familia, la comunidad y el entorno educativo e institucional.

Entorno familiar: la familia representa un espacio fundamental para el desarrollo socioafectivo de las personas. En este espacio se crean los primeros vínculos de afecto que condicionarán, en mayor o menor intensidad, el estilo de las relaciones que se establezcan en años posteriores.

El estilo educativo de los padres, en primera instancia, es otro de los factores influyentes en el desarrollo socioafectivo y emocional del infante, ya que este condiciona desde el primer momento cómo el niño niña percibe, experimenta y responde al entorno más significativo para la persona, en estos momentos: su familia. De estas primeras experiencias afectivas dependerá en cierta medida, su desarrollo posterior.

A su vez, se encuentran las relaciones que la persona desarrolla posteriormente con los diversos cambios que se presentan en su sistema familiar, como es por ejemplo: la salida de otro miembro de la familia o la muerte de uno, o bien, el momento en que construye una nueva familia con su compañero o compañera sentimental y sus hijos e hijas.

Es ante ello, que las personas con las que comparte cada individuo en su sistema familiar, han de contribuir al desarrollo de la educación emocional, que permita un adecuado desarrollo de la inteligencia emocional, que beneficie a cada uno de los miembros que conformen la familia. De allí la importancia de estos entornos:

Entorno educativo e institucional: ante este entorno, Goleman (1996), hace hincapié en que el entorno escolar representa un punto fundamental para el desarrollo de la inteligencia emocional, la interacción que el niño (a) tiene con estos medios es significativo para su desarrollo emocional.

Asimismo, el espacio institucional debe representar un ámbito mediante el cual la educación emocional pase a ser aplicada por los diversos profesionales, entendiendo esta no del modo en que se ha popularizado, con los fines de incrementar la productividad empresarial y mejorar la elección del personal o mejorar las habilidades de los que se concentran en dicho ente. Por el contrario, la educación emocional debe ser comprendida como una herramienta para propiciar el desarrollo de la inteligencia emocional y con ello el crecimiento de las personas y su calidad de vida. Desde esta perspectiva, Cabezas (2002) plantea que la educación emocional a nivel institucional, debe ser aplicada mediante la intervención de profesionales, como por ejemplo el caso de médicos, terapeutas, psicólogos (as) o trabajadores (as) sociales.

De este modo, la participación profesional debe ir más allá de la sola intervención y contribuir con un crecimiento más integral en el individuo, en el cual sus emociones sean parte de las temáticas abordadas.

Entorno comunal o social: al igual que el entorno familiar, el espacio social inmediato, representa un factor fundamental, en especial porque es allí, donde el individuo una vez que ha desarrollado su vida a nivel familiar comienza a interactuar y socializar con otros, lo que pasa a constituir nuevos espacios sociales.

A su vez, es dentro de la sociedad al igual que en la familia donde la persona interioriza una serie de conductas que pueden constituirse en estrategias que propicien un desarrollo de la educación emocional que contribuya con todas las personas.

De este modo, se debe tomar en cuenta que este espacio engloba los entornos familiares e institucionales. Por tanto, el colectivo debe esforzarse por aprender a hacer las cosas en conjunto, respetando la diversidad de sus miembros y aprovechando las potencialidades de cada uno. No es suficiente con hacer “algunas actividades” de vez en cuando.

Igualmente, se debe tomar en cuenta que la educación emocional debe representar un mecanismo por medio del cual las personas y la sociedad en general pueda salir adelante desarrollando el manejo y control de sus propias emociones y comprendiendo las emociones de las demás individuos con quienes se relacionan, con el fin de mejorar la calidad de vida del colectivo en general.

2.3.2 Fortalezas para enfrentar la discapacidad y la amputación traumática

Desde el marco de la inteligencia y educación emocional, las personas cuentan con fortalezas personales que son potenciadas por el medio social en que interactúan, según Seligman (2005) estas les permiten hacer frente a los diversos problemas que puedan llegar a presentarse en su vida. Estas a su vez, reflejan el desarrollo de aptitudes emocionales en los individuos.

Es a partir de lo anterior, que este aspecto representa un factor de vital importancia para las personas que poseen una discapacidad, en este caso específico una amputación traumática, por lo que las fortalezas que contribuirán con esta población son:

- Optimismo y esperanza: representa esperar lo mejor del futuro; el individuo planifica y trabaja para conseguirlo, ello fomenta el buen humor e impulsa una vida dirigida por objetivos.
- Humildad y modestia: implica no ser el centro de atención. Prefiere que sean sus logros los que hablen por él. Es una persona sencilla, estas personas consideran que sus aspiraciones, éxitos y derrotas carecen de excesiva importancia.
- Espiritualidad y religiosidad: involucra las creencias fuertes y coherentes sobre la razón y significado trascendente del universo. Sus creencias definen sus actividades y son una fuente de consuelo.
- Picardía y sentido del humor: ve el lado cómico de la vida, ello porque le gusta reír y hacer reír a las demás personas, para hacer frente a las adversidades que pueda enfrentar en su vida.
- Entusiasmo y pasión: comprende a las personas que se encuentran llenas de vida, que realizan sus actividades con cuerpo y alma para efectuar sus actividades dando lo todo de sí mismas.
- Curiosidad: conlleva a la apertura a distintas experiencias y flexibilidad ante temas que no encajan con las ideas previas; implica participar en las novedades de forma activa.
- Valor y valentía: la persona valerosa es capaz de separar los elementos emocionales y conductuales del temor, a pesar de la molestia producida por reacciones subjetivas y físicas. En este caso, el valor psicológico representa la postura estoica e incluso alegre, necesaria para enfrentar experiencias duras o una enfermedad grave sin perder la dignidad.
- Amar y dejar amar: esta fortaleza involucra a la persona que valora las relaciones íntimas y profundas con los demás, implica no sólo el poder amar, sino la capacidad de dejarse amar por los demás.

- Autocontrol: se trata de saber qué es lo correcto y de poner en práctica el conocimiento cuando se presenta algo negativo, con el fin de contener ciertos deseos, necesidades o impulsos.

Así bien, las personas que interactúan en entornos que potencien su inteligencia emocional, mediante mecanismos de educación emocional, generarán fortalezas que les permitan hacer frente a diversas adversidades,

Al mismo tiempo, estas fortalezas deben entenderse como el resultado de múltiples aptitudes emocionales potenciadas en las personas, por medio de las experiencias personales y la interacción con su sistema familia, amigos y comunidad.

De este modo, puede entenderse que en función de las vivencias, pueden adquirirse fortalezas emocionales que contribuyan a enfrentar experiencias negativas, o bien, contrarrestar aptitudes emocionales que dificultarán la superación de crisis que se presenten inesperadamente en la vida.

Finalmente, los entornos en que se desenvuelva una persona, pueden ser modificados y transformados en caso de que estos no sean los más beneficiosos para el individuo. Ello, mediante mecanismos propios de la educación emocional, promoviendo de este modo el desarrollo de la inteligencia emocional.

Capítulo 3

Análisis de los casos

3. Análisis de los Casos

En el presente apartado se realizará un análisis en función de los hallazgos obtenidos de las entrevistas realizadas a las personas con amputación traumática participantes y sus familias.

Se englobarán aquí los seis casos expuestos (véase anexo 5), analizando en primera instancia el impacto que ha representado la amputación en las personas que sufrieron el accidente. Seguidamente se tratará las fortalezas identificadas en estas personas, al tiempo que se presentan las aptitudes emocionales más afectadas por el accidente.

Posteriormente, se desarrollará las dimensiones socioeducativas, asistenciales y terapéuticas aplicadas por las y los trabajadores sociales de INS-Salud, con los y las usuarias de dicho ente.

Finalmente, basado en los hallazgos del trabajo de campo, se planteará una propuesta sustentada en la educación emocional, para que las personas puedan conocer e identificar las fortalezas, el desarrollo de la inteligencia emocional y la apropiación de conocimientos en torno a sus derechos e instituciones que les protegen de cualquier acto discriminatorio por parte de la sociedad civil.

3.1. Impacto de la amputación traumática en el sistema familia

Según informes del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) antes de los años ochentas, se consideraba la discapacidad desde una perspectiva meramente médica biológica; hoy se sabe que esto involucra más que el ámbito físico, ello porque la discapacidad engloba aspectos familiares, sociales y económicos, por mencionar algunos.

Asimismo, cuando la discapacidad aparece inesperadamente en una persona, como es el caso de una amputación traumática, generará un impacto en la persona y en el sistema familiar de cual es miembro.

De este modo, se tratará los principales ámbitos, a partir de los resultados de la investigación, que son modificadas producto de la discapacidad mencionada.

2.1.1 Cambios en la dinámica familiar

Para Goleman (1996), la familia representa el principal espacio social en que toda persona interactúa, allí inicia su proceso de socialización y esta llega a representar su principal red de apoyo y contención. Ante ello, la aparición de una amputación traumática generará un desequilibrio que obligará al sistema a modificarse, para ajustarse a la nueva situación, algunos cambios posibles son:

Cambios en los roles familiares: esto puede visualizarse en los siguientes casos:

- Cambios en el rol de proveedor:

Carlos: *“Sabía que mientras Carlos no tuviera trabajo se iba a sentir mal por la falta de dinero, por eso yo me averigüé de uno en el que se trataba de limpiar una casa que era por unos meses y mientras lo realizaba Carlos era el que debía quedarse en la casa”*
(Esposa de Carlos)

Liz: *“Cuando salí del INS, me di cuenta de que ahora sólo papi trabajaba y de que yo volvía a ser simplemente iba a ser otra vez la hija de la casa, mientras no consiguiera un trabajo”* (Liz)

Sandra: *“Ya yo no era una de las personas que ayudaba en la casa y mami renunció a su trabajo para cuidarme y hacerse cargo de todo por lo que papi volvió a ser quien tría de nuevo el dinero a la casa y al principio vimos las cosas difíciles porque ya era menos dinero el que entraba a la casa”* (Sandra)

A todo ello, es importante mencionar que este tipo de cambios pueden provocar desadaptación, desorganización, conflictos e inestabilidad en el sistema familia, lo que en ocasiones hace necesaria la intervención de personas ajenas al sistema familiar para que ayude a aclarar y enfrentar el conflicto.

Triadas: en este ámbito es importante destacar que en la mayoría de los casos en los que existe una persona con amputación traumática, se puede dar una tendencia en subsistemas familiares a centrarse en la persona con discapacidad, generando de forma involuntaria, desatención y poco interés en el resto de los miembros del sistema familia.

Sandra: *“Fue muy buena la unión en mi familia, aunque creo que de vez en cuando había celos de mis hermanos porque papi y mami sacaban más tiempo para ayudarme y para que no me deprimiera cuando estuve internada y cuando volví a la casa”* (Sandra)

Cambios en la relación conyugal: el subsistema conyugal puede enfrentar sentimientos de angustia, depresión e incluso culpabilidad; ello es frecuente en este tipo de circunstancias la existencia de una mayor coalición tanto en el subsistema conyugal que incide en un fortalecimiento del sistema en su totalidad.

Carlos: *“Desde el accidente la relación con mi esposa... es genial porque siempre nos han querido apoyar, por ejemplo el hecho de que mi papá nos haya dado esta casa”*

para que vivamos mientras nos recuperamos” (Carlos)

Pablo: *“Después de las terapias y de darnos cuenta de que aún nos amábamos, la verdad es que nos unimos más porque lo nuestro es muy especial y el accidente al final lo que hizo fue demostrarlo uniéndonos muchísimo más que antes” (Esposa de Pablo)*

Límites: después de que una persona ha sufrido una amputación traumática, se genera todo un cambio en la dinámica de la familia, en la que los límites constituyen uno de los puntos a modificar en el sistema; pueden ser difusos para los miembros de la familia e incluso pueden llegar a perjudicar a la persona que se encuentra con discapacidad. En otros, los límites pueden ser rígidos lo que puede generar un mayor conflicto en la familia.

Ello se visualiza en los ejemplos de:

Límites difusos:

Gilberto: *“Mi familia se unió... para ayudarme, pero más bien me sofocaban porque no querían que saliera ni que me moviera fuera del cuarto, incluso el único tele que teníamos, la pasaron a mi cuarto para que no tuviera que ir a la sala” (Gilberto)*

Gilberto: *“Los primeros días que Gilberto salía de la casa, al principio mi esposo y yo no se lo permitíamos y hasta llegaba a cambiar la hora de llegada en muchas ocasiones, la verdad para él era difícil entendernos y por eso siento que al principio era algo “rebelde”” (madre de Gilberto)*

Limites rígidos:

Sandra: *“Los primeros días que estuve en mi casa, mami me prohibió hacer cualquier tipo de cosa en la casa, para que m pudiera mejorar sin problemas de todo lo que viví en el accidente” (Sandra)*

Liz: *“Cuando Liz volvió a la casa decidimos hacer algunos cambios, porque sabíamos que si no lo hacíamos ella podía sentirse mal o algo así... algunas de las cosas que se decidieron hacer era prácticamente prohibirle hacer cualquier cosa y que se quedara en la cama”* (Madre de Liz)

Estos problemas suceden por la falta de conocimiento e información de la familia en torno al tema de la discapacidad; en primera instancia, porque la familia durante su ciclo de vida no había interactuado con una persona con discapacidad y porque se presentó de forma inesperada.

Gilberto: *“Todo el enredo que se dio con lo de mi salida de la casa o también con otras cosas era porque para mi familia todo esto era nuevo incluso para mi, pero la diferencia era que ellos no sabían lo que era estar con una persona con discapacidad”* (Gilberto)

Ante ello, al igual que las triadas la familia puede requerir de la intervención profesional que pueda ayudarles con esta problemática para que el sistema pueda superar la crisis y ajustarse a los nuevos cambios que se están presentando, generando de este modo límites claros que contribuyan con la transformación que esta viviendo la familia.

Manejo de la crisis: la aparición inesperada de un miembro de la familia con discapacidad, en este caso por una amputación traumática, genera una crisis en la familia, de allí que el mismo sistema deberá realizar los cambios y ajustes que permitan a la familia superar y asumir los nuevos retos que han de generar consecuencia del cambio.

Ante ello, las familias desarrollan patrones de interacción para enfrentarse conflictos. Dentro de los asumidos por las familias que viven estas circunstancias, se encuentran:

o La Difusión:

Pablo: *“Con la discapacidad me aparecieron cualquier cantidad de problemas como la falta de plata, ver como me aceptaba o el trabajo y la verdad es que no sabemos como hacer porque son tantas cosas y no sé por donde entrarle primero porque todos están ahí presentes”* (Pablo)

En estas circunstancias, lo que la familia debería buscar, sería una *evolución con resolución*, confrontando de este modo el conflicto que les ha generado la aparición inesperada de un miembro del sistema con amputación, hasta lograr una resolución al problema presente en este.

3.1.2 Cambios en la interacción con la comunidad

Las actitudes que en ocasiones asume la comunidad con respecto a la persona con discapacidad como son el caso de lástima, rechazo o miedo, provocan de manera casi automática resistencia en la familia.

Sandra: *“Parece que las personas no creen que seamos capaces de hacer lo que nos toque y eso ha causado mucha dificultad... muchos de los problemas que tenemos se deben a que las personas aún no son capaces de aceptarnos de corazón”* (Sandra)

La situación anterior puede inducir a la familia a encerrarse en el problema y rechazar a técnicos, profesionales e incluso hasta el proceso de rehabilitación y atención integral.

Sandra: *“Es feo ver como otras personas aún nos ven de un modo extraño y no se dan cuenta de que nosotros (refiriéndose a las personas con discapacidad) somos como cualquier otro y no algo raro o extraño... todo lo que he vivido me causó que por un tiempo ni siquiera quisiera salir de mi casa y mami hasta me aceptara todo esto por lo que estábamos viviendo”* (Sandra)

De igual manera, la actitud de fobia en contra de las personas con discapacidad puede provocar que la familia evite contactos sociales que le permitan relacionarse con su entorno e incidir en un aislamiento por parte del sistema familiar.

Pablo: *“Cuando voy a San José o a otras partes y ven lo de mi dedo, varios me hacen caras y la verdad es que esa es una de las cosas que me hace sentir verdaderamente mal y de las que más ha causado que me acepte como soy”* (Pablo)

Ana: *“Con todo lo que me ha pasado, me di cuenta de que nadie fuera de mi familia me ha apoyado, porque los que pensé que en un momento eran mis amigos ya no están y el resto de mi familia fuera de mis papás y mis hermanos nadie más me apoyaría... desde entonces preferí estar aparte de todos en el barrio porque nunca he sentido que me apoyen”* (Ana)

Es por esta razón, que en ocasiones la ayuda externa como puede ser la intervención de profesionales, puede favorecer la reinserción de la persona con discapacidad y su familia dentro de su contexto social inmediato, como es el caso de su comunidad, favoreciendo la interacción de la familia con su medio.

3.1.3 Dificultades para acceder a espacios laborales

Frente a la presencia de una discapacidad, como es el caso de una amputación traumática, a las personas se les dificulta acceder a trabajos que les permitan generar ingresos similares a los que contaban previo a su accidente.

Por tanto, gran parte de los espacios laborales a los que puede acceder la población con amputación traumática, hoy día no cuentan con los requerimientos básicos como para que esta población pueda desenvolverse como el resto de las personas que no cuentan con ningún tipo de discapacidad.

Ana: *“Debido a mi accidente, no puedo trabajar porque parte de las secuelas del accidente me impiden hacer cosas simples como sostener el pichel de fresco y en veces hasta sostener un vaso, porque el músculo en mi brazo también resultó lastimado y la verdad es que en ningún lado quieren a alguien que tenga estas dificultades, porque a los lugares donde he preguntado por curiosidad así me lo han dicho por que no hay un puesto en el que pueda estar”* (Ana)

Ante esta situación, los espacios para desenvolverse laboralmente sin ningún tipo de problema se ven considerablemente reducidos, ello por la inexistencia de una verdadera conciencia social que incida en una transformación de las estructuras mentales y sociales que propicien una transformación real.

Liz: *“He intentado solicitar en muchos lugares trabajo y he dejado mis papeles para ver si acaso me llaman pero de momento no ha pasado nada y en muchos lados me dicen que por tener esa amputación es demasiado difícil que pueda entrar a trabajar... lo que es difícil porque no parece que les interese que alguien con una discapacidad”* (Liz)

En tanto este cambio no se genere, los integrantes de cualquier sistema familiar que posean una amputación traumática, verán significativos obstáculos para acceder a algún tipo de trabajo, lo que agudizará los problemas económicos en el caso de las familias que cuentan con limitados ingresos, en especial si es la persona con discapacidad el principal proveedor.

Carlos: *“El problema de que no tengo trabajo es que cada día la cosa se pone más dura y si no consigo trabajo no sé como mi familia va a salir adelante, por eso es que no quiero perder la esperanza de conseguir uno”* (Carlos)

Es por lo anterior, que la familia se verá en la obligación de realizar un cambio en el sistema, que propicie el cambio en cada una de las personas que lo conforman y con ello en los respectivos subsistemas (conyugal, parental y fraternal), para generar una nueva dinámica familiar.

Además de este problema, se encuentran otra serie de factores que dificultan la reinserción laboral de esta población, como es:

- **Escasas opciones para acceder a trabajos remunerados**: una de las principales características de las personas que han sido atendidas en INS-Salud por un accidente que les produce una amputación traumática, constituye el bajo nivel académico con que cuentan, ello incidiendo en la obtención de empleos que exijan del esfuerzo físico, como por ejemplo en construcción, en el campo y en fábricas.

Por tanto se debe entender que posterior al accidente, se le dificultará aún más acceder a un trabajo remunerado, causado por el poco interés de las instituciones en torno a esta población.

Pablo: *“De todo esto, lo que más me entristece es que nadie me quiere contratar porque dicen que no pueden hacerlo porque necesitan una persona que tenga todos los dedos por el tipo de labor que ahí se hacen y por esa razón se me han cerrado muchas puertas”* (Pablo)

Carlos: *“Me he dado cuenta de que ahora tengo pocas oportunidades para encontrar un empleo porque yo sólo puedo hacer trabajos físicos y en estos ya me lo han dicho más de una vez que por la falta de mi mano es difícil que consiga uno... esto se debe a que parece que en las empresas no les interesa alguien como yo, porque nadie parece querer hacer algo al respecto”* (Carlos)

- **Escasa aplicación de la legislación**: pese a la existencia de leyes como la Ley de Igualdad de Oportunidades (Ley 7600), que establece los mecanismos sociales básicos para que cualquier persona que posee con una discapacidad cuente con una verdadera accesibilidad en su medio. Se identifica por medio de las personas participantes de la investigación, un desconocimiento de la existencia de esta y otros mecanismos legales.

Lo anterior, implica que las personas que sufren de la amputación traumática no pueden exigir la aplicación de esta y otras leyes (Ley de Riesgo de Trabajo, Código de Trabajo, la Ley Sobre la Prohibición en la Discriminación del Trabajo y la Constitución Política) que pueden contribuir con su desarrollo personal y social.

Gilberto: *“Bueno, todo lo que he conocido y aprendido nuevo, ha sido gracias a mi familia y amigos fuera de eso conozco poco de otras cosas que nos puedan ayudar fuera del INS”* (Gilberto)

Liz: *“La verdad es que todo esto ha sido muy difícil porque solo mi familia ha estado a mi lado y también mis amigas... fuera de ellos no estoy segura de que pueda haber algo más que pueda ayudarme a mejorar la situación conmigo o con mi familia”* (Liz)

3.1.4 Dificultades económicas

Frente a la dificultad de la persona con discapacidad para lograr acceder a un trabajo, es posible que se genere un impacto en los ingresos económicos, lo que obligará a la familia a realizar un ajuste, que le permita solventar las diversas necesidades que puedan presentarse en el sistema.

Pablo: *“Como no encontraba trabajo comencé a agarrar todos los “camarones” que se aparecieran, para ver si acaso de ese modo podía traer dinero a la casa, porque esa era una de las cosas que más me interesaba... todo esto porque los problemas que tenemos en la casa nos ha obligado a buscar cualquier cosa que nos permita pagar todos los gastos de la casa”* (Pablo)

Lo anterior, se agudiza aún más cuando el proveedor de la familia es quien sufre el accidente y representa la única fuente de ingresos del hogar; ello por la dificultad de esta persona para reincorporarse en el ámbito laboral.

Pablo: *“El hecho de que Pablo no pudiera trabajar, nos estaba afectando, por todos los gastos que teníamos que hacer por su cuidado y por la casa, por eso yo decidí... porque el era el que trabajaba y el que traía el dinero a la casa”* (Esposa de Pablo)

Carlos: *“El gran problema de la casa es que sólo yo trabajaba y ahora que no consigo trabajo la cosa se nos ha puesto fea, porque es poco con lo que contamos, la “salvada” es que mi familia me ayuda cuando puede”* (Carlos)

Por esta razón, dentro de los principales efectos que ejerce la problemática económica en la familia, producto del impacto que esta genera en el sistema familiar, se encuentran:

- ◆ Dificultad para satisfacer las necesidades básicas del sistema familiar.

Pablo: *“Lo que yo más deseo es el bienestar de mi familia y el problema de dinero que tenemos es algo que siempre me ha preocupado y más ahora que no logro conseguir un trabajo seguro... todo esto ha causado que no nos alcance para todo lo que se ocupa, pero de a poco nos la vamos jugando”* (Pablo)

- ◆ Necesidad de que otros miembros de la familia deban incorporarse en el ámbito laboral.

Carlos: *“Sabía que mientras Carlos no tuviera trabajo se iba a sentir mal por la falta de dinero, por eso yo me averigüé de uno en el que se trataba de limpiar una casa que era por unos meses y mientras lo realizaba Carlos era el que debía quedarse en la casa”* (Esposa de Carlos)

- ◆ Disminución de la calidad de vida de la familia.

Pablo: *“Todo está duro y la verdad es que todo se pone caro y es difícil hacer frente a todo lo que se presenta, por suerte mi familia me ha apoyado en todo lo que estamos viviendo”* (Pablo)

En síntesis, la amputación traumática y la discapacidad en general, crea un impacto que va más allá del ámbito físico y por el contrario involucra aspectos familiares, sociales, laborales, económicos y emocionales. Es decir que incluye todos ámbitos en los que se desenvuelve el individuo.

Por lo anterior, se debe entender que la persona ha de ser orientada e informada para que pueda ejercer sus derechos y se empodere con el fin de aumentar su nivel de vida y satisfacer sus principales necesidades básicas.

Al mismo tiempo, todas estas experiencias posteriores al accidente pueden dificultar la superación de la crisis generada por la amputación, generando obstáculos para la adaptación (superación de la crisis) en la persona y su familia.

Por otro lado, parte de las dificultades que viven algunas personas desencadenan otra serie de problemas, como es la dificultad de obtener trabajo, genera una dificultad en la autoaceptación y acrecienta los problemas económicos producto de los escasos ingresos que se producen en el sistema familiar.

Asimismo, el rechazo que estas personas perciben y el aislamiento que su familia efectúa con la comunidad, les dificulta a estas personas el acceder a espacios que contribuyan con su crecimiento personal y superación de la crisis.

Además, este impacto generado por la amputación provoca una dificultad en la adaptación de la familia. De allí que los cambios que generan los diversos subsistemas no siempre llegan a beneficiar a los miembros que integran la familia.

En cuanto al manejo de la crisis, esta se hace difícil de superar debido a la presencia de otra serie de elementos que aparecen después de la amputación, incidiendo en que las

personas sientan que la cantidad de problemas presentes no sean fáciles de resolver.

A todo ello, la falta de esta información y los problemas que se encuentran en el contexto de esta población, promueve la disminución de diversas aptitudes emocionales y no es más que su familia e INS-Salud (mientras asisten a dicho ente) quienes representan la principal contención que estas personas obtienen para desarrollar sus fortalezas.

