



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**MODALIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA, CARRERAS EDUCATIVAS
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL**

“LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDEROS DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014 - 2015. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.”

Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial

AUTORA

JOHANNA ELIZABETH VEGA OJEDA

DIRECTORA

DRA. MARÍA LORENA MUÑOZ VALLEJO, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2015

CERTIFICACIÓN

Doctora.

María Lorena Muñoz Vallejo, Mg, Sc

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

CERTIFICA:

Haber asesorado revisado y orientado en todas sus partes el desarrollo del proyecto de tesis titulada: **LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDEROS DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014 - 2015. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.** De la autoría de la señora Johanna Elizabeth Vega Ojeda, egresada de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial de la Modalidad de Estudios a Distancia de la Universidad Nacional de Loja.

Me cumple informarle que la mismo reúne los requisitos de fondo y forma, exigidos en el reglamento de régimen Académico de Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo proseguir los trámites legales para su presentación, sustentación y defensa.

Loja, Mayo del 2015




Dra. María Lorena Muñoz Vallejo, Mg, Sc
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, JOHANNA ELIZABETH VEGA OJEDA, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la -
Publicación de mi tesis en la Biblioteca Virtual Institucional.

Autor: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

Firma: 

Cedula: N° 1104795552

Fecha: Loja, Julio 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARAR LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, JOHANNA ELIZABETH VEGA OJEDA, declaro der autora de la tesis titulada "LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDEROS DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014 - 2015. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS". Como requisito para optar al grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repertorio digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 15 días del mes de julio del 2015

Firma: 

Autor: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

Cedula de Identidad: N°1104795552

Dirección: Loja, Juan José Peña y Víctor Peñaherrera
Correo electrónico: joha.e_1305@hotmail.com
Teléfono: 0986599148

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: **Dra. María Lorena Muñoz Vallejo, Mg. Sc.**

Tribunal de Grado:

Dra. Carmen Alicia Aguirre Villacís Mg. Sc **Presidente del Tribunal**
Ing. Jaime Efrén Chillogallo Ordoñez, Mg. Sc **Miembro del Tribunal**
Dr. Danilo Charchabal Pérez, PhD **Miembro del Tribunal**

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero reconocimiento a los directivos de la Universidad Nacional de Loja y en especial a los de la Modalidad de Estudios a Distancia por brindarme la oportunidad de continuar con mi formación profesional. A los docentes de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, por compartir su experiencia y conocimientos durante el proceso de formación personal y académica.

Un especial agradecimiento a la Dra. María Lorena Muños Vallejo Mg. Sc. Quien incondicionalmente me brindo su experiencia, conocimiento y una excelente asesoría y orientación oportuna para la elaboración de la presente investigación.

Al Centro de Rehabilitación para para niños, niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría” y su Director Dr. Néstor Morales, por permitir y facilitar la realización de esta investigación. Al Personal, Equipo Multidisciplinario, Padres de Familia y Adolescentes del Centro de Rehabilitación, por la apertura, apoyo y colaboración brindada para la realización del presente trabajo de investigación.

En especial a todos los jóvenes que de una manera u otra compartieron conmigo su día a día, para crecer como persona y como profesional.

La Autora

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico, a mi esposo, a mi hija, y a mis padres .

Juan Pablo mi esposo y compañero, haz sido tu mi pilar mi apoyo y quien me ha dado el ánimo para continuar, quien ha estado a mi lado en todo este proceso, gracias por tu comprensión por tu apoyo y sobre todo por tu fe en mí.

Isabella Valentina mi princesa esto es por ti y para ti ya que en el camino hacia mi realización profesional se quedaron en suspenso incontables momentos de vida sin compartir. Valoro su estar, su paciencia, comprensión y amor.

Mis padres, quienes siempre me han dado su apoyo y amor incondicional, a la distancia sus oraciones y alegrías me dieron la fuerza necesaria para seguir adelante y mis hermanos que siempre han estado brindándome su apoyo y amor.

Y definitivamente a Dios por darme la vida y la oportunidad de ser mujer, hija, hermana, esposa, madre y ahora una Profesional. Gracias de corazón.

Este es el aporte para mi familia y las nuevas generaciones

Johanna Elizabeth

ESQUEMA DE CONTENIDOS

PORTADA

CERTIFICACIÓN

AUTORÍA

CARTA DE AUTORIZACIÓN

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

ESQUEMA DE CONTENIDOS

a. Título

b. Resumen

c. Introducción

d. Revisión de literatura

e. Materiales y Métodos

f. Resultados

g. Discusión

h. Conclusiones

i. Recomendaciones

j. Bibliografía

k. Anexos

- Proyecto
- Índice

a. TITULO

“LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDEROS DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014 - 2015. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.”

b. RESUMEN

El trabajo de investigación que presento a continuación tiene como propósito estudiar **LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDEROS DE ALEGRÍA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014 - 2015. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.** ¿Cómo favorece una escuela para padres a los jóvenes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”?

En la presente investigación el objetivo general planteado fue conocer como la Terapia Ocupacional incide en la autoestima de los adolescentes del Centro de Rehabilitación para Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad “Sendero de Alegría”.

Los métodos utilizados en el presente trabajo de investigación fueron: Científico, analítico-sintético, inductivo-deductivo, descriptivo y Modelo Estadístico permitiendo realizar la discusión y contrastación de las variables propuestas. Se aplicaron dos instrumentos: Ficha de Observación aplicado a los usuarios que reciben terapia ocupacional en el Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría” para identificar su capacidad funcional dentro de la terapia ocupacional, Test aplicado a los usuarios que reciben terapia ocupacional en el Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría” para identificar la Autoestima.

Analizados los datos de la Ficha de Observación dentro de la Organización Temporal (Inicia, Continúa, Secuencia, Termina), los resultados concluyen que el 84% de los usuarios son Competentes; el 8% Dudoso; el 4% Inefectivo; y el 4% Déficit; para la realización de los tipos de Terapia Ocupacional que se brindan en el Centro.

Los resultados del Test aplicado a los usuarios dentro de la pregunta ¿Está satisfecho consigo mismo? evidencia que el 72% de los jóvenes se encuentran satisfechos consigo mismo y el 28% no lo están.

SUMMARY

The research work presented below is intended to study **OCCUPATIONAL THERAPY AND ITS IMPACT ON THE SELF-ESTEEM OF ADOLESCENTS ATTENDING THE REHABILITATION CENTER FOR CHILDREN AND YOUTH WITH DISABILITIES “SENDEROS DE ALEGRÍA” FROM THE LOJA CITY. PERIOD 2014 - 2015. ALTERNATIVE GUIDELINES.** ¿How does a school for parents benefit the young who attend to the Rehab center for disabled children and youth "Senderos de Alegria"?

The general objective of the present research was to know how the Occupational Therapy influences on teenagers' self-esteem from the Rehabilitation Center for children and youth with disabilities “Senderos de Alegria.”

The methodologies used for the present research work were scientific, analytic-synthetic, inductive-deductive, descriptive and statistic model, allowing the discussion and contrast of the presented variables. Two instruments were applied, observation form, applied to the users who receive occupational therapy in the Rehabilitation Center for children and youth with disabilities “Senderos de Alegria” in order to identify their functional capability within the occupational therapy.

Once the data from the observation forms were analyzed, within the Temporary Organization (Start, Continue, Sequence, End), the results concluded that 84% of users are competent; Doubtful 8%; Ineffective 4%; and 4% deficit; to perform the types of occupational therapy that are offered at the Center.

Test results applied to the users regarding the question: Are you satisfied with yourself? Evidences that 72% of youths are satisfied with themselves and the 28% are not.

c. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como problema central: ¿Cómo favorece una escuela para padres a los jóvenes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”?

Es un trabajo objetivo que se fundamenta en contenidos teórico - científicos que privilegia la experiencia de la Terapia Ocupacional y su incidencia en la Autoestima de los jóvenes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes “Senderos de Alegría”

La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona.”

La Terapia Ocupacional se relaciona con actividades efectuadas por razones personales que sirven a la necesidad básica de exploración y dominio del entorno. Siguiendo el modelo canadiense centrado en el cliente, la ocupación es imprescindible para encontrar y modelar el sentido a nuestra existencia individual a través de la búsqueda de valores personales y universales.

Podemos señalar dos características de la ocupación en el tratamiento:

- Dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana, su ausencia o interrupción (incluso independientemente de cualquier problema físico, psicológico o social) es una amenaza para la salud.

- Cuando la enfermedad, trauma o condición social ha afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo de organizar el comportamiento.

Para el desarrollo de esta investigación se planteó los siguientes Objetivos:

Objetivo General: Conocer como la Terapia Ocupacional incide en la autoestima de los adolescentes Centro de Rehabilitación para Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad “Sendero de Alegría”. Objetivos Específicos: Identificar el tipo de Terapia Ocupacional que reciben los adolescentes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”, Conocer el grado de Autoestima que presentan los adolescentes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”

En los Lineamientos Alternativos se pone de manifiesto; Realizar un curso de capacitación para padres de familia, sobre la Autoestima y la importancia de la familia para el fortalecimiento de la misma en los niños, niñas y jóvenes con discapacidad que asisten al Centro “Senderos de Alegría” en la ciudad de Loja.

Los métodos que se utilizaron en la elaboración de la presente investigación fueron, el científico, analítico-sintético, inductivo-deductivo, descriptivo y modelo estadístico que permitieron realizar la discusión y contrastación de las variables propuestas.

Para lo cual se utilizaron dos instrumentos: Ficha de Observación aplicado a los usuarios que reciben terapia ocupacional en el Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes con discapacidad "Senderos de Alegría" para identificar su capacidad funcional dentro de la terapia ocupacional, Test aplicado a los usuarios que reciben terapia ocupacional en el Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes con discapacidad "Senderos de Alegría" para identificar la Autoestima.

Los contenidos referentes a las variables de la investigación se sintetizan en dos capítulos: El Capítulo I, **TERAPIA OCUPACIONAL**, se estructura con los siguientes temas: Porque de la Terapia Ocupacional. La Ocupación. Áreas de Ocupación en Terapia Ocupacional. La Terapia Ocupacional. Objetivos de la Terapia Ocupacional. El cómo de la Terapia Ocupacional. Importancia de la Familia. Terapia Ocupacional en Personas con Discapacidad. Introducción. Historia. La Terapia Ocupacional. El rol del Terapeuta Ocupacional en el Proceso de Rehabilitación.

El Capítulo II: **LA AUTOESTIMA**, tiene los siguientes temas: Autoestima. La Autoestima y su Importancia. Características de la Autoestima. Un

Adolecente con Autoestima. Un Adolecente sin Autoestima. Como se desarrolla la Autoestima. Como influye la Autoestima en la vida cotidiana. La influencia positiva de la Autoestima sobre el Adolecente. Los cuatro aspectos de la Autoestima. Autoestima en Personas con Discapacidad.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

TERAPIA OCUPACIONAL

EL PORQUÉ DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.

Dra. Hortensia Gimeno Iñiguez “La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona.

LA OCUPACIÓN:

La Terapia Ocupacional se relaciona con actividades efectuadas por razones personales que sirven a la necesidad básica de exploración y dominio del entorno. Siguiendo el modelo canadiense centrado en el cliente, la ocupación es imprescindible para encontrar y modelar el sentido a nuestra existencia individual a través de la búsqueda de valores personales y universales.

Podemos señalar dos características de la ocupación en el tratamiento:

- Dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana, su ausencia o interrupción (incluso independientemente de cualquier problema físico, psicológico o social) es una amenaza para la salud.

- Cuando la enfermedad, trauma o condición social ha afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo de organizar el comportamiento”

Compartimos los criterios de la Dra. Dra. Hortensia Gimeno Iñiguez publicación; donde la terapia ocupacional potencia, desarrolla y fortalece habilidades y destrezas motrices las mismas que ayudan al mejoramiento de calidad de vida de las personas y su familia.

ÁREAS DE OCUPACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

1.- Área ocupacional de automantenimiento:

- Actividades de la vida diaria básicas (A.V.D.b): actividades de autocuidado (vestirse, alimentarse, asearse.)

- Actividades de la vida diaria instrumentales (A.V.D.i): son actividades más complejas que las anteriores e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual (control de la medicación, de los asuntos económicos, de las cuestiones administrativas, de la dieta, de la tecnología existente a nuestro alrededor)

- Actividades de la vida diaria avanzadas (A.V.D. a): no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes

2.- Área ocupacional productiva:

Actividades remuneradas o no, que proporcionan un servicio a la comunidad. Estas actividades están relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, mantenimiento de la propiedad y del coche, con el cuidado de la familia (preparación de la comida, cuidado de los miembros de la familia, compras, atención a los animales de compañía) y con el trabajo (remunerado, no remunerado, estudios)

3.- Área ocupacional de ocio:

Conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.

En la actualidad se cree que para mantener la salud, las ocupaciones de los individuos deben mantener un equilibrio entre la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de automantenimiento), su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio)”

http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf Dra. Hortensia Gimeno Iñiguez

Valoramos lo expuesto por la Dra. Hortensia Gimeno Iñiguez; donde una vez que el usuario del Centro en este caso niños, niñas y jóvenes cumplan sus labores de lo que refiere a su formación diaria, se involucren dentro de lo que se refiere al área ocupacional, preparándose para su diario vivir y que este a su vez forme parte primordial de su preparación como persona que le ayude a incluirse a la sociedad.

LA TERAPIA OCUPACIONAL

“La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio en personas que se encuentran limitadas (por un trauma físico, psíquico o enfermedad, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza y diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento), con los fines de maximizar la independencia, prevenir la discapacidad, mejorar el desarrollo y mantener la

salud. Se incluye la adaptación de tareas y/o la intervención sobre el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Los objetivos para estas personas, que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma, serán:

1. Favorecer la motivación y los intereses de las personas después de la pérdida ocupacional.
2. Favorecer la búsqueda de su identidad psicológica, perdida o fragmentada por distintos acontecimientos o procesos (enfermedad, pobreza, maltratos, marginación).
3. Ayudar a la persona a elaborar una rutina ocupacional adaptada y significativa que apoye su participación en roles activos y relevantes.
4. Minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional.
5. Adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.
6. Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) que permitan a la persona asumir un rol activo en la relación con los demás.

7. Habilitar en el uso de las ayudas técnicas necesarias.
8. Favorecer el acceso al mundo laboral y su mantenimiento.
9. Cubrir las necesidades de disfrute, placer, de exploración, y de participación social, favoreciendo el acceso a los entornos de ocio.”
10. Terapia Ocupacional. Willard/Spackman. Ed. Panamericana 1998

Apoyamos los criterios de Willard Spackam ya que la Terapia Ocupacional También es utilizada hoy en día como medio de escape a la presión cotidiana o costumbrismo diario de las actividades, es por eso que la terapia Ocupacional como proceso de formación en actividades terapéuticas para el mejoramiento de la vida diaria.

EL CÓMO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Recuperado de El rol de la Terapia Ocupacional en el campo Psicosocial”. Salvador Simó. 1998 “La Terapia Ocupacional contempla la ocupación como un fin en sí, y como un medio de tratamiento, a través del cual se pretende asistir al individuo en sus necesidades funcionales.

Así pues, el terapeuta ocupacional realizará una evaluación multifactorial de la persona (motivaciones, roles, hábitos y capacidades) y su entorno (ambiente humano: individuos y grupos comprendiendo los aspectos sociales y culturales; y ambiente no humano: condiciones físicas, objetos e ideas de una persona)

Recuperado de La Terapia Ocupacional considera como un elemento fundamental la relación terapéutica a través de la cual el individuo puede entender, asumir y colaborar en la ayuda que se le presta. La persona ha de participar activamente, dentro de sus posibilidades, en el planteamiento de los objetivos de la intervención y en la posterior consecución de éstos.

Para que se establezca una buena relación terapéutica, el profesional de la terapia ocupacional no sólo debe tener una actitud basada en la empatía, respeto, objetividad, información, seguridad y confidencialidad, sino que además debe detectar y manejar los mecanismos de defensa del paciente frente a su enfermedad, involucrándolo en la actividad y proporcionándole un apoyo incondicional, de modo que se cumplan los objetivos terapéuticos establecidos”.

Coincidimos en lo expuesto por Salvador Simó que dice que una terapia ocupacional debe ser precisamente elaborada esquematizada de acuerdo a cada demanda del usuario (niño, niña, adolescente) que se encuentra en el proceso de formación.

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

El rol de la familia en el proceso de rehabilitación es vital y favorecedor. El paciente que recibe apoyo familiar y estímulo de su familia está más motivado para proseguir tareas difíciles de rehabilitación, para tolerar procedimientos

dolorosos, para enfrentarse a pérdidas inalterables, para adaptarse a los cambios en el estilo de vida y para proseguir con una vida cotidiana productiva en la comunidad. De hecho, algunos estudios demuestran que los pacientes buscan primero a sus familias para lograr apoyo y luego a los miembros del personal profesional.

Diferencias entre las familias

“Una familia funcional tiende a ser más flexible, puede priorizar las tareas familiares, tiene patrones eficaces de comunicación, valora los derechos y las ideas de cada miembro de la familia, incluyendo al miembro discapacitado, tiene buenas destrezas para el manejo del tiempo y puede adaptarse al cambio en un período de tiempo; puede ayudar al paciente a seguir llevando a cabo roles ocupacionales y familiares, estimular el incremento y el mantenimiento de las actividades independientes y capacitar a un niño o a un adolescente a alcanzar su potencial de desarrollo” (Palmer, Cantona y Wai, 1982; Power, 1985; Versluys, 1980a).

Valoramos el criterio de Palmer ya que la familia como pilar fundamental de la sociedad y como la primera escuela en donde se enlazan lazos de amor y afectividad deben desenvolverse cada uno en sus roles para que sea más llevadera la vida del usuario o paciente.

“Algunas familias, por su propia patología o problemas del desarrollo, son

más vulnerables a la crisis y pueden experimentar un conflicto y ruptura continuos. Una familia que inicialmente parece ser capaz puede estar funcionando marginalmente y la aparición de una crisis médica puede exacerbar la ansiedad y las tensiones familiares existentes. Algunas familias tienen problemas psicológicos, como abuso de sustancias o problemas de dependencia, y otras carecen de organización como, una unidad familiar y, por lo tanto, no son capaces de trabajar juntas para resolver los problemas o mantener comportamientos uniformes.” (Gans, 1983; Kaplan, Smith, Grobstein y Fieman, 1977; Palmer y cols., 1982; Versluys, 1980a).

Respuestas familiares a la crisis

“La familia y el paciente experimentan reacciones emocionales similares a la discapacidad física o la enfermedad. Ellos pueden experimentar estas reacciones en una secuencia similar a su experiencia puede diferir en tiempo y en intensidad emocional. Tanto la familia como el paciente pueden utilizar mecanismos adaptativos, como negación, y pueden experimentar reacciones emocionales, como shock, escepticismo, ira, ansiedad, depresión, remordimiento y sentimientos de disociación.

Es importante reconocer que las reacciones emocionales de los miembros de la familia no son necesariamente sinónimos de comportamiento disfuncional permanente. Tanto el paciente como la familia necesitan expresar su pena y su duelo ante los cambios y las pérdidas físicos o relacionados con la salud.

Esto les permite llegar a un acuerdo con los planes futuros y los estilos de vida alterados.” Celia, Peny, Kulchyck-, y Goodwin, 1988; Versluys, (1985).

Apoyamos lo expuesto por Celia ya que en toda familia sea esta funcional encontramos roces o desacuerdos, la diferencia es el dialogo y la comunicación para que entre todos busquen posibles soluciones.

Amenazas a la adaptación familiar

“Los siguientes problemas familiares complican la adaptación de la familia y pueden comprometer el éxito de la rehabilitación:

- 1) Negación de que los cambios son permanentes;
- 2) Sentirse responsables de la lesión o la enfermedad por algo que hicieron o dejaron de hacer.
- 3) Miedo de que el paciente no pueda funcionar adecuadamente en el hogar.
- 4) Tendencia a ser sobreprotectores, a creer que el paciente está más discapacitado del caso real y a estimular comportamientos dependientes de modo que el paciente sea incapaz de ser independiente, de participar en roles adultos productivos o de mantener una autoidentidad positiva:
- 5) Imposición de sus propios planes y creencias sin considerar los intereses y las metas del paciente;
- 6) Tener puntos de vista opuestos relacionados con la asistencia del

paciente.

- 7) Negación de la situación o rechazo del paciente.
- 8) Participar en negación, pensamiento mágico y creencias de que el paciente es especial y se recupera” D’Afflitti 1977; Gans, 1983; Power y Dell Orto, 1986; Versluys,

TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

“La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida

De los elementos que contiene esta definición se puede extraer que la intervención de Terapia Ocupacional se concentra en las áreas de desempeño funcional (autocuidado, trabajo y ocio), prestando especial atención al ambiente cultural y social dentro del cual se desarrolla la persona.” (P. Freyre).

Valoramos el concepto de Freyre dentro de lo que se refiere a terapia ocupacional, como proceso de formación del usuario, es prepararlo para la vida diaria y que este a su vez en un futuro pueda reinsertarse a la sociedad.

La evolución de las prácticas clínicas, de los tratamientos, detecciones precoces, prevención y mantenimiento de la salud, favorece el desarrollo de nuevos postulados y hace que debido a estos motivos otros sean reformulados.

Es el caso del siguiente modelo ICIDH (International Classification Deficiency DISCAPACIDAD Y MINUSVALIA) de 1980 que evoluciona hasta la revisión actual y puesta en funcionamiento del modelo CIDDM (Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y la salud) del 2001. Hasta el momento la clasificación se realizaba en torno a términos concretos relacionados con la deficiencia, discapacidad y minusvalía, explicando la interacción entre ellos y definiendo la condición del usuario, marcando un rol ciertamente pasivo en dicha definición.

El déficit se ve encuadrado en la propia discapacidad y fluctúa entre encuadres como la participación y estructuras corporales. Esta definición evoluciona hasta dos concepciones claramente definidas, una de ellas la relacionada con el Funcionamiento y la Discapacidad (funciones y estructuras corporales), y la otra vinculada a los Factores Contextuales (factores ambientales y personales).

Las interacciones específicas entre componentes de esta definición se dan en una relación unívoca predecible, provocando una interacción en dos

direcciones, ya que incluso una presencia de discapacidad puede modificar un estado de salud.

La concepción se hace más activa para el trabajo del usuario.

El resultado de esta evolución viene acompañado directamente del avance de disciplinas que enriquecen estos postulados y que gracias a la incorporación de sus paradigmas, modelos y marcos de referencia teóricos, favorecen la especificidad y el trabajo cada vez más estructurados de términos relacionados con la Funcionalidad, Discapacidad y Salud.

Es el caso de la Terapia Ocupacional, que durante su trayectoria como disciplina de intervención terapéutica, desarrolló estrategias y marcos de referencia teóricos que establecen la funcionalidad, el desarrollo de recursos en el ambiente, el aumento de factores personales, la motivación a la participación y la mejora de funciones y estructuras corporales. Todo ello como búsqueda de equilibrio en la persona para su desarrollo ocupacional.

LA TERAPIA OCUPACIONAL

Los “Fundamentos Filosóficos de la Terapia Ocupacional” adoptados en abril de 1979 por la Asamblea Representativa de Detroit, proporcionan los cimientos para la teoría y práctica de la terapia ocupacional:

La ocupación entendida como una forma de alcanzar estados de salud y bienestar más aceptables, se basa en los siguientes principios:

- Ocupación – Identidad: directamente relacionada con el concepto de rol. El individuo forja su identidad en función de los roles principales que desempeña en su vida. El desempeño de estos roles depende de la realización de determinadas actividades. “Somos lo que hacemos”.
- Ocupación – Desarrollo: A lo largo de nuestras vidas desempeñamos ocupaciones propias de cada estadio del ciclo vital. En función de estas experiencias ocupacionales, el ser humano crece, experimenta y evoluciona.
- Ocupación – Entorno – Adaptación: a través de la ocupación, el individuo domina su entorno, lo modifica. El dominio del entorno es para el ser humano la principal fuente de motivación. El individuo trata de ajustar sus necesidades y posibilidades a las del medio en que se desarrolla. Se trata de un proceso de adaptación que mantiene a las personas en estado de actividad, de búsqueda, de experimentación.

“El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por la realización de actividades con objetivo. Utilizando su capacidad de motivación intrínseca, los seres humanos son capaces de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con objetivo. La vida humana es un proceso de adaptación continua. La adaptación es un cambio en la función que promueve la supervivencia y la

actualización de sí mismo. Los factores ambientales, psicológicos y biológicos pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento a lo largo del ciclo vital. La disfunción se produce cuando la adaptación es deficiente.

La Terapia Ocupacional se fundamenta, en última instancia, en el estudio de la ocupación humana y los efectos beneficiosos que tiene para la salud del individuo. Partiendo de estos principios teóricos, y fundamentándose en modelos o marcos de referencia directamente relacionados con componentes de la ocupación, se obtiene una “forma de hacer”, un abordaje y una clínica propia de una disciplina aplicada” (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986).

Apoyamos lo expuesto en la Asociación Americana de T.O ya que como su nombre Terapia Ocupacional lo dice, ocupación para el ser humano dándole valor a su vida y que este a su vez pueda integrarse a una sociedad de manera activa.

EL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN.

“Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social.

El Terapeuta Ocupacional tiene una visión bio-psico-social del ser humano lo que le permite intervenir, como miembro de un equipo de rehabilitación, en todos los niveles del proceso, un tratamiento sanitario (físico, psíquico, sensorial) que pretende habilitar a la persona para un óptimo desempeño ocupacional". (Barris R., 1982) (Howe M.C. y Briggs., 1982).

"Se hace pues necesario modificar el "ambiente" de modo que la persona pueda desplegar al máximo sus capacidades.

Si entendemos por ambiente el entorno inmediato (hogar y comunidad) del paciente, el Terapeuta Ocupacional se encarga, tras valoración previa, de:

- Adaptación domiciliar.
- Adaptación del puesto de trabajo/puesto escolar.
- Entrenamiento en el uso de Ayudas Técnicas.
- Transformación/Supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas
- Exploración pre-vocacional, vocacional, ocio y tiempo libre.
- Entrenamiento en actividades específicas de trabajo y ocio.

La desconexión existente entre los diferentes dispositivos asistenciales provoca que un proceso que es conceptualizado como lineal y progresivo, se fragmente en subprocesos, que aunque en sí mismos sean necesarios, no alcanzan la finalidad última del tratamiento que, es garantizar al máximo independencia y autonomía personal" (M. Heidegger, 1889 -1976).

Compartimos el criterio de Heidegger ya que en sí la terapia ocupacional busca crear una independencia del usuario o paciente para su crecimiento personal dentro de nuestro medio y así en un futuro no muy lejano poder aportar a la sociedad.

CAPITULO II

AUTOESTIMA

LA AUTOESTIMA Y SU IMPORTANCIA.

Según Harns, Cledes. (2000). La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, al contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Compartimos los criterios de Cledes Harns ya que la autoestima es el valor que nos damos como personas y lo que proyectamos a los demás.

CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA

“En el adolescente, la autoestima puede sufrir grandes altibajos. Lo normal es que presente las características que explicamos a continuación en distintas ocasiones, dependiendo de las cosas que puedan influir en cada momento: hechos, personas, situaciones experimentadas. Pero a usted no le

será difícil observar en el adolescente un comportamiento general que tienda a valorar o a denigrar su persona, y esa es la pauta que debe usted buscar para tener en cuenta las características propias de:

UN ADOLESCENTE CON AUTOESTIMA:

Asumirá sus responsabilidades. Actuará con presteza y con seguridad en sí mismo y, sin que haya que pedírselo, asumirá la responsabilidad de ciertas tareas o necesidades evidentes (fregar los platos, limpiar el jardín o consolar a un amigo triste).

Afrontará nuevos retos con entusiasmo. Le interesarán tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que aprender y que poner en práctica, y se lanzará a ellas con confianza en sí mismo.

Tolerará bien la frustración. Sabrá encarar las frustraciones de distintas maneras, esperando, riéndose de sí mismo, replicando, etcétera, y será capaz de hablar de lo que le entristece.

Apoyamos los criterios de Pérez, M siendo que los adolescentes que mantiene una autoestima alta son personas que sobresalen en la vida y pueden enfrentar todas las situaciones de su diario vivir.

UN ADOLESCENTE SIN AUTOESTIMA:

Desmerecerá su talento. Dirá: «No puedo hacer esto o aquello... No sé cómo se hace... No lo aprenderé nunca.»

Se dejará, influir mucho. Cambiará de ideas y de comportamiento con mucha frecuencia, según con quien esté: le manipularán otras personalidades más fuertes.

Tendrá pobreza de emociones y sentimientos. Repetirá una y otra vez unas pocas expresiones emocionales, como el descuido, la inflexibilidad, la histeria, el enfurruñamiento. Los padres podrán ser capaces de predecir qué tipo de respuesta dará ante determinada situación.

Se pondrá a la defensiva y se frustrará con facilidad. Será una persona «picajosa», incapaz de aceptar las críticas o las peticiones inesperadas, y pondrá excusas para justificar su comportamiento” harns, C. (2000).

Esa primera impresión del propio yo forma la semilla del sentimiento de la propia valía; siempre que esta primera idea sea positiva, la idea que el niño tendrá de sí mismo será fuerte y sana; experimentará una sensación de bienestar y de valor procedente del hecho de ser aceptado y amado y de las respuestas positivas obtenidas de los padres. Todavía no ha desarrollado convenientemente sus habilidades mentales como para contrarrestar las

reacciones injustas, irracionales o neuróticas que los demás le demuestren. POR MUCHO QUE LAS RESPUESTAS DE LAS PERSONAS IMPORTANTES PARA EL NIÑO NO ESTÉN BASADAS EN NADA REAL, EL NIÑO LAS ACEPTARÁ COMO SI FUERAN VERDAD. Los casos estudiados de niños abandonados o maltratados demuestran que la idea que tenían de sí mismos se caracterizaba por sentimientos de inutilidad e, incluso, por sentimientos de maldad: mi madre me odia tanto que hasta me pega o me insulta, algo debo tener de terriblemente malo; ese es el meollo de la evaluación que hace el niño inconscientemente.

Una vez pasada la primera infancia, el niño amplía su experiencia del mundo fuera de su familia; se relacionan con el niño compañeros de juego, parientes, vecinos y, más adelante, maestros y compañeros de clase. Las respuestas de todos ellos se van sumando al complejo concepto del yo.

En cuarto curso el niño ya es capaz de pensar por sí mismo. Puede poseer esta capacidad si se le ha enseñado a pensar por sí mismo y si su opinión de sí mismo ya es suficientemente positiva, el niño con una autoestima bien desarrollada puede ser capaz de rechazar las reacciones negativas de compañeros o de «enemigos», pero rara vez tiene la fuerza suficiente para descalificar los comentarios que hagan las personas que ejerzan autoridad sobre él: maestros, profesores o adultos significativos.

La adolescencia es uno de los períodos más críticos para el desarrollo de la autoestima. Según el psicoanalista Erik Erikson, es la etapa en que la persona necesita hacerse con una firme IDENTIDAD; o lo que es lo mismo, saberse individuo distinto de los demás, conocer sus posibilidades y su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro.

Conseguir una identidad propia es tarea ardua, como sabe cualquier persona que haya alcanzado la madurez. Y conseguirla durante la adolescencia es bastante complicado, debido a los procesos psicofísicos y a la presión social que todo adolescente experimenta.

La presión social llega a su máximo conforme la atención del adolescente pasa progresivamente de la familia hacia los amigos y la pandilla. La necesidad de sentirse integrado en algún grupo le resulta más apremiante que nunca, y para poder encajarse, el adolescente suele apropiarse de las características y de expresiones del grupo que le abran las puertas: vestimenta, comportamiento, lenguaje, creencias. No pocas veces esto supone echar por tierra los rasgos y las características familiares” Pérez, M. (1992) Autoestima, Buenos Aires:Paidós.

Valoramos los criterios de Pérez, M donde el adolescente sin autoestima es una persona incapaz de enfrentar los problemas de la vida diaria los evitara así mismo evitara el acercamiento directo con grupos de personas y tendrá pensamientos negativos sobre su persona.

CÓMO INFLUYE LA AUTOESTIMA EN LA VIDA COTIDIANA

La autoestima influye sobre el adolescente en:

Cómo se siente.

Cómo piensa, cómo aprende y cómo crea.

Cómo se valora.

Cómo se relaciona con los demás.

Cómo se comporta.

Cómo se experimenta a sí mismo un adolescente está relacionado con todos los pensamientos, sentimientos y actos que lleva a cabo. Cuando se aprehende positivamente disfruta de autoestima, mientras que si tiene una imagen negativa de sí mismo es que posee poca autoestima.

Una persona con autoestima demostrará sus sentimientos positivos hacia sí y hacia los demás de muchas maneras sutiles: sonreirá, mirará a los ojos, se mantendrá erguida, alargará la mano para saludar y, en general, creará a su alrededor un «ambiente» positivo. Al contrario, una persona con poca autoestima, emitirá vagas señales de angustia al proyectar sus propios sentimientos de inadaptación a los demás.

El comportamiento se guía por motivos muy simples. Estos motivos pueden ser contradictorios, lo cual produce en el individuo, y en los que están a su alrededor, angustia y desazón. El adolescente tiende a:

1. Actuar de manera que confirme la imagen que tiene de sí mismo.
2. Comportarse de manera que aumente el sentido de su valía.
3. Actuar para mantener una imagen coherente de sí mismo, sin tener en cuenta lo que puedan cambiar las circunstancias.

Cuando la imagen que tenga de sí sea positiva y posea además suficiente autoestima, el adolescente se sentirá capaz y se mostrará confiado; por ello, se comportará de manera que todo lo que haga reafirme el sentido de su propia valía.

Cuando la persona tiene una imagen negativa de sí misma y poca autoestima se siente desplazada, se cree incapaz de hacer cosas y eso, normalmente, la lleva a cerrarse en banda ante diferentes planteamientos y posibilidades para obtener éxito.

Una autoestima fuerte fomenta el aprendizaje. El adolescente que posea una buena autoestima aprenderá con mayor facilidad y más contento que uno que se sienta poco hábil; abordará las cosas nuevas que tenga que aprender con confianza y entusiasmo

Pero la persona que se cree inadaptada e incapaz de aprender se acercará a cada nueva tarea de aprendizaje con un sentimiento de desesperanza y temor. Para los educadores este «síndrome de fracaso» es un fenómeno bien conocido: el niño que de pequeño ha tenido en el colegio una serie de

fracasos suele desarrollar después actividades del tipo «no puedo hacerlo... no merece la pena que lo intente otra vez».

La autora Coopersmith entiende que los criterios anteriores son muy útiles para mejorar la autoestima como resumen podemos decir que la autoestima influye en las relaciones y recibe también la influencia de éstas. Coopersmith ha señalado que los niños con autoestima suelen desarrollar mejores relaciones interpersonales y suelen ser los elegidos para puestos de liderazgo. Hasta cierto punto, el adolescente forma su imagen y su sentido de la autoestima a partir de las reacciones de los demás hacia él.

LA INFLUENCIA POSITIVA DE LA AUTOESTIMA SOBRE EL ADOLESCENTE

Son muchas las influencias positivas que el adolescente recibe de la autoestima; la más importante es que el adolescente con una autoestima convenientemente desarrollada tiene más oportunidades de fraguar su IDENTIDAD durante esta etapa, mientras se prepara para la madurez y antes de enfrentarse a la total responsabilidad sobre su vida.

LOS CUATRO ASPECTOS DE LA AUTOESTIMA

VINCULACIÓN: resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como tales.

SINGULARIDAD: resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.

PODER: consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.

MODELOS O PAUTAS: puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

Los padres pueden influir en la autoestima del adolescente organizándole nuevas experiencias y relacionándose convenientemente con él en estos cuatro aspectos”

Como desarrollar la autoestima en los adolescentes Clemes Harns Edición 1
Editorial Madrid 2000

Compartimos lo expuesto por Clemes Harns ya que los cuatro aspectos de la autoestima deberían estar presentes en todas las personas y de esta manera lograr como personas mantener una vida plena y motivada.

AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

“La autoestima en el niño con discapacidad frecuentemente se afecta, debido a que al no cumplirse las expectativas que tenían los padres para su hijo, se les dificulta apreciar los logros más que las limitaciones de su niño, repercutiendo negativamente en la formación de la autoestima de su hijo.

Cuando el niño se relaciona con las personas que lo rodean, va conformando su personalidad, con sus capacidades y debilidades; alegrías y penas; su amor y su odio, sus afectos.

En los primeros años de vida el niño va formando su autoestima al darse cuenta que él es importante para sus padres y que puede aprender, en su ritmo y estilo de aprendizaje. Cuando los padres limitan el desarrollo de sus hijos (con o sin discapacidad), estos perciben que no pueden aprender muchas cosas y es cuando el niño empieza a formar una baja autoestima.

Cuando el niño se siente bien consigo mismo, hay magnificas posibilidades de que pueda enfrentar la vida desde una postura de dignidad, sinceridad, fortaleza, amor.

Cuando el niño no se agrada, se devalúa, se castiga y enfrenta la vida desde una postura de temor e impotencia, creando un estado en el que se siente víctima y actúa en consecuencia castigándose ciegamente, y haciendo lo mismo con los demás. Es a la vez sumiso y tiránico. Responsabiliza a los demás por sus actos y su realidad.

Valoramos el aporte de Mercedes Tress; las personas con discapacidad mantienen su autoestima dependiendo de cómo haya sido su formación en el hogar, si hubo una aceptación hacia su condición y fue valorado tendrá una buena autoestima pero si su condición no fue aceptada y fue limitado tendrá problemas de autoestima ya que esta se forma y se fortalece con los tratos de las personas que están a su alrededor

¿CÓMO SE LOGRA LA AUTOESTIMA Y A QUÉ EDAD?

El sentimiento de valor propio se logra desde la infancia. Los niños pequeños al interactuar con otros, se sienten apoyados en menor o mayor grado, reciben palabras de aliento o desaliento, directamente o indirectamente de los padres y de otras personas.

A través de estas primeras comunicaciones reciben ideas de lo que otros sienten hacia ellos, diversas opiniones sobre qué tan capaces son para hacer o no las cosas, qué tan agradables o desagradables son, qué tanta confianza les tenemos, qué tan independientes o dependientes quieren que sean.

Compartimos los criterios de Mercedes Tress ya que la autoestima se forma desde pequeño depende mucho el trato de las personas cercanas del niño y de cómo sea involucrado en la familia.