Es claro que hoy día en la sociedad, aún no existen espacios laborales reales que posibiliten el acceso de estas personas para realizar actividades que les generen ingresos económicos a ellos y sus familias y las legislaciones existentes aún no se aplican a habilidad, como lo muestra la presente investigación.

Es por ello que se hace necesaria de la creación de mecanismos que divulguen las diversas herramientas legales y políticas que les permitan a estas personas generar un cambio en su realidad, fomentando la equidad para con esta población.

3.2 Fortalezas y debilidades emocionales presentes en las personas que han sufrido una amputación traumática

Después de que una persona sufre un accidente que le genera en su ser una amputación traumática, aparecerán una serie de factores a nivel social, económico, laboral y emocional que se verán directamente afectados.

En el capítulo anterior, se abordó el cambio individual, social, laboral y económico que enfrenta la persona, en este se desarrollará el aspecto emocional de las personas que sufrieron una amputación traumática después del accidente.

Es importante comprender que desde la perspectiva de Goleman, las aptitudes emocionales pueden ser constantemente cambiadas, aprendidas y desarrolladas en tanto cuenta con los mecanismos necesarios.

En este caso, se abordan las fortalezas desarrolladas por las personas participantes de la investigación, entendiendo estas desde el marco de la inteligencia emocional como el resultado de un desarrollo de aptitudes en pro de la persona y las aptitudes emocionales que se vieron afectadas a partir del accidente laboral sufrido por estas personas.

3.2.1 Fortalezas identificadas en las personas con amputación traumática

- **Espiritualidad:** implica las creencias, entre ellas religiosas de una persona, las cuales definen sus actividades y representan una fuente de consuelo, frente a las dificultades que pueda enfrentar en su vida.

Pablo: *“Dios es Quien más me ha ayudado a superar esto, ya que sin Él nadie podría superar los problemas que se le presentan en su vida, por eso yo estoy muy agradecido de todo lo que Él me ha dado a mi y a mi familia”* (Pablo)

Ana: *“Dios siempre ha fortalecido a nuestra familia, porque a pesar de los obstáculos que se nos han presentado en la vida, Él siempre nos ha dado la oportunidad de salir adelante en nuestras vidas”* (Ana)

Liz: *“Mi mamá siempre nos enseñó a creer en Dios y el estar con ella cuando era pequeña y adolescente, me ayudó a creer en Él, lo que siempre me fortaleció en todos los momentos en que me sentía triste o me pasaba algo como esto”* (Liz)

Aunado a ello, el accidente representó un detonante para que la persona desarrollara esta fortaleza.

Gilberto: *“Aunque yo siempre creí en Dios, no fue hasta que viví lo del accidente que tuve la posibilidad de involucrarme más con Él, lo que me dio fuerza mientras me hacían todas las curaciones en el hospital y en el INS”* (Gilberto)

- **Optimismo y esperanza:** implica la habilidad de esperar lo mejor del futuro. Pese a las dificultades que afronte la persona, en el caso de las personas participantes esta fortaleza se desarrolló gracias al apoyo familiar.

Ana: *“Yo siempre he tratado de que todos mis hijos sean positivos y no se den por vencidos, sin importar lo que se les presente en sus vidas, por eso cuando a mi hija le sucedió esto yo estuve todo el tiempo ayudándola para que se pudiera superar”* (madre de Ana)

Liz: *“Desde que me acuerdo, mami siempre nos ha dicho que busquemos lo mejor de las cosas aun cuando estas parezcan difíciles, lo que siempre hice durante la hospitalización y la verdad es que esto siempre me ha ayudado, porque en algún momento descubro algo que me empuje a seguir luchando”* (Liz)

Pablo: *“El apoyo de mi familia y de mis vecinos, me hizo sentirme bien aunque al principio me costó descubrirlo, pero al ver como me ayudaban entendí que si me esforzaba podía mejorar y ayudar a mi familia”* (Pablo)

Al mismo tiempo, el relacionarse con otras personas que presentan una discapacidad ha contribuido en su aceptación, frente al ejemplo que obtienen de estos.

Gilberto: *“... Yo siempre he visto a los que tiene una discapacidad antes y después de mi accidente como gente igual que cualquiera, porque antes de esto me relacioné con muchas personas que tenían discapacidad, lo que ha hecho que piense eso... yo sólo siento que cambio físicamente, porque igual sigo siendo el mismo Gilberto, por esto cuando me sentía desanimado buscaba hacer nuevas cosas que me motivaran a seguir adelante, porque yo sabía que lo podía hacer”* (Gilberto)

Es importante mencionar, que las experiencias que las personas han vivido después de su accidente les han permitido descubrir y desarrollar esta fortaleza mediante la identificación de sus habilidades.

Pablo: *“Después de todo lo que hemos pasado, me siento más esperanzada al ver como Pablo ahora no trata de esconderse, sino que busca como superarse y salir adelante, lo que me pone muy contenta”* (Esposa de Pablo)

- **Valor y valentía:** representa la capacidad de la persona de separar elementos emocionales y conductuales del temor, lográndose esto en las personas gracias a la participación en los grupos de personas con amputación de INS-Salud.

Ana: *“Gracias a los grupos pude ir poco a poco enfrentándome a esto, ya que allí conocí a personas que habían sufrido amputaciones más serias que las mías y vi como ellos se aceptaban y se lograban superar”* (Ana)

Gilberto: *“Después de asistir a algunos grupos y ver el apoyo de mi familia, me di cuenta de que debía buscar algo que hacer, aunque me dio algo de miedo el no encontrar trabajo por mi discapacidad me animé a hacerlo, hasta que logré conseguir el trabajo que tengo ahora”* (Gilberto)

Sandra: *“Siempre que se presenta algo nuevo, puede darnos miedo pero hay que saber que debemos luchar y hacerle frente porque sólo eso nos permite salir adelante y continuar”* (Sandra)

- **Humildad y modestia:** implica no ser el centro de atención y que sean sus logros los que hablen por ellos (as), antes de ser sus palabras las que les den una imagen a las personas que les rodean.

Gilberto: *“Lo que me preocupó después de mi discapacidad, es que las personas siempre esperan que nosotros (refiriéndose a las personas con discapacidad) hagamos grandes cosas, pero me he dado cuenta que lo mejor es dejar que esto pase sin necesidad de hacer mucha bulla por lo que alcance”* (Gilberto)

Liz: *“Siempre he querido hacer las cosas sin llamar la atención al principio porque no quería que nadie supiera, pero ahora es más que todo porque no me interesa aprender las cosas para que los demás crean que estoy haciendo grandes cosas, sino porque simplemente quiero aprender”* (Liz)

- **Amar y dejar amar:** se desarrolla mediante la posibilidad de abrir sus sentimientos con otras personas y aceptar los sentimientos de los demás, en el caso de estas personas se visualiza en la relación con su familia.

Ana: *“Desde que nuestro hijos nacieron, mi esposo y yo siempre hemos querido que mis hijos sean unidos y ahora esto nos ha ayudado para que Ana pueda salir adelante en su vida, porque ahora todos podemos expresar nuestro afecto con los demás”* (madre de Ana)

Gilberto: *“El apoyo que recibí de mi familia, permitió relacionarnos más y más profundo, algo que no hacíamos antes del accidente... la relación con mis hermanos y con mis papás fue algo que significó mucho para mí”* (Gilberto)

Pablo: *“Todo esto me ha ayudado mucho, en especial con la relación con esposa, porque logramos superar todos los problemas y salir adelante a pesar del error tan grande que cometí (refiriéndose a la infidelidad) y ahora ambos podemos expresarnos todo lo que incluso nos ha ayudado con la relación”* (Pablo)

Al mismo tiempo se encuentra su red social, con quienes en algunos casos refuerzan esta fortaleza

Gilberto: *“Además de mi familia, mis amigos me han ayudado mucho porque ellos me siguen tratando igual que antes y no prestan atención a mi pierna, aunque sí estaban al tanto cuando no tenía la prótesis y debía andar en muletas, la verdad es que con ello puedo ser quien soy y ellos conmigo y puedo expresarme mejor lo que siento”* (Gilberto)

- **Curiosidad:** implica la apertura a nuevas experiencias que no eran propias de la dinámica de la persona, lo que les permite descubrir nuevas habilidades en su ser para continuar adelante con sus vidas. En el caso de las personas participantes esta fortaleza se visualiza en la apertura a nuevas actividades para obtener trabajo.

Ana: *“Desde que me quedé sin trabajo he intentado buscar otras cosas que hacer, aunque en ningún lugar me querían contratar, por lo que me vi obligada a buscar otras cosas que hacer para descubrir nuevas cosas en mí”* (Ana)

Gilberto: *“Dentro de los trabajos que buscaba, sabía que debía aprender a hacer nuevas cosas, en especial cuando conseguí un trabajo en una pizzería, ya que yo nunca había cocinado y con esto debía aprender, por dicha terminó siendo algo que me gustó”* (Gilberto)

Liz: *“Gracias a todo lo que he intentado, la verdad puedo decir que he ampliado mi mundo porque ahora he aprendido un montón de cosas en la vida y no puedo esperar para ver que otras cositas puedo aprender más adelante”* (Liz)

De este modo, el desarrollo de esta fortaleza ha fomentado el deseo de superación de estas personas.

Gilberto: *“Una vez que me di cuenta de que podía hacer estas cosas, he sentido que soy capaz de hacer muchas otras, sólo que debo sacar el tiempo para ir las descubriendo”* (Gilberto)

- **Picardía y sentido del humor:** estas personas tratan de ver el lado cómico y jocoso de la vida, para hacer frente a las adversidades que pueda enfrentar en su vida. En sus casos, utilizan esta fortaleza para reencuadrar su accidente y discapacidad, con el fin de restar importancia a su deficiencia y fomentar sus habilidades.

Gilberto: *“Siempre “vacilo” con mis otros amigos que tiene una discapacidad, como por ejemplo con el “mae” que está en silla de ruedas, ya que yo lo molesto porque no puede caminar y el me responde que al menos él tiene los pies pero que yo los tengo incompletos... todo esto me ha ayudado a superar mi problema y ver que la discapacidad no me va a detener para continuar con mi vida”* (Gilberto)

Además, esta fortaleza contribuyó a mejorar las relaciones con su red de apoyo, cuando estas tenían dificultad para acercarse a ellos (as).

Pablo: *“Ya con el tiempo de haber dejado de usar el guante, más bien empecé a tomar en broma eso, incluso los vecinos en veces me vacilan con eso, es más ahora yo soy conocido en el barrio como “mano negra” por ese guante y esto me ha ayudado para relacionarme más con la demás gente y hasta ellos conmigo”* (Pablo)

- **Entusiasmo y pasión:** comprende a las personas que se encuentran llenas de vida, se realizan sus actividades con cuerpo y alma, para efectuarles del mejor modo posible. En el caso de estas personas se identifica mediante el cambio en la percepción de su autoimagen.

Pablo: *“Ahora que me acepto y veo el apoyo de los demás, me siento muy contento, porque nunca me han dejado y eso me hace luchar cada vez más y olvidarme de rendirme porque quiero demostrarles que siempre podré hacer las cosas”* (Pablo)

Pablo: *“Lo que me hace sentir mejor y más seguro es que siempre está alguien a mi lado, primero Dios, luego mi familia y mis amigos, eso porque siempre me están empujando para que siga adelante, lo que prácticamente es un enorme empujón para que viva la vida y siga adelante, porque todo esto siempre me ha motivado”* (Pablo)

3.2.2 Aptitudes emocionales afectadas por la amputación traumática

Pese a las fortalezas que redesarrollan en las personas que han sufrido una amputación traumática, dentro de las principales aptitudes emocionales que se ven perjudicadas a partir de este suceso se encuentran:

Autocontrol: implica el poder manejar efectivamente las emociones y los impulsos perjudiciales. En el caso de las personas con amputación traumática se manifiesta de la siguiente manera:

Pablo: *“Cuando me di cuenta de la pérdida de mi dedo, me vi prácticamente hundido por que no tenía ni la menor idea de lo que iba a ser mi futuro, prácticamente lo estaba viendo todo negro en mi futuro”* (Pablo)

Sandra: *“Los primeros días después de mi accidente, el futuro me era incierto porque todo se nos iba a poner difícil y durante ese tiempo no sabía que hacer o como actuar, la verdad fue una de las cosas más difíciles de toda mi vida porque no sabía nada de nada con lo que era mi vida, mi futuro y hasta mi familia”* (Sandra)

Ana: *“Cuando perdí mi dedo, todo se me puso negativo incluso ahora aún no logro superar todo esto, aun cuando tengo de apoyo de mi familia, la verdad es que manejar esto nunca va a ser fácil y la forma de manejarlo no siempre nos puede hacer sentir bien...”*
(Ana)

Liz: *“Todo lo que uno vive en esos momentos es muy difícil, ya que ni siquiera sabes como reaccionar, la cosa es que el futuro se vuelve difícil de predecir y es como si uno se quedará como “tieso” sin saber que hacer o como actuar”* (Liz)

Autoestima: es esta aptitud por medio de la cual la persona se valora y acepta a sí misma. En el caso de los (as) involucrados (as) la disminución de esta se encuentra relacionada directamente con la dificultad para aceptar su nueva autoimagen.

Pablo: *“Aún cuando ya logré dejar de usar el guante, cuando me doy cuenta de cómo las otras personas me ven, me hace sentirme muy mal, por eso prefiero estar sólo con mi esposa o con la gente que conozco, porque cuando estoy en otro lado me siento mal, me hacen sentir incluso como si fuera hasta en algunos casos como menos”* (Pablo)

Liz: *“Aunque Liz se ha levantado de lo sucedido, aún siento que su autoestima sigue baja, porque le cuesta aceptarse en algunos momentos y hasta se pone a llorar, pero es por eso que nosotros estamos aquí, para apoyarla en todo esto y que pueda salir adelante en su vida y en todo lo que se proponga”* (Madre de Liz)

Ana: *“Nos costó mucho levantarle el animo a Ana, porque se sentía muy desanimada y la verdad es que hasta ahora es que ella parece sentirse algo mejor pero aún no sentimos que esté del todo bien”* (Hermana de Ana)

Otra de las características de las personas con baja autoestima, es que pueden evitar relaciones interpersonales por sentir que tienen el rechazo de estas:

Ana: *“Fuera de nosotros (refiriéndose a la familia) he sentido que Ana no quiere*

relacionarse con nadie más, primero porque nadie más la ha apoyado y además ha de sentir que los demás la pueden rechazar por su amputación, lo que hace que fuera de las manualidades no quiera salir de la casa para otra cosa” (Madre de Ana)

Pablo: *“Siento que aún Pablo no logra de superar esto y su autoestima continúa baja, por eso prefiere no salir mucho de la casa y cuando lo hacemos trata de evitar a las personas porque aún se ve que tiene miedo de que lo vean feo o lo traten con desprecio” (Esposa de Pablo)*

Confianza en sí mismo: esta aptitud proviene del esfuerzo de la persona, mediante la identificación de sus habilidades y capacidades. En el caso de las personas participantes, la disminución de esta aptitud se manifiesta en los procesos de recuperación y aceptación.

Ana: *“Por un buen tiempo vi como Ana no se aceptaba y prácticamente ya no creía que podía levantarse y salir adelante, es como si en un momento de su vida perdiera toda la esperanza, creo que con la gracia de Dios es que es que cambió un poco pero aún le sigue costando, pero para eso tiene a su familia para que le esté ayudando” (Madre de Ana)*

Pablo: *“Prácticamente sentí que de un momento a otro la esperanza se le había ido a mi esposo porque él creía que todo había acabado y aunque siempre fue muy religioso, en esos momentos ya no tenía el peso de antes en él y todo era como si ya no creyera en sí mismo porque la pérdida de su dedo no le permitiría salir adelante” (Esposa de Pablo)*

Además, esta se ve expresada en la dificultad para iniciar la búsqueda de nuevas habilidades en su persona:

Carlos: *“Lo más difícil que le puede pasar a uno, es volver a levantarse después del accidente, porque uno como que pierde la esperanza y no cree que pueda superarse después del todo lo que pasó, porque ya las cosas que uno hacía normalmente ahora son muy difíciles de hacer y eso hace que uno no crea que puede superarse, incluso ahora*

todavía me cuesta creer que puedo hacer algunas cosas” (Carlos)

Pablo: *“Cuando traté de hacer otras cosas para conseguir trabajo, la verdad es que era complicadísimo, porque como mi esposa dijo, yo ya no creía en nada ni en mí, es como si la esperanza se me hubiera ido con la amputación de mi dedo” (Pablo)*

Sociabilidad: implica la tendencia a conocer y relacionarse con otras personas, en el caso de las personas con amputación traumática se visualiza en función de ampliar su red social.

Pablo: *“Los primeros días después de que Pablo volvió a la casa, se aisló de los demás, tenía mucho miedo de que los demás lo rechazaran o no lo aceptaran por la amputación que tenía, fue muy difícil que volviera a salir y hasta que se quitara el guante, por dicha las terapias que recibimos ayudaron mucho, pero incluso ahora se nota que hay veces que vuelve a esto” (Esposa de Pablo)*

Ana: *“Ha sido muy difícil convencer a Ana para que salga, porque siempre tiene la idea de que las personas van a actuar de un modo negativo con ella, pero gracias a Dios en varios lugares las cosas no han sido así, aunque aún le es difícil aceptar esto, por eso aún desea salir poco de la casa” (Madre de Ana)*

De esta manera, parte de este aislamiento, se ve relacionado con la dificultad de las personas para aceptar su nueva autoimagen, aunque otro factor influyente en este representa el rechazo que sufren por parte de otras personas.

Ana: *“Incluso con otras personas, he tenido problemas porque las personas actúan de un modo extraño cuando me ven la mano y la verdad es que esa es una de las cosas que me ha afectado más para poder acertarme como soy... por eso he creído que la verdad es mejor evitar a todos estos” (Ana)*

Liz: *“No sé que le pasa a la gente, pero cada vez que ven mi mano y se dan cuenta de que tengo una amputación, hacen cada cara que la verdad me hace sentir mal, porque pareciera que me creen menos o como algo raro el que yo tenga esto y muchas veces hasta me tratan con lástima y no me dan la oportunidad de demostrarles lo que realmente soy... es por eso que debes en cuando he preferido en ocasiones distanciarme de la gente porque eso es algo desagradable”* (Liz)

Pablo: *“Aunque los vecinos sí me tratan de lo más bien cuando voy a San José o a otras partes y ven lo de mi dedo, varios me hacen caras y la verdad es que esa es una de las cosas que me hace sentir verdaderamente mal y de las que más ha causado que me acepte como soy”* (Pablo)

Carlos: *“Vieras que feo se siente cuando alguien me ve la mano con o sin la prótesis y me hace una cara no se como de asco o algo así, en esos momentos no sé que pensar... todo eso que he vivido la verdad me ha hecho querer estar lejos o como solo, porque al final eso resulta muy incómodo”* (Carlos)

Liderazgo: constituye la capacidad de transmitir e inspirar a los demás. En el caso de las personas participantes se visualizo esto de la siguiente manera:

Pablo: *“La verdad es que Pablo estuvo mucho tiempo desmotivado, más que todo porque no se aceptaba y no lograba creer que perdió una parte de su cuerpo y la verdad es que ver como intentábamos motivarlo sin lograr nada, nos desmotivó mucho incluso a sus papás, porque antes del accidente él era muy activo, incluso nos movía a todos para hacer otras cosas, pero con la amputación eso es una de las cosas que han cambiado en la casa”* (Esposa de Pablo)

Carlos: *“Carlos era quien me motivaba incluso a varios vecinos pero perder su mano lo cambió, incluso todavía no logra superar esa parte en especial por el rechazo que siente de otras personas que no se dan cuenta de lo que realmente vale y esto ha causado que ya no sea más el mismo”* (Esposa de Carlos)

Ana: *“Ana me inspiraba mucho, pero después del accidente de su dedo, cambio y más bien hemos tenido que ser todos en la casa quienes tratemos de convencerla de que continúe con su vida... vieras que lo de las manualidades fue un mundo convencerla para que aceptara ir”* (Hermana de Ana)

Establecer vínculos: implica el medio por el cual las personas pueden alimentar las relaciones interpersonales. En el caso de las personas participantes, la disminución de este vínculo se visualiza en la relación con personas ajenas a su grupo familiar:

Pablo: *“Vieras que difícil es relacionarse con otra gente fuera de los que conozco, porque el rechazo que muchos me dan me hace no querer estar con otras personas, la verdad es que si acaso me llego a relacionar con otras personas es por cosas del trabajo porque de otro modo me cuesta mucho compartir con alguien más”* (Pablo)

Pablo: *“Es verdad que Pablo ha decidido alejarse un poco de la gente, pero siento que no es su culpa, el gran problema es que las personas no se han dado cuenta de que todos somos iguales ante Dios creen que una persona discapacitada es diferente pero la verdad es que espero que en un futuro todo esto pueda cambiar”* (Esposa de Pablo)

Ana: *“En todo lo que hemos vivido, solo nosotros como familia y Dios hemos estado al lado de Ana, creo que por eso es que ella ya no desea tanto relacionarse con otras personas, por eso es que ella prácticamente se la pasa de la casa al curso de manualidades y de ahí otra vez para acá (refiriéndose al domicilio) y más bien no comparte casi con nadie”* (Madre de Ana)

Carlos: *“La falta de trabajo ha afectado mucho a Carlos, talvez si lograra conseguir uno, podría incluso relacionarse con otras personas, porque a horita en estos momentos, siento que no quiere estar con otras personas, como que se le dificulta hacer eso por miedo a que lo puedan rechazar”* (Esposa de Carlos)

Liz: *“Por dicha Liz contaba con sus amigas, porque fuera de ellas se le complica mucho relacionarse porque parece que no tiene interés de conocer a más gente y yo no dejo de comprenderla, al fin y al cabo las personas no entienden lo que es esto y no saben cómo relacionarse con estas personas incluso a nosotros nos costó al principio, pero ahí vamos echando para adelante”* (Madre de Liz)

En síntesis, todo cambio en el contexto social de la persona generará automáticamente un cambio en sus emociones, que provocará el fortalecimiento de varias aptitudes emocionales y la disminución de otras.

Al mismo tiempo, se evidencia como la interacción con otras personas influye directamente con el desarrollo de fortalezas, como por ejemplo en la interacción con su sistema familiar, debido a que esta les ha apoyado y motivado a seguir adelante, generando indirectamente un ámbito que facilita el desarrollo de la inteligencia emocional.

Por el contrario, en espacios en los cuales las personas con discapacidad se perciben rechazadas por su amputación y cuestionan sus habilidades por dicha razón, incidirán en que algunas aptitudes emocionales se vean afectadas en dichos individuos.

Ante ello, es de suma importancia el apoyo y estímulos sociales con los que pueda contar la persona, ya que estos serán los principales detonantes del desarrollo o disminución de las aptitudes emocionales.

Por tal razón, el apoyo a nivel familiar y comunal que reciba una persona contribuirá en las fortalezas que se identificaron en esta investigación, al tiempo que otros factores sociales afectarán el desarrollo de otras aptitudes emocionales en la población con discapacidad.

Es por lo anterior, que incluso este cambio en el aspecto emocional no sólo se presenta en las personas que sufrieron la amputación traumática, sino que las personas con quienes interactúan, por las relaciones e interacciones que se dieron en cada instante de sus vidas.

Además, Goleman (1996) plantea claramente que la inteligencia emocional puede desarrollarse a lo largo de toda la vida a diferencia de la inteligencia intelectual, por ello las personas que han sufrido de una amputación traumática pueden desarrollar su inteligencia emocional, pese a las vivencias u experiencias que se les presenten a cada momento.

Al mismo tiempo, es necesario construir ámbitos que propicien la identificación y desarrollo de la inteligencia emocional, siendo la educación emocional el mecanismo por medio del cual las personas potencien las actitudes emocionales que se han visto afectadas y generen en su ser fortalezas que les permitan hacer frente a las dificultades que se les presenten.

De este modo, se visualiza como las personas que han sufrido una amputación traumática y sus familias viven un cambio en su ámbito emocional y como este a la vez repercute en su interacción con los demás, como individuos y como familias.

Por lo anterior, es que en ocasiones las personas e incluso las familias necesitan del apoyo y contención de individuos ajenos al sistema familiar, como es el caso de profesionales, ello con el fin de ayudar a la familia a superar la crisis existente, alcanzar una estabilidad emocional (generar fortalezas y disminuir aptitudes emocionales afectadas) o contribuir en la reestructuración del sistema familiar.

Por tanto, lo presentado en este capítulo brinda las bases para identificar factores en los que la amputación ha generado un impacto en las aptitudes emocionales de la persona, como son la autoestima, el autocontrol, la confianza en sí mismo, la socialización y la construcción de vínculos; a la vez que orientan el desarrollo de una propuesta que promueva su desarrollo mediante la implementación de la educación emocional.

3.3. Reconstrucción de los procesos de intervención profesional de trabajo social en INS Salud

Según Castillo (2006), Trabajo Social en INS-Salud se caracteriza por realizar diversas funciones, acordes con las necesidades de la población atendida. En especial cuando esta profesión se ha comprometido desde sus inicios a velar por la búsqueda de equidad e igualdad para las personas, por la superación individual y colectiva de los individuos, y por la verdadera accesibilidad y superación de todos aquellos que se encuentren en condiciones de riesgo y exclusión social.

Es por ello que los trabajadores (as) sociales que laboran en INS Salud, desarrollan procesos de intervención, en torno a una verdadera superación de los usuarios (as), para que estos logren elevar y mejorar su calidad de vida.

Mediante entrevista a los y las profesionales de esta institución, se identifica diversas herramientas teórico-metodológicas aplicadas, se encuentran teorías como la terapia racional emotiva conductual (TREC), la teoría sistémica, de la comunicación y la Gestalt. Además de técnicas como por ejemplo la entrevista, la observación, visitas domiciliarias, entre otras.