¿Qué pueden hacer los padres y los maestros para ayudar a mejorar la autoestima de los niños?

Una de las cosas más difíciles y más importantes de la educación es saber poner límites, impartir disciplina y enseñar orden, sin dejar de mostrar cariño y apoyo.

Si por lo contrario, la relación con los padres y personas que rodean al niño se basa en exigencias, amenazas, castigos, presiones, acciones para hacer sentir culpa y casi no hay oportunidades para comunicarse, entonces se estará formando una autoestima baja.

Durante los primeros 5 o 6 años, la autoestima del niño se forma casi exclusivamente en la familia. Un niño de autoestima alta, puede

sobreponerse a muchos fracasos escolares o con sus semejantes. Mientras tanto, un niño de autoestima baja, puede tener muchos éxitos y sin embargo seguirá sintiendo una duda constante respecto a su propio valor.

¿Cuáles son las cosas que debemos propiciar en casa para fortalecer la autoestima de nuestros hijos?

- Amar y respetar a los hijos tal como son
- Ser padres modelo para ellos (eduquemos con el ejemplo)
- Propiciar un ambiente democrático en el hogar; esto significa que tanto padres como hijos distribuyen responsabilidades a la medida de su madurez
- Integrar un hogar estable
- Fomentar la responsabilidad en los hijos
- Establecer reglas y límites en la familia

Es importante dejar al niño tomar sus propias decisiones. Si se equivoca, no debemos sancionar con un “yo te dije...”. Debemos orientar a los hijos fomentando la independencia, el respeto y el amor. Cuando el niño toma alguna decisión equivocada es la oportunidad para orientar y educar, es la ocasión para apoyarlo y que adquiera seguridad sobre sus actos, esto contribuirá a hacerlo responsable.

Los padres deben dar libertad a los niños de tomar sus decisiones y llevar a cabo sus tareas. Cuando realizan una tarea de manera adecuada, deben alentarlos con frases como “muy bien”, “este trabajo te quedó mejor que el anterior”, “cada vez lo haces mejor”. Por el contrario, cuando la actividad la realizó mal, los padres pueden utilizar frases que lo motiven a intentarlo de nuevo “Está mal, pero inténtalo de nuevo”, “Está mal, pero fíjate como debes hacerlo”, “Busquemos la respuesta correcta a este problema”, “Busquemos juntos la solución a esto”.

Evite frases como:

- Eres tonto
- Ya no te quiero
- Nunca entiendes nada
- Te lo dije
- No serás capaz de lograrlo

Para lograr que la autoestima sea positiva, desde pequeños debemos favorecer:

- Amor
- Respeto
- Confianza
- Responsabilidad
- Independencia
- buenas relaciones interpersonales

<http://discapacidadypsicologia.blogspot.com/2013/06/autoestima.html>

Mercedes Tress

Apoyamos los criterios de Mercedes Tress donde los padres y maestros deben ofrecer un buen trato a sus hijos, estudiantes y darles el valor y libertad de tomar sus decisiones y así mismo realizar sus tareas sin menospreciar o insultar si estas no son perfectas ya que hay que evitar palabras y frases insultantes, valorar el esfuerzo que realiza y de esta manera educar.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

MÉTODOS:

CIENTÍFICO.- Este método, permitió relacionar toda la información científica sobre el tema y someter el desarrollo del proyecto de investigación a un proceso organizado y dinámico, permitió ir avanzando en orden y en forma sistemática en el estudio, aplicando con objetividad los instrumentos investigativos planteados.

Al realizar su estudio, trascendió los hechos busco ir más allá, los problematizo, relaciono, los racionalizo, siguiendo reglas metodológicas, que buscan encontrar la verdad a través del planteamiento de observaciones experimentos interpretación de resultados y el planteo mismo de los problemas.

Al ser auto correctivo y progresivo permitió ir discriminando errores u omisiones, abierto a nuevos datos y aportes, y permitió ir corrigiendo y ajustando sus propias conclusiones que no son infalibles., capto los hechos y fenómenos independientemente de los criterios o valores del investigador, y permitió revisar la bibliografía referente al tema que se está tratando dando sustento a la investigación realizada.

ANALÍTICO-SINTÉTICO.- Consiste en la observación y examen minucioso de un hecho en particular, la síntesis es la meta y resultado final del análisis, por medio del cual se logró la comprensión de la esencia de lo que se ha conocido en todos los aspectos particulares. Este método permitió analizar, las técnicas investigativas referente a los temas de investigación. Posteriormente sirvió para llegar a las conclusiones y recomendaciones y luego sintetizar y realizar la redacción del informe final de investigación.

INDUCTIVO-DEDUCTIVO.- Permitted analizar casos particulares a partir de los cuales se extrajeron conclusiones de carácter general, y el deductivo partió de verdades previamente establecidas como principio general para luego ir aplicando a casos individuales y comprobar así su validez. Partimos de problemas y necesidades particulares para llegar a las generalidades y viceversa. Con lo cual se pudo realizar el estudio y análisis de los hechos particulares permitiéndome, tener un referente sobre la terapia Ocupacional y la relación que esta tiene en la Autoestima, en base al seguimiento que se realizó a los jóvenes del Centro “Senderos de Alegría”

DESCRIPTIVO.- Este método permitió realizar la descripción actual del problema en una forma clara y específica. Para adquirir los datos objetivos, precisos y sistemáticos que puede usar en promedios, frecuencias y cálculos estadísticos similares, en el proyecto se utilizó para la representación estadística y gráfica de los resultados.

MODELO ESTADÍSTICO.- Es una ecuación matemática que reproduce los fenómenos que observamos de la forma más exacta posible, para lo cual se tiene en cuenta los datos suministrados y la influencia que el azar tiene en estas observaciones. Permitió hacer un análisis e interpretación de los datos obtenidos. A través de la elaboración de cuadros y gráficos en base a los resultados.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

FICHA DE OBSERVACIÓN

Se aplicó a los usuarios con la finalidad de identificar su capacidad funcional dentro de la Terapia Ocupacional que reciben en el Centro de Rehabilitación “Senderos de Alegría”

TEST DE AUTOESTIMA

Se aplicó a los usuarios, con la finalidad de identificar la autoestima de los jóvenes que reciben terapia ocupacional en el Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”

POBLACIÓN Y MUESTRA

INSTITUCIÓN	
DOCENTES	3
ADOLECENTES	25
TOTAL	28

Fuente: Centro de Rehabilitación para Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad Sendero de Alegría.
Elaboración: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

f. RESULTADOS

RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN APLICADO A LOS USUARIOS QUE RECIBEN TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD “SENDEROS DE ALEGRÍA” PARA IDENTIFICAR SU CAPACIDAD FUNCIONAL DENTRO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

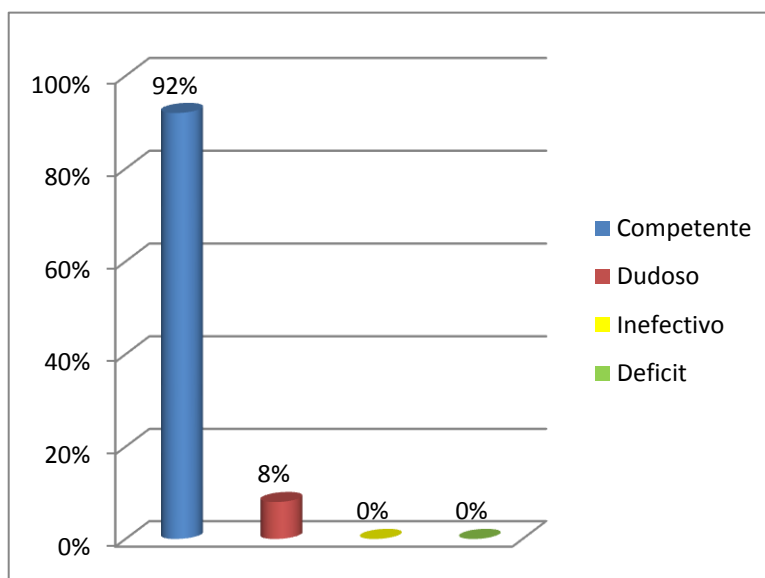
1. POSTURA (ESTABILIZA, ALINEA, POSICIONA)

CUADRO N°1

VARIABLES	f	%
Competente	23	92%
Dudoso	2	8%
Inefectivo	0	0%
Déficit	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de “Senderos de Alegría”
ELABORACION: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 92% de los usuarios son Competentes; el 8% Dudoso y el 0% Inefectivo y Déficit.

La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona.

Dentro de la postura, de una persona se refiere al modo en que se encuentra, es decir, su posición y acción, lo que en una persona con discapacidad leve logra en su totalidad.

Por lo cual podemos concluir que de los usuarios mantienen una buena postura por lo cual son competentes para la ejecución de las actividades designadas, por lo cual recomendamos mantener la realización de dichas actividades para el crecimiento del ser humano.

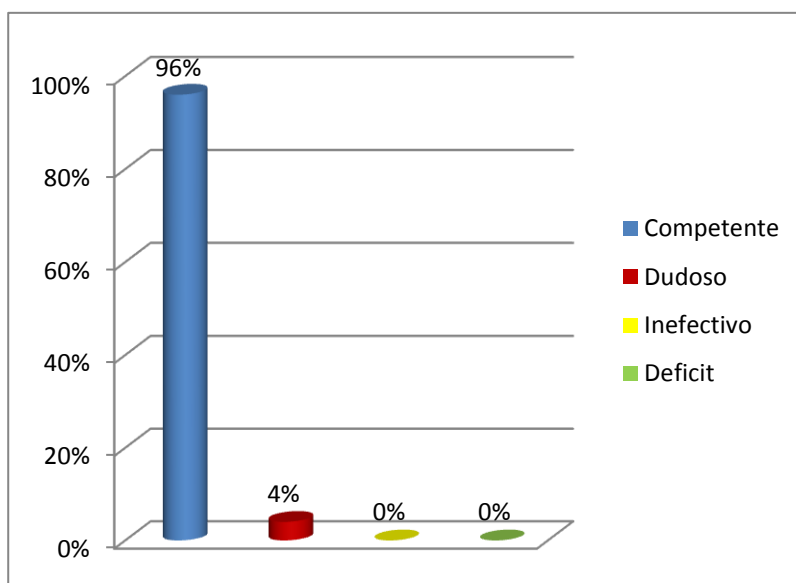
2. MOVILIDAD (CAMINA, ALCANZA, SE INCLINA)

CUADRO N° 2

VARIABLES	F	%
Competente	24	96%
Dudoso	1	4%
Inefectivo	0	0%
Déficit	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 96% de los usuarios son competentes; el 4% Dudoso; el 0% inefectivo y Déficit.

Las actividades de la vida diaria avanzadas no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes; de tal manera que permita el desarrollo de comportamientos ocupacionales competentes y satisfactorios para la persona

Siendo la movilidad la capacidad de moverse libremente, con facilidad, con ritmo y con un fin determinado en el entorno, es un componente esencial en la vida de las personas más aun en las que tienen capacidades diferentes.

Por lo cual podemos concluir que los usuarios mantienen buena movilidad y son capaces de realizar actividades de participación en grupo, por lo que se recomendaría la realización de dinámicas o participación en conjunto en donde la persona con discapacidad se sienta más incluida en el grupo.

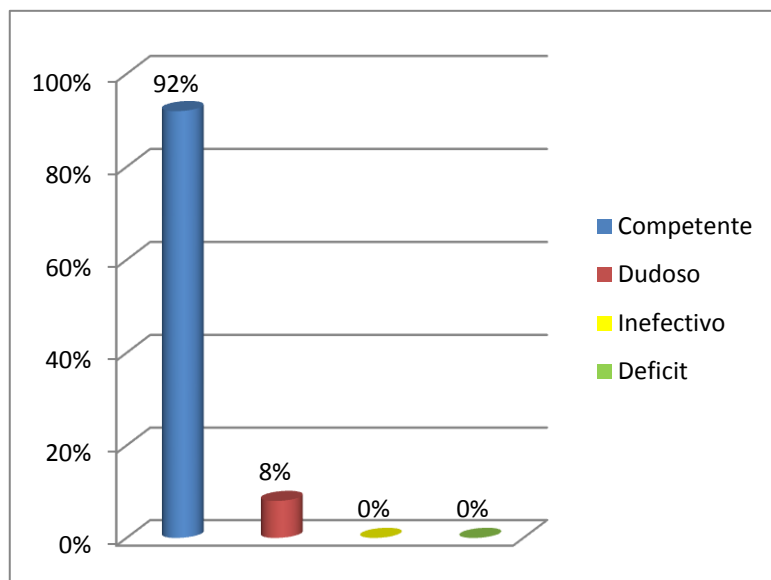
3. COORDINACIÓN (COORDINA, MANIPULA, FLUYE)

CUADRO N°3

VARIABLES	f	%
Competente	23	92%
Dudoso	2	8%
Inefectivo	0	0%
Déficit	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
 ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 92% de los usuarios son competentes; el 8% Dudoso; el 0% inefectivo y Déficit.

Las actividades de la vida diaria instrumentales son actividades más complejas e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual (control de la medicación, de los asuntos económicos, de las cuestiones administrativas, de la dieta, de la tecnología existente a nuestro alrededor.

La coordinación general, es la capacidad o habilidad de moverse, manejar objetos, desplazarse solo o con un compañero, Es la forma más amplia de coordinación, dando como resultado un buen desarrollo de las anteriores.

Se puede concluir que los jóvenes mantienen una buena coordinación por lo cual puede mantener una vida autosuficiente, para esto es recomendable involucrarlos a los jóvenes en actividades de grupo como juegos o actividades deportivas.

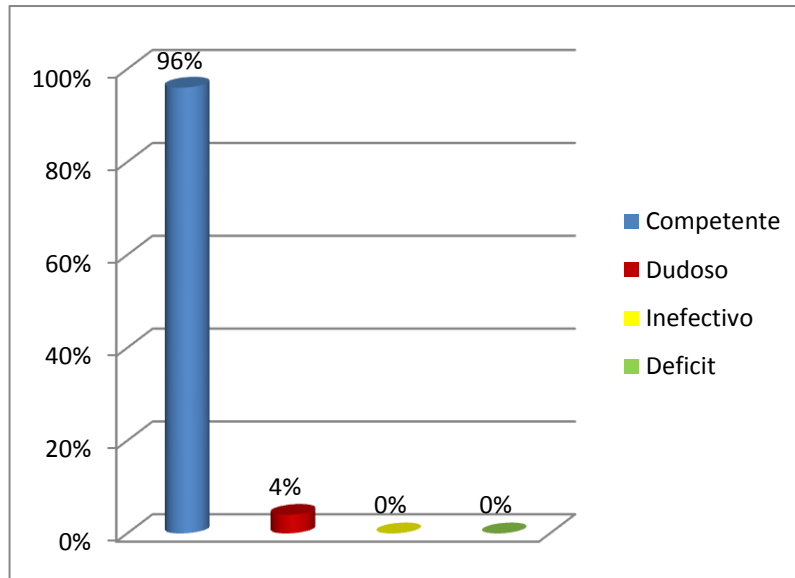
4. FUERZA Y ESFUERZO (SE MUEVE, TRANSPORTA, LEVANTA, CALIBRA, PRESIÓN)

CUADRO N° 4

VARIABLES	f	%
Competente	24	96%
Dudoso	1	4%
Inefectivo	0	0%
Déficit	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
 ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 96% de los usuarios son competentes; el 4% Dudoso; el 0% inefectivo y Déficit.

Actividades relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, mantenimiento de la propiedad y del coche,...), con el cuidado de la familia (preparación de la comida, cuidado de los miembros de la familia, compras, atención a los animales de compañía,...) y con el trabajo (remunerado, no remunerado, estudios); estas actividades proporcionan sentimiento de utilidad, de confianza personal e identidad social.

La manera con que realiza las cosas se mueve, transporta, levanta, calibra, presiona es lo que se conoce como fuerza y esfuerzo en la vida diaria del ser humano sea en el día o en la noche.

Por lo que se puede concluir que la mayoría de los usuarios mantienen fuerza y esfuerzo para realizar actividades de la vida diaria así como para trabajo, como sugerencia se los debería incluir en actividades manuales.

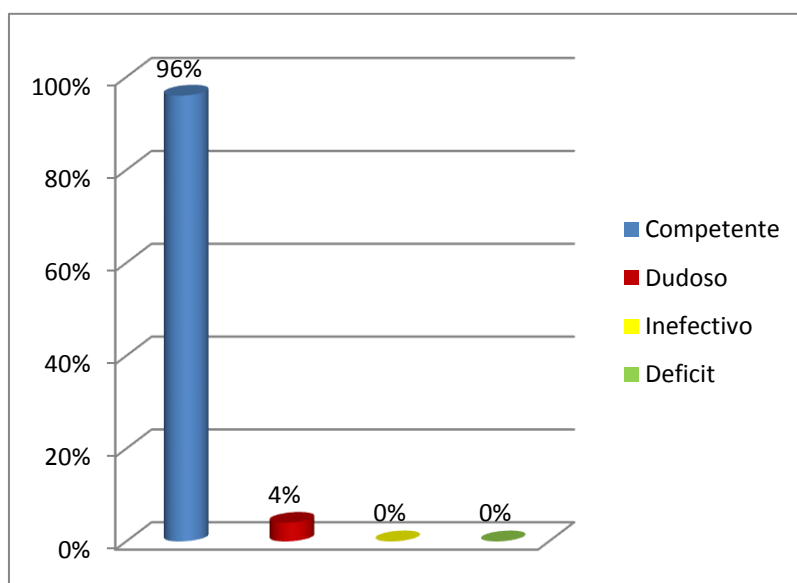
5. ENERGÍA (RESISTE, RITMO, ATIENDE)

CUADRO N° 5

VARIABLES	f	%
Competente	24	96%
Dudoso	1	4%
Inefectivo	0	0%
Déficit	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
 ELABORACION: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 96% de los usuarios son competentes; el 4% Dudoso; el 0% inefectivo y Déficit.

Las actividades ocupacionales de ocio (actividades, tareas o roles), a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.

La resistencia o ritmo con que se realizan las actividades es la energía que cada persona mantiene, es por eso que en las personas con discapacidad se debe potenciar y desarrollar con igualdad.

Concluyendo que el mayor número de usuarios mantienen la energía necesaria para realizar sus tareas, se recomienda que de la misma manera participen en actividades sociales luego de sus actividades diarias.

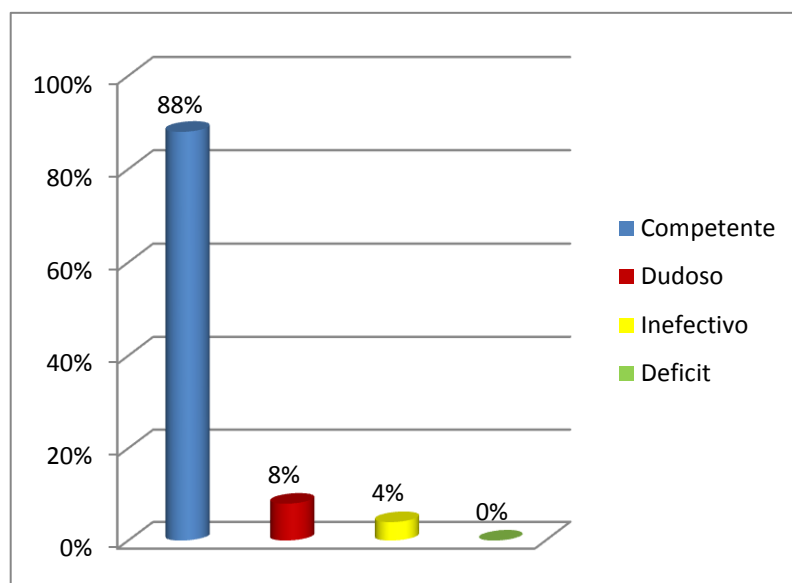
6. UTILIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO (ELIGE, UTILIZA, TRATA, ATIENDE, INDAGA, NOTIFICA)

CUADRO N° 6

VARIABLES	F	%
Competente	22	88%
Dudoso	2	8%
Inefectivo	1	4%
Déficit	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACION: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 88% de los usuarios son competentes; el 8% Dudoso; el 4% inefectivo; y 0% Déficit.