Para comprender la aplicación de estas, deben ser contempladas en los procesos de intervención profesional que llevan a cabo los trabajadores (as) sociales de INS-Salud, mediante una reconstrucción del proceso técnico-operativo.

Estos procesos de intervención, pueden clasificarse en las dimensiones asistencial, terapéutica y socioeducativa:

3.3.1. La dimensión asistencial

Esta dimensión, es concebida como una “prestación de servicios donde el trabajador (a) social es un intermediador entre la acción estatal y la ciudadanía y la acción educativa tiene mayor relevancia en el servicio concreto” (Molina, 1997, p. 73); se caracteriza por brindar una ayuda a aquellas personas que la necesitan, entendiéndola como un derecho.

Constituye una parte fundamental del proceso que ejecuta trabajo social, en especial si se considera que muchas de las personas que solicitan este apoyo son de clase media-baja, y su condición socioeconómica les impide acceder, obtener y alcanzar un nivel de vida digno.

Parte de las estrategias metodológicas utilizadas por el (la) profesional, son: los estudios socioeconómicos, con el fin de identificar el contexto social en que se desarrolla la cotidianidad de la persona y el aspecto económico, en áreas como los ingresos familiares que incluyen a cada uno de los miembros que habitan con el usuario (a) y sus gastos mensuales. Así, tales estudios, Trabajo Social recomienda que la persona pueda acceder a diversos servicios, tales como ayudas económicas o prótesis, colchones especiales, entre otros.

Además, se encuentra la coordinación institucional para que las personas puedan acceder a capacitaciones u otros servicios, por medio de entes tales como el INA, basándose en un enfoque de derechos y garantiza a las personas con discapacidad obtener las herramientas que sean necesarias para salir adelante con sus vidas.

A todo esto se ha de tomar en cuenta que, para llevar a cabo este tipo de funciones, es necesario implementar técnicas que garanticen una efectiva intervención, dentro de las que se encuentran: la entrevista, revisión de expedientes físicos y electrónicos, observación, visitas domiciliarias, entre otras.

Las intervenciones, son entendidas a nivel administrativo e institucional como adelanto de renta, asignación de vivienda, aumento de cobertura, conmutación de renta, estudios socioeconómicos y coordinaciones a nivel interdisciplinario.

3.3.2. La dimensión socioterapéutica

Esta dimensión se sustenta en teorías como la sistémica, socioconductistas, clínico-normativas, crisis y comunicación interacción; estas han constituido teorías que han guiado a la intervención terapéutica de la profesión, y su adecuada implementación que permita a los individuos, superar su condición o situación actual.

Esta intervención pretende brindar un servicio que le asegure a la o las personas, adquirir una seguridad, estabilidad y un crecimiento personal y colectivo (familiar y demás personas con que se desenvuelve). Para los (as) trabajadores (as) sociales de INS Salud, la intervención terapéutica puede ser individual, familiar o grupal.

En caso de ser una atención individual, implementan teorías como el TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual), con el fin de modificar pensamientos o ideas irracionales, en relación con el medio cotidiano, con su pareja o en su espacio laboral, entre otras.

Otras de las teorías aplicadas en los procesos terapéuticos utilizados por los (as) profesionales en el INS-Salud, corresponde a la Gestalt aplicada en el grupo de personas con amputación y sus familiares, mediante esta teoría se pretende

“Movilizar los recursos del individuo, con el fin de reestructurar el equilibrio de la persona; se propone trabajar sobre el aquí y ahora, y establecer relaciones dinámicas entre el comportamiento y necesidades, deseos, y carencias; provocando la toma de conciencia de la realidad que se vive y asumiendo la responsabilidad de sí mismo” (<http://www.cop.es>, 1998)

En esta propuesta, la aceptación es una de las partes fundamentales del crecimiento de los participantes, mediante el reestructuramiento en el equilibrio de la persona y su familia.

Dentro de las técnicas aplicadas se encuentran, en la teoría sistémica: la tarea, juegos, la entrevista, la observación (para identificar la comunicación analógica) entre otros. Dentro del TREC, la observación, la entrevista y la confrontación.

Estas intervenciones profesionales desarrolladas por trabajo social son entendidas por la institución como: evaluación diagnóstica, terapia familiar y grupos de apoyo abiertos.

3.3.3. La dimensión socioeducativa

Esta dimensión, es entendida como:

“... la necesidad de construcción de redes, alianzas de solidaridad en las que los participantes son actores constructores de su conocimiento y su realidad, con base en problemas significativos a partir de los cuales se plantean las estrategias de acción viables para contribuir a transformar una sociedad que excluye gran parte de sus integrantes” (Molina, 1997, pág 47).

Dentro de la institución puede ser visto como el proceso en el que las personas son orientadas e informadas sobre temas como sus derechos, los servicios a los que pueden acceder o bien las leyes que les protegen de cualquier abuso que reciba su persona producto de su discapacidad, con la finalidad de empoderarse y exigir la aplicación de estas.

Se basa en el enfoque de derechos, porque contempla a la persona como sujeto de derechos, y por tanto se les ha de brindar las herramientas y medios necesarios para mejorar

su actual nivel de vida.

Esto mediante un componente jurídico-político, que respalda a cualquier persona como ciudadano basándose en la Constitución Política, los derechos humanos, leyes como: Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en Costa Rica (ley No. 7600), Ley de Riesgos del Trabajo, Código del Trabajo; y demás convenios internacionales. Han de asegurarle a la persona con discapacidad, su accesibilidad a todos los servicios, a recibir el trato justo y a poseer una accesibilidad y equidad real.

Basados en un enfoque de derechos y sustentado por un componente jurídico-político, los (as) trabajadores (as) sociales emplean una serie de mecanismos para que la persona con discapacidad conozca, se apropie e implemente todas las herramientas que se encuentran a su alcance para ejercer sus derechos. Se utilizan técnicas tales como, la entrevista, observación participativa (en especial cuando este tema aparece dentro de la clínica) y la visita domiciliaria.

Mediante este proceso, es posible incentivar la participación activa y constante de los individuos, para que se movilicen y organicen a partir de sus intereses y necesidades; para asegurar y salvaguardar sus derechos y luchar por su cumplimiento. Institucionalmente esto puede ser apreciado mediante labores como: consultas sociales, orientación de apoyo y construcción en conjunto del plan de vida.

Es importante entender que los procesos de intervención que los (as) profesionales en Trabajo Social de INS-Salud aplican, tienen como finalidad mejorar la situación social de las personas atendidas. Esto mediante la búsqueda de mecanismos sociales que ayuden a las personas con amputación y sus familias al empoderamiento que adquieren a partir del conocimiento de reglamentos políticos y recursos sociales existentes.

Por lo anterior, esta intervención representa una fortaleza externa de estas personas, al contar con el apoyo profesional que constituye su principal red institucional, al desconocer de otros entes estatales, ello porque a pesar de que los (as) trabajadores (as) sociales orientan en torno a este tema, las personas manifiestan un mayor apego por el INS, al ser esta la que se encargó de su proceso rehabilitativo producto de su accidente.

Mediante el análisis de las principales dimensiones de intervención de Trabajo Social en INS-Salud, es posible visualizar la importancia que esta profesión de las ciencias sociales juega en dicha institución, ya que estos (as) profesionales contribuyen en el ajuste psicosocial de las personas que han sufrido una amputación traumática.

Al mismo tiempo, estas dimensiones reflejan las principales necesidades que esta población posee después de la crisis inesperada. Ello porque en el caso de la dimensión asistencial, se trata de minimizar el impacto en el área económica, aspecto que se identificó en los resultados obtenidos en el apartado anterior, así como las becas que promueven el crecimiento personal, el descubrimiento de nuevas habilidades y la posibilidad de descubrir nuevas áreas para incorporarse en el ámbito laboral.

En tanto la dimensión socioterapéutica ayuda en esta población y su familia mediante espacios que contribuyen a trabajar la crisis existente por medio de procesos individuales, grupales y familiares, que a su vez potencian a la persona para hacer frente a otras problemáticas que puedan generarse en un futuro en su vida.

Además, el desarrollo de los grupos queda evidenciado por las personas participantes del estudio que es uno de los espacios más importantes para hacer frente a su problema de discapacidad (véase anexo 5), ello porque este es el único lugar en el que pueden compartir con personas que tiene una discapacidad similar a la de ellos, generando empatía entre los participantes. Por tal razón, esta dimensión pretende movilizar los recursos de las personas, para que estas logren hacer frente a la discapacidad.

También se encuentra la dimensión socioeducativa la cual contribuye con la persona para que esta conozca y ejerza sus derechos, identifique las instituciones estatales y no estatales que pueden contribuir con su desarrollo personal y familiar frente a diversas problemáticas sociales.

A su vez, el desarrollo de estas tres dimensiones permite visualizar la labor de trabajo social y como estas contribuyen con la población con discapacidad, para que se legitimen sus derechos, generen mecanismos para hacer frente a los cambios que se generen producto de su discapacidad y logren superar la crisis existente.

Finalmente, para visualizar mejor lo desarrollado se presenta a continuación un resumen de las principales funciones desarrollada por los (as) trabajadores (as) sociales de INS-Salud, para con dicha población, según la dimensión de intervención:

Cuadro Resumen 3

Dimensiones desarrollada según la intervención profesional

<u><i>DIMENSIÓN</i></u> <u><i>APLICADA</i></u>	<u><i>INTERVENCIÓN</i></u> <u><i>DESARROLLADA</i></u>
ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none">◆ Adelanto de renta◆ Asignación de vivienda◆ Aumento de cobertura◆ Conmutación de renta◆ Estudios socioeconómicos◆ Becas◆ Extensión de renta
SOCIOTERAPÉUTICA	<ul style="list-style-type: none">◆ Evaluación diagnóstica◆ Terapia individual (TREC)◆ Terapia familiar (teoría sistémica)◆ Grupos socioterapéuticos.◆ Grupos
SOCIOEDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none">◆ Consultas sociales◆ Orientación◆ Plan vida◆ Información

Fuente: confección propia basada en los dimensiones de intervención de trabajo social en IIN-Salud

3.4. Propuesta socioeducativa para el desarrollo de la educación emocional en personas con amputación traumática atendidas en INS-Salud

El impacto de una amputación traumática en una persona genera toda una transformación personal y social, es por esta razón que el quehacer profesional de trabajo social con esta población mediante la educación emocional puede generarse un empoderamiento que les permita enfrentar adversidades a partir de sus fortalezas.

Con este proceso se brindará el espacio para la identificación y manejo de las emociones y el conocimiento de sus derechos, entes institucionales que pueden ayudarles económica y laboralmente y las legislaciones que les protegen de cualquier acto discriminatorio por su discapacidad.

Debe entenderse que esta propuesta estará abierta al cambio y modificaciones que podrán realizarse en el proceso con su desarrolló, está compuesta de ocho sesiones; una cada quince días y se abordarán los temas que a partir de la investigación realizada, surgieron como referentes para enfrentar la crisis originada por un acontecimiento inesperado por un acontecimiento inesperado: la amputación traumática. Finalmente, esta constará de ocho sesiones, realizándose una cada quince días, con una duración de tres horas.

3.4.1 Sesión 1
Autoconocimiento de la educación emocional

Objetivo	Contenido	Actividades	Técnicas e Instrumentos
Tomar acuerdos para el desarrollo de la sesión	<p data-bbox="508 552 803 1470">Presentación de los miembros del grupo.</p> <p data-bbox="508 1470 803 1894">Explicación de los objetivos generales que se pretenden alcanzar y los temas a desarrollar en las sesiones.</p>	<p data-bbox="803 552 1101 1428">Se solicita al grupo que se organicen en parejas y comenten con sus compañeros (as) aspectos generales de sus vidas, como nombres, edad, residencia y ocupación.</p> <p data-bbox="803 1428 1101 1894">Posteriormente lo socializan al resto del grupo.</p> <p data-bbox="803 1894 1101 1894">Se explican los objetivos del grupo y se realiza una ubicación del significado de la educación emocional.</p>	<p data-bbox="1101 552 1398 1533">Técnica de presentación de parejas (a elección y conveniencia del facilitador)</p> <p data-bbox="1101 1533 1398 1894">Breve exposición, al finalizar esta se abrirá un espacio para las dudas y preguntas de los participantes.</p>

	3. Expectativas del grupo.	Discusión con el grupo, espacio para realizar preguntas y dudas con el fin de ser aclaradas.	Lluvia de ideas.
Propiciar el autoconocimiento de las emociones positivas y negativas generadas después del accidente vivido.	Conceptos básicos: educación emocional, inteligencia emocional, aptitudes emocionales fortalezas y debilidades	Se realiza una exposición para explicar los principales conceptos que se abordarán el grupo y se abrirá un espacio para preguntas. Se solicita a los participantes que socialicen la experiencia vivida durante y después del accidente. Al concluir la persona se abrirá un espacio para la discusión.	Relatos personales, discusión grupal y preguntas en torno al tema.

3.4.2 Sesión 2
Hacia un nuevo concepto de la discapacidad

Objetivo	Contenido	Actividades	Técnicas e instrumentos
<p>Construir un nuevo concepto de discapacidad</p>	<p>Modificación y aceptación de la autoimagen corporal.</p> <p>Construir estrategias para cambiar la percepción de la sociedad en trono a la discapacidad.</p>	<p>Se realizarán subgrupos donde en conjunto construirán un nuevo concepto de discapacidad en función de sus experiencias personales. Posteriormente compartirán el contenido desarrollado con el resto para realizar una discusión grupal.</p> <p>Se solicita a los participantes que socialicen como han superado diversos obstáculos de la discapacidad. Al concluir la persona se abrirá un espacio</p>	<p>Trabajo en subgrupos, lluvia de ideas, discusión grupal.</p>

		para la discusión.	
Brindar un espacio para que cada participante genere una actividad junto a los (as) demás.	Propiciar el auto-descubrimiento de habilidades y capacidades de las personas participantes.	Actividad será previamente coordinada con la persona	Trabajo en grupos, discusión grupal

3.4.3 Sesión 3
Hacia un conocimiento de mis emociones

Objetivo	Contenido	Actividades	Técnicas e Instrumentos
<p>Propiciar el auto-conocimiento de las principales emociones generadas por el accidente vivido.</p>	<p>Conceptos e indicadores de las emociones positivas y negativas.</p> <p>Leer las emociones de las personas con que nos relacionamos.</p> <p>Conocer las emociones propias.</p>	<p>Se dividirán en subgrupos en función de la cantidad de participantes.</p> <p>Se construirá un Colaje con imágenes de personas que expresen diversas emociones.</p> <p>Una vez construido lo expondrán al resto del grupo y se realizará una discusión grupal al concluir la presentación.</p> <p>Cada uno (a) de los participantes planteará con cual de las emociones expuestas en el</p>	<p>Colaje, exposición grupal y discusión grupal.</p> <p>Exposición y discusión grupal.</p>

		<p>colaje se identifica más desde que sufrió el accidente después y tratará de explicar las razones por las que esta predomina sobre las demás.</p> <p>Habrá un espacio para la discusión y retroalimentación de la actividad.</p>	
<p>Brindar un espacio para que cada participante genere una actividad junto a los (as) demás.</p>	<p>Propiciar el auto-descubrimiento de habilidades y capacidades de las personas participantes.</p>	<p>Actividad será previamente coordinada con la persona</p>	<p>Trabajo en grupos, discusión grupal</p>

9.4.4 Sesión 4
Conociendo el impacto emocional de mi vivencia

Objetivo	Contenido	Actividades	Técnicas e Instrumentos
Identificar las fortalezas existentes en cada individuo	Conocer las fortalezas que se pueden desarrollar en cada uno (a), después de sufrir el accidente.	Se realizará la lectura de una reflexión para introducir el tema, después se realizará una discusión grupal en torno a esta. Se efectuará una presentación para explicar las fortalezas que desarrollan las personas para realizar posteriormente una discusión grupal que retroalimentar lo expuesto.	Lectura de reflexión y discusión grupal. Exposición y discusión grupal.
	Identificar las fortalezas que se han desarrollado en cada participante.	Se formarán subgrupos donde se entregarán fichas con una fortaleza escrita, para que	Técnica con fichas, trabajo en subgrupos y discusión grupal.

		discutan sobre esta e identifiquen si la poseen, para luego socializarla y desarrollar una nueva discusión grupal.	
Generar espacios para potenciar las fortalezas de los participantes.	Identificar los factores personales y sociales que han potenciado las fortalezas.	Se solicitará a los participantes que voluntariamente cuenten cómo han desarrollado estas fortalezas y se discutirá grupalmente.	Relatos personales, discusión grupal.
	Construcción de estrategias para potenciar las fortalezas.	Se construirán grupalmente estrategias para la creación de estrategias que potencien las fortalezas.	Discusión grupal y lluvia de ideas
Brindar un espacio para que cada participante genere una actividad junto a los (as) demás.	Propiciar el auto-descubrimiento de habilidades y capacidades de las personas participantes.	Actividad será previamente coordinada con la persona	Trabajo en grupos, discusión grupal

9.4.5 Sesión 5
Descubriendo mis fortalezas

Objetivo	Contenido	Actividades	Técnicas e Instrumentos
<p>Conocer las aptitudes emocionales que se ven afectadas por el accidente para generar estrategias para potenciarlas.</p>	<p>Manejo conciente de las emociones</p> <p>Consecuencias negativas de no controlar adecuadamente las emociones</p>	<p>Se realizará la lectura de una reflexión para introducir el tema, después se realizará una discusión grupal en torno a esta.</p> <p>Se iniciará una discusión grupal sobre la forma como controlan las emociones que se presentaron después del accidente.</p> <p>El facilitador rescatará los disparadores de las emociones y se explicarán las principales aptitudes emocionales que se ven afectadas por el accidente y</p>	<p>Lectura de reflexión, discusión grupal.</p> <p>Exposición, lluvia de ideas y discusión grupal.</p>

		<p>estrategias para elevarlas.</p> <p>Los participantes se ubicarán en una de las formas de manejar sus emociones, explicando los motivos de su elección al resto del grupo.</p>	
<p>Brindar un espacio para que cada participante genere una actividad junto a los (as) demás.</p>	<p>Propiciar el auto-descubrimiento de habilidades y capacidades de las personas participantes.</p>	<p>Actividad será previamente coordinada con la persona</p>	<p>Trabajo en grupos, discusión grupal</p>

9.4.6 Sesión 6
Descubriendo mis Debilidades Emocionales

Objetivo	Contenido	Actividades	Técnicas e Instrumentos
Facilitar espacios para el aprendizaje de estrategias que potencien las fortalezas y disminuyan el impacto de diversas aptitudes emocionales	<p>Alternativas para potenciar las fortalezas.</p> <p>Alternativas para fortalecer y elevar las aptitudes emocionales.</p>	<p>Se retoman los contenidos de las sesiones anteriores, socializando los aportes y conocimientos construidos (as) por los (as) participantes,</p> <p>Se desarrollará una discusión grupal para retroalimentar el proceso y generales nuevas alternativas para potenciar las fortalezas y desarrollar las aptitudes emocionales.</p>	Presentación en “power point” sobre los aportes generados por los (as) participantes, lluvia de ideas discusión grupal.
Brindar un espacio para que los (as) participantes generen una actividad junto a los (as) demás participantes	Propiciar el auto-descubrimiento de habilidades y capacidades de las personas participantes.	Actividad será previamente coordinada con la persona	Trabajo en grupos, discusión grupal

9.4.7 Sesión 7

Conociendo los derechos como persona con discapacidad

Objetivo	Contenido	Actividades	Técnicas e Instrumentos
<p>Hacer del conocimiento de las personas participantes las legislaciones y entes institucionales existentes en el país con el fin de empoderarlas</p>	<p>Abordar los derechos, leyes e instituciones que les protegen contra cualquier acto discriminatorio.</p> <p>Crear conciencia en las personas participantes para que ejerzan sus derechos y hagan uso de las diversas instituciones que pueden ayudarles a elevar su nivel de vida</p>	<p>Solicitarles a los participantes que cuenten experiencias en las que han sido discriminados o rechazados por otros debido a su discapacidad.</p> <p>Se abrirá un espacio para que los demás participantes den sus comentarios.</p> <p>Se brindará una charla en la que se abordarán sus derechos, la Ley de Igualdad de Oportunidades (ley 7600) y las instituciones aparte del INS que les protegen, como son: IMAS, CENACE,</p>	<p>Relatos personales, discusión grupal y preguntas en torno al tema.</p> <p>Exposición y discusión en grupal.</p>

		CNREE, CONARE y el INA.	
Brindar un espacio para que las personas participantes generen una actividad junto a los (as) demás participantes.	Propiciar el auto-descubrimiento de habilidades y capacidades de las personas participantes.	Actividad será previamente coordinada con la persona	Trabajo en grupos, discusión grupal

9.4.8 Sesión 8

Estrategias para Continuar con una Educación Emocional Personal

Objetivo	Contenido	Actividades	Técnicas e Instrumentos
<p>Fomentar la aplicación de la educación emocional en la vida diaria de los y las participantes.</p>	<p>Técnicas para la aplicación de la educación emocional.</p> <p>Consejos y estrategias para desarrollar la inteligencia emocional.</p>	<p>Se realizará una exposición en “power point” sobre lo construido por los participantes a lo largo del proceso, seguidamente se abordará el tema de educación emocional.</p> <p>Posteriormente se repartirán fichas donde los participantes construirán estrategias para fortalecer y mantener su inteligencia y educación emocional, las cuales se basarán en los aportes que dieron los</p>	<p>Presentación en power point, fichas, lluvia de ideas y discusión grupal</p>

		<p>involucrados en sesiones anteriores.</p> <p>Los participantes lo leerán en voz alta para el grupo.</p> <p>Se procederá a discutir el contenido de la ficha y a plantear en qué momentos de la vida diaria lo escrito en esta puede aplicarse.</p>	
<p>Aplicar una evaluación ex – post</p>	<p>Se evaluarán con las personas participantes los contenidos abordados en las diversas sesiones del grupo.</p>	<p>Realizar un evaluación ex-post:</p> <p>Se pasará un cuestionario de manera individualizada.</p> <p>- Se solicitará a los participantes que compartan con el resto de los (as) compañeros (as) los aportes que este proceso les dejó.</p>	<p>Lluvia de ideas y cuestionario.</p>

<p>Brindar un espacio para que las personas participantes generen una actividad junto a los (as) demás participantes.</p>	<p>Propiciar el auto-descubrimiento de habilidades y capacidades de las personas participantes.</p>	<p>Actividad será previamente coordinada con la persona</p>	<p>Trabajo en grupos, discusión grupal</p>
---	---	---	--

Como se mencionó anteriormente, esta propuesta se encuentra abierta a cambios en función de la población participante y de quien en un futuro la desarrolle. Los temas a desarrollar se encuentran íntimamente relacionados con la educación emocional y el quehacer profesional del trabajo social, con el fin de dotar de mayores herramientas a las personas que han sufrido una amputación producto de un accidente laboral.

Cabe mencionar, que el objetivo de brindar un espacio para que las personas participantes generen una actividad junto a los y las demás participantes, el cual se encuentra a lo largo del proceso socioeducativo, nace de las observaciones que las personas participantes de investigación realizaron. Ello porque consideraron que un proceso grupal les permitiría involucrarse más en este y ello sería una oportunidad de exteriorizar positivamente su proceso de ajuste, aceptación de su autoimagen y crecimiento personal.

En síntesis, esta propuesta socioeducativa se basa en un enfoque de educación emocional, con el fin de desarrollar y mejorar las fortalezas existentes en las personas con discapacidad y generar mecanismos que potencien las habilidades para hacer frente al impacto emocional que genera la discapacidad.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- ◆ El impacto generado por una discapacidad que aparece inesperadamente, afecta a la persona en diversos aspectos, entre ellos los económicos, sociales, laborales, entre otros, dificultando con ello su ajuste psicosocial y la aceptación de su nueva autoimagen corporal.
- ◆ La inexistencia de procesos que permita compartir al resto de la sociedad con personas que cuentan con una discapacidad, ha dificultado la aceptación y participación de esta población en múltiples espacios sociales.
- ◆ La discapacidad aún es entendida como una condición médico-biológica, perpetuando una visión de lástima y rechazo para con estas personas; ello genera mayores barreras discapacitantes para su desarrollo y crecimiento.
- ◆ Aun cuando la población de personas con discapacidad lucha por ser aceptadas y acceder a múltiples espacios sociales, la falta de una conciencia social representa uno de los principales obstáculos que encuentra este grupo en su búsqueda de equidad.
- ◆ Aún existe en la sociedad una visión de lástima y caridad en torno a las personas con discapacidad, debido a la escasa información y divulgación sobre este tema, pese a que aquellas han demostrado poseer amplias habilidades y capacidades.
- ◆ El comportamiento de gran parte de las personas fortalece el paradigma tradicional, a aun cuando este se considere históricamente superado; tal situación obstaculiza el cambio en la mentalidad y accionar de la sociedad en general.

- ◆ En el caso de las personas participantes, al generarse un accidente inesperado en que se genere una discapacidad como es el caso de una amputación traumática, se identifica una significativa unión a lo interno del sistema familiar; aunque ello no siempre se presenta, ya que existen situaciones en las cuales se da un distanciamiento en el sistema familiar.
- ◆ El rechazo que sufren los usuarios con amputación traumática por parte de personas ajenas a su sistema familiar, representa una de las principales causas por las cuales se les dificulta llegar a aceptar su nueva autoimagen.
- ◆ Frente al rechazo que las personas con discapacidad sufren de otras personas, se originan actitudes que representan mayores obstáculos para su reinserción social y aceptación de su autoimagen, entre ellas: el aislamiento, una visión negativa de su futuro, dificultad para aceptarse como persona debido a su autoimagen, creer que no pueden desarrollar otras habilidades por su accidente o aceptar los estereotipos negativos en cuanto a la discapacidad.
- ◆ No existen espacios reales en el contexto nacional que faciliten la identificación, los conocimientos y desarrollo de la inteligencia y educación emocional para esta población.
- ◆ El apoyo familiar de las personas que poseen una amputación traumática ha representado su principal red de contención y ha contribuido para enfrentar los cambios sentidos en lo personal y familiar.
- ◆ Las fortalezas que se lograron identificar en estas personas, son el resultado del apoyo de su red de contención, en este caso constituido por su familia y en algunos casos por miembros de su comunidad.

- ◆ Fortalezas como el sentido del humor, manifiestan la potencialidad que existe en la personas de reencuadrar una experiencia que para muchos sería negativa, generando una visión diferente que les garantice seguir adelante sin importar la discapacidad con que cuentan.
- ◆ La espiritualidad como fortaleza, les ha permitido a las personas que sufrieron de una amputación traumática mantener una visión positiva de la vida, pese a los obstáculos y barreras discapacitantes con que se han encontrado. Esto, sumado al apoyo de su sistema familiar representa uno de los principales dispositivos para llegar a aceptar su auto-imagen.
- ◆ El compromiso y esperanza en estas personas, representa una importante fortaleza en estas personas, aunque ello ha presentado gracias al apoyo familiar, pues quienes enfrentan la amputación se encuentran aún con una baja autoestima principalmente producida por la dificultad de aceptar su nueva autoimagen.
- ◆ La autoestima de las personas que sufrieron de una amputación traumática es una de las áreas emocionales más afectada debido a la dificultad de aceptar su auto-imagen y por el rechazo social que sienten fuera de su sistema familiar y comunal. Frente a la experiencia vivida, se identifica que el autocontrol es otra de las aptitudes emocionales afectadas, incidiendo en el deseo de la persona para tratar de salir adelante con sus vidas.
- ◆ Aun cuando algunas aptitudes emocionales generan fortalezas en las personas y otras por el contrario se ven afectadas, las actitudes emocionales se encuentran entrelazadas entre sí, es decir, todas las actitudes se influyen mutuamente, generando las diversas emociones que se identifican en las personas.

- ◆ Además de la identificación de fortalezas en las personas con amputación, se logran identificar una serie de actitudes emocionales (autoestima, autocontrol, optimismo, confianza en sí mismas, sociabilidad, liderazgo y establecimiento de vínculos) que generan un gran conflicto personal y social en dicha población.
- ◆ A pesar de los esfuerzos de los (as) familiares de las personas con discapacidad para que continúen adelante con sus vidas, a ellas se les dificulta debido a los obstáculos que se les han presentado en sus vidas, entre ellos: bajos ingresos económicos, dificultad para acceder a un trabajo que garantice estabilidad y solvencia, la legitimación de sus derechos y accesibilidad e inclusión real y activa en la sociedad.
- ◆ El INS e INS-Salud representan para las personas que han sufrido un accidente la principal institución a nivel estatal, que les ha ayudado a salir adelante en su proceso de ajuste personal. Además, los grupos desarrollados en INS-Salud han representado uno de los espacios más significativos para esta población; ello, porque es uno de los lugares donde pueden compartir con personas que también sufrieron de una amputación traumática.
- ◆ Trabajo Social ha brindado un apoyo a las personas que han sufrido esta discapacidad mediante intervenciones socioeducativas, terapéuticas y asistenciales, que han contribuido con el proceso de ajuste y autoaceptación de su nueva condición. No obstante pese a los procesos desarrollados por Trabajo Social, el recargo laboral impide a sus funcionarios realizar intervenciones en crisis con todos los (as) usuarios (as) que ingresan por una amputación traumática a la institución.
- ◆ El escaso conocimiento y aplicación de las diversas leyes, ha obstaculizado el proceso de rehabilitación social, pese a que existen instituciones como el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) o el Consejo Nacional de Rehabilitación (CONARE). Esta población desconoce su existencia y por tanto no manejan las acciones que estas pueden realizar en su favor para legitimar sus derechos.

- ◆ En el quehacer académico, la inteligencia y educación emocional representan herramientas que fortalecen las funciones de la profesión, pero estas no son utilizadas a cabalidad en la intervención profesional.

Recomendaciones

- ◆ Debido al rechazo existente en gran parte de la sociedad, es necesario generar espacios y mecanismos sociales que permitan la construcción de una conciencia social en torno a la discapacidad generada por la amputación traumática. Así, los mecanismos creados para modificar la percepción de las personas en torno a la discapacidad deberían hacer énfasis en el cambio en la visión sociocultural de esta población, promoviendo la eliminación de las barreras discapacitantes existentes.
- ◆ Pese a existir la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, deben crearse medios de divulgación para que las personas con discapacidad e incluso la sociedad en general le conozcan y apliquen a cabalidad lo estipulado en esta.
- ◆ La aplicación de la educación emocional en las personas que han sufrido una amputación traumática, promoverá la identificación de las fortalezas que existen en su interior y las aptitudes emocionales más afectadas por el accidente, lo que les permitirá hacer frente a esta para trabajar en su desarrollo personal y la identificación de habilidades en su interior.
- ◆ Junto a las personas con este tipo de discapacidad, las familias de estas deben iniciar un proceso emocional para que puedan adquirir estos conocimientos, a la vez que acompañan y ayudan a su familiar en su proceso de ajuste y aceptación de su autoimagen, por ello se hace necesaria la construcción de una propuesta socioeducativa para las familias, con el fin de fortalecer el sistema familiar, que los (as) miembros sean una contención para el usuario (a) y entre todos los (as) integrantes fortalezcan su inteligencia emocional.

- ◆ Un fortalecimiento de las redes sociales e institucionales puede contribuir para una mayor accesibilidad y legitimidad para con esta población, ya que ello puede llegar a elevar su nivel y calidad de vida.

- ◆ Debido a la crisis que experimentan las personas que sufren de una amputación, deberían crearse espacios para desarrollar intervenciones en crisis para que los (as) usuarios (as) y sus familias logren enfrentar y mantener una estabilidad.

- ◆ Es de importancia que Trabajo Social continúe retomando el tema de la educación e inteligencia emocional, ello porque podría generarse diversas dimensiones de intervención en pro de las personas.

Bibliografía

Bibliografía

- Alvarado, Marjorie (2000), *Inteligencia emocional y resiliencia: recursos efectivos para los estudiantes universitarios con discapacidad visual*, Tesis de licenciatura para optar por el grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Álvarez, D (2002), *Métodos de la investigación científica*, disponible en: <http://www.preval.org/documentos/00536.pdf>
- Asamblea Legislativa (1996), *Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley 7600)*, San José, Costa Rica.
- Badilla, Marianella, Herrera, Andrea y Vargas, Kira (2002), *Centros ocupacionales de atención a las personas con discapacidad y la satisfacción de las necesidades*, Tesis de licenciatura para optar por el grado de Licenciada en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Ballesteros, Carla y Vega, María José (2001), *Estrategias que construyen y aprovechan las personas con discapacidad física para incorporarse a procesos productivos*, Tesis de licenciatura para optar por el grado de Licenciada en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Barahona, Kathia (2001), *Aplicación de un modelo de intervención psicológica en crisis*, Tesis para optar al grado de Maestría en Psicología Clínica, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Barranco, Carmen (2004) Los modelos de intervención en Trabajo Social desde las perspectivas paradigmáticas de las ciencias sociales. Introducción a los modelos críticos en la calidad de vida. *Revista Servicios Sociales y Política Social*, 66, 9-36, Madrid, España, Editorial Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo

Social.

- Boss, Pauline (2001), *Ambiguous Loss [Pérdida Ambigua]*, Barcelona, Editorial GESIDA.
- Casas, Gerardo (2003) La inteligencia emocional. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 15, 30-34, San José, Costa Rica, Ed. Colegio de Trabajo Social.
- Casas, Gerardo (2007), “*Configuraciones familiares*”, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Cascante, Alicia y Fernández, María Alejandra (2000), *La atención a las personas con discapacidad a causa de lesión medular traumática: un estudio psicosocial acerca de la perspectiva del usuario (a) y del personal especializado en los servicios de rehabilitación*, Tesis de licenciatura para optar al grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Castillo, Cristina (1997), La rehabilitación integral de la persona con discapacidad. *Revista de Ciencias Sociales*, 75, 103-111, San José, Costa Rica, Ed. Ciencias Sociales
- Castillo, Walter y Quesada, Catalina (2006), *Sistematización de la intervención psicológica en personas con traumatismo craneo encefálico atendidas en INS-Salud*, Tesis de licenciatura para optar por el grado de Licenciados en Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Católica.
- Castro, Evelyn (2002), “*Modelo socioeducativo para el desarrollo de la inteligencia emocional con adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrica*”, Tesis de licenciatura para otra por el grado de Licenciada en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.

- Castro, Sussy María (1995), *Repercusiones psicosociales y formas de afrontamiento al estrés en adolescencia con espina bífida y con distrofia muscular progresiva de la consulta externa del Concejo Nacional de Rehabilitación*, Tesis de licenciatura para optar por el grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Céspedes, Yamilette (1997), *Apreciaciones sobre la ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 7, 82-85, San José, Costa Rica, Ed. Colegio de Trabajo Social.
- Chancón, J. (1999). *El INS y sus setenta y cinco años de vida (1924-1999)*. Publicado en INS Informativo #155
- CNREE (1998), *Estudio de estadísticas sobre discapacidad*, disponible en: <http://www.cnree.go.cr/>
- Cordero, Evelyn (2000), *Estudio exploratorio sobre la influencia de los factores físicos, psicológicos y familiares en la formación y desarrollo de la sexualidad en adolescentes con síndrome de down*, Tesis de licenciatura para optar al grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan (1999), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*, Madrid, España, Ed. SÍNTESIS S.A.
- Ericsson, Erick (1982), *El ciclo vital completado*, Barcelona, España, Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Goleman, Daniel (1996), *Inteligencia emocional*. Buenos Aires, Argentina, Editorial Vergara.

- Goleman, Daniel (1999), *La inteligencia emocional en la empresa*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Vergara.
- Gómez, María (1993), *Elementos de estadística descriptiva*, San José, Costa Rica, Editorial UNED.
- Gonzáles, Raúl (2001), Hacia una concepción social de la discapacidad. *Revista de Trabajo Social: Discapacidad*, 7, 4-11, Monterrey, México, Ed. UNAM.
- Hirsch, Ronaldo (1997), Contexto histórico, perspectiva y comentarios de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 7, 62-69, San José, Costa Rica, Ed. Colegio de Trabajo Social.
- Icart, M. Teresa, Fuentelsaz, Carmen y Pulpón, Anna M. (2000), *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*, Barcelona, España, Editorial Universidad de Barcelona.
- INS (1999) *INS-Salud*. Disponible en: portal.ins-cr.com/Social/ServMedicos/INSSalud.htm
- Inzua, Víctor (2001), Una conciencia histórica y la discapacidad. *Revista de Trabajo Social: Discapacidad*, 7, 68-75, Monterrey, México, e. UNAM.
- IMSERSO (2003), *Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF)*. Madrid, España.
- Molina, Lorena y Romero, María (1997), *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social*. San José, Costa Rica, Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Muñoscano, María Dolores (2001), Instrumentos nacionales e internacionales para

establecer la igualdad y la equidad para las personas con discapacidad: un enfoque socioeducativo. *Revista de Trabajo Social: Discapacidad*, 7, 68-75, Monterrey, México, e. UNAM.

- Organización Mundial de la Salud (1989) *Clasificación integral de deficiencias, discapacidades y minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Washington D.C., EEUU.
- Piaget, J. (1984), *El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño*, Barcelona, España, Editorial Paidós.
- Pérez, G. (1994), *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*, Madrid, España, Editorial La Muralla.
- Pérez, Nielsen y Valenciano, Ilesie (1996), *Violencia doméstica y discapacidad en la mujer*, Tesis de licenciatura para optar al grado de Licenciada en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Quesada, Karol; Rodríguez, Elena y Vega, Andrea (2002), *Sistematización de la práctica académica de trabajo social realizada en el INS-Salud*. San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Rodríguez, María José; Romero, Marcela y Vargas, Jacqueline (2003), *Los procesos organizativos y las mujeres con discapacidad*, Tesis de licenciatura para optar al grado de Licenciada en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Rojas, María del Carmen y Villalobos, Marietta (1995), *Discapacidad y familia: estudio de casos sobre el impacto que tiene en la pareja los hijos y sobre el propio sujeto accidentado una discapacidad por accidente laboral y características de la dinámica familiar*, Tesis de licenciatura para optar al grado de Licenciada en

Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.

- Rolland, John (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad / una propuesta desde la terapia sistémica*, Barcelona, Editorial GESIDA.
- Sánchez, D. (1998), *Teoría de la G*, disponible en: <http://www.cop.es>.
- Sánchez, Rebeca y Vallecino, Elena (1988), *Consecuencias psicosociales de la amputación por accidente laboral. Estudio de casos en el albergue temporal y casa salud del Instituto Nacional de Seguros (INS)*, Tesis de licenciatura para optar al grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Sandí, Oldemar Javier (2002), *Propuesta de un modelo de atención psicológica para personas con discapacidad física atendidas en la clínica de prótesis y órtesis del Complejo Integral de Prestaciones Sanitarias del Instituto Nacional de Seguros*, Tesis de licenciatura para optar al grado de Licenciado en Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Católica.
- Seligman, Martin (2005), *La auténtica felicidad*, Bogotá, Editorial Imprelibros S.A.
- Simmons, Steven y Simmons, Jhon (1998), *EQ cómo medir la inteligencia emocional*, México D.F., Ed. EDAF.
- Solís, Katia (1995), *Adaptación y estandarización del inventario Meadow-Kendall de evaluación socio-emocional (SEAI) para estudiantes sordos de preescolar de las escuelas de enseñanza especial de Ministerio de Educación Pública*, Tesis de licenciatura para optar al grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología, San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Steiner, S. y Perry T. (1998), *La educación emocional*, Buenos Aires, Argentina,

Editorial Vergara.

- Vargas, Olga Sonia (1997), ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 7, 86-87, San José, Costa Rica, Ed. colegio de trabajo social.
- Velasco, José Javier (2000), *Inteligencia emocional*, en Estudios de la Inteligencia emocional, disponible en Internet en: <http://boj.pntic.mec.es/~lbarrioc/utilidades/intelemono.html>
- Víquez, A. (2000), *Investigación cualitativa*, San José, Costa Rica, Universidad Católica.
- Zúñiga, Esther (2001), El primero de los derechos humanos de los discapacitados es no serlo. *Revista de Trabajo Social: Discapacidad*, 7, 96-109, Monterrey, México, e. UNAM.

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA
INVESTIGACIÓN: LA DISCAPACIDAD POR AMPUTACIÓN
TRAUMÁTICA Y LA EDUCACIÓN EMOCIONAL**

Nombre del investigador principal: Jorge Arturo Retana Azofeifa

Nombre del participante: _____

A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** descubrir si la educación emocional es capaz de ayudar a las personas que han sufrido de una amputación traumática y a sus familias, para que logren salir adelante con sus vidas y con sus proyectos.

B. **¿QUÉ SE HARÁ?:**

- Se realizará una entrevista a profundidad a usted y su compañero o compañera sentimental.
- Se efectuará otra entrevista a profundidad a sus hijos o hijas en caso de que cuenten con más de 10 años de edad.

- D. **BENEFICIOS:** no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de las personas que han sufrido una amputación traumática y sus procesos de rehabilitación y reinserción social; así mismo, este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.
- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el investigador Jorge Retana Azofeifa y él debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información, puede obtenerla llamando a Walter Castillo (210-9251) trabajador social de INS-Salud, de lunes a viernes de 8 a 3 de la tarde.
- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula, firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) y fecha:

Nombre, cédula, firma del testigo y fecha

Bach. Jorge Retana Azofeifa, céd. 1-1163-0620, firma del investigador que solicita el consentimiento

Nueva versión FCI. Aprobada en sesión del Comité Ético Científico (CEC) No. 53 realizada el 3 de setiembre del 2003

Anexo 2

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN QUE POSEEN UNA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA

1. Área personal

1. Composición familiar.
 - Subsistema parental (dinámica y relaciones)
 - Subsistema fraternal (dinámica y relaciones)

2. Área académica.
 - Nivel académico.
 - Interacción con pares
 - Dinámica e interés en el estudio.

3. Discapacidad
 - Concepto de discapacidad.
 - Interacción con otras personas que tuviesen alguna discapacidad.

2. Suceso que causa la amputación traumática e inicio de la crisis

1. Área laboral
 - Trabajos en los que estuvo
 - Lugar de trabajo donde sufrió el accidente.
 - Relaciones con compañeros (as) de trabajo.

2. Visualización de la discapacidad.
 - Autoimagen.
 - Visión de la familia.
 - Otras personas cercanas

3. Crisis

- Manejo personal
- Manejo en la familia.

3. Proceso de rehabilitación y trabajo del estrés post traumático

1. Apoyo institucional.

- Intervención de Trabajo Social.
- Intervención de otros profesionales.

2. Cambios en la familiar

- Roles.
- Dinámica.
- Manejo de la crisis.
- Concepto de discapacidad.

4. Proceso de reinserción es su contexto social inmediato.

1. Contexto social inmediato.

- Dificultades encontradas.
- Facilitadores sociales y ambientales (personas, infraestructura).

2. Apoyo recibido.

- ¿Cuáles miembros de su sistema familia le apoyaron después de su egreso de INS-Salud?
- Apoyo por parte de la familia extendida.
- Otros miembros de la comunidad
- Apoyos institucionales
- Otros apoyos.

3. **Ámbito laboral.**
 - Labores a las que se ha dedicado después del egreso de INS-Salud.
 - Posibilidades acceso y ubicación laboral.
 - Accesibilidad a otras fuentes de trabajo.

4. **¿Cómo se concibe actualmente a sí mismo?**
 - Concepto de discapacidad.
 - Auto-imagen
 - Familia

5. **¿Qué recomendaciones considera necesarias podrían contribuir en un mejor proceso de rehabilitación para esta población?**
 - Nivel social
 - Nivel institucional.

Anexo 3

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD PARA LOS FAMILIARES DE PERSONAS QUE POSEEN UNA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA

1. Construcción del actual sistema familiar

1. Dinámica familiar.
 - Subsistema parental (dinámica y relaciones)
 - Subsistema fraternal (dinámica y relaciones)

2. Discapacidad
 - Concepto de discapacidad.
 - Interacción con otras personas que tuviesen alguna discapacidad.

2. Suceso que causa la amputación traumática e inicio de la crisis

1. ¿Cómo visualizo de la persona con amputación?
 - Visión de la familia.
 - Otras personas cercanas

4. Crisis
 - Manejo en la familia.

3. Proceso de rehabilitación y trabajo del estrés post traumático

1. ¿Qué cambios se generaron en la dinámica familiar?
 - Roles.
 - Dinámica.
 - Manejo de la crisis.
 - Concepto de discapacidad.

4. Proceso de reinserción a su núcleo familiar y superación de la crisis.

1. Cómo concibe actualmente a su familiar.
 - Concepto de discapacidad.
 - Familia

2. Apoyo recibido.
 - Apoyo por parte de la familia extendida.
 - Otros miembros de la comunidad
 - Apoyos institucionales
 - Otros apoyos.

3. ¿Qué recomendaciones considera necesarias, podrían contribuir en un mejor proceso de rehabilitación para esta población?
 - Nivel social
 - Nivel institucional.

Anexo 4

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD PARA PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL DE INS-SALUD

1. ¿Cómo visualiza a las personas con amputación traumática?
 - Social
 - Personal

2. ¿Cómo caracteriza a la población de personas amputadas que son atendidas en INS-Salud?
 - Económicas
 - Sociales
 - Académicas
 - Laborales

3. Desde su punto de vista, ¿cuáles cree que son las principales problemáticas de las familias y personas que sufren una amputación traumática?
 - Económicas
 - Sociales
 - Académicas
 - Laborales

4. ¿Qué intervenciones desarrollan con esta población, según las áreas ya mencionadas?
 - Dimensión socioeducativa
 - Dimensión terapéutica
 - Dimensión asistencial

5. ¿Qué entiende usted por educación emocional?

6. ¿Consideran que la educación emocional podría aplicarse dentro de los procesos de intervención desarrollados a nivel individual o grupal en INS-Salud?
- Dimensión socioeducativa
 - Dimensión terapéutica
 - Dimensión asistencial
7. ¿Qué sugerencias considera usted que podrían contribuir para con dicha población?
- Familiar.
 - Social.
 - Institucional

Anexo 5

Descripción de los casos

El presente apartado describe los casos de las personas que formaron parte de la presente investigación, desde el punto de vista de los participantes, mediante la aplicación de una entrevista a profundidad que reconstruye la vivencia que tuvieron antes, durante y después del accidente que les generó su amputación. Es importante mencionar que los nombres que se utilizan en este estudio son ficticios, con el fin de respetar la confidencialidad de las personas participantes.

En esta se retoman aspectos personales antes de sufrir el accidente que género la pérdida de una parte de su cuerpo, entre ellos: la dinámica que se desarrollaba en su sistema familiar, la dimensión académica y laboral, entre otras.

Se describirá el momento en que la persona sufre el accidente y se da la presencia de una crisis circunstancial o inesperada. Cabe destacar que la intervención en crisis es desarrollada por los profesionales de INS-Salud, en los momentos en que las personas con amputación y sus familias no son capaces de salir de tales situaciones mediante sus propios medios; por tanto, se vuelven inmanejables y no forman de un protocolo de intervención, ello debido al recargo laboral que poseen los (as) profesionales de la institución.

Posteriormente, se describirá el proceso como la persona y su familia ha vivido esta nueva etapa y enfrentan las diversas dificultades presentes en su vida producto de la discapacidad.

Caso de Sandra

Sandra es una mujer de 23 años, actualmente se encuentra sin trabajo desde que sufrió el accidente hace cinco años, el cual le causó una amputación de una de sus manos y antebrazo, proviene de una familia compuesta por su padre de 51 años, quien labora como chofer de autobús; su madre de 46 años se dedica a las labores del hogar y dos hermanos de 15 y 11 años quienes se encuentran estudiando.

El sistema familiar de Sandra se ha caracterizado por enfrentar ingresos económicos escasos:

“Siempre fue difícil en la casa, que contáramos con buen dinero porque siempre habían gastos y las entradas que teníamos eran limitadas, porque papi siempre ha sido el que ha trabajado en la casa y sólo contábamos con ese dinero” (Sandra)

Al mismo tiempo, la dinámica familiar en la niñez y adolescencia de Sandra y sus hermanos se caracterizó por crear escasos estímulos para el desarrollo social y emocional de cada uno de los miembros del sistema:

“En la casa cuando estábamos pequeños, compartíamos poco en familia, la verdad es que cada quien tenía cosas que hacer y cuando yo estaba pequeña ni siquiera pasaba tiempo en la casa, me la “tiraba” donde una amiga y creo que en ese tiempo fue más cercana la relación con mi amiga y con su mamá que con la mía” (Sandra)

Aunado a ello, la dinámica familiar en el núcleo de Sandra, se caracterizaba por tener relaciones distantes, en las que cada uno de los miembros se dedicaba a realizar sus actividades por separado:

“Antes del accidente, siempre fuimos distantes, en especial cuando nacieron mis hermanos porque al principio les tenía algo de celos y prefería estar fuera de la casa con mis amigas, porque en la casa, papi sólo trabajar y mami tenía que cuidarlos a ellos

porque estaban pequeños” (Sandra)

En cuanto a la formación académica de Sandra, ella inició sus estudios secundarios, pero al llegar a noveno año y al dificultársele estos, decide abandonarlos para incorporarse al mercado laboral:

“En la escuela todo me iba bien, pero al entrar al colegio la cosa se me puso complicada y la verdad es que dejó de gustarme. Por eso hablé con mis papás para explicarles que ya no quería estudiar y si era del caso me metía a trabajar en algo” (Sandra)

Así mismo, esta decisión es tomada por Sandra debido a que el tiempo en que se encontraba estudiando, vio que esta actividad no le gustaba y consideró que lo mejor sería encontrar otra actividad que realizar:

“Los estudios aunque son importantes, no son lo mío y si debo hacer algo con mi vida sé muy bien que eso no está en un aula en la que deba estar sentada escuchando a alguien cualquier cantidad de horas” (Sandra)

Al mismo tiempo, a pesar de haber abandonado sus estudios, Sandra no descarta la posibilidad de retomarlos, pero en este caso sería en un ente como el INA, ello porque siente que este puede ser más productivo para su persona:

“Si en algún momento retomo los estudios, lo que espero es que sean en algo productivo que me ayude en la vida y no que sea algo en lo que me sienta aburrida, sino que me motive, cosa que nunca pasó cuando estaba en el colegio, por eso he pensado que talvez más adelante me meta a algún curso del INA o algo así, la que me interesa es que eso me ayude a salir adelante en mi vida” (Sandra)

Aunado a ello, durante su adolescencia el vínculo que se desarrolló en el sistema familiar continuó siendo débil así como en su niñez, debido a los escasos espacios para compartir que generaban los integrantes de su familia:

“Cuando crecí un poco más y me hice adolescente, me la pasé más tiempo fuera de la casa con mis amigas, porque en la casa me daba mucha pereza estar y eso causó que todos nos distanciáramos más, ya que mami consiguió un trabajo en una soda y a mis hermanos los cuidaba una vecina, así que todos estaban en lo suyo y hacíamos poco “caso” a estar juntos” (Sandra)

Más adelante, Sandra comienza a trabajar en varias tiendas, cercanas a su domicilio pero el trabajo no era estable y el trato que recibía por parte de sus compañeros y en ocasiones de sus patronos le molestaba:

“Cuando salí de estudiar me costó un poco pero conseguí un trabajo en una tienda y así me sostenía en varias tiendas, en especial cuando era temporada alta como Navidad, porque en esas épocas están ocupando gente en todo lado y así fue como poco a poco conseguía algo de plata para gastos y para ayudar en la casa” (Sandra)

Es ante ello, que Sandra decide abandonar este tipo de trabajos e inicia una nueva labor en una fábrica, con la esperanza de mejorar su calidad de vida y aumentar los ingresos personales y familiares:

“Llegué a un punto en el que me cansé de seguir en este tipo de trabajos, porque eran muy inestables y lo que me llegaban a pagar no era suficiente como para ayudar en la casa, por lo que decidí meterme a trabajar en una fábrica, para ver si por lo menos tenía un poco más de estabilidad, aunque el trabajo resultara ser un poco más difícil que las tiendas” (Sandra)

Meses después de trabajar en este lugar y de sentirse más satisfecha por la estabilidad laboral que logra obtener en la fábrica, sufre el accidente que le causa la pérdida

de una de su mano y antebrazo:

“Todo iba bien en ese trabajo, aunque como todo, siempre existían sus problemillas con los compañeros, pero un día no sé bien que paso sólo recuerdo que hubo un problema con una máquina y esta me prensó la mano y poco después parte del antebrazo, por dicha una de las compañeras apago de máquina, porque si no me lleva todo el brazo” (Sandra)

Ante la pérdida de esta parte de su cuerpo, Sandra ve con dificultad su ajuste psicosocial, debido a que no tenía claridad de lo que sucedería con su vida después de regresar con su familia:

“Cuando esto me pasó, creí que hasta me podía morir porque la impresión de lo que sucedió me asustó demasiado, ya al rato me llevaron al hospital y ahí me atendieron, aunque el doctor no me dio un buen pronóstico, lo que me hizo pensar que ya todo había terminado para mí” (Sandra)

Lo anterior, preocupó a Sandra principalmente por la relación distante que existía en esos momentos con su familia, lo que le hacía pensar que no contaría con el apoyo de esta y por el contrario se encontraría en una situación de desamparo. Además, estaba bajo la influencia de una crisis donde se identifica el shock como la fase inicial:

“Otra de las tantas cosas que me preocupó fue mi familia, porque no sabía como iba a reaccionar o como me iban a ayudar si siempre hemos sido tan distantes y la relación con ellos no era la mejor del mundo, por eso cuando mami llegó a verme yo sólo arranque a llorar esperando que ellos no se enojaran y estuvieran a mi lado” (Sandra).