La Terapia Ocupacional considera como un elemento fundamental la relación terapéutica a través de la cual el individuo puede entender, asumir y colaborar en la ayuda que se le presta. La persona ha de participar activamente, dentro de sus posibilidades, en el planteamiento de los objetivos de la intervención y en la posterior consecución de éstos.

El conocimiento de la persona es lo que fortalece su formación es por eso que en las personas con discapacidad se trata de fortalecer su autodependencia para que este sea capaz de elegir, utilizar, tratar, etc. por cuenta propia

Se puede concluir que los usuarios mantienen una buena utilización del conocimiento ya que están en capacidad de participar activamente, dentro de sus posibilidades, por lo que se recomienda el planteamiento de los objetivos de la intervención y en la posterior consecución de éstos.

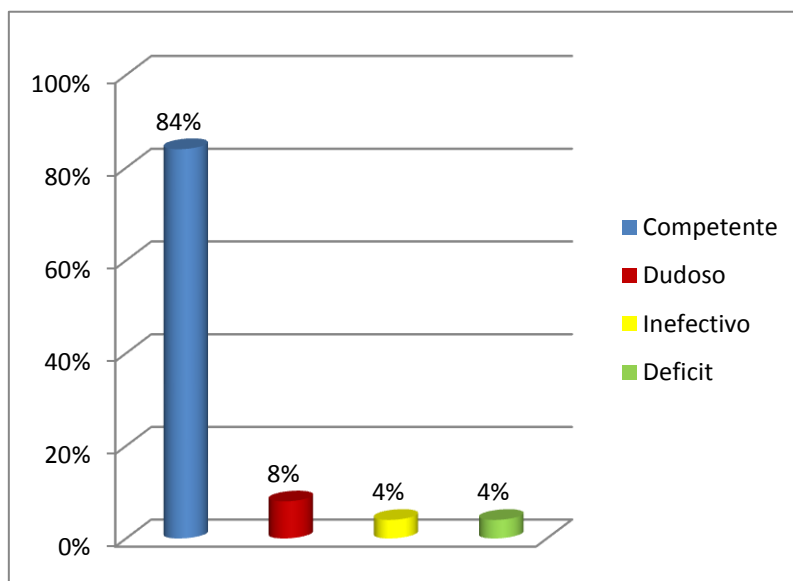
7. ORGANIZACIÓN TEMPORAL (INICIA, CONTINÚA, SECUENCIA, TERMINA)

CUADRO N°7

VARIABLES	F	%
Competente	21	84%
Dudoso	2	8%
Inefectivo	1	4%
Déficit	1	4%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 84% de los usuarios son Competentes; el 8% Dudoso; el 4% Inefectivo; y el 4% Déficit.

La intervención en Terapia Ocupacional se dirige tanto a la persona como al entorno, entendiendo el entorno como los distintos ambientes donde se desenvuelve el individuo (entornos de trabajo, domiciliarios, de ocio, comunitarios, urbanísticos, sociales o grupales); y así adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.

La manera de vivir y rendir satisfactoriamente en la vida cotidiana en la organización y el tiempo es por eso que desde temprana edad se debe inculcar la forma de planificar las actividades que se va a realizar de forma continua desde que inicia hasta que termina.

Por lo que se puede concluir que los usuarios del centro mantienen una buena organización temporal y son capaces de adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño, por lo que se recomienda realizar actividades ocupacionales lo más satisfactorio y funcional posible.

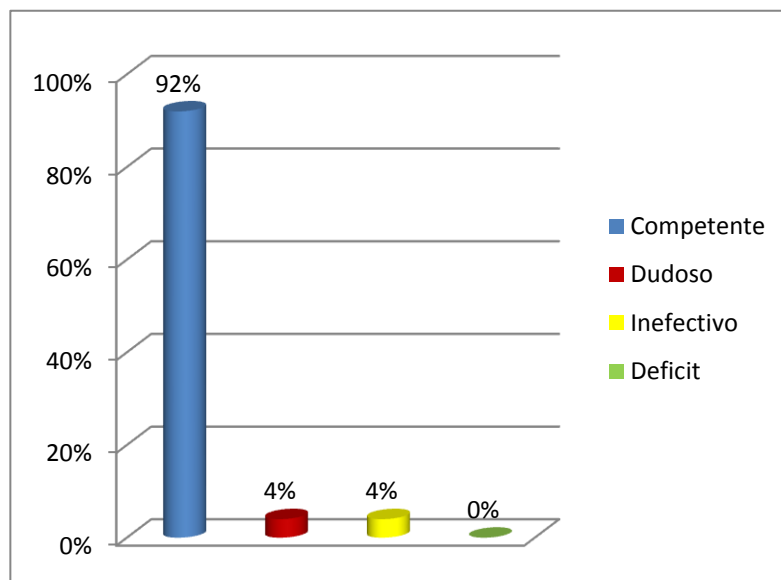
8. ESPACIO Y OBJETOS (BUSCA, OBTIENE, ORGANIZA, RESTAURA)

CUADRO N° 8

VARIABLES	f	%
Competente	23	92%
Dudoso	1	4%
Inefectivo	1	4%
Déficit	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 92% de los usuarios son competentes; el 4% Dudoso; el 4% Inefectivo; y el 0% Déficit.

Ayudar a la persona a elaborar una rutina ocupacional adaptada y significativa que apoye su participación en roles activos y relevantes tratando

de minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional.

La manera de buscar, obtener, organizar, restaurar objetos en lapso de tiempo y espacio es la facultad de la persona con la que realiza su actividad es por eso que siempre se busca fortalecer las destrezas y capacidades de cada uno de los usuarios.

Se concluye que los usuarios son capaces de buscar, organizar, y restaurar objetos elaborando una rutina ocupacional, tratando de minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño, se recomienda elaborar un plan ocupacional terapéutico de actividades manuales.

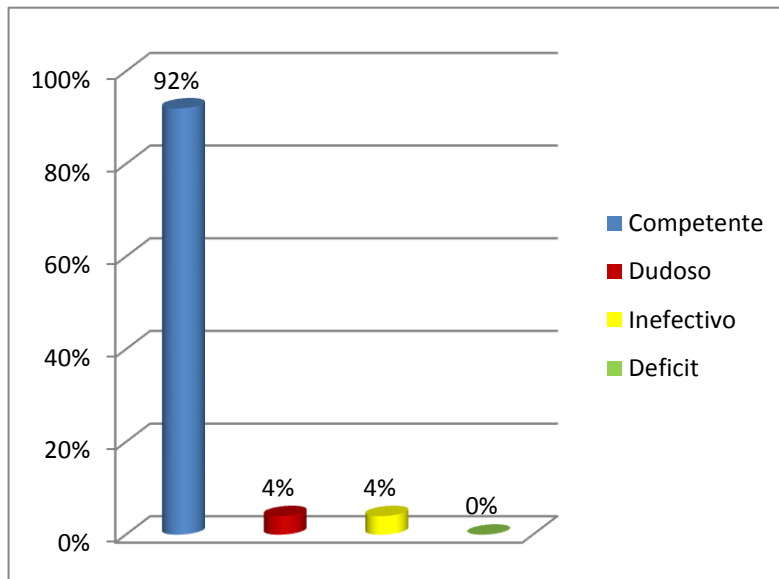
9. ADAPTACIÓN (SE ACOMODA, SE AJUSTA, SE UBICA, SE BENEFICIA)

CUADRO N° 9

VARIABLES	f	%
Competente	23	92%
Dudoso	1	4%
Inefectivo	1	4%
Déficit	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Ficha de Observación a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 92% de los usuarios son Competentes; el 4% Dudoso; el 4% Inefectivo; y el 0% Déficit.

Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) que permitan a la persona asumir un rol activo en la relación con los demás; habilitar el uso de las ayudas técnicas necesarias; favorecer el acceso al mundo laboral y su mantenimiento; cubrir las necesidades de disfrute, placer, de exploración, y de participación.

En tiempos anteriores siendo la adaptación un impedimento para las personas con discapacidad; hoy en día se trata de romper esos esquemas

dándoles una mayor inclusión a las personas con discapacidad para que de una u otra manera se acomoden y ajusten de una mejor manera.

Por lo cual se puede concluir que los usuarios mantienen una buena adaptación, lo cual permite a la persona asumir un rol activo en la relación con los demás, por lo que se recomienda realizar actividades donde las personas con discapacidad puedan ser mayormente competentes.

RESULTADOS DEL TEST APLICADO A LOS USUARIOS QUE RECIBEN TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD “SENDEROS DE ALEGRÍA” PARA IDENTIFICAR LA AUTOESTIMA.

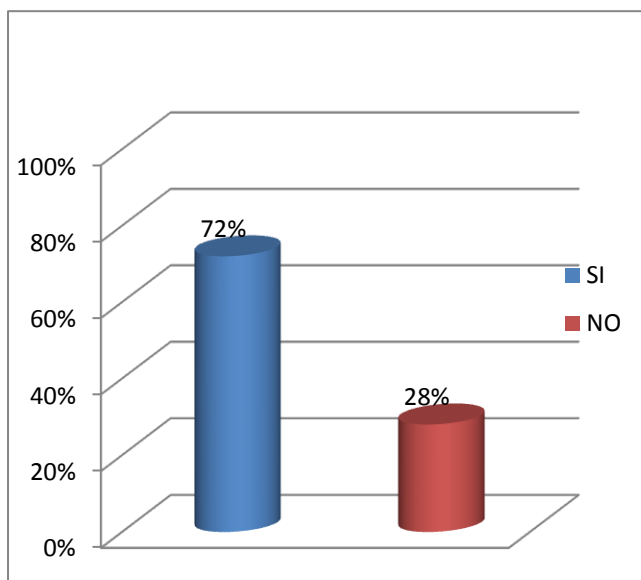
1. Está satisfecho consigo mismo

CUADRO N° 1

VARIABLES	F	%
SI	18	72%
NO	7	28%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de “Senderos de Alegría”
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 72% de los jóvenes se encuentran satisfechos consigo mismo y el 28% no lo están.

La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no.

Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, al contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Se concluye que los usuarios se encuentran satisfechos consigo mismo ya que la autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida, se recomienda que a través de charlas por parte de los docentes se fortalezca el autoestima.

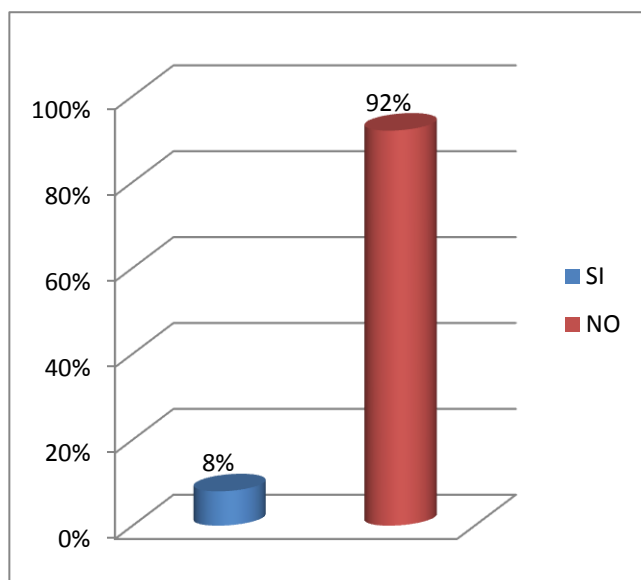
2. A veces piensas tu que no eres bueno en nada

CUADRO N° 2

VARIABLES	f	%
SI	2	8%
NO	23	92%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 92% de los jóvenes manifiestan que si son aptos para realizar actividades y el 8% que no son buenos en nada.

Un adolescente con autoestima afrontará nuevos retos con entusiasmo, le interesarán tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que aprender y que poner en práctica y se lanzará a ellas con confianza en sí mismo.

Un adolescente sin autoestima desmerecerá su talento, dirá: «No puedo hacer esto o aquello... No sé cómo se hace... No lo aprenderé nunca.»

Por lo que se concluye que los usuarios si son aptos para realizar actividades ya que son capaces de afrontar nuevos retos con entusiasmo; por lo que se recomienda realizar actividades nuevas que sean de su interés y sean un reto para aprender.

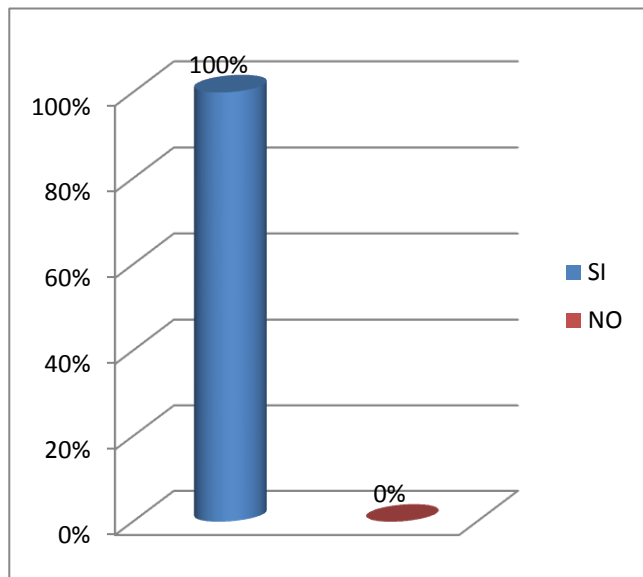
3. Tiene buenas cualidades

CUANDRO N°3

VARIABLES	f	%
SI	25	100%
NO	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 100% de los jóvenes manifiesta que tiene buenas cualidades.

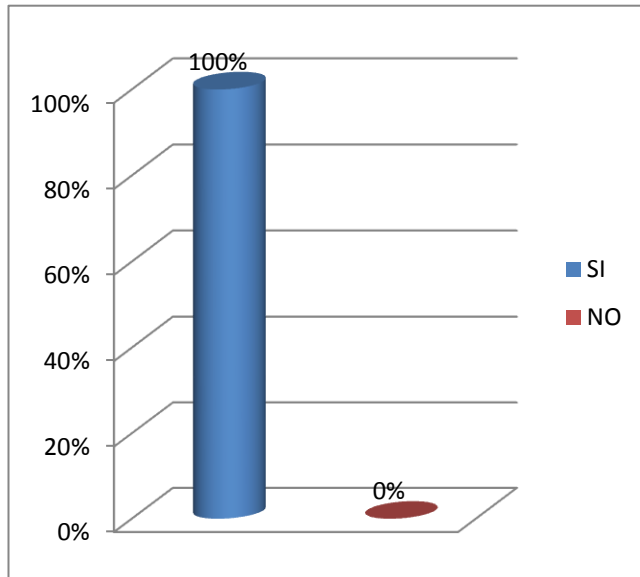
4. Crees que puedes realizar las cosas tan bien como la mayoría de personas

CUANDRO N°4

VARIABLES	f	%
SI	25	100%
NO	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 100% de los usuarios manifiestan que si son capaces de realizar las cosas igual que el resto de personas.

Asumirá sus responsabilidades. Actuará con presteza y con seguridad en sí mismo y, sin que haya que pedírselo, asumirá la responsabilidad de ciertas tareas o necesidades evidentes (fregar los platos, limpiar el jardín o consolar a un amigo triste).

Hoy en día le interesarán tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que aprender y que poner en práctica, y se lanzará a ellas con confianza en sí mismo.

Por lo que se puede concluir que la totalidad de los usuarios son capaces de realizar las actividades por si mismos ya que asumirán sus responsabilidades, actuarán con presteza y con seguridad en sí mismo sin que haya que pedírselo, asumirá la responsabilidad en las tareas, por lo que se recomienda realizar actividades en donde los jóvenes asuman mayor responsabilidad.

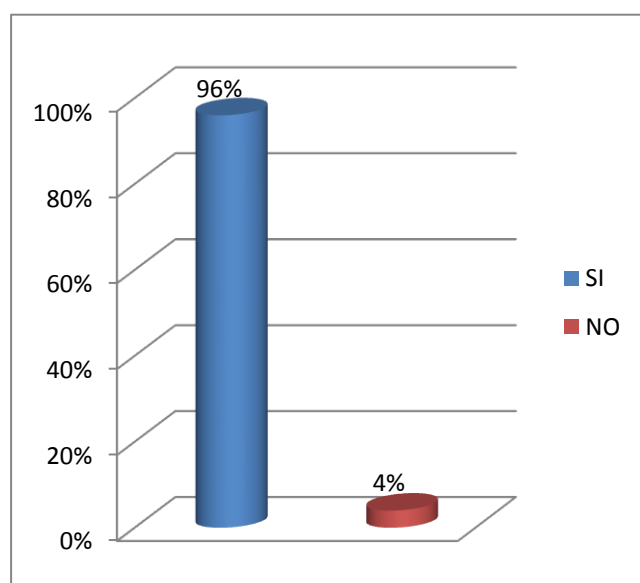
5. Te sientes orgullos@ de las cosas que realizas a diario

CUADRO N° 5

VARIABLES	f	%
SI	24	96%
NO	1	4%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
 ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N°5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 96% de los usuarios si se siente orgullos@ de las actividades que realiza a diario; y el 4% no lo están.

La persona que se siente cómoda consigo misma no está pendiente de los demás para que la reconozcan, la motiven o la dirijan, y por ello se encuentra en mejor situación de colaborar en la toma y daga de las relaciones sanas, sabe aceptar lo que los demás dan sin necesidad de «engancharse» a ellos para que corroboren su valía.

La adolescencia es el periodo en que llega al máximo la necesidad de compartir y de agruparse con los compañeros.

Se concluye que los usuarios si se siente orgullos@ de las actividades que realiza a diario; se siente cómoda consigo misma no está pendiente de los demás para que la reconozcan, se recomienda afianzar sus logros y metas obtenidas para que a su vez siga creciendo como persona.

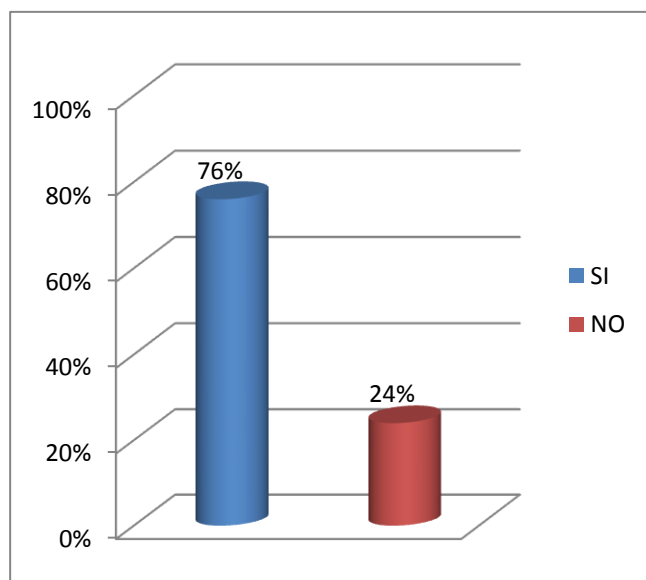
6. A veces siente que es incapaz de actuar por sí mismo

CUADRO N° 6

VARIABLES	f	%
SI	19	76%
NO	6	24%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N°6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 76% de los jóvenes manifiesta que si son capaces de actuar por sí mismos; y el 24% no son capaces.