Una vez que es atendida en el hospital y en INS-Salud para iniciar su tratamiento y rehabilitación, surgen una serie de factores relacionados con su reinserción social:

- ◆ Un mayor fortalecimiento de su sistema familiar:

“El fortalecimiento que se dio en mi familia después del accidente, parecía casi sacado de una película, porque era algo que jamás creí que se fuera a dar, después de todo nos empezamos a apoyar en todo, por lo que si lo vemos de ese modo, al final salieron cosas buenas del accidente” (Sandra)

- ◆ Un esfuerzo para alcanzar una percepción positiva de la discapacidad:

“No sabía lo que iba a ser de mi, pero sí recuerdo que cuando estaba internada conocí a una señora que perdió la movilidad de sus piernas y era muy religiosa, durante mi internamiento ella me hablaba de Dios y me decía que no me rindiera que siguiera luchando que todavía tenía mucho por delante, lo que me ayudó a buscar una forma en la que la discapacidad no me limitara y me hiciera decaer” (Sandra)

- ◆ Estabilidad económica temporal gracias a la remuneración económica que el INS le brindaría por su accidente y discapacidad:

Al tiempo, que reconoce otra serie de factores que constituyeron una barrera para volver a integrarse y enfrentar su realidad inmediata, entre ellos:

- ◆ Pérdida del trabajo.
- ◆ Conocimiento insuficiente de su persona y de su familia, para realizar una contención adecuada:

“Durante el tiempo en el INS, me percaté de que ni mi familia ni yo sabíamos cómo iba a ser la “cosa” cuando saliera para ayudarme a salir de esto (refiriéndose a la discapacidad), incluso hoy no lo sabemos pero de a poco nos la estamos jugando, pero sí es claro que no sabíamos cómo hacerle para seguir” (Sandra)

“Nos ha sido difícil por ese lado y más todavía cuando todo esto inició, porque en nuestra familia no había alguien con discapacidad y no sabíamos cómo era tratar con estas personas hasta ahora que ya está mejor todo, porque al principio prácticamente no queríamos que Sandra hiciera nada” (Madre de Sandra)

◆ Inseguridad en cuanto a su futuro laboral:

“De todo lo que me había pasado, sólo había una cosa que era muy clara y era que ya no tenía trabajo y que volver a conseguir uno iba a ser demasiado difícil, porque no es en cualquier lado que contratan a un discapacitado” (Sandra)

Conforme Sandra recibía atención médica de INS-Salud, también recibe la intervención por parte de Trabajo Social. Mediante este acercamiento, ella conoce la existencia del grupo de personas con amputación que allí se desarrollan, con el fin de ayudarle a hacer frente a su amputación y reinserción a su realidad inmediata:

“Con Trabajo Social, no existió ninguna queja, la verdad es que fue ahí donde supe de los grupos de apoyo, lo que fue algo que me llamó la atención ir porque esa iba a ser la única posibilidad de compartir con otras personas que también habían sufrido una amputación” (Sandra)

De este modo, una vez que egresa de esta institución, continúa asistiendo a la consulta externa para el tratamiento de su amputación, al tiempo que participa de los grupos de apoyo desarrollados por Trabajo Social, lo que representó para Sandra un mayor proceso terapéutico, contribuyendo con su desarrollo psicosocial. Uno de los elementos fundamentales del Trabajo Social es que este se desarrolla de la solidaridad, el compartir experiencias comunes que a la vez, constituyen en estimulación del cambio:

“En los grupos, la cosa fue muy interesante porque conocí a más personas que tenían una amputación y ver cómo han salido de ese problema y más bien han hecho tantas cosas de su vida; más bien me motivó a seguir luchando por alcanzar las metas que tenía antes de sufrir el accidente” (Sandra)

Al mismo tiempo, cuando Sandra se incorpora nuevamente a su núcleo familiar, este sufre un cambio en la estructura tanto a nivel económico, así como en los roles familiares que se efectuaban antes de su accidente:

“Ya yo no era una de las personas que ayudaba en la casa y mami renunció a su trabajo para cuidarme y hacerse cargo de todo por lo que papi volvió a ser quien volvía a traer de nuevo el dinero a la casa y al principio, vimos las cosas difíciles porque ya era menos dinero el que entraba a la casa” (Sandra)

De este modo, la familia debe realizar un cambio en la estructura, para contribuir en un ajuste que incida en un mayor desarrollo psicosocial familiar:

“Después de que salí del INS, sabía que las cosas iban a ser diferentes, porque ya nosotros como familia éramos más unidos y mami y yo ya no trabajábamos por lo que papi era otra vez quien se encargaría de eso y mis hermanos ya estaban estudiando, por lo que en la casa mami y yo seríamos quienes estaríamos más tiempo juntas” (Sandra)

“Mi esposo y yo sabíamos que debíamos cambiar muchas cosas después de que Sandra saliera del INS, para que ella viera que nos importaba montones y que no queríamos que se sintiera sola, por eso acordamos que yo me quedara otra vez en la casa y él continuara trabajando, para poder apoyar más a Sandra” (Madre de Sandra)

Además, Sandra pasa los primeros dos años después de sufrir el accidente recibiendo atención en INS-Salud, lo que incidió en una mayor seguridad ante la posibilidad de seguir siendo atendida en dicho ente; este conflicto ganancial que le da un poco más de seguridad y contención:

“Me sentía tranquila y segura de que me atendieran en el INS, en especial porque más adelante me darían una prótesis y ya mi brazo se vería un poco como antes, para no sentirme tan mal con esto que me sucedió” (Sandra)

Caso de Liz

Liz es una mujer de 21 años, actualmente se encuentra sin trabajo desde que sufrió el accidente hace tres años que le causó una amputación de dos de sus dedos, proviene de una familia compuesta por su padre de 52 años, quien labora como constructor, su madre de 48 años, se dedica a las labores del hogar y un hermano de 15 años quien se encuentra estudiando.

El sistema familiar de Liz se ha caracterizado por contar con escasos económicos, aunque esto no ha impedido la satisfacción de las necesidades básicas del núcleo familia:

“En mi familia tenemos problemas con el dinero, incluso antes de que tuviera el accidente, porque mi mamá siempre nos ha acompañado y ha sido solo papi quien ha trabajado todo el tiempo” (Liz)

Al mismo tiempo, la dinámica familiar de Liz y su hermano se caracterizó por crear estímulos para el desarrollo de la educación emocional desde que ella se encontraba en su infancia:

“Al menos, al estar mami en casa me entretenía mucho cuando pequeña porque jugaba conmigo todo el tiempo y en la escuela siempre me estaba ayudando a estudiar y a hacer las tareas, lo que creo que me ayudó mucho porque gracias a ella estuve todo el tiempo conociendo nuevas cosas, en la casa cuando estábamos juntas y en la calle cuando paseábamos, incluso esto se continuó dando aún cuando nació mi hermano” (Liz)

A lo anterior, es importante destacar que sumado a los estímulos que Liz obtenía de su sistema familiar, se veían fortalecidos aún más mediante su red social comunal, tal como es el caso de sus amigas y vecinos, generando el fortalecimiento de aptitudes emocionales mediante la socialización con toda esta red social:

“También tenía la suerte de criarme en un lugar en el que tuve muy buenas amigas, ya que horita son ellas mi mejores amigas y siempre hemos compartido todo porque desde pequeñas nos hemos contado todo, lo que me ha hecho sentirme muy bien” (Liz)

A todo ello, en cuanto a la formación académica de Liz, ella decidió abandonar sus estudios secundarios para incorporarse en el campo laboral, ya que quería contribuir en los gastos familiares:

“Cuando estaba en el cole, veía como papi trabajaba para que nosotros estuviéramos bien, por eso cuando iba como en tercero decidí salirme para buscar trabajo, al fin y al cabo en ese momento me costaban mucho los estudios y prefería ayudar a mi familia” (Liz)

“No nos parecía que Liz se saliera del colegio, pero en ese momento mi esposo y yo la vimos muy decidida de lo que quería hacer con su vida. Por esa razón aceptamos que trabajara, con la condición de volver a estudiar más adelante” (Madre de Liz)

Al mismo tiempo, a pesar de haber abandonado sus estudios secundarios, Liz no descarta la idea de retomar nuevamente sus estudios, una vez que pueda reincorporarse al mercado laboral:

“Yo recuerdo bien eso que paso con mis papás, además nunca he descartado la idea de dejar del todo los estudios, espero más adelante terminar el cole y ver si hasta puedo estudiar algo en la U, pero de momento me interesa más volver a trabajar” (Liz)

De este modo, Liz y su padre pasaron a ser los proveedores de la familia, lo que la hacía sentirse bien, ya que esto generaba una mayor estabilidad económica en su sistema familiar:

“Una vez que conseguí trabajo, pude ayudar a papi con los gastos de la casa, lo que nos ayudó a que entrara un poco más dinero y así poder tener para comprar más cosas en la casa” (Liz)

Además, durante su adolescencia el vínculo que se desarrollaba en el sistema familiar continuaba siendo tan fuerte como en su niñez, gracias a los espacios para compartir que generaban los integrantes del núcleo familiar:

“Desde que estoy pequeñita la relación con ellos (refiriéndose a su madre, padre y hermano) ha sido excelente, porque nos hemos apoyado cada vez que se nos presentan problemas, por lo que mi familia siempre ha sido muy importante para mi” (Liz)

Así bien, Liz se desarrolló en diversos trabajos con el fin de obtener una estabilidad laboral que le permitiera a ella y su familia contar con una mayor solvencia económica:

“Tuve el problema de no tener un trabajo fijo, porque en todos duraba talvez unas semanas y cuando por fin conseguí uno en una soda que parecía que si iba a estar buen tiempo, esta terminó cerrando, por lo que me costó demasiado encontrar algo en lo que pudiera estar bastante” (Liz)

De este modo es que Liz obtiene trabajo en una fábrica cercana a su domicilio, lugar donde sufre el accidente que causa la amputación de sus dedos índice y medio de su mano derecha:

“Conseguí con el tiempo un trabajo en una fábrica, gracias a que una amiga me vio que estaba triste de no poder trabajar de manera estable, por eso ella me recomendó que fuera a solicitar trabajo en ese lugar y a las pocas semanas, como unas dos o tres me llamaron para que empezara” (Liz)

A partir de esta situación, Liz contó con el apoyo de las personas de esta empresa, aunque después de su internamiento terminó la relación laboral para con dicho trabajo. Ello porque fue despedida posteriormente, a causa de que la amputación le impedía realizar las labores en dicho lugar:

“Durante el tiempo que trabajé en la fábrica, me llevé bien con mis compañeros pero un día en la zona de la empacadora traté de recoger una de las cajas que se estaba mal colocada, el problema fue que cuando la tomé una de las máquinas prácticamente me prensó dos dedos de mi mano en ese momento no sabía que hacer por el dolor, por dicha en el trabajo llamaron a la ambulancia para que me atendiera, pero el daño que tenía era demasiado grande” (Liz)

Ante la pérdida de esta parte de su cuerpo, Liz trata de reencuadrar la situación que se encontraba viviendo en esos momentos, con el fin de levantarse el ánimo, aceptar su nueva autoimagen y poder hacer frente al proceso de hospitalización y rehabilitación que estaba por iniciar:

“Cuando me hospitalizaron y me dijeron que me tuvieron que amputar los dedos por el daño que había sufrido, los primeros días estuve demasiado triste, poco después de que me pasaron al INS, traté de ver las cosas diferentes aunque debo admitir que me fue difícil, pero al asistir a grupos llegué al punto de que por lo menos continuaba con vida y tenía una nueva oportunidad para seguir adelante con mi vida” (Liz)

Liz realiza lo anterior, gracias a la socialización que tuvo antes del accidente, ya que su familia y amigos siempre le estuvieron motivando y empujando para que no se rindiera frente a los obstáculos que se le presentasen en su vida:

“Otra cosa que me ayudó montones pero que me di cuenta con el tiempo, fue que siempre conté y tuve a mi lado a mi familia y a mis amigos, además con esto me di cuenta de quienes eran realmente mis amigas, porque nunca me han abandonado y más bien me

han ayudado a salir de esto” (Liz).

Una vez que es atendida en el hospital y en INS-Salud para iniciar su tratamiento y rehabilitación; Liz se da a la tarea de identificar una serie de factores que promueven y motivan su reinserción social, entre los que se encuentran:

- ◆ Un mayor fortalecimiento de su núcleo familiar:

“No sé por qué, pero a pesar de que mi familia siempre ha sido unida, sentí que después del accidente se unieron aún más, supongo que por miedo a ver como iba a seguir después de lo que me había pasado y no querían que me deprimiera, pero sí me alegro mucho de que siempre estuvieran a mi lado” (Liz)

- ◆ Un esfuerzo para alcanzar una percepción positiva de la discapacidad:

“Cuando estuve internada, sabía que esto iba a ser difícil pero recordé lo que mami siempre me decía: “uno nunca debe darse por vencido” por lo que siempre trate de entender esto para verlo de un modo diferente y no rendirme” (Liz)

- ◆ Estabilidad económica temporal gracias a la remuneración económica que el INS le brindaría por su accidente y discapacidad.

Al tiempo: que reconoce otra serie de factores que constituyeron una barrera para volver a integrarse y enfrentar su realidad inmediata, entre ellos:

- ◆ Pérdida del trabajo.
- ◆ Conocimiento insuficiente de la familia, para realizar una contención adecuada para Liz:

“Aunque mi familia siempre estuvo a mi lado, al principio me di cuenta de que no sabía como relacionarse conmigo porque cuando salí del INS no sabía que hacer, por

dicha todo cambio cuando me acompañaron a los grupos, ya que eso les dio una visión diferente de cómo relacionarse con migo” (Liz)

◆ Inseguridad en cuanto a su futuro laboral:

“Aunque logré ver la discapacidad de un modo diferente, me di cuenta de que me iba a ser difícil encontrar trabajo, porque a todo lugar donde iba me decían que sería difícil que me contrataran a causa de mi discapacidad aunque esta no pareciera ser muy grande realmente” (Liz)

Conforme Liz recibía atención médica de este ente, también recibió la intervención por parte del personal de Trabajo Social; mediante este acercamiento ella conoce la existencia de los grupos que allí se desarrollan, con el fin de ayudarle a hacer frente a su amputación y reinscripción a su realidad inmediata:

“Cuando estuve internada, Trabajo Social hizo un buen trabajo ya que le explicó a mi familia sobre mi discapacidad, aunque a ellos no parecía que le entendieran bien, por suerte también nos invitaron a los grupos y fue ahí donde conocí a otras personas con quienes compartir y mi familia vio las cosas de un modo diferente” (Liz)

De este modo, una vez que egresa de esta institución, continúa asistiendo a la consulta externa para el tratamiento de su amputación, al tiempo que participa de los grupos de apoyo desarrollados por Trabajo Social. Esto representó para Liz un mayor proceso terapéutico, contribuyendo con su desarrollo psicosocial.

“El conocer a otras personas que incluso tenían una amputación más grande que la mía y ver que muchos tenían los mismos problemas que yo, me di cuenta de que si me esforzaba podía salir adelante e incluso que la discapacidad al final era simplemente algo físico” (Liz)

Al mismo tiempo, cuando Liz se incorpora nuevamente a su sistema familiar, este

sufre un cambio en la estructura tanto a nivel económico, así como en los roles familiares que se efectuaban antes de su accidente.

“Cuando salí del INS, me di cuenta de que ahora sólo papi trabajaba y de que yo volvía a ser otra vez la hija de la casa, mientras no consiguiera un trabajo” (Liz)

De este modo, la familia debe realizar un cambio en la estructura, a raíz del cambio que se presenta en Liz, para contribuir en el desarrollo psicosocial familiar:

“Vi como mi familia hizo un esfuerzo por ayudarme lo que les agradezco un montón, porque me di cuenta de que realmente me querían ayudar” (Liz)

“Cuando Liz volvió a la casa decidimos hacer algunos cambios, porque sabíamos que si no los hacíamos ella podía sentirse mal o algo así y la verdad es que nosotros siempre hemos querido hacer lo mejor para nuestros hijos” (Madre de Liz)

Además, Liz pasa los primeros dos años después de sufrir el accidente recibiendo atención en INS-Salud, lo que le brindaba un sentimiento de seguridad económica y tranquilidad a pesar de la ausencia de trabajo:

“Era muy agradable ir a las citas del INS porque sabía que ahí me atenderían como se debía, por lo que ese tiempo me sentí bastante cómoda por todo lo que tenía a mano con la atención médica y los grupos” (Liz)

Posteriormente, Ana recibe la noticia de que las secuelas de su accidente han sido tratadas a nivel médico y por tanto es dada de alta, ello porque la institución ya le atendió en lo que le correspondía:

“Cuando me dijeron que iba a ser dada de alta me preocupé mucho porque no sabía ya a dónde ir, pero me explicaron que todo estaría bien y que ya estaba mucho mejor mi mano, aunque siempre fue un reto poder utilizarla a como lo hacía antes” (Liz)

Cabe mencionar, que un año después de ser dada de alta de esta institución, el INS cumple con la responsabilidad económica, correspondiente al accidente sufrido por Liz:

“El dinero que me daba el INS era de mucha ayuda para mi familia, porque era una entrada más para nosotros, por eso cuando me dijeron que ya se estaba cumpliendo esto, me preocupe por lo que decidí que era hora de volver a buscar trabajo para ayudar a mi familia económicamente ” (Liz)

Ante esta situación, Liz no tiene claridad de qué hacer en el futuro, por lo que su familia se ha dado a la tarea de motivarla y apoyarla para que busque nuevos espacios en los que se sienta mejor y pueda explotar sus habilidades personales:

“La verdad es que Liz siempre ha sido una mujer muy capaz y sabíamos que lo que necesitaba era que alguien la empujara para que no llegara a angustiarse o rendirse y eso fue lo que hicimos, diciéndole que buscará algo que hacer para que no se sintiera mal y por el contrario se superara ” (Madre de Liz)

“Gracias a lo que hizo mi familia (refiriéndose a la motivación que recibió) en especial mami, logre animarme a creer que saldría adelante con esto porque me demostraron que realmente creían en mí y todo esto gracias a la unión que se dio después del accidente” (Liz)

Mediante este apoyo, Liz inicia un proceso de descubrimiento para encontrar nuevas aptitudes y habilidades que le permitieran realizar alguna actividad que facilitaran su reincorporación laboral:

“Lo que hice fue que unas amigas conocían algunos cursos para cortar pelo y ellas me empezaron a enseñar cómo hacerlo, aunque al principio fue difícil poco a poco aprendí, otras amigas me enseñaron algunas manualidades y así he estado aprendiendo de todo un poco aunque sí me ha costado hacerlo por lo de mi mano, aunque la verdad es que

lo que me gustaría es trabajar en algo seguro y más estable” (Liz)

Durante este proceso, la familia de Liz realiza el esfuerzo de compartir con ella sin que la amputación de sus dedos implicara una limitante para ella, aunque siempre existieron dificultades con ello porque la familia temía lastimarla:

“Fue cuando vimos a Liz haciendo todas esas cosas (refiriéndose a las actividades manuales que ella estaba aprendiendo de sus amigas) cuando nos dimos cuenta de que ella sí podía salir adelante y que talvez era un poco el como la tratábamos y hasta como ella se percibía lo que hizo que al principio se sintiera tan mal” (Madre de Liz)

A partir de esta situación, se puede destacar una serie de factores sociales que han beneficiado el proceso de rehabilitación de Liz, así como otros que han representado un obstáculo para su crecimiento persona y continúan presentándose hoy día.

Dentro de los aspectos sociales que beneficiaron la rehabilitación y reincorporación social de Ana se encuentran:

- Mayor fortalecimiento de su núcleo familiar:

“Lo que sí es seguro que puedo decir es que este accidente ayudó para que mi familia se uniera más porque antes eso era algo que no pasaba y ahora que está sucediendo, la verdad es que es algo que me ha ayudado mucho, para poder salir adelante, la verdad es que no se que hubiera pasado si no cuento con el apoyo de ellos” (Liz)

- Apoyo institucional por parte de INS-Salud, mediante los grupos de apoyo:

“Aunque me habían dado de alta en el INS, Walter (trabajador social de INS-Salud) me dijo que igual podía seguir asistiendo a los grupos que no importaba que ya no me atendieran ahí, lo que me puso contenta porque continuaba teniendo esa ayuda tan importante de estas personas” (Liz)

- Deseo de superación y pensamiento positivo:

“Gracias al apoyo de mi familia y por lo que aprendí de mis amigas, sé que tengo la oportunidad de mostrarles a los demás de lo que soy capaz y la verdad es que eso me pone muy feliz y me empuja a seguir” (Liz)

- Cambio en la percepción en torno al tema de discapacidad:

“Con todo lo que he vivido hasta hoy, la verdad es que me he dado la oportunidad de conocerme más así misma, y me ha permitido ver la discapacidad de un modo diferente, viéndola como algo físico pero que en mi interior siempre sigo siendo yo” (Liz)

- Fortalecimiento de sus redes sociales:

“Cuando sufrí el accidente me di cuenta de quienes eran mis amigas, porque muchas se fueron, pero lo que son mis verdaderas amigas han sido algo importante porque ellas me han ayudado a aceptarme y han hecho lo posible para que aprenda nuevas cosas, principalmente en la búsqueda de trabajo, lo que les agradezco mucho” (Liz)

- Búsqueda por desarrollar nuevas habilidades y capacidades en su persona:

“...unas amigas conocían algunos cursos para cortar pelo y ellas me empezaron a enseñar como hacerlo... otras amigas me enseñaron algunas manualidades y así he estado aprendiendo de todo un poco aunque sí me ha costado hacerlo por lo de mi mano...” (Liz)

Al mismo tiempo, se encuentra una serie de barreras discapacitantes que dificultan la rehabilitación, inserción social, como son las siguientes:

- Desconocimiento de la familia en torno a la interacción con Liz:

“Al principio fue algo incómodo como me trataba mi familia porque no sabían como iba a seguir, pero aunque ahora las cosas han mejorado, me he dado cuenta en especial de mi hermano que aún no sabe cómo tratarme porque tienen miedo de que puedan lastimarme, aunque yo ya le he dicho que no se debe preocupar, parece que aún le cuesta” (Liz)

- Falta de información, sobre otros entes que pudiesen ayudarlo a nivel socioeconómico y académico:

“La verdad es que todo esto ha sido muy difícil porque sólo mi familia ha estado a mi lado y también mis amigas, pero desde que me dieron de alta en el INS no conozco de otro lugar como para asistir, aunque cabe la posibilidad de entrar más adelante al INA para llevar algún curso que me ayude a conseguir trabajo” (Liz)

- Escasos espacios laborales en los que pudiese desenvolverse:

“He intentado solicitar en muchos lugares trabajo y he dejado mis papeles para ver si acaso me llaman pero de momento no ha pasado nada y en tras de eso en muchos lados me dicen que por tener esa amputación es demasiado difícil que pueda entrar a trabajar” (Liz)

- Mal trato por parte de personas ajenas a su grupo familiar y dificultad de auto aceptación:

“No sé que le pasa a la gente, pero cada vez que ven mi mano y se dan cuenta de que tengo una amputación, hacen cada cara que la verdad me hace sentir mal, porque pareciera que me creen menos o como algo raro el que yo tenga esto y muchas veces hasta me tratan con lástima y no me dan la oportunidad de demostrarles lo que realmente soy” (Liz)

- Ausencia de espacios que propicien la educación emocional formal:

“En realidad siempre he sido de las que creen que los sentimientos son importantes aunque la verdad no tengo muy claro cómo es eso, pero la verdad es que sí he recibido algo sobre sentimientos ha sido por el tiempo que he compartido con mi familia en especial con mami” (Liz)

Pese a la situación que se encuentra atravesando Liz, principalmente a nivel socioeconómico, ella continúa con una mentalidad positiva que la motiva a seguir adelante en su vida y en la búsqueda de nuevos espacios en los que pueda desenvolverse, superarse y ayudar a su familia para alcanzar una calidad de vida digna:

“La discapacidad es algo difícil, pero con el tiempo se da uno cuenta de que eso es algo físico, por lo que ahora tengo claro que con esto puedo salir adelante, en especial al tener a mi lado a mi familia y amigos... la verdad es que el verdadero problema de nosotros es que todavía mucha gente no se da cuenta de todo lo que podemos hacer y nos impiden superarnos.” (Liz)

Caso de Ana

Ana es una mujer de 27 años; se dedica a realizar actividades en manualidades desde que sufrió su accidente hace cuatro años, proviene de una familia compuesta por su padre de 53 años; labora como ingeniero, su madre de 48 años quien se dedica a las labores del hogar y sus cinco hermanos, dos varones de 30 y 25 años, quienes laboran en actividades informales y una hermana de 23 años quien labora como operaria en una fábrica y dos hermanos que poseen discapacidades mentales, a raíz de un retardo mental moderado, un varón de 17 años y una adolescente de 13 años.

El sistema familiar de Ana, se ha caracteriza por contar con escasos recursos económicos, por lo que sus padres tuvieron que trabajar duro desde el nacimiento de su primer hijo, para poder solventar sus diversas necesidades:

“En mi familia siempre hemos tenido dificultades económicas, pero nuestros padres siempre han hecho todo lo posible para que salgamos adelante y podamos superarnos”
(Ana)

Al mismo tiempo, la crianza de Ana y sus hermanos se caracterizó por crear estímulos que forjarán los cimientos para el desarrollo y fortalecimiento de su inteligencia emocional, mediante los espacios de juego con sus padres, los cuales generaban estímulos para sus personas:

“Desde que estamos pequeños siempre pudimos compartir con nuestros papás, ya que siempre sacaban tiempo para estar con nosotros, a pesar de que somos muchos en la casa, lo que nos ayudó a que incluso nos apoyáramos más como hermanos” (Ana)

Por lo demás, es importante señalar que la enseñanza de sus padres contribuyó para que todos se empezaran a relacionar dentro de un ambiente de apoyo y contención mutuo, entre todos los miembros que conforman el sistema:

“Desde nuestra infancia hemos estado muy apegados uno al otro, en especial en los momentos en que alguien tiene un problema, gracias a que nuestros papás han hecho todo lo posible por acercarnos” (Ana)

“Siempre me ha interesado que nuestra familia sea unida, ya que eso nos da fuerza para que podamos salir adelante en todo, incluso esto logró que mis hijos (refiriéndose a su hijo e hija con discapacidad mental) se sientan parte de esta familia y salgan adelante y ahora esto también se está dando con Ana” (Madre de Ana)

A todo ello, en cuanto a la formación académica de Ana, ella decidió abandonar sus estudios para incorporarse en el campo laboral, con el fin de ayudar a su familia económicamente:

“Los estudios se me dificultaban un poco, por lo que tome la decisión de trabajar para ayudar a mi familia, del modo que lo hacían mis otros hermanos, esto porque mi mamá tuvo que dejar de trabajar para hacerse cargo de mis otros hermanos (refiriéndose a sus hermanos con discapacidad mental) y eso nos afectó un poco, por lo que tome esa decisión” (Ana)

Antes de sufrir el accidente, Ana representaba una de las proveedoras de su familia, esto debido a que dos de sus hermanos son dependientes y su madre debe hacerse cargo de ellos:

“...A mí me hubiese gustado continuar trabajando, del mismo modo que lo hacía antes, pero no puedo dejar solos a mis hijos, ya que ellos necesitan de cuidados especiales y sólo yo puedo dárselos” (madre de Ana).

Además, el vínculo que se desarrollaba en la dinámica familiar era algo distante, porque cada uno de los miembros estaba más al tanto de su vida que del resto de los (as) integrantes del sistema:

“A pesar de que todos nos queremos y nos apoyamos mutuamente, antes de que le sucediera esto a mi hija, cada uno estaba en lo suyo debido a las tareas que cada uno tenía que realizar” (madre de Ana)

Asimismo, debido a la situación socioeconómica de la familia de Ana, exigía que ella y el resto de los integrantes del sistema familiar tuviesen que laborar en lugares que les desagradaran por el trato personal y laboral; como es en su caso trabajar en una fábrica junto a una de su hermana:

“.. Tenía problemas en el lugar donde trabajaba, porque los hombres allí eran unos machistas, pero soportaba como me trataban, porque en mi familia era necesario el dinero que ganaba en esta fábrica” (Ana)

El accidente de Ana se presenta justamente en el momento en que se encuentra realizando una de las tantas tareas que le asignaban en la fábrica donde trabajaba:

“Mi accidente sucedió mientras ayudaba a unos compañeros a cambiar la cinta de una máquina, mientras sostenía la cinta una persona la activó causando que mi mano se prensara y perdiera mi dedo”

Al mismo tiempo, por la forma en que se presentó el accidente de Ana, resultó impactante para su persona, por el poco apoyo y contención que recibió por parte de sus compañeros de trabajo y patrono:

“... yo trabajaba en la misma fábrica que mi hermana y allí teníamos problemas, porque no nos pagaban el seguro y por eso cuando sufrió el accidente no quisieron llamar a la ambulancia, porque decían que se iban a meter en problemas. Por eso decidieron que lo mejor sería llevarla en un carro hasta el hospital para que la vieran y la empresa no se viera afectada” (hermana de Ana)

En el momento en que sufre el accidente, Ana pierde su dedo índice debido a la forma en que la cinta le prensó este, impidiendo salvárselo y causando en ella un impacto significativo:

“Cuando me informaron que ya no podían hacer nada por mi dedo, no sabía que iba a pasar más adelante con mi vida, si podría trabajar o hacer otra cosa, lo que me hizo sentirme muy preocupada” (Ana)

Además, la falta de información en torno a este tipo de discapacidad, incide en que marque una diferencia entre una discapacidad física y una mental, asumiendo que la primera frustraría su desarrollo personal:

“A pesar de tener dos hermanos con discapacidad (retardo mental moderado) yo no sabía lo que me iba a pasar ya que nunca me imaginé que podía suceder algo así, ni sabía como afrontar más adelante esto” (Ana)

Una vez que es atendida en el hospital y referida a INS-Salud; inicia su tratamiento y rehabilitación en dicha institución. Identifica una serie de factores que promueven su recuperación para su reinserción social, entre los que menciona:

- ◆ Un mayor fortalecimiento de su núcleo familiar:

“Mientras estaba en el albergue, algo que me ayudo mucho fue la visita de mi familia, ya que me hacía sentir que no estaba sola y que la relación que teníamos era muy buena, lo que me hacía sentir mejor” (Ana)

- ◆ Apoyo por gran parte del personal de INS-Salud, para realizar tareas básicas con la mano que había sufrido la amputación y mantener una socialización que impidiese un posible aislamiento.
- ◆ Estabilidad económica temporal gracias a la remuneración económica que el INS le brindaría por su accidente y discapacidad.

Al mismo tiempo, reconoce otra serie de factores que representaron una barrera para volver a integrarse y enfrentar su realidad, entre ellos:

- ◆ Pérdida del trabajo.
- ◆ Percepción negativa de su autoimagen.
- ◆ Conocimiento insuficiente de la familia, para realizar una contención adecuada para Ana.
- ◆ Concepción desmotivante de la discapacidad, cercana a la trazada por el paradigma de rehabilitación.

Al tiempo que recibía la atención médica de esta institución, Ana también recibió la intervención por parte de Trabajo Social, donde la metodología aplicada por este ayudó progresivamente a modificar varias de las percepciones que tenía durante su internamiento en INS-Salud:

“Trabajo Social hizo un buen trabajo, en especial lo que más me ayudó fue el grupo, porque lo que ellos (refiriéndose a las personas que asistían al grupo) me hacía sentir que no estaba sola y que más bien podía salir adelante con mi vida” (Ana)

Una vez que egresa de esta institución, continúa asistiendo a la consulta externa, donde expresa que el trato que le brindó el personal médico en ese momento fue lo que causó un desagrado de su parte por el servicio de este ente.

“En el INS me trataron muy bien, el problema que tuve fue cuando asistí a las citas con algunos doctores que no me trataron como se debía, porque cuando quería decirles algo no me hacían caso ni me volvían a ver, lo que hacía que me sintiera ignorada por ellos” (Ana)

Una vez que Ana se reintegra a su sistema familiar e interactúa con su realidad inmediata, logra desarrollar progresivamente una serie de cambios en la estructura de su sistema familiar a los cuales debían hacerle frente:

“En la familia se debe entender que uno tiene que aprender de las cosas que se le vengan” (madre de Ana)

En primera instancia, se da un cambio en el rol que desempeña en su familia, *“al no poder trabajar dependía de lo que mis papás me dieran, lo que me hacía sentir mal porque antes más bien yo ayudaba en los gastos y podía comprarme las cosas que ocupara”*. Causando con esta situación, una desorganización familiar a nivel económico; esto una vez que el INS cumple con la suma económica asignada a Ana:

Asimismo, se encuentra un aislamiento por parte de Ana debido a su nueva apariencia, *“no podía verme así, y tampoco quería que las demás personas me vieran, por eso me escondía la mano siempre, pero mi familia y el grupo me ayudó a superarlo, aunque todavía no me acostumbro por completo a esto”* (Ana)

Además, Ana pasa los primeros tres años después de sufrir el accidente recibiendo atención en INS-Salud, lo que le brindaba un sentimiento de seguridad y tranquilidad:

“Durante el tiempo en que me atendieron en el INS, me sentí bastante bien porque sabía que me estaban viendo y que me atenderían para sentirme mejor, pero lo que no me gustaba era que a veces me trataban mal algunos médicos, pero fuera de eso me sentía bastante cómoda” (Ana)

Posteriormente, Ana recibe la noticia de que las secuelas de su accidente han sido superadas y por tanto será dada de alta, ello porque la institución ya le atendió en lo que a dicho ente le correspondía:

“Cuando me dijeron que sería dada de alta, por un lado me sentí bien porque eso quería decir que ya me encontraba mejor, pero por otro me preocupó un poco lo que podría pasar si se me presentara otra cosa relacionada con la amputación” (Ana)

Cabe mencionar, que tiempo después de ser dada de alta de esta institución, el INS cumple con la ayuda económica para Ana, correspondiente al accidente sufrido en su persona:

“El primer año después de que fui dada de alta, estuve tranquila porque por lo menos todavía contaba con la ayuda del INS, pero después de ese año se terminó la ayuda que recibía del INS, lo que me causó algo de preocupación porque ya no sabía lo que iba a pasar en el futuro o lo que iba a hacer con mi vida” (Ana)

Ante esta situación, Ana no tiene claridad de qué hacer en el futuro, por lo que su familia la motiva a que busque alguna actividad en la que se sienta satisfecha y pueda salir adelante:

“Después de que se terminó la ayuda del INS, le dijimos a Ana que no se preocupara y que se tomara su tiempo para encontrar algo que hacer, pero la verdad es que se encontraba algo angustiada por lo que todos como familia tratamos de ver de que forma la motivábamos para que se superara y para que encontrara que hacer” (Madre de Ana)

A partir de ello, Ana inicia la búsqueda de diversas actividades, para lograr encontrar una en la que se pueda sentir cómoda, hasta que ingresa al INA, allí inicia un curso en manualidades, la cual le hace sentir cómoda:

“Por mucho tiempo duré sin saber qué hacer y mi familia aunque trataba de ayudarme me costo mucho... a pesar de todo, a los meses me metí en un curso de manualidades que dan en el INA y creo que eso me ayudó bastante, para ya no sentirme tan mal” (Ana)

Durante este proceso, la familia de Ana trata de tener una interacción diferente, en la que ella continúa con el apoyo de su familia pero que esta relación no le impida superarse en su vida:

“Con el tiempo de ver como Ana salía de eso de a poco, tratamos de motivarla para que se entusiasmara, pero decidimos no meternos tanto en eso y que ella buscara lo que realmente quería y hacerle saber que nosotros siempre estaríamos hay para cuando ella nos necesitara” (Ana)

Además, Ana se siente un poco preocupada por su dificultad a la hora de reincorporarse nuevamente al mercado laboral, ello porque en varios de los lugares a los que asiste le expresan que debido a su discapacidad no pueden contratarla, porque su discapacidad le dificultaría ejecutar las actividades que en dichos lugares se realizan:

“Aunque estaba en ese curso de manualidades del INA, siempre estuve tratando de encontrar algún trabajo, para ganar algo de dinero para la casa, pero donde dejaba los documentos sólo me decían que esperara y que ellos me avisaban pero todavía no me han llamado” (Ana)

Por otro lado, mientras Ana se encuentra realizando el curso de manualidades del INA, asiste a una cita médica en que le informan sobre una nueva secuela en su brazo a raíz del accidente sufrido años atrás:

“Hace poco cuando fui al médico me dijo que tenía un problema en mis manos y que con el tiempo ya no iba a poder trabajar, porque la mano que sufrió el accidente tenía un problema que me iba a impedir sostener cualquier cosa por el daño que tenía” (Ana)

Ante ello, es importante mencionar que en el caso específico de Ana, las secuelas del accidente agudizaron su posibilidad de reincorporarse al campo laboral, ello porque ya o se encontraba en capacidad de efectuar tareas sencillas:

“Debido a mi accidente, no puedo trabajar porque parte de las secuelas del accidente me impiden hacer cosas simples como sostener el pichel de fresco y en veces hasta sostener un vaso, porque el músculo en mi brazo también resulto lastimado” (Ana)

A partir de esta situación, se puede destacar una serie de aspectos que han beneficiado el proceso de rehabilitación de Ana, al tiempo que cuenta con otra serie de factores que han representado un obstáculo para su crecimiento persona y continúan presentándose hoy día:

Dentro de los aspectos sociales que beneficiaron la rehabilitación y reincorporación social de Ana se encuentran:

- Mayor fortalecimiento de su núcleo familiar:

“Mi familia siempre e ha apoyado, pero ahora más que nunca porque se preocupan mucho por mí y desean que me supere y eso ha sido una de las cosas que más me ha ayudado en todo esto” (Ana)

- Apoyo institucional por parte de INS-Salud, mediante los grupos de apoyo:

“Gracias a los grupos pude ir poco a poco aceptándome aun que aún me cuesta, ya que allí conocí a personas que habían sufrido amputaciones más serias que las mías y vi como ellos se aceptaban y se lograban superar, lo que la verdad ha sido una de las cosas más importantes” (Ana)

- Deseo de superación y pensamiento positivo:

“Gracias al apoyo que he recibido de mis papás, no me he rendido a pesar de lo difícil que han sido las cosas, pero gracias a ellos no pierdo la esperanza de salir adelante en mi vida” (Ana)

- Cambio en la percepción en torno al tema de discapacidad:

“Aunque aún no he podido aceptarme, por como las personas nos han visto al menos he logrado cambiar la forma de ver la discapacidad porque sé que si me dieran la oportunidad podría hacer grandes cosas con mi vida” (Ana)

- Incorporación a actividades manuales que propicien el descubrimiento de nuevos espacios laborales:

“El entrar al curso de manualidades me ha ayudado mucho porque me ha hecho sentir que puedo hacer muchas cosas con mi vida y si me lo propongo podré salir adelante en todo” (Ana)

Al mismo tiempo, se encuentra una serie de obstáculos que dificultan la rehabilitación, inserción social e incluso la aceptación de su autoimagen, como son las siguientes:

- Desconocimiento de la familia en torno a la interacción con Ana:

“A pesar del esfuerzo que ha hecho mi familia y les agradezco montones, creo que aún me tratan diferente y no me dejan ser quién soy a pesar de que hacen todo lo posible porque me supere, siento que aún hace falta algo aunque no tengo muy caro que” (Ana)

- Falta de información, sobre otros entes que pudiesen ayudarle a nivel socioeconómico:

“Fuera del INS la verdad es que no sé si otro lugar pueda ayudarnos, porque pensamos que talvez el IMAS sería otra opción, pero como ahí le están dando una beca a mis hermanos nos dijeron que no nos podían ayudar” (Ana)

- Escasos espacios laborales en los que pudiese desenvolverse:

“Con la búsqueda de trabajo me he sentido demasiado mal, porque parece que por el problema que tengo en la mano nadie quiere darme trabajo y me ha hecho sentir demasiado mal, porque los demás me niegan esa oportunidad” (Ana)

- Mal trato por parte de personas ajenas a su grupo familiar y dificultad de auto aceptación:

“...Incluso con otras personas, he tenido problemas porque las personas actúan de un modo extraño cuando me ven la mano y la verdad es que esa es una de la cosas que me ha afectado más para poder acertarme como soy” (Ana)

- Ausencia de espacios que propicien la educación emocional formal:

“Creo que las emociones son algo importante, pero al menos en mi caso creo que esto solo pudo darse con los grupos, pero eso solo era una vez al mes y a verdad era muy poco para lo que esto ha significado en nuestras vidas (refiriéndose a las personas con amputación que asistían al grupo)” (Ana)

- Escasas de redes sociales:

“Con todo lo que me ha pasado, me di cuenta de que nadie fuera de mi familia me ha apoyado, porque los que pensé que en un momento eran mis amigos ya no están y el resto de mi familia fuera de mis papás y mis hermanos nadie más me ha apoyado” (Ana)

Frente a esta serie de aspectos, es importante mencionar que aún se presenta el problema socioeconómico de su sistema familiar, lo que les ha dificultado encontrar otros mecanismos que les faciliten solventar dicha situación:

“La verdad es que en mi casa sí puedo decir que hay muchas cosas que han mejorado, pero aún esta el problema del dinero porque ahora la vida esta difícil y por eso

es que quiero ver si más adelante consigo algún trabajo para ayudar... por lo menos en la casa al menos tenemos lo necesario y gracias a Dios nunca nos a llegado a faltar nada”
(Ana)

Pese a este problema, Ana no descarta la posibilidad de superarse y de que su familia también alcance una calidad de vida digna que le permita a cada uno de los miembros de esta salir abantes frente a esta situación:

“Siento que lo importante de todo esto, es que cualquier persona puede salir adelante aún teniendo una discapacidad, en mi caso lo logre gracias al apoyo que tuve de mi familia, ya que ellos siempre estuvieron motivándome para que saliera adelante y aún lo continúan haciendo” (Ana)

8.4 Caso de Pablo

Pablo es un hombre de 31 años; se dedica a trabajar en actividades informales desde que sufrió el accidente que le causó una amputación de su dedo índice hace cinco años. El actual grupo familiar de Pablo lo integran su esposa de 33 años quien labora administrando un bazar propiedad de la pareja; al mismo tiempo se encuentra su padre y su hermana menor, quienes viven a unas cuantas casas de la suya. Su progenitor cuenta con 54 años, trabaja en la venta de pan casero y su madre de 51 años se dedica a las labores del hogar; su hermana de 23 años administra una pulpería propiedad de la familia.

El actual sistema familiar de Pablo, al igual que su sistema de origen, se ha caracteriza por contar con escasos recursos económicos, lo que en ocasiones incluso les ha impedido acceder a la obtención de los servicios básicos:

“Desde mi niñez, mi familia ha tenido problemas económicos, aunque hay hemos visto cómo hacemos para salir adelante, ahora que estoy casado también tengo estos problemas junto a mi esposa, pero de un modo o de otro nos la hemos jugado para conseguir al menos lo básico, aunque eso ha sido muy difícil” (Pablo)

Al mismo tiempo, la crianza de Pablo y su hermana se caracterizó por tener un vínculo fuerte con sus padres lo que ha permitido una unión significativa con ellos hasta el día de hoy:

“Desde que soy un niño siempre he compartido con mis papás, lo que ha permitido tener una relación muy buena con ellos, ya que siento mucha confianza como para decirles como me siento, lo que siempre me ha ayudado a enfrentar mis problemas, ya que sé que siempre puedo contar con su ayuda” (Pablo)

Además, es importante destacar que sumado a los estímulos que Pablo obtenía en su núcleo familiar, contaba con estímulos externos gracias a su red social, tal como es el caso de sus amigos y vecinos, potenciando de este modo varias aptitudes emocionales

individuales como confianza en si mismo, autocontrol, autoestima y responsabilidad; y sociales como son sociabilidad, empatía, comunicación, colaboración y cooperación entre otras, que a su vez contribuían con las aptitudes emocionales personales:

“Siempre he tenido buenas relaciones con los vecinos, ya que aquí somos muy unidos y nos hemos apoyado cuando alguien del barrio tiene algún problema, lo que ha hecho que entre la mayoría nos llevemos muy bien” (Pablo)

Cabe mencionar, que el vínculo de Pablo fue más fuerte con su progenitor, ello porque durante su niñez e inicio de su adolescencia, laboró junto a él en los diversos trabajos que este realizaba:

“Desde que soy un “chiquillo” siempre he sido muy allegado a mi papá, porque tuve la oportunidad de trabajar con él por muchos años, ayudándole en todo lo que podía, hasta que busqué trabajo aparte y me casé, pero aún así siempre nos seguimos hablando porque él vive muy cerca de donde yo estoy ” (Pablo)

A todo ello, en cuanto a la formación académica de Pablo, debido a los problemas económicos de su familia, desde que cuenta con siete años de edad trabaja junto a su padre en labores informales por tiempo completo, lo que le impide realizar sus estudios primarios; por tal razón es que hoy día Pablo aún no sabe leer ni escribir:

“Yo nunca estudié, incluso hoy todavía no se leer ni escribir y aunque me hubiera gustado estudiar, sabía que en mi familia había problemas de dinero porque siempre entendí por qué mi papá no me mandó a la escuela y nunca lo he culpado por eso, ya que me enseñó otras cosas para enfrentarme a la vida” (Pablo)

“Nos hubiera gustado que Pablo hubiese estudiado, pero en ese tiempo nos encontrábamos muy mal de dinero y no teníamos suficiente para pagar sus estudios, en especial porque cuando el cumplió los 7 años yo quedé embarazada de mi segunda hija” (Madre de Pablo)

Además, durante su adolescencia el vínculo que se desarrollaba en el sistema familiar se volvió más fuerte, en especial por la relación que se dio con su hermana menor ya que esto propició una mayor interacción con su padre y madre:

“Desde que mi hermana nació, he sido muy apegado con ella lo que permitió relacionarnos más hasta con nuestros papás, ya que teníamos mucho tiempo para estar juntos y hablar de todo lo que nos pasaba e incluso hoy continuamos haciendo, porque eso siempre nos ha gustado” (Pablo)

Asimismo, debido a los problemas económicos que enfrentaba la familia de Pablo provocaba que él tuviera que aceptar cualquier trabajo que se le presentara, aún cuando este no fuera de su agrado, o bien sus patronos no lo trataran bien:

“Una vez que crecí, dejé de trabajar con mi papá y decidí buscar trabajo en otro lado, aceptando todo lo que saliera, desde construcción hasta mecánico, hay me la iba jugando con todo lo que saliera para poder ayudar a mi familia, aunque el trabajo no me gustara” (Pablo)

Por otro lado, mientras Pablo se encontraba trabajando, al cumplir 20 años conoce a quien se convertiría en su actual esposa, con ella la relación ha sido bastante buena y esta persona ha representado una de las principales contenciones de Pablo, antes y después de su accidente:

“Desde que me casé, siempre me he llevado muy bien con mi esposa porque siempre la he amado, lo que ha hecho que siempre tratemos de llevarnos bien nos apoyemos en todo” (Pablo)

“La relación con Pablo mi esposo ha sido buena, ya que siempre nos hemos tenido confianza para decirnos las cosas y para buscar soluciones a todos los problemas que se nos han presentado” (Esposa de Pablo)

Así bien, una vez que Pablo se casa con esta persona, pasa a ser el proveedor de su nuevo núcleo familiar, por lo que decide buscar un trabajo más estable para ayudar a su compañera sentimental y asegurarse una mejor calidad de vida:

“Cuando me casé y formé mi nueva familia con mi esposa, decidí que ya no podía seguir con “trabajillos” cortos y más bien debía buscar algo más seguro, allí fue cuando conseguí un trabajo en la línea de buses ..., para asegurar a mí esposa y a mis hijos en el momento en que los tengamos, un futuro mejor” (Pablo)

Al mismo tiempo, cuando obtuvo este trabajo en la empresa de buses, es cuando sufre el accidente que causa en primera instancia una fractura en la uña de su dedo índice, la cual posteriormente causaría la pérdida de este dedo:

“En este trabajo, me estaba yendo bien porque aunque no ganaba mucho dinero, tenía lo suficiente como para que no le faltara nada a mi familia, pero una vez mientras me encontraba lavando el techo de uno de los buses, me resbalé del lugar donde estaba parado y al apoyar mi mano en uno de los filos de las ventanas oí algo como quebrándose y luego me di cuenta de que la parte del dedo donde esta la uña me sangraba mucho” (Pablo)

Una vez que Pablo lo trasladan a la clínica, comenta que recibió una atención inadecuada lo que causa que su dedo no se logre recuperar y por el contrario se deteriore al punto de necesitar de la intervención médica del personal de INS-Salud:

“... Cuando me vieron en la clínica, prácticamente no me hicieron nada, sólo me vendaron y dijeron que a los días todo estaría bien, y aunque yo le pedí que me sacara unas placas para verificarlo, el hizo caso omiso a todo lo que yo le decía y más bien me ignoraba...” (Pablo)

Además, la atención en primera instancia que recibe en dicho ente no logra curar el problema de Pablo y por el contrario, en un momento determinado, entre la asistencia a las citas en INS-Salud y su casa, una bacteria se introduce en la herida, lo que causa que deban amputarle el dedo antes de que esta se propague por el resto de su mano:

“Días antes de tener que ir al INS, me empezó a doler el dedo y la inflamación que tenía no bajaba, por eso me fui a la clínica a reclamarle al doctor por lo que me sucedía, pero este en vez de ayudarme siguió con la misma actitud” (Pablo)

“Después de lo que pasó en la clínica, me dijeron que fuera al INS para que me siguieran viendo y en una de idas y venidas del INS a mi casa y de la casa al INS, una bacteria se introdujo en la herida, por lo que decidieron internarme y no hubo otra solución ” (Pablo).