Son muchas las influencias positivas que el adolescente recibe de la autoestima; la más importante es que el adolescente con una autoestima

convenientemente desarrollada tiene más oportunidades de fraguar su IDENTIDAD durante esta etapa, mientras se prepara para la madurez y antes de enfrentarse a la total responsabilidad sobre su vida.

Hay otros aspectos positivos que refuerzan también las posibilidades del adolescente de cara de la vida adulta, vinculación, seguridad, poder, modelos o pautas que ayuden a fortalecer su identidad.

Por lo que se puede concluir que los usuarios piensan que son incapaces de actuar por si mismos ya que no desarrollan convenientemente su identidad, se recomienda realizar actividades en donde los jóvenes puedan ser autosuficientes al momento de ejecutarlas.

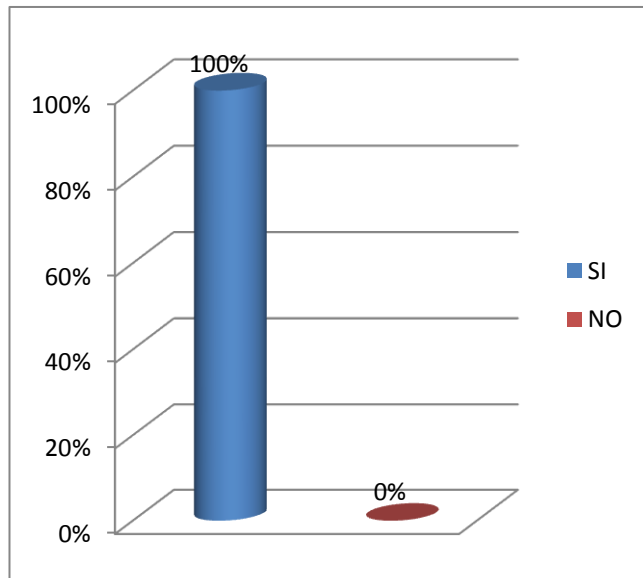
7. Tiene la sensación que es una persona que tiene igual derechos que la mayoría de la gente

CUANDRO N°7

VARIABLES	f	%
SI	25	100%
NO	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 100% de los jóvenes manifiesta que si tienen los mismos derechos que la mayoría de la gente.

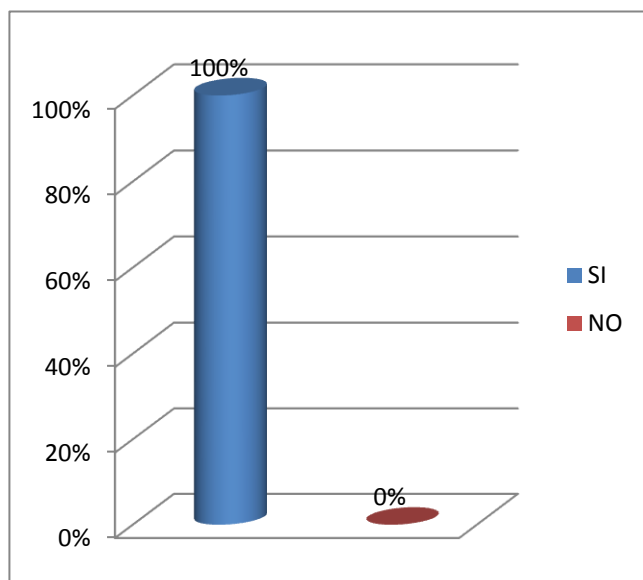
8. Se respeta a sí mismo

CUANDRO N°8

VARIABLES	f	%
SI	25	100%
NO	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 100% de los usuarios manifiestan que si se respetan así mismos.

El sentimiento de valor propio se logra desde la infancia. Los niños pequeños al interactuar con otros, se sienten apoyados en menor o mayor grado, reciben palabras de aliento o desaliento, directamente o indirectamente de los padres y de otras personas.

Al trascurrir el tiempo, van asimilando el concepto que los otros les transmiten y le van asignando una calificación a ese concepto. Esta “calificación” es la autoestima y representa qué tanto se quieren a sí mismos.

Se concluye que la totalidad de los usuarios se respetan así mismos ya que en el transcurrir del tiempo se les califica y esto es la autoestima que se mantiene, se recomienda que cada joven represente un valor y lo comparta con sus compañeros logrando mayor respeto para si mismo y para los demás.

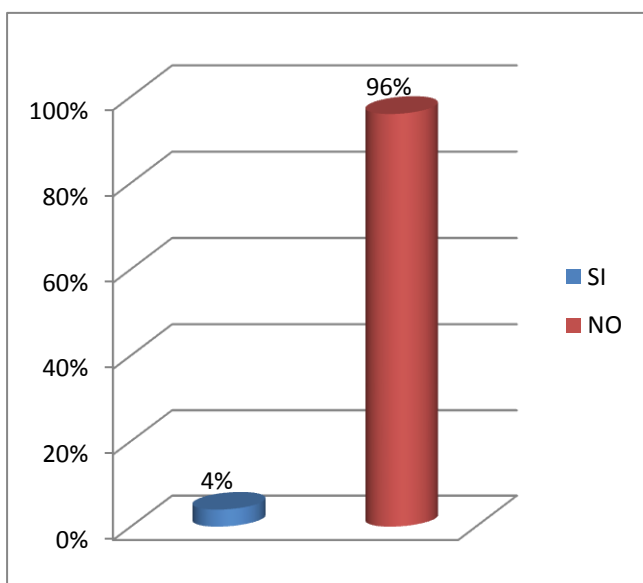
9. En definitiva, tiende a pensar que es incapaz de realizar actividades diarias

CUADRO N° 9

VARIABLES	F	%
SI	1	4%
NO	24	96%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 96% de los jóvenes manifiestan que no piensan que son incapaces de realizar actividades diarias; y el 4 % manifiestan que si son incapaces de realizarlas.

Asumirá sus responsabilidades. Actuará con presteza y con seguridad en sí mismo y, sin que haya que pedírselo, asumirá la responsabilidad de ciertas tareas o necesidades evidentes (fregar los platos, limpiar el jardín o consolar a un amigo triste).

Afrontará nuevos retos con entusiasmo. Le interesarán tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que aprender y que poner en práctica, y se lanzará a ellas con confianza en sí mismo.

Se concluye que los usuarios son capaces de realizar las actividades diarias ya que asume sus responsabilidades, actuará con presteza y con seguridad en sí mismo y, sin que haya que pedírselo, por lo que se recomienda asumirle la responsabilidad de ciertas tareas o necesidades evidentes.

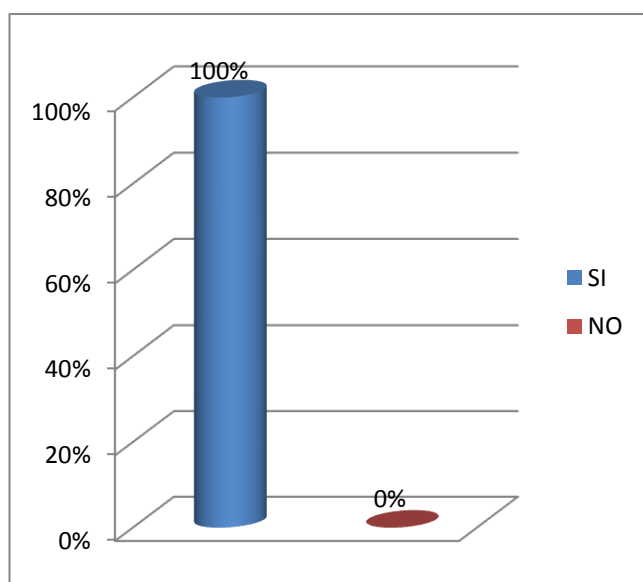
10. Tiene una actitud positiva hacia sí mismo

CUANDRO N°10

VARIABLES	f	%
SI	25	100%
NO	0	0%
TOTAL	25	100%

FUENTE: Test de Autoestima, a los jóvenes de "Senderos de Alegría"
ELABORACIÓN: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 100% de los jóvenes tiene una actitud positiva hacia sí mismo.

Autoestima es el valor que creo que tengo. Es la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de sí mismo, de los propios actos, los propios valores

y las propias conductas. Según me valoren o devalúen mis padres y hermanos, pensaré que eso soy.

Cuando la autoestima es baja, nada nos entusiasma y cuando es alta nos sentimos llenos de entusiasmo y energía, nos sentimos seguros de nuestro propio valor y nuestra importancia

Se concluye que la totalidad de los usuarios tiene una buena actitud hacia sí mismos ya que la autoestima, por lo que se recomienda elevar el autoestima a través de charlas ya que es el valor que define a la persona, la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de sí mismo.

g. DISCUSIÓN

Para evidenciar el Primer Objetivo Específico enunciado: Identificar el tipo de Terapia Ocupacional que reciben los adolescentes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”

Se utilizó la ficha de Observación aplicada a los usuarios del Centro de Rehabilitación “Senderos de Alegría”, cuyos resultados del análisis de cada uno de los componentes de la Ficha dentro de la Organización Temporal (Inicia, Continúa, Secuencia, Termina) evidencian que los usuarios son Competentes; para la realización de los tipos de Terapia Ocupacional que se brindan en el Centro ya que esta se dirige tanto a la persona como al entorno, entendiendo el entorno como los distintos ambientes donde se desenvuelve el individuo (entornos de trabajo, domiciliarios, de ocio, comunitarios, urbanísticos, sociales o grupales); y así adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.

Para la comprobación del Segundo Objetivo Específico enunciado: Conocer el grado de Autoestima que presentan los adolescentes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”

Los resultados obtenidos en el Test aplicado a los usuarios del Centro de Rehabilitación “Senderos de Alegría” cuyos resultados del análisis de cada uno de los componentes del Test dentro de la pregunta ¿Está satisfecho consigo mismo? evidencia que los jóvenes se encuentran satisfechos consigo mismo; ya que la autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida.

Para verificar el tercer objetivo específico, lineamientos alternativos se propone:**REALIZAR UN CURSO DE CAPACITACIÓN PARA PADRES DE FAMILIA, SOBRE EL AUTOESTIMA Y LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MISMA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES QUE ASISTEN AL CENTRO DE DISCAPACIDAD “SENDEROS DE ALEGRIA” EN LA CIUDAD DE LOJA.**

Con los resultados obtenidos en los objetivos específicos se comprueba que la Terapia Ocupacional si tiene relación con la Autoestima de los usuarios que asisten al Centro de Rehabilitación “Senderos de Alegría”, aceptando el objetivo general propuesto en la presente investigación.

h. CONCLUSIONES

- ✓ Los usuarios son Competentes; en lo que se refiere a la Organización Temporal. Demostrando que se encuentran aptos para la realización de los tipos de Terapia Ocupacional que se brindan en el Centro.

- ✓ Los jóvenes son Competentes; (Espacios y Objetos) siendo así que los usuarios son capaces de buscar, organizar, y restaurar objetos elaborando una rutina ocupacional.

- ✓ Los usuarios son Competentes; (Fuerza y Esfuerzo) por lo que se puede concluir que los usuarios se mueven, transportan, levantan, calibran y presionan objetos con normalidad.

- ✓ Los jóvenes se encuentran satisfechos consigo mismo; ya que la autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida.

- ✓ Los usuarios manifiestan que si son capaces de realizar las cosas igual que el resto de personas; los jóvenes son capaces de realizar las actividades por si mismos ya que asumirán sus responsabilidades, actuarán con presteza y con seguridad en sí mismo sin que haya que pedírselo, asumirá la responsabilidad en las tareas.

i. RECOMENDACIONES

Finalizado el proceso de investigación y tomando en consideración las conclusiones de los resultados obtenidos.

- ✓ Al equipo técnico del Centro de Rehabilitación “Senderos de Alegría” la planificación de talleres o escuela para padres, en los que se dé a conocer la importancia de la estimulación y sobre todo la Terapia para así contribuir a mejorar su Autoestima y encaminarlos a ser unas personas autosuficientes.
- ✓ A los Terapistas que se brinde mayor motivación a los usuarios para que de esta manera se logre potenciar las habilidades y autoestima de los jóvenes.
- ✓ A los padres de familia para que se apoye a los jóvenes tanto en casa como en las actividades del centro y que de esta manera los usuarios se puedan sentir y vivir como personas independientes y autosuficientes.
- ✓ A las Autoridades para que se realicen Ferias, Exposiciones en donde se dé a conocer todas las actividades que realizan las Personas con Discapacidad y de esta manera su trabajo sea valorado.

- ✓ Que a través de las Autoridades de turno se gestione que además de instituciones como el MIES haya mayor apoyo de otras fundaciones para así poder vincular a los jóvenes con discapacidad y potenciar sus habilidades.

LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

TEMA:

CAPACITACIÓN PARA PADRES DE FAMILIA, SOBRE EL AUTOESTIMA Y LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MISMA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN AL CENTRO “SENDEROS DE ALEGRIA” EN LA CIUDAD DE LOJA.

INTRODUCCIÓN:

LA AUTOESTIMA Y SU IMPORTANCIA.

La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, al contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

UN ADOLESCENTE CON AUTOESTIMA:

Actuará independientemente. Elegirá y decidirá cómo emplear el tiempo, el dinero, sus ropas, sus ocupaciones, etcétera.

Asumirá sus responsabilidades. Actuará con presteza y con seguridad en sí mismo y, sin que haya que pedírselo, asumirá la responsabilidad de ciertas tareas o necesidades evidentes (fregar los platos, limpiar el jardín o consolar a un amigo triste).

Afrontará nuevos retos con entusiasmo. Le interesarán tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que aprender y que poner en práctica, y se lanzará a ellas con confianza en sí mismo.

UN ADOLESCENTE SIN AUTOESTIMA:

Desmerecerá su talento. Dirá: «No puedo hacer esto o aquello... No sé cómo se hace... No lo aprenderé nunca.»

Sentirá que los demás no le valoran. Se sentirá inseguro o decididamente negativo sobre el afecto o el apoyo que le prestan sus padres y amigos.

Tendrá pobreza de emociones y sentimientos. Repetirá una y otra vez unas pocas expresiones emocionales, como el descuido, la inflexibilidad, la histeria, el enfurruñamiento. Los padres podrán ser capaces de predecir qué tipo de respuesta dará ante determinada situación.

AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Autoestima es el valor que creo que tengo. Es la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de sí mismo, de los propios actos, los propios valores y las propias conductas. Según me valoren o devalúen mis padres y hermanos, pensaré que eso soy.

La autoestima en el niño con discapacidad frecuentemente se afecta, debido a que al no cumplirse las expectativas que tenían los padres para su hijo, se les dificulta apreciar los logros más que las limitaciones de su niño, repercutiendo negativamente en la formación de la autoestima de su hijo.

Cuando la autoestima es baja, nada nos entusiasma y cuando es alta nos sentimos llenos de entusiasmo y energía, nos sentimos seguros de nuestro propio valor y nuestra importancia.

En los primeros años de vida el niño va formando su autoestima al darse cuenta que él es importante para sus padres y que puede aprender, en su ritmo y estilo de aprendizaje. Cuando los padres limitan el desarrollo de sus hijos (con o sin discapacidad), estos perciben que no pueden aprender muchas cosas y es cuando el niño empieza a formar una baja autoestima.

Como papás es importante que tomemos en cuenta que nuestro lenguaje y actividades corporales reflejan nuestros pensamientos, así que a través de ellos nuestro hijo recibirá el mensaje de lo que sentimos o pensamos de él. Por este motivo es muy importante saber que nuestra comunicación verbal y no verbal afectará directamente de manera positiva o negativa en la formación de la autoestima de nuestro hijo.

JUSTIFICACIÓN

El presente taller está dirigido a los Padres de Familia de los Jóvenes del Centro De Rehabilitación Para niños, niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”; para dar a conocer la importancia de la Autoestima y la Familia para el Fortalecimiento de la misma y de esta manera lograr que los jóvenes logren mantener una buena autoestima y saber que pueden realizar actividades por sí mismos y mantener una independencia de acuerdo al grado de su Discapacidad.

De la misma manera se ha desarrollado esta capacitación ya que es factible su elaboración gracias a la colaboración de los Padres de Familia que han decidido apoyar a sus hijos en el proceso de Rehabilitación y posteriormente de Reinserción Social y de la misma manera a la colaboración de las autoridades y Personal del Centro que permiten la elaboración de dicha capacitación para de esta manera mantener una mejor relación con los padres de familia y familiares de los jóvenes.

Es así que se considera de suma importancia esta capacitación para de una u otra manera dar a conocer a los padres de familia de los jóvenes la importancia de la familia y el fortalecimiento de la autoestima en el proceso de rehabilitación en el que se encuentran sus hijos.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- ✓ Planificar talleres para los padres de familia en donde se dé a conocer la importancia que tiene generar una adecuada Autoestima, y la Importancia de la misma en los niños, niñas y jóvenes con discapacidad.