A partir de ello, la visión que Pablo tenía sobre su futuro era negativa y pesimista, debido a todo lo que le había sucedido, en especial cuando vio como su dedo era amputado progresivamente:

“Después de que la infección se expandió por el dedo, el doctor decidió amputarme el dedo para evitar que llegara hasta mi mano, una vez que vi mi mano sin ese dedo, me sentí sumamente triste y desalentado, porque no sabía lo que me iba a pasar en el futuro, sentía que la discapacidad me iba a limitar toda mi vida, ni siquiera sabía lo que pasaría con mi trabajo o con mi familia, me sentí devastado” (Pablo)

“Después de ser amputado, los primeros días lo noté deprimido, aunque todos en la familia lo tratábamos de motivar él continuaba desanimado, en especial porque no lo dejaban salir de la cama” (Esposa de Pablo)

Consecuentemente, cuando Pablo inicia en INS-Salud tratamiento y rehabilitación, trata de identificar factores que le motiven en su reinserción social aunque en ese momento le resultará difícil, entre los que se encuentran:

- ◆ Un mayor apoyo y unión de su núcleo familiar:

“Cuando estaba hospitalizado, me di cuenta de lo unida que era mi familia en especial en esos momentos, ya que nunca me abandonaron y siempre trataron de estar a mi lado motivándome y ayudándome” (Pablo)

- ◆ Estabilidad económica temporal gracias a la remuneración económica que el INS le brindaría por su accidente y discapacidad.

Al tiempo que reconoce otra serie de factores que constituyeron una barrera para volver a integrarse y enfrentar su realidad inmediata, entre ellos:

- ◆ Pérdida del trabajo.
- ◆ Conocimiento insuficiente en cuanto a la discapacidad.
- ◆ Dificultad para aceptar su auto imagen:

“Con forme pasaban los días en el INS, se me hacia más difícil aceptar lo que me había pasado, porque no sabía lo que me pasaría una vez que saliera del INS, lo que causaba cada vez más preocupación” (Pablo)

- ◆ Inseguridad en cuanto a su futuro laboral.

Al tiempo, mientras recibía atención en este ente, le es infiel a su esposa lo cual generaría un conflicto con su esposa, el cual tendría que ser solucionado mediante terapias de pareja:

“Durante el internamiento, una vez conocí allí a una muchacha con la que le fui infiel a mi esposa, no se por qué lo hice, si la verdad es que yo siempre he amado a mi esposa y nunca he querido lastimarla” (Pablo)

“Lo que él me hizo me lastimó mucho incluso hubo un momento en el que pensé en dejarlo pero gracias a las terapias que nos dieron después de eso, nos ayudó a entender qué era lo que había pasado” (Esposa de Pablo)

Pablo también recibió la intervención por parte de Trabajo Social, para llevar terapia individual, para la aceptación de su autoimagen, ya que no aceptaba el haber perdido una parte de su cuerpo:

“Debido a la dificultad que tenía de aceptar la amputación, me vieron Psicología y Trabajo Social, para tratar de ayudarme con esto, lo que con el tiempo me ayudo mucho a aceptarme como soy” (Pablo)

“Toda esa intervención nos ayudó mucho, porque la psicóloga me hizo ver que la infidelidad se debía a que yo me quería demostrar que podía ser atractivo para otras mujeres además de mi esposa, al darnos cuenta de esto la relación mejoró mucho” (Pablo)

De este modo, Pablo participa a nivel terapéutico grupal e individual, con el fin de construir una nueva percepción de la discapacidad y de la forma de verse a sí mismo, contribuyendo de este modo con su desarrollo psicosocial:

“Después de salir del INS, comencé a utilizar un guante en mi mano, para que los demás no pudieran notar la amputación, pero gracias a las experiencias de quienes asistían a los grupos pude aceptarme poco a poco” (Pablo)

A pesar de las intervenciones que se realizaban en INS-Salud, Pablo no era capaz de aceptarse y trataba de engañar a quienes trataban de ayudarlo a superar esta crisis utilizando una doble moral:

“Al principio fue muy difícil y llegué a pensar que nunca podría hacerlo, incluso lo que comencé a hacer para disimular fue quitarme el guante cada vez que me encontraba con el trabajador social para disimular, porque esto fue un proceso difícil, gracias a Dios

con el tiempo lo he estado superando de a poco” (Pablo)

Al mismo tiempo, debía presentarse un ajuste en la familia de Pablo a raíz del cambio de roles que se presentaba en su núcleo familiar a partir del accidente que había sufrido:

“Cuando terminó la hospitalización, no sabía que hacer porque perdí mi trabajo y era yo quien llevaba la plata a la casa, cosa que me hizo sentir muy mal porque yo siempre quise asegurarle un buen futuro a mi familia y por esto (haciendo referencia a la amputación) ya no podía hacerlo” (Pablo)

“El hecho de que Pablo no pudiera trabajar, nos estaba afectando, por todos los gastos que teníamos que hacer por su cuidado y por la casa, por eso yo decidí buscar trabajo, aunque al principio no estuvo de acuerdo, al final terminó aceptando” (Esposa de Pablo)

Además, Pablo pasa los primeros tres años y medio después de sufrir el accidente recibiendo atención en INS-Salud, lo que le brindaba un espacio para continuar con su proceso de ajuste y aceptación personal:

“Durante el tiempo que me atendieron, me sentí tranquilo y seguro, porque me estaban ayudando mucho, en especial con la relación con mi esposa, porque estaba mejorando mucho y las personas que ahí conocí fueron muy importantes porque aprendí mucho de ellas” (Pablo)

Posteriormente, Pablo es dado de alta de INS-Salud, por lo que desde hace dos años y medio, Pablo sólo asiste a este ente para participar de los grupos de apoyo, hasta que estos dejan de hacerse en esta institución. A partir de ese momento él decide hacer todo lo posible por incorporarse al mercado laboral:

“Yo deseo trabajar, pero debido al problema de que no sé leer ni escribir, sólo puedo desarrollar trabajos de fuerza, pero al sufrir la amputación, mi mano ya no tiene la misma fuerza de antes y en los lugares donde solicito trabajo me dicen que las labores no pueden contratarme, porque las funciones que tendría exigen que la persona tenga todos sus dedos” (Pablo)

A lo anterior, es importante mencionar que al encontrar estas dificultades decide invertir parte del dinero para formar una pequeña empresa con el fin de mejorar su calidad de vida:

“Como no conseguía trabajo y la verdad no quería que mi esposa trabajara, llegamos al acuerdo de invertir el dinero que el INS nos dio, para comprar un lugar y poner un bazar y que fuera ella quien se encargará de manejarlo” (Pablo)

Ante la dificultad de encontrar trabajo, Pablo decide realizar diversas actividades informales para aumentar los ingresos de su familia, ya que Pablo deseaba contribuir económicamente con su familia:

“Como no encontraba trabajo comencé a agarrar todos los “camarones” que se aparecieran, para ver si acaso de ese modo podía traer dinero a la casa, porque esa era una de las cosas que más me interesaba y el mayor problema es que eso no siempre se daba, a como había días en los que conseguía buen dinero había otros en los que no salía nada” (Pablo)

A partir de ello, Pablo inicia una búsqueda de desarrollar diversas actividades, que le permitan ampliar sus posibilidades de obtener un trabajo, ya que Pablo desea laborar en la actividad que se le presente primero:

“Como sabía que me podía salir cualquier tipo de “camarón” comencé a aprender de vecinos que conocían de todo un poco, para estar preparado en caso incluso de que me llamaran de alguno de los lugares donde pedí trabajo, porque quiero estar preparado para

cuando pase” (Pablo)

Asimismo, durante este proceso toda la familia de Pablo trata de tener una interacción diferente con él, tratando con ello de contribuir en su aceptación y disminuir el estrés que le generaba la dificultad de obtener un trabajo estable:

“Como veía que Pablo no lograba encontrar trabajo y esto le hacía sentirse mal porque él estaba acostumbrado a ser quien trabajara y traer el dinero a la casa, me puse de acuerdo con el resto de su familia, para ver de que modo hacíamos que se sintiera mejor y no tan presionado” (Esposa de Pablo)

A partir de esta situación, se puede decir que existen una serie de aspectos que han beneficiado el proceso de rehabilitación de Ana, al tiempo que encuentran factores discapacitantes que han representado un obstáculo para su crecimiento personal y continúan presentándose hasta el día de hoy:

Dentro de los aspectos sociales que beneficiaron a Pablo dentro de su actual realidad inmediata se encuentran:

- Mayor fortalecimiento de su núcleo familiar y de su familia de origen:

“Mi familia siempre está a mi lado y nunca me ha abandonado, lo que para mí es una de las mayores razones para darle gracias a Dios, porque sin su apoyo creo que jamás podría superar algo como esto, por eso el apoyo que recibo es tan importante” (Pablo)

“Desde que formo parte de esta familia, he visto como se han apoyado y como me abrieron las puertas cuando me casé con Pablo y esto es algo que me ha gustado muchísimo, por eso es que ahora que Pablo tiene esto hemos decidido unirnos más y no rendirnos hasta que logremos superar esta situación” (Esposa de Pablo)

- Apoyo y fortalecimiento de su red social comunal:

“Por dicha he contado con el apoyo de los vecinos, porque ellos me han tratado como siempre y no mostraron un cambio a pesar de mi amputación, que es lo que pasa cuando voy a otros lados y alguien se fija en mi mano, incluso esto me ha ayudado a conseguir “camarones” para traer dinero a la casa” (Pablo)

- Apoyo institucional por parte de INS-Salud, mediante los grupos de apoyo:

“Los grupos siempre fueron importantes para mí, porque las cosas que he aprendido ahí me ayudaron a aceptarme poco a poco, lástima que ahora ya no están, pero el tiempo en que asistía a ellos me ayudaron mucho para hacer frente a la crisis” (Pablo)

- Deseo de superación:

“Aunque se me estén cerrando muchas puertas, no pierdo la esperanza, porque sé que Dios me fortalece y me motiva para que siga adelante con mi vida y también sé que tarde o temprano todo esto pasará, hasta entonces lo único que nos queda a mi familia y a mí es seguirnos esforzando sin rendirnos en ningún momento” (Pablo)

Al mismo tiempo, se encuentra una serie de obstáculos que dificultan la rehabilitación, inserción social e incluso la aceptación de su autoimagen, como son las siguientes:

- Conocimiento insuficiente de la familia en torno a la interacción con Pablo:

“A pesar de que toda la familia ha tratado de hacer todo lo posible por apoyar al Pablo y porque se sienta mejor, sentimos que tal vez nos pueda faltar algo, pero seguimos esforzándonos para el bien de él, porque lo queremos mucho y le deseamos lo mejor” (Esposa de Pablo)

- Desconocimiento de la familia en torno a entes institucionales que pudiesen ayudarles en sus diversas problemáticas sociales:

“Debido a nuestro problema de dinero, no sabemos que hacer, ni siquiera a donde acudir, más que ahora ya el INS cumplió con el dinero que nos daba, por eso es que ahora más que nunca deseo volver a trabajar, porque es algo que realmente quiero” (Pablo)

- Dificultad para aceptar su autoimagen:

“Aunque muchas personas me han tratado de ayudar, aún me sigue costando un poco, ya por lo menos no uso el guante pero eso es sólo una parte, aunque sé muy bien que con la ayuda de Dios y de mi familia podré superarlo, no importa cuanto tiempo se necesite, sé que algún día lo superaré, después de todo ya he avanzado bastante” (Pablo)

- Escasos espacios laborales en los que pudiese desenvolverse, generando inestabilidad laboral y económica.

“De todo esto, lo que más me entristece es que nadie me quiere contratar porque dicen que no pueden hacerlo porque necesitan una persona que tenga todos los dedos por el tipo de labor que ahí se hace y por esa razón se me han cerrado muchas puertas” (Pablo)

- Mal trato por parte de personas ajenas a su grupo familiar:

“Aunque los vecinos sí me tratan de lo más bien cuando voy a San José o a otras partes y ven lo de mi dedo, varios me hacen caras y la verdad es que esa es una de las cosas que me hace sentir verdaderamente mal y de las que más ha causado que me acepte como soy” (Pablo)

- Ausencia de espacios que propicien la educación emocional formal:

“Siempre he creído que las emociones es algo muy valioso que nos dio Dios, pero siento que no han existido espacios para hablar de ellos, porque fuera de mi familia los demás tratan de ocultar esa parte ” (Pablo)

Frente a esta serie de aspectos, es importante mencionar que aún se presenta el problema socioeconómico de su núcleo familiar, a pesar de lo esfuerzos que ha hecho para reincorporarse al mercado laboral mediante un trabajo más estable que el que realiza actualmente:

“Lo que yo más deseo es el bienestar de mi familia y el problema de dinero que tenemos es algo que siempre me ha preocupado y más ahora que no logro conseguir un trabajo seguro, pero me seguiré esforzando para mejorar la situación y estar más tranquilos mi esposa y yo ” (Pablo)

Pese a este problema, Pablo no descarta la posibilidad de superarse y esforzarse por alcanzar nuevas metas para él y su familia, con el fin de alcanzar una calidad de vida digna que le permita hacer frente a esta situación:

“La discapacidad es algo difícil de aceptar, pero si las personas contamos con el apoyo de quienes nos rodean, eso nos puede ayudar para que hagamos un mayor esfuerzo para enfrentarlo y hasta para aceptarlo ” (Pablo)

Caso de Gilberto

Gilberto es un hombre de 24 años, se dedica a trabajar en una pizzería cercana a su casa desde que sufrió el accidente que le causó una amputación en su miembro inferior derecho hace cuatro años, proviene de una familia compuesta por su padre de 50 años; labora como constructor, su madre de 43 años quien se dedica a las labores del hogar, un hermano de 27 años que labora en construcción y una hermana de 21 años que trabaja como secretaria.

El sistema familiar de Gilberto se ha caracterizado por contar con escasos recursos económicos, pero siempre han logrado solventar los gastos para satisfacer sus necesidades básicas:

“En la casa aunque la hemos visto difícil, mis papás del algún modo lograron sacarnos adelante, hasta que mis hermanos y yo comenzamos a trabajar y ayudar en los gastos de la casa” (Gilberto)

Al mismo tiempo, la crianza de Gilberto, su hermano y hermana se caracterizó por crear escasos estímulos para el desarrollo de la inteligencia emocional dentro de su sistema familiar.

“Nosotros (refiriéndose a su hermano, hermana y él) no pudimos estar mucho tiempo con nuestros papás cuando estábamos pequeños, porque en el día tenían que trabajar y nos cuidaba una vecina y ya en la noche cuando llegaban apenas podíamos verlos porque nos dormíamos muy rápido, por lo que tuvimos que buscar por otros lados del barrio algo que hacer para entretenernos” (Gilberto)

A lo anterior, es importante destacar que los estímulos que Gilberto no obtenía en su familia, a raíz del trabajo que tenían sus padres, los lograba obtener mediante su red social, tal como es el caso de sus amigos y vecinos, generando en su persona aptitudes emocionales sociales mediante la socialización como por ejemplo sociabilidad, empatía,

comunicación, colaboración y cooperación entre otras, que a su vez contribuían con las aptitudes emocionales personales:

“A pesar de que no podía pasar muchos tiempo con mis papás por el trabajo que ellos tenían, por lo menos pasaba el día con mis amigos jugando o “mejengeando” y así nos entreteníamos todo el día” (Gilberto)

Por lo demás, es importante señalar que la socialización que realiza Gilberto, contribuye para que él interactúe a lo largo de su vida, con personas que tienen en su ser una discapacidad física:

“Cuando era adolescente uno de mis amigos tuvo un accidente mientras trabajaba como técnico en el ICE, tocó unos cables eléctricos y la electricidad le salió por la parte baja de su columna, lo que causó que perdiera la movilidad de sus piernas, aunque al principio le fue difícil, pude ver como salía adelante y volvió a ser quien era, tal y como yo lo conocía” (Gilberto)

“El primer trabajo que tuve fue en una empresa que colocaba techos de zinc, ahí tenía un compañero al que le faltaba una mano y era quien tenía la mayor producción mensual de la empresa” (Gilberto)

Además, gracias a la relación que tuvo con estas personas Gilberto se crea una imagen de las personas con discapacidad que le ayudaría más adelante para hacerle frente a su discapacidad

“Después de conocer a esta gente, la verdad es que me di cuenta de que la discapacidad sólo es algo físico, por que la gente siempre sigue siendo la misma y de ella depende si sale adelante o no” (Gilberto)

A todo ello, en cuanto a la formación académica de Gilberto, él decidió abandonar sus estudios secundarios para incorporarse en el campo laboral, aun cuando su familia no

estaba de acuerdo con la idea acepto esta decisión, porque sabían que Gilberto no cambiaría de opinión:

“Yo dejé los estudios porque quería trabajar para ayudar en la casa y comprarme cosas, pero ahora que lo he pensado mejor, creo que la verdad los deje por “tonto” porque en la casa no me presionaron para dejarlos, es por eso que talvez más adelante me meta a estudiar algo” (Gilberto)

“Nosotros no queríamos que él dejara los estudios, pero sabíamos que él no cambiaría de opinión porque es muy terco por ese lado, así que aceptamos su decisión” (Madre de Gilberto)

De este modo, antes de sufrir el accidente Gilberto, al igual que el resto de su familia representaba uno de los proveedores, con lo cual su familia podía tener un poco más de solvencia económica:

“Cuando todos en la casa estábamos trabajando nos estaba yendo bien, no es que teníamos un montón de plata pero sí podíamos darnos algunos gustillos, por lo que me sentía bastante bien trabajando” (Gilberto)

Además, durante su adolescencia el vínculo que se desarrollaba en el sistema familiar se volvió más fuerte que en la infancia, ya que se lograron generar espacios para compartir entre todos (as) los miembros:

“Hubo un tiempo en el que pensé que me relacionaría aún menos con mi familia, pero en realidad los espacios en los que teníamos tiempo para estar juntos los aprovechamos para compartir entre nosotros” (Gilberto)

Asimismo, debido a que la familia de Gilberto no le presionaba en su situación laboral, tuvo tiempo para formar parte de un equipo de atletismo, lo que le permitió ampliar su red social:

“Mientras comencé a trabajar, tuve la oportunidad de estar en algunos lugares medio tiempo, cuando eso lo que hacía era aprovechar para irme en bici a la Sabana para entrenar con el grupo de atletismo e incluso tuve la oportunidad de competir en más de una ocasión” (Gilberto)

Así bien, dentro de los diversos trabajos que realizó Gilberto una vez que abandonó sus estudios, fue cuando laboró como repartidor que sufrió el accidente que le hizo perder una parte de su pierna derecha:

“Todo iba bien, pero una vez cuando trabajé como repartidor, fue cuando sufrí el accidente que causó mi amputación, ya que una vez que iba para desamparados, me encontré a unos conocidos, por lo que paré la moto para saludarlos y luego me bajé, poco después llegó un bus y debido a que yo estaba parado en la calle, cuando este arrancó después de hacer la parada, me atropelló con la llanta delantera pasándome sobre mi pie, yo lo que más recuerdo fue que lo escuché muy cerca y cuando me voltee este ya estaba sobre mí” (Gilberto)

Al mismo tiempo, por la forma en que se presentó el accidente de Gilberto, a este le preocupó más lo que llegaría a pensar su familia en torno a lo sucedido en especial su madre, quien es el miembro con quien tiene una mayor confianza en su casa y quien ejerce la autoridad en el sistema familiar:

“Cuando iba en la ambulancia, más que preocuparme por el dolor o por lo que me pasaría, sólo podía pensar en lo que diría mi familia en especial mi mamá, ya que no sabía como iba a reaccionar, incluso pensé que me iba a dar una regañada por lo que pasó” (Gilberto)

En el momento en que sufre el accidente, Gilberto pierde el miembro inferior derecho, más exactamente, le amputan desde la parte baja de la rodilla debido a que la llanta del bus partió en varias partes el hueso de esa zona de su cuerpo. Ante ello él tiene la

habilidad de reencuadrar tal suceso una vez que el doctor le cuenta sobre la pérdida de esta parte de su cuerpo, viendo su nueva condición física de un modo que ni el médico que realizó la amputación se imaginaba:

“Cuando el doctor me dijo que me tuvo que amputarme el pie por la gravedad del accidente, lo que hice fue tomarlo con humor y le dije que por lo menos ya no tenía que preocuparme por cortarme más las uñas, por lo que él puso una cara, seguro creía que estaba loco o trastornado por lo sucedido” (Gilberto)

Además, la socialización que tuvo antes del accidente con personas que tenía una discapacidad física en su ser le permitió tener un concepto de su persona que le ayudaría durante su rehabilitación institucional y a su reinserción en su realidad inmediata:

“Siento que tuve una ventaja, ya que antes de esto conocí a otras personas que tenían discapacidad y eso me hizo pensar que la discapacidad sólo era un cambio en mi cuerpo y que realmente seguía siendo yo y que esto podía superarlo si realmente lo quería, aunque al principio me costó un poco, esta idea me ha permitido superarme” (Gilberto).

Una vez que es atendido en el hospital y en dicha institución realizan la amputación, es referido a INS-Salud para iniciar su tratamiento y rehabilitación. Mientras se encuentra internado Gilberto identifica una serie de factores que promueven su reinserción social, entre los que se encuentran:

- ◆ Un mayor fortalecimiento de su núcleo familiar:

“Después de la amputación, mi familia se comenzó a unir más. Siento que esto se dio a partir de lo distantes que éramos por nuestros trabajos y porque talvez nunca nadie pensó que esto le podía pasar a uno de nosotros” (Gilberto)

- ◆ Una percepción positiva de la discapacidad:

“Durante mi hospitalización en el INS, nunca pensé que la pérdida de mi pie fuera a detenerme, ya que vi como varios de mis amigos lograron salir, por lo que pensaba que yo también podía hacerlo” (Gilberto)

- ◆ Estabilidad económica temporal gracias a la remuneración que el INS le brindaría por su accidente y discapacidad.

Al tiempo, que reconoce otra serie de factores que constituyeron una barrera para volver a integrarse y enfrentar su realidad inmediata, entre ellos:

- ◆ Pérdida del trabajo.
- ◆ Conocimiento insuficiente de la familia, para realizar una contención adecuada para Gilberto:

“Mi familia no sabía cómo tratarme, ahora que no tenía el pie y eso lo sentí cuando me llegaban a la visita y les daba miedo tocarme o ver la pierna amputada, lo que me preocupó en ese momento porque no sabía cómo me iban a tratar en la casa” (Gilberto)

- ◆ Inseguridad en cuanto a su futuro laboral:

Al tiempo que recibía la atención médica de esta institución, Gilberto también recibió la intervención por parte de Trabajo Social, él tiene su primer contacto con Trabajo Social, allí es invitado a participar de los grupos de apoyo, a lo cual muestra anuencia debido a la ausencia de terapias durante su internamiento.

“Mientras estuve hospitalizado en el INS, fue cuando me atendió la gente de trabajo social y me invitaron a los grupos que estaban dando, lo que me pareció interesante porque durante ese tiempo no tuve ningún tipo de terapia” (Gilberto)

De este modo, una vez que egresa de esta institución, continúa asistiendo a la consulta externa, participa de los grupos de apoyo desarrollados por Trabajo Social en

dicha institución, lo que para Gilberto representó su primer proceso terapéutico de todo el tratamiento recibido:

“La verdad es que mi verdadera terapia la tuve en el sótano (haciendo referencia al sótano de INS-Salud, lugar donde se llevaba a cabo los grupos de personas con amputación) porque ahí conocí a otras personas que tenían otra amputación, pero con quien más me sentí identificado fue con un “chavalo” que perdió sus dos piernas cuando trabajaba con un camión de basura, eso lo sentía porque su accidente era similar al mío” (Gilberto)

Una vez que Gilberto se reintegra a su sistema familiar e interactúa con su realidad inmediata, su familia realiza un cambio dentro de la dinámica del sistema, con el fin de apoyar y ser una contención para él, que a la postre se transformaría en un obstáculo en su proceso de rehabilitación:

“Cuando regresé a la casa, mi familia se unió los primeros tres meses para ayudarme, pero más bien me sofocaban porque no querían que saliera ni que me moviera fuera del cuarto, incluso el único tele que teníamos, la pasaron a mi cuarto para que no tuviera que ir a la sala” (Gilberto)

Por ello, se da un cambio en el rol que desempeña en su familia, pero sería el mismo Gilberto quien a partir de su percepción de la discapacidad, promovería el cambio dentro de su familia, el cual aún hoy día se encuentra en proceso de ajuste:

“Cuando me di cuenta de que esto iba a seguir, decidí salir de la casa poco a poco, para que mi familia lo aceptara y entendieran que no era ningún “inútil” o algo así y en realidad era el mismo sólo que con un cambio en mi cuerpo” (Gilberto)

“Cuando Gilberto empezó a salir y dejar la casa, al principio me preocupé pero me di cuenta de que él no iba a cambiar de opinión y con el tiempo descubrí que él era capaz de salir adelante y que estábamos cayendo en un error cuando no lo dejábamos ir a ningún

lado” (Madre de Gilberto)

En cuanto a ello, Gilberto toma la decisión de modificar la percepción de su familia mediante su actuar, demostrándoles que él es capaz de salir adelante en su vida aún teniendo esta discapacidad en su persona:

“Conforme fui saliendo de la casa, mi familia por fin aceptó que no podían tenerme encerrado, lo que me permitió hacer otras cosas e incluso volver a buscar trabajo en otros lugares” (Gilberto)

A lo anterior, es importante mencionar que en el caso específico de Gilberto, al cambiar la percepción de su familia, realiza un cambio en su dinámica familiar y personal, con el fin de mejorar su calidad de vida personal y social:

“Antes del accidente, mi día era el trabajo y la casa y de vez en cuando que practicaba atletismo, pero después del accidente decidí ampliar mi espacio y mis amistades para hacer todo aquello que quería porque me di cuenta de que tenía que aprovechar mi vida” (Gilberto)

Además, Gilberto pasa el primer año posterior a su accidente recibiendo atención en INS-Salud, lo que le brindaba un sentimiento de seguridad al saber que esta le brindaría la prótesis para su pie:

“Durante el tiempo que me atendieron en el INS, lo que más me interesaba era que me dieran la prótesis, porque fuera de eso puede decirse que la atención era buena, fuera de uno que otro médico que se portaba de un modo que de verdad me desagradaba” (Gilberto)

Posteriormente, Gilberto recibe la noticia de que las secuelas de su accidente han sido superadas y por tanto será dado de alta, ello porque la institución consideró que el muñón estaba fuera de peligro, al tiempo que le facilitaban su correspondiente prótesis:

“Lo que más me importó de todo esto era la prótesis que me dieron, porque había visto que el muñón lo tenía lo más bien y me era difícil andar en la calle con muletas, porque mucha gente pareciera no importarle la condición que tiene uno” (Gilberto)

A partir de ello, Gilberto inicia la búsqueda de diversas actividades, para lograr encontrar una en la que se pueda sentir cómodo, allí es donde obtiene su empleo en una pizzería donde puede explotar nuevas habilidades personales que antes del accidente no conocía:

“Cuando sufrí el accidente no sabía en que iba a “bretear” pero un amigo me dijo que en un pizzería ocupaban gente, así que me “tiré al agua” y me dieron el trabajo, por lo que me vi en la tarea a aprender cosas nuevas como cocinar las pizzas y prepararlas” (Gilberto)

Además, al incorporarse nuevamente al espacio laboral, Gilberto trata de ampliar su red social, lo que le facilita nuevos espacios para compartir con otras personas que le hagan sentir mejor consigo mismo y crecer como persona:

“Aunque contaba ya con amigos, una vez que comencé a trabajar de nuevo conocí a más gente y empecé a salir más de la casa y gracias a la prótesis no me era tan difícil ir de un lugar a otro, ahora se puede decir que incluso tengo mucha más vida social que antes del accidente” (Gilberto)

A partir de esta situación, se puede destacar una serie de aspectos que han beneficiado el proceso de rehabilitación de Gilberto, al tiempo que cuenta con otra serie de factores que han representado un obstáculo para su crecimiento persona y continúan presentándose hoy día.

Dentro de los aspectos sociales que beneficiaron la rehabilitación y reincorporación social se encuentran:

- Mayor fortalecimiento de su núcleo familiar:

“Después del accidente fue increíble como nos unimos, en especial los primeros tres meses después del accidente y eso ayudó a la relación porque ahora siento que la cosa va bien en la casa” (Gilberto)

- Fortalecimiento de su red social:

“Todos los “compas” han sido “pura vida” y me han ayudado montones, en especial una amiga con la que estaba peleado, que ahora es quien más esta a mi lado empujándome y regañándome cada vez que ve que me cuesta salir y me quiero rendir, la verdad es que esto es algo que me ayuda” (Gilberto)

- Incorporación en espacios laborales:

“La verdad es que el trabajo que tengo me ayuda montones porque ya puedo ayudar en la casa de nuevo, aunque al principio fue un poco difícil conseguirlo, ahora que lo tengo sé que todo es cuestión de ponerle y no hacerle ni caso a la discapacidad” (Gilberto)

- Apoyo institucional por parte de INS-Salud, mediante los grupos de apoyo:

“Los grupitos han sido al positivo por las experiencias que por ahí se oyen... además hay conocí a otras personas que tenía otra amputación, pero con quien más me sentí identificado fue con un “chavalo” que perdió sus dos piernas cuando trabajaba con un camión de basura, eso lo sentía porque su accidente era similar al mío” (Gilberto)

- Deseo de superación y pensamiento positivo:

“En el caso de la gente con discapacidad es que los demás esperan grandes cosas

de nosotros, algo que sobresalga del resto, pero la verdad es que en mi caso, mientras haga todo aquello que me guste, todo está bien, porque así le voy a poder “sacar el jugo a la vida”” (Gilberto)

- Visión de la discapacidad positiva.

“La discapacidad es sólo algo físico... yo lo único que tengo claro es que esto no me va a truncar la vida, porque si aprendí algo de los otros “compas” con discapacidad es que si de verdad se quiere salir adelante uno puede, la jodida es cuando el resto de la gente no da el espacio para eso” (Gilberto)

- Descubrimiento de nuevas habilidades y capacidades personales:

“Yo he tenido que aprender muchas cosas nuevas porque sólo así se sale adelante en esa vida, porque ahora la cosa está complicada, así que por ese lado ha sido algo bueno el estar aprendiendo cosas y lo importante es que siga así, por si acaso con eso me puedo conseguir más adelante un trabajo mejor” (Gilberto)

Al mismo tiempo, se encuentra una serie de obstáculos que dificultan la rehabilitación e inserción social, como son las siguientes:

- Desconocimiento de la familia en torno a la interacción con Gilberto:

“A mi familia todavía le cuesta un poco creer que yo puedo ser como cualquier otro y más bien creen que hasta cierto punto es un peligro que yo salga de la casa a trabajar o a pegarme una que otra fiestecilla, pero al menos ahora ya no son como antes que me tenían metido sólo en el cuarto, al menos ahora aceptan un poco más como soy” (Gilberto)

- Falta de información, sobre otros entes que pudiesen ayudarlo a nivel socioeconómico:

“Bueno, todo lo que he conocido y aprendido nuevo, ha sido gracias a mi familia y

amigos fuera de eso conozco poco de otros lugares que nos puedan ayudar fuera del INS con lo grupillos que se manejan por allá” (Gilberto)

- Maltrato por parte de personas ajenas a su grupo familiar y dificultad para aceptarlo:

“Con lo de la discapacidad sí he tenido problemas con otras personas ya sea porque me ven raro, con lástima o algo así y la verdad es que eso es algo que me molesta porque la verdad es que yo soy como cualquier otro... una vez tuve una experiencia en el banco en la que fui con la prótesis puesta pero el pantalón la tapaba y me metí en la fila preferencial y la cajera sin preguntarme nada llamó a los de seguridad para que me sacaran lo que me causó un gran enojo por el maltratado de ellos, al punto que me quite la prótesis y la puse en el mostrador, claro esa gente no sabía ni donde esconderse” (Gilberto)

- Ausencia de espacios que propicien la educación emocional formal.

“De las emociones, son algo importante aunque en mi caso la verdad es que de eso manejo poco y mi familia también, pero si sé que ellas están en cada momento de la vida y quiérase o no tenemos que acostumbrarnos a que ellas van a hacernos sentir cosas buenas o malas según lo que vivamos” (Gilberto)

Pese a todo lo que Gilberto ha vivido, mantiene clara la idea de no rendirse y seguir luchando por crecer cada día más, esto gracias a su visión de discapacidad, que le permitía vivir su realidad de un modo diferente:

“Si tuviera que decirle algo a alguien más que tiene una discapacidad, sería: aprende a reírte de sí mismo, para poder reírte de los demás, ya que si te dicen algo no te hará sentir menos, porque al reírnos de nosotros mismos, ya dejará de tener importancia lo que los demás nos digan, porque lograremos aceptarnos como realmente somos” (Gilberto).

8.6 Caso de Carlos

Carlos es un hombre de 29 años, actualmente se encuentra realizando trabajos informales desde que sufrió el accidente que le causó una amputación de su mano izquierda hace cinco años. Proviene de una familia compuesta por su esposa de 32 años quien se dedica a las labores del hogar y su familia vive al lado de su casa, esta se compone de padre de 50 años quien labora como constructor, su madre de 49 años quien se dedica a las labores del hogar y una hermana de 35 años quien se encuentra casada y visita a su familia ocasionalmente.

El sistema familiar de Carlos se ha caracterizado desde que él es un niño por contar con escasos recursos económicos, hasta hoy día momento en el que se encuentra casado:

“La plata siempre ha sido de los principales problemas en la casa, por eso desde pequeños mi hermana y yo hemos hecho lo posible por ayudar a papá porque a horita la cosa está bastante dura” (Carlos)

Al mismo tiempo, la dinámica familiar en la niñez y adolescencia de Carlos y su hermana se caracterizó por crear estímulos para el desarrollo de su inteligencia emocional desde que él se encontraba en su infancia:

“Siempre fuimos muy unidos en la casa incluso como yo era el menor de la casa era el chineado de todos incluso de mi hermana y siempre nos hemos ayudado para que todas las cosas nos salgan bien aún con el dinero” (Carlos)

Posteriormente, cuando Carlos contrae matrimonio él y su esposa buscan espacios en los que puedan compartir juntos, ello debido a que Carlos debía trabajar al ser el proveedor de su hogar:

“Cuando me case, quise que la relación con mi esposa fuera parecida a la de la casa, en el sentido de compartir entre nosotros y apoyarnos siempre que se pueda”

(Esposa de Carlos)

A todo ello, en cuanto a la formación académica de Carlos, él sólo llegó a concluir sus estudios primarios, ello porque después de cumplir los trece años decide incorporarse al mercado laboral:

“Los estudios la verdad no me gustaban, por eso cuando terminé la escuela le dije a mi papá que la verdad es que quería trabajar o hacer cualquier otra cosa, pero que ya no me interesaba seguir estudiando” (Carlos)

Así mismo, esta decisión es tomada por Carlos debido a que el tiempo en que se encontraba estudiando, también se dedicaba a trabajar junto con su padre en una finca cercana a su casa:

“Todo esto pasó porque cuando estaba en la escuela, cuando salía me iba a ayudar a mi papá en lo que trabajaba y la verdad es que todo eso me gustaba mucho más que estar sentado escuchando a la maestra, por eso es que decidí dejar de estudiar” (Carlos)

Al mismo tiempo, a pesar de haber abandonado sus estudios, Carlos no se arrepiente de la decisión tomada, ya que gracias a esta ayudó a su familia y le hizo sentirse satisfecho de ser un proveedor más del sistema familiar:

“El simple hecho de ayudar más en la casa ya me tenía contento, la verdad es que para algunos el estudio es lo suyo pero para mí no, para mí es el trabajo honrado lo que importa” (Carlos)

Aunado a ello, durante su etapa de adolescencia el vínculo que se desarrollaba en el sistema familiar continuaba siendo tan fuerte como en su niñez, gracias a los espacios que generaban para compartir los integrantes de su familiar:

“Fue una experiencia muy bonita la de mi familia cuando era niño y cuando era

adolescente porque siempre nos apoyábamos y se respetaban las decisiones de los demás y la de uno, por eso me alegro de que eso todavía se siga dando” (Carlos)

Así bien, al cumplir 25 años inicia una relación con quien hoy día es su esposa, relación de la que manifiesta él y su pareja, se ha desarrollado bastante bien, gracias a los espacios que se han dado para compartir:

“No se por qué pero cuando la conocí (refiriéndose a su esposa) algo dentro de mi me decía que iba a terminar casado con ella, porque la relación “pintaba” bonita y ahora me alegro de no haberme equivocado” (Carlos)

“La relación que hemos tenido de pareja ha sido en términos generales buenas, porque aunque tenemos nuestras discusiones y problemas, al menos hasta ahora todo a salido de lo más bien” (Esposa de Carlos)

De este modo es que al contraer matrimonio Carlos decide buscar un trabajo más estable que le garantice una mayor fuente de ingresos para su familia, ello porque él pasa a ser el único proveedor de su nuevo núcleo familiar:

“La verdad es que no me gusta la idea de que mi esposa trabaje porque si algún día tenemos hijos me gustaría que ella esté a la par de ellos como se dio conmigo porque eso es una experiencia muy bonita” (Carlos)

“Lo que ha pasado con Carlos, es que él es un poco terco y no le gusta la idea de que yo me meta a trabajar, al principio nos costó llegar a un acuerdo pero al final terminé aceptando eso, aunque si se quedó claro en que si quería más adelante conseguiría algún trabajo” (Esposa de Carlos)

Así bien, Carlos comienza a trabajar en una finca cercana a su domicilio, donde siente que poseerá estabilidad económica suficiente como para mantener a su familia y no tener la necesidad de que su esposa busque trabajo:

“Por la casa había un señor que es amigo de mi familia y me ofreció trabajo como peón para que me ayudara mientras encontraba algo más, incluso lo hizo todo con las de ley, porque hasta me puso seguro y todo lo demás como a cualquier otro” (Carlos)

Durante el tiempo en que trabaja en esta finca sufre un accidente que provoca un daño significativo en su mano, la cual posteriormente sería la causa de la amputación debido al daño que le ocasionó:

“Todo andaba lo más bien en ese trabajo, pero un día mientras estaba con un compañero tuve un accidente con el chapulín... mientras lo estaba arreglando el motor, alguien sin saberlo lo encendió y me prensó la mano, después de eso sólo recuerdo que estaba en el hospital y que todo mundo andaba muy agitado” (Carlos)

Después de este accidente, una bacteria se introduce en la herida lo que causa que deban amputar su mano ante el riesgo de que esta se expanda al brazo y el daño sea aún mayor:

“Después de ser atendido en el hospital por ese accidente, en la hospitalización se me metió una bacteria en la herida y por esa razón me dijeron los doctores que debían amputarme la mano por el riesgo que existía” (Carlos)

Ante la pérdida de esta parte de su cuerpo, Carlos trata de ver la situación que se encontraba viviendo en esos momentos de un modo positivo, que le permitiera hacer frente a su vida, aunque eso le resultó algo difícil:

“La verdad es que todo eso fue demasiado difícil, pero de algún modo mi familia trataba de motivarme y por eso me puse como meta buscar una forma en la que esto no se viera tan malo como parecía” (Carlos)

Una vez que esto le sucede a Carlos, es referido a INS-Salud para que continuara con su atención médica y sigan con los respectivos procedimientos que garanticen una

adecuada recuperación:

“Cuando fui al INS, me atendieron mucho mejor que en el hospital y me sentí bastante bien por eso, aunque siempre seguí afectado por la pérdida de mi mano, ya que no sabía lo que iba a pasar en el futuro” (Carlos).

Una vez que es atendido en el hospital y en INS-Salud para iniciar su tratamiento y rehabilitación; Carlos se da a la tarea de identificar una serie de factores que promueven y motiven su reinserción social, entre los que se encuentran:

- ◆ Fortalecimiento de su núcleo familiar:

“Durante todo el tiempo que estuve internado recibí el apoyo de mi familia, quienes a como pudieron vinieron todos los días a la visita, aún cuando el dinero era un problema en la casa” (Carlos)

- ◆ Un esfuerzo por alcanzar una percepción positiva de la discapacidad:

“Conforme pasaba los días, me empecé a hacer a la idea de lo que me decía mi mamá “no le preguntes a Dios ¿por qué me hiciste esto? sino ¿para qué lo hiciste?” y me ayudó un poco a ver las cosas de un modo diferente” (Carlos)

- ◆ Estabilidad económica temporal gracias a la remuneración económica que el INS le brindaría por su accidente y discapacidad.

Al tiempo que reconoce otra serie de factores que constituyeron una barrera para volver a integrarse y enfrentar su realidad inmediata, entre ellos:

- ◆ Pérdida del trabajo.
- ◆ Conocimiento insuficiente de la familia, para realizar una contención adecuada para Carlos:

“Con sólo ver cuando mi familia me iba a visitar, se notaba que no sabían como hacer para tratar de tocar otro tema que no fuera lo de mi amputación, lo que al principio resultó ser demasiado incómodo y tuve que pasar un buen tiempo antes incluso de que saliera para que lo habláramos sin sentirnos incómodos” (Carlos)

◆ Inseguridad en cuanto a su futuro laboral:

“De todo lo que más me preocupaba era saber que iba ha hacer más adelante, porque lo más seguro era que no encontraría porque para ese tipo de trabajos necesito las dos manos” (Carlos)

Conforme Carlos recibía atención médica de este ente, también recibió la intervención por parte del personal de Trabajo Social. Mediante este acercamiento él conoce la existencia de los grupos que allí se desarrollan, con el fin de ayudarlo a hacer frente a su amputación y reinserción a su realidad inmediata:

“Durante el tiempo que estuve ahí internado conocí a Walter (trabajador social de INS-Salud) y el trato que me dio fue “para vida” en realidad el único problemilla fue con algunos doctores que parecía que se enojaban con facilidad si uno les preguntaba o los decía algo” (Carlos)

De este modo, una vez que egresa de esta institución, continúa asistiendo a la consulta externa para el tratamiento de su amputación, al tiempo que participa de los grupos de apoyo desarrollados por Trabajo Social, lo que representó para Carlos un mayor proceso terapéutico, contribuyendo con su desarrollo psicosocial:

“Con lo grupos fue los más “tuanis” porque la gente de ese lugar era “pura vida” no tengo ninguna queja de ellos, me recibieron de lo más bien y me empujaron a salir adelante, mientras esperaba a que me dieran la prótesis de mi mano” (Carlos)

Al mismo tiempo, cuando Carlos se incorpora nuevamente a su sistema familiar,

este sufre un cambio en la estructura tanto a nivel económico, así como en los roles familiares que se efectuaban antes de su accidente:

“Cuando volví la casa, sabía que debía buscar trabajo, pero era algo muy difícil, así que me “empunché” en ver como lo conseguía, lo que sabía que iba a ser algo difícil”
(Carlos)

De este modo, la familia debe realizar un cambio en la estructura, a raíz del cambio que se presenta en Carlos, para contribuir en un ajuste que incida en un mayor desarrollo psicosocial familiar:

“Sabía que mientras Carlos no tuviera trabajo se iba a sentir mal por la falta de dinero, por eso yo me averigüé de uno en el que se trataba de limpiar una casa que era por unos meses y mientras lo realizaba Carlos era el que debía quedarse en la casa” (Esposa de Carlos)

Además, Carlos pasa los primeros tres años después de sufrir el accidente recibiendo atención en INS-Salud, lo que le brindaba un sentimiento de seguridad:

“Mientras buscaba trabajo, en el INS me estaban viendo y lo que me tenía tranquilo es que todo andaba bien, incluso estaban al tanto de conseguirme la prótesis para la mano, lo que resulto ser algo muy importante para mi” (Carlos)

Posteriormente, Carlos recibe la noticia de que será dado de alta en INS-Salud, semanas después de que recibe la prótesis de su mano izquierda, lo que le permite aceptar más su autoimagen:

“Cuando me dieron la prótesis y me la probé, sentí como si recuperara mi mano, porque aunque no podía usarla al menos no me veía tan mal, la verdad es que esto me ayudo incluso a aceptarme un poco más” (Carlos)

Cabe mencionar que tiempo después de ser dado de alta de esta institución, el INS cumple con la ayuda económica para Carlos, correspondiente al accidente sufrido por su persona, por lo que él se ve más presionado en la búsqueda de un trabajo en el que pueda ayudar a su familia:

“Me preocupé mucho al ver que ya se había cumplido el tiempo en que el INS me diera la plata, por eso decidí hacer cualquier cosa aunque esta no fuera estable y así me la he jugado, porque unos días después de que eso pasó mi esposa perdió el trabajito que tenía limpiando esa casa” (Carlos)

A raíz de lo anterior, Carlos y su esposa no son capaces de pagar la casa que alquilaban, ante ello su padre le da una casa adyacente a la suya para que vivan allí mientras él conseguía un trabajo y mayor estabilidad económica:

“Cuando todo eso pasó, no nos quedó de otra que dejar la casa donde vivíamos porque teníamos muy poco dinero para pagar la mensualidad, por dicha mi papá nos dio una casita que tenía alquilando” (Carlos)

A partir de ello, Carlos se esmera aún más buscar nuevos espacios en los que pueda incursionar para trabajar nuevamente, en especial porque él no desea que su esposa sea quien trabaje:

“Después de todo lo que hemos vivido, la verdad es que quiero ser yo quien sea nuevamente quien trabaje y que mi esposa sea quien esté en la casa, para seguir con la idea que teníamos al principio cuando en algún momento tengamos hijos” (Carlos)

Además, Carlos se siente un poco preocupada por su dificultad a la hora de reincorporarse nuevamente al trabajo, ello porque en varios de los lugares a los que asiste le expresan negativa a la hora de contratarlo, producto de la discapacidad que posee:

“El principal problema de todo esto es que al ver que solo puedo utilizar una mano,

los lugares a los que voy me dicen que lo que hay que hacer no es para mí por esa razón, lo que ha hecho que me cueste conseguir algo” (Carlos)

Desde entonces, Carlos se ha esmerado hasta el día de hoy por obtener un trabajo estable. En tanto se dedica a realizar actividades informales, con el fin de que exista un ingreso económico en su familia:

“Lo que he estado haciendo es tomar cualquier trabajo que se aparezca aún que sea pequeño, la idea es poder llevar dinero a la casa para poder salir adelante con todo” (Carlos)

A partir de esta situación, se puede destacar una serie de factores sociales que propician o impiden el desarrollo de Carlos una vez que se reincorpora a su realidad social inmediata y ya no cuenta con la atención en INS-Salud.

Dentro de los aspectos sociales que beneficiaron la rehabilitación y reincorporación social de Ana se encuentran:

- Mayor fortalecimiento de su núcleo familiar:

“La unión que hay en mi familia es genial porque siempre nos han querido apoyar, por ejemplo el hecho de que mi papá nos haya dado esta casa para que vivamos mientras no recuperamos” (Carlos)

- Fortalecimiento de redes sociales

“El apoyo de mis amigos ha sido importante, porque aunque esa gente todavía le cuesta aceptar lo que me pasó y hasta tratan con mucho “cuidado” este tema, me han dicho que es porque no quieren lastimarme y más bien quieren que me supere y vuelva a ser el mismo de antes” (Carlos)

- Apoyo institucional por parte de INS-Salud, mediante los grupos de apoyo:

“Siempre he encontrado en el INS un espacio importante, porque al menos en los grupos hice varios amigos con los que puedo hablar de esto y me apoyan o aconsejan para cuando me siento mal” (Carlos)

- Deseo de superación y pensamiento positivo:

“Siempre me he hecho a la idea de lo que me decía mi mamá “no le preguntes a Dios ¿por qué me hiciste esto? sino ¿para que lo hiciste?” y me ayudó un poco a ver las cosas de un modo diferente lo que me ha permitido luchar sin cansancio” (Carlos)

- Búsqueda por cambiar su percepción en torno al tema de discapacidad:

“He hecho todo lo posible por cambiar la forma de ver esto y he avanzado bastante. El problema es que el resto de las personas no trata de hacer lo mismo y que en manos de nosotros generar el verdadero cambio” (Carlos)

Al mismo tiempo, se encuentra una serie de barreras sociales discapacitantes que dificultan la rehabilitación, inserción social e incluso la aceptación de su autoimagen, como son las siguientes:

- Desconocimiento de la familia en torno al trato con Carlos:

“La verdad es que siempre es difícil relacionarse con Carlos, porque en veces no sé si lo que pueda decir lo vaya a lastimar o herir sus sentimientos. Por eso es que siempre que tocamos el tema todos pensamos mucho que decir o hacer” (Esposa de Carlos)

- Escasos espacios laborales en los que pudiese desenvolverse:

“Me he dado cuenta de que ahora tengo pocas oportunidades para encontrar un

empleo porque yo sólo puedo hacer trabajos físicos y en estos ya me lo han dicho más de una vez que por la falta de mi mano es difícil que consiga uno, pero hay sigo pulseándola, porque no me quiero dar por vencido” (Carlos)

- Trato despectivo por parte de personas ajenas a su grupo familiar:

“Vieras que feo se siente cuando alguien me ve la mano con o sin la prótesis y me hace una cara no se como de asco o algo así, en esos momentos no se que pensar pero al menos se que cuento con mi familia y con buenos amigos a los que si les importo y me hacen sentir bien” (Carlos)

- Ausencia de espacios que propicien la educación emocional formal:

“Con todo lo que he vivido sólo puedo decir que las emociones son fundamentales en la vida, y que estas ayudan a salir adelante con todo en la vida de una forma o de otra, en mi caso es mi mamá quien más me ayudó a expresar mis emociones” (Carlos)

- Conocimiento escaso de la existencia de redes institucionales:

“La verdad es que no conozco mucho sobre otros lugares fuera del INS que puedan darme algún tipo de ayuda que me permita salir adelante con mi vida” (Carlos)

Pese a este problema, por la amputación de su mano izquierda Carlos no se da por vencido y prefiere asumir una actitud que le levante su estado de ánimo y le empuje hacia delante, esforzándose por superar el resto de problemas con que aún cuenta:

“La discapacidad es algo difícil de aceptar, pero si las personas contamos con el apoyo de quienes nos rodean, eso nos puede ayudar para que hagamos un mayor esfuerzo para enfrentarlo y hasta para aceptarlo” (Pablo)