Objetivos específicos:

- ✓ Establecer una metodología de talleres participativa dirigida a los padres de familia, para mejorar la relación familiar de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad del centro "Senderos De Alegría"
- ✓ Generar un taller que permita establecer formas de trabajo en equipo entre padres y docentes para estimular y fortalecer la autoestima de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. del centro "SENDEROS DE ALEGRIA"

DESARROLLO DEL LINEAMIENTO ALTERNATIVO

ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	OBJETIVO	RECURSOS	OBSERVACIONES
TALLER La Funcionalidad Familiar	Registro de participantes	Generar un ambiente de concientización, integración y reconocimiento de los roles que tiene cada miembro de la familia y como lo ejecutan en su diario vivir dentro y fuera del hogar	- Registro de asistencia.	
Desarrollo del taller del Rol Familiar.	Presentación, saludo y bienvenida.		- Facilitador - Participantes	
Primer Momento Inclusión	Dinámica de presentación y generadora de confianza.		- Participantes - Globos	
Segundo Momento Confrontación	Concientizar la identidad familiar y sus roles		- Facilitador - Familias	
Dinámica (Representación familiar)	Atraves de un gráfico de la familia		Facilitador. - Familias - Hojas - Lápiz - Pinturas	
Conceptualización: Exposición y comentarios (trabajo grupal)	Generar un espacio de reflexión sobre lo expuesto. Relacionar con nuestra experiencia en la niñez. Que fue lo mejor de mi infancia y lo peor de ella.		- Facilitador - Familias	

	Exposición de trabajo grupal, conclusiones y reflexiones.			
Tercer Momento Actividad: Teorización del tema	Exposición breve sobre el tema de lo que significa el Rol Familiar Participación verbal de los participantes sobre el tema y su significación		- Facilitador - Participantes - Proyector	
Cuarto Momento Afecto y cierre	Se realiza un cierre del taller. Dinámica de dar y recibir Con una frase exponer con se queda.		- Facilitador - Participantes	
TALLER				
La Buena Relación Familiar	Registro de participantes		- Registro de asistencia.	
Desarrollo del taller Buenas relaciones	Presentación saludo y bienvenida		- Facilitador - Participantes	
Primer Momento Inclusión: La madeja de lana (dinámica)	Permite a través de la analogía mirar la cincronicidad y conexión de los participantes.		- Madeja de lana	

Segundo Momento Confrontación.	Movilizar energía de inclusión grupal	Reconocimiento de la forma en la que normalmente ingresa o se incluye en la familia o en cualquier grupo social.	- Facilitador - Familias	
Ingreso al círculo (dinámica)	Formación de un círculo cerrado de hasta 10 participantes, y un miembro trata de ingresar utilizando su cuerpo		- Familias - Contacto corporal - Dinamismo en acción - Uso de la proyección psicológica. - retroalimentar lo que se ve sin interpretar	
Conceptualización	Exposición y verbalización de trabajo grupal Generar un espacio de reflexión sobre lo expuesto. Realizar una retroalimentación grupal a cada participante Exposición del trabajo grupal. Conclusiones y reflexiones.		- Familias - Papelografos - Marcadores	
Tercer Momento Teorización del tema	Exposición breve sobre el tema Participación verbal de los			

	participantes sobre el tema y su significación			
Cuarto Momento Afecto y cierre	Se realiza un cierre del taller. Dinámica del abrazo grupal. En una frase exponer con que se queda.		- Facilitador - Participantes - Papelografos	
FINALIZACIÓN DEL TALLER				
	Registro de participantes		- Registro de asistencia.	
Primera Momento Confrontación	Conclusiones de la identidad familiar y sus roles	Lograr mejorar la relación familiar y de esta manera ayudar a fortalecer los lazos familiares para de esta manera obtener una mejor Rehabilitación de los Jóvenes del Centro.	- Facilitador - Familias	
Segundo Momento Aportes	Cada miembro de la familia exponer lo que más le ha llegado del taller		- Facilitador - Familias	
Tercer Momento Experiencias	Manifestar como les ha servido el taller en su relación familiar.		- Facilitador - Familias	
Cuarto momento Cierre	Agradecimiento		- Facilitador - Familias	

Actividades:

Taller La Funcionalidad Familiar.

Tiempo de Ejecución: 3 horas.

Convocatoria:

1.-Invitación a los padres de familia de los niños/as y jóvenes con discapacidad del centro "SENDEROS DE ALEGRIA"

Desarrollo del taller La Funcionalidad Familiar.

Inicio.

- a. Registro de participantes
- b. Presentación, Saludo y bienvenida.

1er. Momento.

a.- Inclusión:

Dinámica de presentación y generadora de confianza. (Globos)

2do. Momento

b.- Confrontación:

a.- Concientizar la Identidad familiar y sus roles.

Objetivos.

- ✓ Generar un ambiente de integración y reconocimiento de los roles que tiene cada miembro de la familia y como lo ejecutan.

Dinámica.

- ✓ Representación Familiar

Ejecución:

- ✓ A través de un gráfico de la familia.

Recursos utilizados en la dinámica:

- ✓ Uso de la analogía
- ✓ Uso de la proyección psicológica
- ✓ Retroalimentar lo que se ve sin interpretar.

Conceptualización:

Exposición y comentarios trabajo grupal.

- ✓ Generar un espacio de reflexión sobre lo expuesto.
- ✓ Relacionar con nuestra a experiencia en la niñez.
- ✓ Que fue lo mejor de mi infancia y lo peor de ella
- ✓ Exposición del trabajo grupal. Conclusiones y reflexiones.

3er.Momento

c.- Teorización del Tema.

- ✓ Exposición breve sobre el tema de lo que significa la funcionalidad familiar.
- ✓ Participación verbal de los participantes sobre el tema y su significación.

4to. Momento

d.- Afecto y cierre:

- ✓ Se realiza un cierre del taller.

Ejecución:

- ✓ Dinámica de Dar y Recibir
- ✓ En una frase exponer con que se queda

Actividades:

Taller EL AUTOESTIMA Y SU IMPORTANCIA.

Tiempo de Ejecución: 3 horas.

Convocatoria:

Invitación a los padres de familia de los niños/as y jóvenes con discapacidad del centro "SENDEROS DE ALEGRIA"

Desarrollo del taller AUTOESTIMA.**Inicio.**

- c. Registro de participantes
- d. Presentación, saludo y bienvenida.

1er. Momento.

a.- Inclusión:

Dinámica de presentación y generadora de confianza.

- ✓ Dinámica: La Madeja de lana.

Permite a través de la analogía mirar la sin cronicidad y conexión de los participantes.

2do. Momento

b.- Confrontación:

Movilizar energía de inclusión grupal.

Objetivos:

Reconocimiento de la forma en la que normalmente ingresa o se incluye en la familia, o en cualquier grupo social.

Dinámica:

Ingreso al círculo.

Ejecución:

Formación de un círculo cerrado de hasta 10 participantes, y un miembro trata de entrar utilizando su cuerpo.

Recursos:

- ✓ Contacto corporal
- ✓ Dinamismo en la acción
- ✓ Uso de la proyección psicológica
- ✓ Retroalimentar lo que se ve sin interpretar.

Conceptualización:

- ✓ Exposición y verbalización del trabajo grupal.
- ✓ Generar un espacio de reflexión sobre lo expuesto.
- ✓ Realizar una retroalimentación grupal a cada participante
- ✓ Exposición del trabajo grupal. Conclusiones y reflexiones.

3er.Momento

c.- Teorización del Tema

- ✓ Exposición breve sobre el tema de lo que significa la buena relación.
- ✓ Participación verbal de los participantes sobre el tema y su significación.

4to. Momento

d.- Afecto:

Se realiza un cierre del taller.

Ejecución:

- ✓ Dinámica del abrazo grupal.
- ✓ En una frase exponer con que se queda.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ABRIL	MAYO	JUNIO
TALLER La Funcionalidad Familiar	X		
Primer Momento Inclusión	X		
Segundo Momento Confrontación	X		
Dinámica (Representación familiar)	X		
Conceptualización: Exposición y comentarios (trabajo grupal)	X		
Tercer Momento Actividad: Teorización del tema	X		
Cuarto Momento Afecto y cierre	X		
TALLER La Buena Relación Familiar		X	
Primer Momento Inclusión: La madeja de lana (dinámica)		X	
Segundo Momento Confrontación.		X	
Ingreso al círculo (dinámica)		X	
Conceptualización		X	
Tercer Momento Teorización del tema		X	
Cuarto Momento Afecto y cierre		X	
FINALIZACIÓN DEL TALLER			X
Primera Momento Confrontación			X
Segundo Momento Aportes			X
Tercer Momento Experiencias			X
Cuarto momento Cierre			X

j. BIBLIOGRAFÍA

Aminah Clark, Harris Clemes, Reynold Bean Como desarrollar la autoestima en adolescentes: Edición 1

Editorial Madrid 2000

Barris R. Howe M.C. y Briggs.,

Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986.

Celia, Peny, Kulchych-, y Goodwin, 1988; Versluys, 1985.

D'Afflitti 1977; Gans, 1983; Power y Dell Orto, 1986; Versluys,

Gans, 1983; Kaplan, Smith, Grobstein y Fi- - man, 1977; Palmer y cols., 1982; Versluys, 1980a

Palmer, Cantona y Wai, 1982; Power, 1985; Versluys, 1980a.

Salvador Simó. 1998

Curso "El rol de la Terapia Ocupacional en el campo Psicosocial".

Willard/Spackman. Terapia Ocupacional.

Ed. Panamericana 1998

Web- sites

Dra. Hortensia Gimeno Iñiguez

http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf

Dra. Hortensia Gimeno Iñiguez

http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf

Mercedes Tress

<http://discapacidadypsicologia.blogspot.com/2013/06/autoestima.html>

k. ANEXOS



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**MODALIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA, CARRERAS EDUCATIVAS
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL**

**“LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA
AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL
CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y
JÓVENES CON DISCAPACIDAD SENDEROS DE ALEGRÍA DE
LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014 - 2015. LINEAMIENTOS
ALTERNATIVOS.”**

Proyecto de tesis previo a la
obtención del grado de
Licenciada en
Psicorrehabilitación y Educación
Especial.

AUTORA

JOHANNA ELIZABETH VEGA OJEDA

Loja – Ecuador

2015

a. TEMA.

TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD “SENDEROS DE ALEGRÍA” DE LA CIUDAD DE LOJA. AÑO LECTIVO 2014– 2015. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

b. PROBLEMÁTICA.

La educación constituye uno de los instrumentos clave para el desarrollo de un país, por lo que es de vital importancia superar los graves problemas que se presentan en la educación, más aun cuando nos referimos a educación especial es discutir un tema muy importante que se encuentra vigente en la sociedad, ya que en algunos años atrás se discriminaba en su totalidad a las personas con discapacidad, por miedo al qué dirán, al rechazo y a que en las calles sean tildados, siendo estas personas aisladas totalmente del mundo exterior viviendo una vida de encierro y maltrato.

Es así, que en algunos países de Latinoamérica donde la situación política, económica y social de estos país, se ha mantenido quebrantado durante muchos años debido a la mala gestión de gobiernos de épocas anteriores, pero sin embargo a través de las Fundaciones ADEMO de ESPAÑA y Virgen de la Merced en ECUADOR que son las encargadas de evaluar, acoger y velar por las personas con discapacidad, las mismas que ha podido lograr la reinserción de estas personas a la sociedad.

De acuerdo a estudios realizados por el CONADIS y MIES, en los últimos años se ha logrado determinar que en el Ecuador existe un gran número de personas con discapacidad que aún no se encuentran vinculados a la sociedad, por esta razón es que existe un alto índice de personas con

problemas de autoestima ya que no son tomadas en cuenta ni vinculadas a la sociedad.

En la ciudad de Loja y su provincia también existen un gran número de personas con discapacidad siendo un problema no solo familiar si no de carácter social, es por ello que el Centro de Rehabilitación para Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad “Senderos de Alegría” acoge a niños, niñas y adolescentes para mejorar su calidad de vida, a través del uso adecuado de nuevas técnicas de rehabilitación, trabajando conjuntamente con instituciones como el MIES y el SEMPLADES, las mismas que se encargan de trabajar y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Es así que dicha institución cuenta con un área especializada de terapia ocupacional brindada a los adolescentes con discapacidad física leve, y discapacidad mental leve que acuden a este centro con la finalidad de ayudar a la reinversión social.

¿Cómo favorece una escuela para padres a los jóvenes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños, niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”?

c. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja, la Modalidad de Estudios a Distancia y la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, cumple su misión brindando una formación científica técnica y humanista desarrollando en sus estudiantes una conciencia crítica, reflexiva y propositiva con una sólida base científica, ética y fundamentada en valores que nos permite ser partícipes en los procesos de transformación, y así enfrentar los problemas socioeducativos que presentan los niños con alteraciones en su salud mental, con aprendizajes diferenciados, y niños, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales.

En calidad de Egresada de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial justifico el presente tema: **“TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD “SENDERO DE ALEGRÍA”**”, debido a que en este centro se atienden personas con discapacidad que aún no han sido reinsertadas a la sociedad; es por esta razón que se trabaja conjuntamente con equipo técnico fortaleciendo la autoestima a través de la terapia ocupacional que se ejecuta en este centro.

Como investigadora ha sido de gran importancia elegir este tema y proceder a investigar por ser único, siendo de gran interés determinar cómo incide la terapia ocupacional en la autoestima de los adolescentes con discapacidad.

El aporte de la presente investigación servirá de apoyo científico a nuevas generaciones de la carrera y a su vez a la Universidad que estará encaminada a proporcionar información científica, así mismo el desarrollo de esta investigación es fundamental para la obtención del título de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer como la Terapia Ocupacional incide en la autoestima de los adolescentes Centro de Rehabilitación para Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad “Sendero de Alegría”.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- ✓ Identificar el tipo de Terapia Ocupacional que reciben los adolescentes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”

- ✓ Conocer el grado de Autoestima que presentan los adolescentes que asisten al Centro de Rehabilitación para niños niñas y jóvenes con discapacidad “Senderos de Alegría”

- ✓ Elaborar los Lineamientos Alternativos.

ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

TERAPIA OCUPACIONAL

Porque de la Terapia Ocupacional

La Ocupación

Áreas de Ocupación en Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional

Objetivos de la Terapia Ocupacional

El cómo de la Terapia Ocupacional

Importancia de la Familia

Terapia Ocupacional en Personas con Discapacidad

Introducción

Historia

La Terapia Ocupacional

El rol del Terapeuta Ocupacional en el Proceso de Rehabilitación

CAPÍTULO II

LA AUTOESTIMA

Autoestima

La Autoestima y su Importancia

Características de la Autoestima

Un Adolescente con Autoestima

Un Adolescente sin Autoestima

Como se desarrolla la Autoestima

Como influye la Autoestima en la vida cotidiana

La influencia positiva de la Autoestima sobre el Adolescente

Los cuatro aspectos de la Autoestima

Autoestima en Personas con Discapacidad

e. MARCO TEÓRICO

TERAPIA OCUPACIONAL

EL PORQUÉ DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

“Para conocer el porqué de la Terapia Ocupacional debemos conocer la importancia de la ocupación humana como paradigma o concepto fundamental de la profesión.

La Terapia Ocupacional parte de dos premisas fundamentales:

- La ocupación es parte de la condición humana, los seres humanos poseen una naturaleza ocupacional.
- La ocupación es necesaria para la sociedad y la cultura, es un elemento crucial de integridad y salud humana.

La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona.” http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf

LA OCUPACIÓN:

- Da respuesta a las necesidades de supervivencia y de automantenimiento.
- Proporciona un sentimiento de utilidad, de aportar al crecimiento y evolución general de la comunidad.
- Permite satisfacer la necesidad de explorar, descubrir, experimentar placer y desconexión.
- Aporta un sentido de vida, una identidad por la que luchar y trabajar. Una identidad psicológica y una identidad espiritual.
- Proporciona un papel, un sentimiento de pertenencia a un grupo o cultura. Una identidad social (roles).

La Terapia Ocupacional se relaciona con actividades efectuadas por razones personales que sirven a la necesidad básica de exploración y dominio del entorno. Siguiendo el modelo canadiense centrado en el cliente, la ocupación es imprescindible para encontrar y modelar el sentido a nuestra existencia individual a través de la búsqueda de valores personales y universales.

Podemos señalar dos características de la ocupación en el tratamiento:

- Dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana, su ausencia o interrupción (incluso independientemente de cualquier problema físico, psicológico o social) es una amenaza para la salud.
- Cuando la enfermedad, trauma o condición social ha afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo de organizar el comportamiento.

ÁREAS DE OCUPACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

1.- Área ocupacional de automantenimiento:

- Actividades de la vida diaria básicas (A.V.D.b): actividades de autocuidado (vestirse, alimentarse, asearse)
- Actividades de la vida diaria instrumentales (A.V.D.i): son actividades más complejas que las anteriores e indicarían la capacidad del individuo para vivir de forma autosuficiente en su entorno habitual (control de la medicación, de los asuntos económicos, de las cuestiones administrativas, de la dieta, de la tecnología existente a nuestro alrededor)
- Actividades de la vida diaria avanzadas (A.V.D. a): no son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. Son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles: ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes.

- Estas A.V.D.: actividades básicas (imprescindibles para sobrevivir), actividades instrumentales (necesarias para vivir de manera independiente), actividades avanzadas (necesarias para una vida socialmente satisfactoria) poseen una estructura jerárquica. Su complejidad va aumentando conforme aumentamos de nivel y, en la mayoría de los casos, poder realizar las de un nivel, supone poder realizar las de los niveles inferiores.

- **2.- Área ocupacional productiva:**

- Actividades remuneradas o no, que proporcionan un servicio a la comunidad.
- Estas actividades están relacionadas con el cuidado del hogar (trabajos domésticos, jardinería, mantenimiento de la propiedad y del coche), con el cuidado de la familia (preparación de la comida, cuidado de los miembros de la familia, compras, atención a los animales de compañía) y con el trabajo (remunerado, no remunerado, estudios).
- De acuerdo con esta definición esta actividad productiva no está limitada a los adultos y se extiende a los niños y a los ancianos.
- Estas actividades proporcionan sentimiento de utilidad, de confianza personal e identidad social.

- **3.- Área ocupacional de ocio:**

- Conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, sea para descansar o para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.

Esta distribución no significa que todas las actividades del ser humano puedan clasificarse estrictamente en una de estas áreas; muchas veces las actividades se superponen entre las distintas áreas o según el significado que tenga para la persona puede enmarcarse en un área o en otra.

En la actualidad se cree que para mantener la salud, las ocupaciones de los individuos deben mantener un equilibrio entre la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de automantenimiento), su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio).

Cada ocupación pone en juego una serie de habilidades o destrezas humanas fundamentales que, en una diversidad de grados y en diferentes combinaciones, se requieren para una participación satisfactoria en las distintas áreas de desempeño, llamados componentes del desempeño funcional.http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf

LA TERAPIA OCUPACIONAL

“La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio en personas que se encuentran limitadas (por un trauma físico, psíquico o enfermedad, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza y diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento), con los fines de maximizar la independencia, prevenir la discapacidad, mejorar el desarrollo y mantener la salud. Se incluye la adaptación de tareas y/o la intervención sobre el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a la persona para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, con el fin de que su vida sea satisfactoria y significativa

La intervención en Terapia Ocupacional se dirige tanto a la persona como al entorno, entendiendo el entorno como los distintos ambientes donde se desenvuelve el individuo (entornos de trabajo, domiciliarios, de ocio, comunitarios, urbanísticos, sociales o grupales).

Los objetivos para estas personas, que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma, serán:

1. Favorecer la motivación y los intereses de las personas después de la pérdida ocupacional.
2. Favorecer la búsqueda de su identidad psicológica, perdida o fragmentada por distintos acontecimientos o procesos (enfermedad, pobreza, maltratos, marginación...).
3. Ayudar a la persona a elaborar una rutina ocupacional adaptada y significativa que apoye su participación en roles activos y relevantes.
4. Minimizar o eliminar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional.
5. Adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.
6. Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) que permitan a la persona asumir un rol activo en la relación con los demás.
7. Habilitar en el uso de las ayudas técnicas necesarias.
8. Favorecer el acceso al mundo laboral y su mantenimiento.
9. Cubrir las necesidades de disfrute, placer, de exploración, y de participación social, favoreciendo el acceso a los entornos de ocio.”

La intervención en el entorno de estas personas se centrará en:

1. Modificar y adaptar entornos, accesibles y saludables.
2. Eliminar y/o minimizar barreras físicas, psicológicas y sociales.

3. Escuchar, informar y asesorar a la familia del estado general del familiar, de pautas de manejo ante determinadas circunstancias y de las ayudas técnicas y de las adaptaciones necesarias, haciéndoles partícipes del proceso de tratamiento.

La Terapia Ocupacional puede prestar servicio profesional, en un contexto hospitalario, domiciliario y comunitario, a todo individuo que tenga riesgo de sufrir o sufra una afectación en sus áreas ocupacionales (actividades de automantenimiento, productiva y de ocio) como es el caso de personas con discapacidad física, sensorial, psíquica o social. Terapia Ocupacional. Willard/Spackman. Ed. Panamericana 1998

EL CÓMO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

“La esencia de la Terapia Ocupacional descansa en el análisis y evaluación del impacto de la disfunción en la ocupación y en el uso de esta ocupación (rol, tarea, actividad), como “herramienta” legítima para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función.

La Terapia Ocupacional contempla la ocupación como un fin en sí, y como un medio de tratamiento, a través del cual se pretende asistir al individuo en sus necesidades funcionales.”Curso “El rol de la Terapia Ocupacional en el campo Psicosocial”. Salvador Simó. 1998

Pero este instrumento requiere un análisis y un método de actuación adecuados, para que la capacidad de respuesta al problema del individuo se ajuste al máximo a sus necesidades.

Así pues, el terapeuta ocupacional realizará una evaluación multifactorial de la persona (motivaciones, roles, hábitos y capacidades) y su entorno (ambiente humano: individuos y grupos comprendiendo los aspectos sociales y culturales; y ambiente no humano: condiciones físicas, objetos e ideas de una persona)

Una vez realizada la evaluación, la actuación del terapeuta ocupacional se centrará en el comportamiento ocupacional de la persona, entendiendo éste como resultado de la interacción de dicha persona con su entorno.

A partir de la información recogida se elaborará un plan de intervención individualizado con la persona, valorando los posibles efectos de esta intervención tanto en la identidad ocupacional del individuo como en su entorno, estableciendo unos objetivos y seleccionando unas actividades en función de las necesidades y características de éste.

El sentido de la actividad es que ésta tenga un propósito y sea significativa para la persona, coherente con sus intereses, valores, roles, destrezas y con su entorno, capaz de incrementar la función y satisfacción del individuo. Si no es así, la actividad a menudo pierde su sentido.

Igualmente el ambiente debe ser seguro, de apoyo y facilitador, es decir, validante, que facilite la exploración y el ensayo de las diferentes habilidades funcionales, de tal manera que permita el desarrollo de comportamientos ocupacionales competentes y satisfactorios para la persona.

Además de la actividad y el método de actuación, la Terapia Ocupacional considera como un elemento fundamental la relación terapéutica a través de la cual el individuo puede entender, asumir y colaborar en la ayuda que se le presta. La persona ha de participar activamente, dentro de sus posibilidades, en el planteamiento de los objetivos de la intervención y en la posterior consecución de éstos.

Para que se establezca una buena relación terapéutica, el profesional de la terapia ocupacional no sólo debe tener una actitud basada en la empatía, respeto, objetividad, información, seguridad y confidencialidad, sino que además debe detectar y manejar los mecanismos de defensa del paciente frente a su enfermedad, involucrándolo en la actividad y proporcionándole un apoyo incondicional, de modo que se cumplan los objetivos terapéuticos establecidos.

La ocupación por sí sola no es suficiente para dar respuesta terapéutica a los problemas de los individuos. Es necesaria la coexistencia de los siguientes elementos:

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

El rol de la familia en el proceso de rehabilitación es vital y favorecedor. El paciente que recibe apoyo familiar y estímulo de su familia está más motivado para proseguir tareas difíciles de rehabilitación, para tolerar procedimientos dolorosos, para enfrentarse a pérdidas inalterables, para adaptarse a los cambios en el estilo de vida y para proseguir con una vida cotidiana productiva en la comunidad. De hecho, algunos estudios demuestran que los pacientes buscan primero a sus familias para lograr apoyo y luego a los miembros del personal profesional.

No obstante, los miembros de la familia tienen sus propias reacciones emocionales y dificultades para aceptar y adaptarse a la discapacidad o a la enfermedad de un miembro de la familia. Los deterioros residuales funcionales de un miembro de la familia pueden alterar permanentemente la estructura familiar y forzar al cambio en los **roles familiares** individuales, el uso del tiempo, los intereses personales y las metas establecen que los terapeutas parecen comprender las dificultades de los pacientes para adaptarse a sus discapacidades pero suelen esperar que la familia demuestre una capacidad instantánea para afrontar las realidades de tener un miembro discapacitado.

Diferencias entre las familias

“Las familias tienen diferentes estilos de afrontar y estrategias para manejar las crisis familiares. Es importante identificar los métodos que tiene una familia para afrontar el cambio y las crisis. Una familia funcional tiende a ser más flexible, puede priorizar las tareas familiares, tiene patrones eficaces de comunicación, valora los derechos y las ideas de cada miembro de la familia, incluyendo al miembro discapacitado, tiene buenas destrezas para el manejo del tiempo y puede adaptarse al cambio en un período de tiempo. Con apoyo profesional, los miembros de la familia pueden ver soluciones alternativas, resolver problemas y hacer adaptaciones del estilo de vida de la familia. La familia funcional puede ayudar al paciente a seguir llevando a cabo roles ocupacionales y familiares, estimular el incremento y el mantenimiento de las actividades independientes y capacitar a un niño o a un adolescente a alcanzar su potencial de desarrollo”(Palmer, Cantona y Wai, 1982; Power, 1985; Versluys, 1980a).

“Algunas familias, por su propia patología o problemas del desarrollo, son más vulnerables a la crisis y pueden experimentar un conflicto y ruptura continuos. Una familia que inicialmente parece ser capaz puede estar funcionando marginalmente y la aparición de una crisis médica puede exacerbar la ansiedad y las tensiones familiares existentes. Algunas familias tienen problemas psicológicos, como abuso de sustancias o problemas de dependencia, y otras carecen de organización como, una unidad familiar y, por

lo tanto, no son capaces de trabajar juntas para resolver los problemas o mantener comportamientos uniformes.” (Gans, 1983; Kaplan, Smith, Grobstein y Fisman, 1977; Palmer y cols., 1982; Versluys, 1980a).

Una familia disfuncional reduce el potencial del paciente, sobreprotegiendo y promueve la regresión por el rechazo, control excesivo y deja de lado los roles que el paciente podría llevar a cabo como parte de una familia interactiva o como miembro de una comunidad.

Respuestas familiares a la crisis

“La familia y el paciente experimentan reacciones emocionales similares a la discapacidad física o la enfermedad. Ellos pueden experimentar estas reacciones en una secuencia similar a su experiencia puede diferir en tiempo y en intensidad emocional. Tanto la familia como el paciente pueden utilizar mecanismos adaptativos, como negación, y pueden experimentar reacciones emocionales, como shock, escepticismo, ira, ansiedad, depresión, remordimiento y sentimientos de disociación.

Estas reacciones pueden ser transitorias o continuas y pueden ser experimentadas nuevamente como una reacción de aniversario. Ciertos acontecimientos del proceso de rehabilitación pueden anunciar un incremento en la intensidad de las reacciones emocionales.

Es importante reconocer que las reacciones emocionales de los miembros de la familia no son necesariamente sinónimos de comportamiento disfuncional permanente. Tanto el paciente como la familia necesitan expresar su pena y su duelo ante los cambios y las pérdidas físicos o relacionados con la salud. Esto les permite llegar a un acuerdo con los planes futuros y los estilos de vida alterados.” (Celia, Peny, Kulchyck-, y Goodwin, 1988; Versluys, 1985).

Amenazas a la adaptación familiar

“Los siguientes problemas familiares complican la adaptación de la familia y pueden comprometer el éxito de la rehabilitación:

- 1) negación de que los cambios son permanentes;
- 2) sentirse responsables de la lesión o la enfermedad por algo que hicieron o dejaron de hacer, como entrar en una pelea o conducir demasiado rápido;
- 3) miedo de que el paciente no pueda funcionar adecuadamente en el hogar después del alta o de que los planes para una separación o un divorcio puedan interrumpirse;
- 4) tendencia a ser sobreprotectores, a creer que el paciente está más discapacitado del caso real y a estimular comportamientos dependientes de modo que el paciente sea incapaz de ser independiente, de participar en roles adultos productivos o de mantener una autoidentidad positiva:
- 5) imposición de sus propios planes y creencias sin considerar los intereses y

las metas del paciente;

- 6) tener puntos de vista opuestos relacionados con la asistencia del paciente, una comprensión diferente de las implicaciones prolongadas de la discapacidad, y desacuerdo sobre el uso de los recursos financieros para el bienestar del paciente;
- 7) negación de la situación o rechazo del paciente, que conduce a comportamientos como negligencia para organizar las visitas en el hogar, ordenar el equipo o cumplir con las entrevistas
- 8) participar en negación, pensamiento mágico y creencias de que el paciente es especial y se recupera, esto puede convertirse en una expectativa tanto para el padre como para el hijo en desarrollo que impide una buena acomodación a la discapacidad” D’Afflitti1977; Gans, 1983; Power y Dell Orto, 1986; Versluys,

La familia puede experimentar ira y resentimiento hacia el paciente porque éste puede no haber cumplido con las reglas de asistencia para la salud, como negligencia en la dieta, alcoholismo o conducir de forma temeraria. Son ejemplos de resultados de estos accidentes la lesión medular, las quemaduras, el traumatismo de cráneo o la exacerbación de problemas médicos como el infarto de miocardio o la crisis diabética. Esto puede significar que la familia se enfrenta con compromisos de cuidados prolongados y privación del tiempo personal para realizar cosas que les gustan. Debido al accidente o exacerbación de problemas familiares previos, el paciente puede convertirse en un objeto de hostilidad familiar

TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida

De los elementos que contiene esta definición se puede extraer que la intervención de Terapia Ocupacional se concentra en las áreas de desempeño funcional (autocuidado, trabajo y ocio), prestando especial atención al ambiente cultural y social dentro del cual se desarrolla la persona.

Esta visión de lo funcional sin perder de vista lo social es lo que justifica la actuación del terapeuta ocupacional cuando existe discapacidad; teniendo en cuenta, que las principales dificultades de los usuarios son derivadas de sus déficit pero relacionadas directamente con su impacto en el funcionamiento social (desventaja social=minusvalía).

Pretendemos entonces describir y aclarar las fases del proceso rehabilitador, y el rol que desempeña el terapeuta ocupacional en las mismas, en lo que a capacidades alteradas y cuestiones de reinserción se refiere. Nuestro

objetivo principal tratará, pues, de enfatizar el aspecto contextual de la discapacidad...

“De la inmersión en que se hallaban, emergen, capacitándose para insertarse en la realidad que se va desvelando” (P. Freyre).

INTRODUCCIÓN

La evolución de las prácticas clínicas, de los tratamientos, detecciones precoces, prevención y mantenimiento de la salud, favorece el desarrollo de nuevos postulados y hace que debido a estos motivos otros sean reformulados.

Es el caso del siguiente modelo ICIDH (International Clasification Deficiency DISCAPACIDAD Y MINUSVALIA) de 1980 que evoluciona hasta la revisión actual y puesta en funcionamiento del modelo CIDDM (Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y la salud) del 2001. Hasta el momento la clasificación se realizaba en torno a términos concretos relacionados con la deficiencia, discapacidad y minusvalía, explicando la interacción entre ellos y definiendo la condición del usuario, marcando un rol ciertamente pasivo en dicha definición.

En este momento con el cambio producido por la CIDDM-2, se diferencia sustancialmente las interacciones entre las dimensiones del funcionamiento

y la discapacidad. En la etapa anterior el factor ambiental se encuadraba en una sola dimensión (minusvalía), en estos momentos este factor puede suponer una no participación activa en cualquiera de los otros contextos a los que se refiere esta nueva definición. Lo mismo ocurre con los factores personales y la participación.

Con esta nueva definición se pasa de un usuario pasivo a un usuario activo en la funcionalidad ya que el centro de la intervención pasa por ser la actividad y no tanto el déficit, proporciona esta definición un concepto de implicación haciendo participe al usuario no solo de esta carencia de salud, sino también de la intervención específica localizada en las concepciones que el CIDDM-2 realiza.

En estos momentos el déficit se ve encuadrado en la propia discapacidad y fluctúa entre encuadres como la participación y estructuras corporales. Esta definición evoluciona hasta dos concepciones claramente definidas, una de ellas la relacionada con el Funcionamiento y la Discapacidad (funciones y estructuras corporales), y la otra vinculada a los Factores Contextuales (factores ambientales y personales).

Las interacciones específicas entre componentes de esta definición se dan en una relación unívoca predecible, provocando una interacción en dos direcciones, ya que incluso una presencia de discapacidad puede modificar un estado de salud.

Son muchos los factores en los que se intenta buscar la actuación y mejora de este funcionamiento personal y aparecen contextos con la relevancia que anteriormente no tenían, siendo en este momento los factores ambientales y personales los relevantes, funcionando como estructuras relacionadas directamente con el desarrollo de la actividad.

La concepción se hace más activa para el trabajo del usuario.

El resultado de esta evolución viene acompañado directamente del avance de disciplinas que enriquecen estos postulados y que gracias a la incorporación de sus paradigmas, modelos y marcos de referencia teóricos, favorecen la especificidad y el trabajo cada vez más estructurados de términos relacionados con la Funcionalidad, Discapacidad y Salud.

Es el caso de la Terapia Ocupacional, que durante su trayectoria como disciplina de intervención terapéutica, desarrolló estrategias y marcos de referencia teóricos que establecen la funcionalidad, el desarrollo de recursos en el ambiente, el aumento de factores personales, la motivación a la participación y la mejora de funciones y estructuras corporales. Todo ello como búsqueda de equilibrio en la persona para su desarrollo ocupacional.

HISTORIA

Comprender el análisis de la realidad que realiza un terapeuta ocupacional, comprender la óptica desde la que enfoca el mundo y el ser humano,

comprender la naturaleza del razonamiento clínico de esta profesión supone ahondar en el origen, en la historia de la ocupación y su significado para el hombre.

La configuración de esta disciplina surge de la evolución del pensamiento sobre la naturaleza del hombre; sobre su condición de ser activo y participativo de una serie de actividades/ocupaciones; del estudio de esta condición y de la aplicación de estos conocimientos para la consecución de un estado de salud.

El desarrollo de la Terapia Ocupacional se entretreje en la trama de la historia humana, pues la ocupación ha tenido un papel central en la existencia, desde el principio de los tiempos. El “tapiz” se enriquece en los siglos XIX y XX, fundamentándose en las ideas y creencias expresadas por la filosofía del humanismo, y los valores sociales del humanitarismo. No obstante, el medio que permitió y facilitó el desarrollo de la Terapia Ocupacional, fue el clima creado en los países anglosajones por el pragmatismo y el utilitarismo, con la consecuente penetración de la actividad y la ocupación, como elemento nuclear en la manera de pensar y ver el mundo.

Toda esta historia de pensamiento y acción no tenía más que culminar en el desarrollo de una ciencia cuyo objeto de estudio sea la ocupación. Una ciencia que se refiere a aspectos fundamentales de la evolución, desarrollo y condición humana, no puede más que desembocar, en el mundo

desarrollado, en una disciplina aplicada que aproveche este conocimiento para mejorar la salud del hombre.

LA TERAPIA OCUPACIONAL

Como se puede extraer de la revisión histórica de la terapia ocupacional la ocupación humana y sus diferentes formas de expresión se han empleado desde sus orígenes como instrumento para la clínica.

La ocupación entendida como una forma de alcanzar estados de salud y bienestar más aceptables, se basa en los siguientes principios:

- Ocupación – Identidad: directamente relacionada con el concepto de rol. El individuo forja su identidad en función de los roles principales que desempeña en su vida. El desempeño de estos roles depende de la realización de determinadas actividades. “Somos lo que hacemos”.
- Ocupación – Desarrollo: A lo largo de nuestras vidas desempeñamos ocupaciones propias de cada estadio del ciclo vital. En función de estas experiencias ocupacionales, el ser humano crece, experimenta y evoluciona.
- Ocupación – Entorno – Adaptación: a través de la ocupación, el individuo domina su entorno, lo modifica. El dominio del entorno es para el ser humano la principal fuente de motivación. El individuo trata de ajustar sus necesidades y posibilidades a las del medio en que se

desarrolla. Se trata de un proceso de adaptación que mantiene a las personas en estado de actividad, de búsqueda, de experimentación.

“La exploración y dominio o control del entorno mediante la participación en roles ocupacionales significativos conducen a una retroalimentación positiva y lograr sentimientos de satisfacción respecto a la vida” (Elliot y Barris).

Los “Fundamentos Filosóficos de la Terapia Ocupacional” adoptados en abril de 1979 por la Asamblea Representativa de Detroit, proporcionan los cimientos para la teoría y práctica de la terapia ocupacional:

“El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por la realización de actividades con objetivo. Utilizando su capacidad de motivación intrínseca, los seres humanos son capaces de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con objetivo. La vida humana es un proceso de adaptación continua. La adaptación es un cambio en la función que promueve la supervivencia y la actualización de sí mismo. Los factores ambientales, psicológicos y biológicos pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento a lo largo del ciclo vital. La disfunción se produce cuando la adaptación es deficiente. Las actividades con sentido facilitan el proceso adaptativo. La terapia ocupacional se basa en la creencia de que la actividad con objetivo (ocupación), con inclusión de sus componentes ambientales e interpersonales, puede utilizarse para prevenir y controlar la disfunción y

para producir la máxima adaptación. La actividad utilizada por los terapeutas ocupacionales tiene un propósito intrínseco y terapéutico.”

La Terapia Ocupacional se fundamenta, en última instancia, en el estudio de la ocupación humana y los efectos beneficiosos que tiene para la salud del individuo. Partiendo de estos principios teóricos, y fundamentándose en modelos o marcos de referencia directamente relacionados con componentes de la ocupación, se obtiene una “forma de hacer”, un abordaje y una clínica propia de una disciplina aplicada, que es la Terapia Ocupacional. “La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida”. (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986).

EL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN.

Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social.

El tratamiento de una persona con discapacidad no es “meramente” sanitario, sino que precisa de continuidad a nivel social, que proporcione un ajuste perfecto entre individuo y sociedad, como base del continuo al logro de una mejor calidad de vida.

El Terapeuta Ocupacional tiene una visión bio-psico-social del ser humano lo que le permite intervenir, como miembro de un equipo de rehabilitación, en todos los niveles del proceso.

Hablaremos pues, de un primer nivel de intervención, centrada principalmente en el individuo. Se trata así de recuperar, mantener, mejorar, potenciar... las capacidades del paciente mediante la actividad.

He aquí una visión “funcional”, un tratamiento sanitario (físico, psíquico, sensorial) que pretende habilitar a la persona para un óptimo desempeño ocupacional.

El Terapeuta Ocupacional, en su intento de maximizar la autonomía personal del individuo, comprende que ello implica “tener acceso al medio”. Hablemos pues, de la importancia del contexto. “La adaptación al medio, en el caso del hombre, pasa por un ajuste entre las necesidades del paciente y las normas propias de su posición dentro del marco social donde vive”. (Barris R., 1982) (Howe M.C. y Briggs., 1982).

Es fundamental, por tanto, que se haga un estudio exhaustivo del ambiente, para poner en marcha aquellas actuaciones que lleven al individuo a funcionar plenamente, maximizando las posibilidades de éxito. (El hombre no puede separarse del mundo actuante, por el contrario el mundo está en la propia esencia del ser. (M. Heidegger, 1889 -1976).

Se hace pues necesario modificar el “ambiente” de modo que la persona pueda desplegar al máximo sus capacidades.

Si entendemos por ambiente el entorno inmediato (hogar y comunidad) del paciente, el Terapeuta Ocupacional se encarga, tras valoración previa, de:

- Adaptación domiciliar.
- Adaptación del puesto de trabajo/puesto escolar.
- Entrenamiento en el uso de Ayudas Técnicas.
- Transformación/Supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas
- Exploración pre-vocacional, vocacional, ocio y tiempo libre.
- Entrenamiento en actividades específicas de trabajo y ocio.

Como apunte final y reflexión sobre el proceso global de asistencia queremos insistir en la concepción inseparable individuo-entorno.

Como hemos dicho, la intervención centrada en el individuo se encuentra en el principio del proceso, y en los estadios finales se adopta un enfoque centrado en el contexto.

Estas intervenciones tienen lugar en dispositivos diferentes, y con profesionales diferentes.

Para no desvirtuar este enfoque global se hace necesaria una continuidad real de tratamiento, que asegure los logros alcanzados en niveles previos y optimicen los logros de niveles sucesivos.

La desconexión existente entre los diferentes dispositivos asistenciales provoca que un proceso que es conceptualizado como lineal y progresivo, se fragmente en subprocesos, que aunque en sí mismos sean necesarios, no alcanzan la finalidad última del tratamiento que, es garantizar al máximo independencia y autonomía personal.

CAPITULO II

AUTOESTIMA

LA AUTOESTIMA Y SU IMPORTANCIA.

“La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, al contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Todos necesitamos tener autoestima, independientemente de nuestro sexo, edad, cultura, trabajo y objetivos en la vida. La autoestima afecta prácticamente a todas las facetas de nuestra vida. Baste decir que muchas investigaciones psicológicas rigurosas indican que si no se satisface esta necesidad de autovaloración, tampoco pueden satisfacerse otras necesidades más expansivas; la creatividad, los logros personales, la realización de todo nuestro potencial. Recuerde lo bien que le sentó que alguien le alabara su trabajo o lo satisfecho que se quedó tras terminar un trabajo que usted sabía bien hecho. Las personas que se sienten bien consigo mismas suelen sentirse bien en la vida; son capaces de afrontar y

resolver con seguridad los retos y las responsabilidades que ésta les plantea.

CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA

En el adolescente, la autoestima puede sufrir grandes altibajos. Lo normal es que presente las características que explicamos a continuación en distintas ocasiones, dependiendo de las cosas que puedan influir en cada momento: hechos, personas, situaciones experimentadas. Pero a usted no le será difícil observar en el adolescente un comportamiento general que tienda a valorar o a denigrar su persona, y esa es la pauta que debe usted buscar para tener en cuenta las características propias de:

UN ADOLESCENTE CON AUTOESTIMA:

Actuará independientemente. Elegirá y decidirá cómo emplear el tiempo, el dinero, sus ropas, sus ocupaciones, etcétera. Buscará amigos y entretenimientos por sí solo.

Asumirá sus responsabilidades. Actuará con presteza y con seguridad en sí mismo y, sin que haya que pedírselo, asumirá la responsabilidad de ciertas tareas o necesidades evidentes (fregar los platos, limpiar el jardín o consolar a un amigo triste).

Afrontará nuevos retos con entusiasmo. Le interesarán tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que aprender y que poner en práctica, y se lanzará a ellas con confianza en sí mismo.

Estará orgulloso de sus logros. Le interesarán tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que aprender y que poner en práctica, y se lanzará a ellas con confianza en sí mismo.

Demostrará amplitud de emociones y sentimientos. De forma espontánea sabrá reír, sonreír, gritar, llorar y expresar su afecto y, en general, sabrá pasar por distintas emociones sin reprimirse.

Tolerará bien la frustración. Sabrá encarar las frustraciones de distintas maneras, esperando, riéndose de sí mismo, replicando, etcétera, y será capaz de hablar de lo que le entristece.

Se sentirá capaz de influir en otros. Tendrá confianza en las impresiones y en el efecto que él produce sobre los demás miembros de la familia, sobre los amigos e, incluso, sobre las personas con autoridad: los profesores, el jefe, etcétera.

UN ADOLESCENTE SIN AUTOESTIMA:

Desmerecerá su talento. Dirá: «No puedo hacer esto o aquello... No sé cómo se hace... No lo aprenderé nunca.»

Sentirá que los demás no le valoran. Se sentirá inseguro o decididamente negativo sobre el afecto o el apoyo que le prestan sus padres y amigos.

Se sentirá impotente. Las actitudes y los actos de este tipo de adolescentes estarán impregnados de falta de seguridad o incluso de ineptitud. Encarárará retos y dificultades sin ningún convencimiento de poder superarlos.

Se dejará, influir mucho. Cambiará de ideas y de comportamiento con mucha frecuencia, según con quien esté: le manipularán otras personalidades más fuertes.

Tendrá pobreza de emociones y sentimientos. Repetirá una y otra vez unas pocas expresiones emocionales, como el descuido, la inflexibilidad, la histeria, el enfurruñamiento. Los padres podrán ser capaces de predecir qué tipo de respuesta dará ante determinada situación.

Eludirá las situaciones que le provoquen ansiedad. Tendrá escasa tolerancia ante las circunstancias que le provoquen angustia, temor, ira o sensación de caos.

Se pondrá a la defensiva y se frustrará con facilidad. Será una persona «picajosa», incapaz de aceptar las críticas o las peticiones inesperadas, y pondrá excusas para justificar su comportamiento.

Echará la culpa a otros de sus debilidades. Rara vez admitirá errores o debilidades y la mayoría de las veces atribuirá a otros o a la mala suerte la causa de sus dificultades.” Como desarrollar la autoestima en los adolescentes Clemes harns Edición 1 Editorial Madrid 2000

CÓMO SE DESARROLLA LA AUTOESTIMA

“Esa primera impresión del propio yo forma la semilla del sentimiento de la propia valía; siempre que esta primera idea sea positiva, la idea que el niño tendrá de sí mismo será fuerte y sana; experimentará una sensación de bienestar y de valor procedente del hecho de ser aceptado y amado y de las respuestas positivas obtenidas de los padres. Todo su desarrollo o posterior podrá basarse sin problemas sobre estos cimientos. Pero si el niño sólo experimenta sentimientos negativos, abandonos y rechazos, inmediatamente empezará a vivir con una sensación de inutilidad. Todavía no ha desarrollado convenientemente sus habilidades mentales como para contrarrestar las reacciones injustas, irracionales o neuróticas que los demás le demuestran. POR MUCHO QUE LAS RESPUESTAS DE LAS PERSONAS IMPORTANTES PARA EL NIÑO NO ESTÉN BASADAS EN NADA REAL, EL NIÑO LAS ACEPTARÁ COMO SI FUERAN VERDAD. Los

casos estudiados de niños abandonados o maltratados demuestran que la idea que tenían de sí mismos se caracterizaba por sentimientos de inutilidad e, incluso, por sentimientos de maldad: mi madre me odia tanto que hasta me pega o me insulta, algo debo tener de terriblemente malo; ese es el meollo de la evaluación que hace el niño inconscientemente.

Una vez pasada la primera infancia, el niño amplía su experiencia del mundo fuera de su familia; se relacionan con el niño compañeros de juego, parientes, vecinos y, más adelante, maestros y compañeros de clase. Las respuestas de todos ellos se van sumando al complejo concepto del yo. Durante esta etapa va perfeccionando sus capacidades mentales y perceptivas y puede incluso comenzar a tener cierta capacidad para valorar las relaciones hacia su persona antes de aceptarlas como propias.

En cuarto curso el niño ya es capaz de pensar por sí mismo. Si un compañero le dice: «Eres tonto» el niño puede reaccionar pensando: «Pues leo tan bien como tú, saco buenas notas y sé arreglar la bicicleta», para concluir que el comentario de su compañero de clase no tiene base real. Puede poseer esta capacidad si se le ha enseñado a pensar por sí mismo y si su opinión de sí mismo ya es suficientemente positiva. Pero las investigaciones hechas en los colegios demuestran que esta capacidad es poco frecuente. Lo más común es que el niño asuma semejante comentario y que con él apoye ciertas opiniones negativas que ya tenga de sí mismo. Es más, el niño con una autoestima bien desarrollada puede ser capaz de

rechazar las reacciones negativas de compañeros o de «enemigos», pero rara vez tiene la fuerza suficiente para descalificar los comentarios que hagan las personas que ejerzan autoridad sobre él: maestros, profesores o adultos significativos.

La adolescencia es uno de los períodos más críticos para el desarrollo de la autoestima. Según el psicoanalista Erik Erikson, es la etapa en que la persona necesita hacerse con una firme IDENTIDAD; o lo que es lo mismo, saberse individuo distinto de los demás, conocer sus posibilidades y su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas. Es una época en que se ponen sobre el tapete no pocas cuestiones básicas; piénsese en la vocación, en los planes para ganarse la vida, en el matrimonio, en los principios básicos de la existencia, en la independencia de la familia y en la capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. Y a estos aspectos hay que sumar todos aquellos conflictos de la niñez que no se hayan resuelto y que surjan de nuevo, conflictos que habrá que afrontar también.

Conseguir una identidad propia es tarea ardua, como sabe cualquier persona que haya alcanzado la madurez. Y conseguirla durante la adolescencia es bastante complicado, debido a los procesos psicofísicos y a la presión social que todo adolescente experimenta.

Esta etapa conlleva cambios físicos decisivos y al mismo tiempo confusos: el cuerpo crece y cambia bruscamente, conforme se va preparando para su total capacidad reproductora. Tales cambios suelen aturdir a los adolescentes: hacen gallos con la voz, las extremidades son larguiruchas y torpes, aparece la menstruación, se desarrolla el pecho, siempre es demasiado alto o demasiado bajo, empiezan a concretarse algunas sensaciones sexuales que les desconciertan. Y eso que sólo hemos mencionado algunos de los aspectos que al adolescente le puede costar dominar en su relación consigo mismo o con los demás compañeros y familiares. Por otra parte, los cambios hormonales hacen prácticamente impredecibles los estados emocionales por los que pasa continuamente el adolescente, lo que, a su vez, hace que la estabilidad y el control de las emociones le resulten muy difíciles.

La presión social llega a su máximo conforme la atención del adolescente pasa progresivamente de la familia hacia los amigos y la pandilla. La necesidad de sentirse integrado en algún grupo le resulta más apremiante que nunca, y para poder encajarse, el adolescente suele apropiarse de las características y de expresiones del grupo que le abran las puertas: vestimenta, comportamiento, lenguaje, creencias. No pocas veces esto supone echar por tierra los rasgos y las características familiares.

El niño se presenta en la adolescencia con la opinión y el sentido de la propia valía que haya adquirido en la infancia; todo ello se transformará casi

por completo durante la adolescencia, añadiéndose muchas impresiones que formarán un nuevo sentido de la propia valía, mucho más personal.

En la «crisis de identidad» de la adolescencia, el joven se cuestiona automáticamente, incluyendo la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado. Puede rebelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona, lo que, por supuesto, demuestra el poder que ésta ejerce sobre él. O puede encontrarse tan confuso e inseguro de sí mismo que no haga más que pedir a los demás aprobación y consejos de todo tipo. Sea cual fuere su aproximación a su nueva identidad, el adolescente pasará inevitablemente por una reorganización crítica de su manera de apreciarse con el consiguiente cambio en su autoestima.

Lo ideal sería que la imagen que el adolescente tuviera de su auténtico ser fuera el resultado de una profunda revalorización propia. Como se trata de que el adolescente se haga con una identidad y de que mejore su autoestima, tal revalorización debería basarse en la información que él mismo hubiere sopesado y asumido. En estas circunstancias, esa imagen puede servirle de base para su autoestima durante el resto de su vida; la madurez servirá para ponerla al día continuamente, pero si la base, los cimientos, son inseguros, el desarrollo de la propia imagen será deficiente, sin lugar a dudas.

CÓMO INFLUYE LA AUTOESTIMA EN LA VIDA COTIDIANA

La autoestima influye sobre el adolescente en:

Cómo se siente.

Cómo piensa, cómo aprende y cómo crea.

Cómo se valora.

Cómo se relaciona con los demás.

Cómo se comporta.

Cómo se experimenta a sí mismo un adolescente está relacionado con todos los pensamientos, sentimientos y actos que lleva a cabo. Cuando se aprehende positivamente disfruta de autoestima, mientras que si tiene una imagen negativa de sí mismo es que posee poca autoestima.

Una persona con autoestima demostrará sus sentimientos positivos hacia sí y hacia los demás de muchas maneras sutiles: sonreirá, mirará a los ojos, se mantendrá erguida, alargará la mano para saludar y, en general, creará a su alrededor un «ambiente» positivo. Los demás responderán a esa persona de modo parecido: la aceptarán, se sentirán atraídos por ella, se encontrarán cómodos en su presencia y, por lo mismo, se sentirán cómodos consigo mismos. Al contrario, una persona con poca autoestima, como Enrique, emitirá vagas señales de angustia al proyectar sus propios sentimientos de inadaptación a los demás. Nosotros podremos interpretar esas vagas

señales de dos modos: o algo le pasa a Enrique o algo nos pasa a nosotros; en ambos casos, nuestra respuesta es parecida: nos alejamos.

La autoestima influye mucho en el comportamiento. Solemos comportarnos según nos veamos y según la autoestima que tengamos. Y, a la vez, nuestro comportamiento suele confirmar la imagen que de nosotros tenemos; es un círculo cerrado que no hace más que reforzar nuestras actitudes y nuestros puntos de vista básicos.

El comportamiento se guía por motivos muy simples. Estos motivos pueden ser contradictorios, lo cual produce en el individuo, y en los que están a su alrededor, angustia y desazón. El adolescente tiende a:

1. Actuar de manera que confirme la imagen que tiene de sí mismo.
2. Comportarse de manera que aumente el sentido de su valía.
3. Actuar para mantener una imagen coherente de sí mismo, sin tener en cuenta lo que puedan cambiar las circunstancias.

Si estas razones son contradictorias, puede parecer que el adolescente actúa errática e irracionalmente; es posible que repita, una y otra vez, actos que conlleven la desaprobación o el castigo, y cuando se le pregunte por qué los hace, contestará: «No lo sé.»

Cuando la imagen que tenga de sí sea positiva y posea además suficiente autoestima, el adolescente se sentirá capaz y se mostrará confiado; por ello, se comportará de manera que todo lo que haga reafirme el sentido de su propia valía.

Por otro lado, cuando la persona tiene una imagen negativa de sí misma y poca autoestima se siente desplazada, se cree incapaz de hacer cosas y eso, normalmente, la lleva a cerrarse en banda ante diferentes planteamientos y posibilidades para obtener éxito.

La autoestima influye en el aprendizaje. La búsqueda de uno mismo y el rendimiento escolar demuestran que existe una estrecha relación entre la autoestima y la capacidad de aprender. Una autoestima fuerte fomenta el aprendizaje. El adolescente que posea una buena autoestima aprenderá con mayor facilidad y más contento que uno que se sienta poco hábil; abordará las cosas nuevas que tenga que aprender con confianza y entusiasmo. Lo normal será que obtenga buenos resultados porque sus sentimientos y pensamientos son anteriores a sus actos, y se encontrará «entrenado» mediante expectativas positivas; el éxito, entonces, reforzará sus sentimientos positivos; se verá a sí mismo más y más competente con cada éxito que obtenga.

Pero la persona que se cree inadaptada e incapaz de aprender se acercará a cada nueva tarea de aprendizaje con un sentimiento de desesperanza y

temor. Para los educadores este «síndrome de fracaso» es un fenómeno bien conocido: el niño que de pequeño ha tenido en el colegio una serie de fracasos suele desarrollar después actividades del tipo «no puedo hacerlo... no merece la pena que lo intente otra vez». Y, en consecuencia, estará prácticamente condenado al fracaso en las sucesivas tareas que se planteen y que siempre acometerá a «medio gas», a no ser que se pueda romper ese círculo vicioso dotándole de una sensación renovada de su propia valía y capacidad.

La autoestima influye en las relaciones y recibe también la influencia de éstas. Coopersmith ha señalado que los niños con autoestima suelen desarrollar mejores relaciones interpersonales y suelen ser los elegidos para puestos de liderazgo. Este tipo de niños obtiene de los demás un sentimiento de aceptación y sabe cuál es su influencia en las relaciones que mantiene.

La persona que se siente cómoda consigo misma no está pendiente de los demás para que la reconozcan, la motiven o la dirijan, y por ello se encuentra en mejor situación de colaborar en la toma y dación de las relaciones sanas, sabe aceptar lo que los demás dan sin necesidad de «engancharse» a ellos para que corroboren su valía.

La adolescencia es el período en que llega al máximo la necesidad de compartir y de agruparse con los compañeros. Hasta cierto punto, el

adolescente forma su imagen y su sentido de la autoestima a partir de las reacciones de los demás hacia él. Si tiene muchos amigos y se siente integrado en grupos formados por sus compañeros verá acrecentada su sensación de valía, pero si se encuentra aislado y es poco «mañoso» para establecer relaciones en esa etapa tenderá a valorarse de forma negativa. El adolescente necesita recibir la aceptación y el respeto en las relaciones que mantiene, y sólo si ha recibido aceptación y respeto en la familia y en el colegio en la etapa anterior será capaz de mostrar actitudes semejantes hacia los demás durante la adolescencia.

La autoestima influye en la creación. Cualquier expresión creativa supone ciertas dosis de riesgo además de un uso de los recursos de determinada manera. Lo único que le permite al individuo afrontar esos riesgos es tener seguridad en sí mismo y en su capacidad. El adolescente que posee autoestima suele demostrar una creatividad elevada en casi todo lo que hace; y, en consecuencia, recibe aprobación por todo lo singular y destacable que hace, lo cual contribuye a incrementar su autoestima, ya de por sí firme. Los adolescentes con poca autoestima, al contrario, tienen miedo de cometer errores que puedan traducirse en la desaprobación de los demás; y por ello se muestran excesivamente cautelosos y eluden, cuando pueden, cualquier expresión creativa y experimental.

Nuestra forma de aprehendernos y la fuerza de nuestra autoestima influyen en todas las facetas de nuestra vida: cómo pensamos, sentimos y actuamos.

Y, a su vez, prácticamente todo lo que hacemos y lo que dejamos de hacer influye en la consideración que de nosotros mismos tenemos. La autoestima tiene sus altibajos: el sentimiento hacia nosotros mismos depende del modo en que respondemos a las situaciones imprevisibles o a aquéllas que se escapan a nuestro control. El sentimiento de la propia valía crece conforme acumulamos más experiencias que luego nos van a servir de puntos de referencia para otras nuevas; según vamos sabiendo controlar mejor las experiencias que tenemos; y según nos volvemos más habilidosos a la hora de mantener a raya nuestros miedos y ansiedades. Algunos adolescentes, que aparentemente tienen mucha autoestima, poseen una experiencia muy escasa que no apoya convenientemente la confianza que tienen en sí mismos.

LA INFLUENCIA POSITIVA DE LA AUTOESTIMA SOBRE EL ADOLESCENTE

Son muchas las influencias positivas que el adolescente recibe de la autoestima; la más importante es que el adolescente con una autoestima convenientemente desarrollada tiene más oportunidades de fraguar su IDENTIDAD durante esta etapa, mientras se prepara para la madurez y antes de enfrentarse a la total responsabilidad sobre su vida.

Hay otros aspectos positivos que refuerzan también las posibilidades del adolescente de cara a la vida adulta; son, entre otros, estos:

LOS CUATRO ASPECTOS DE LA AUTOESTIMA

La autoestima se desarrolla cuando se han satisfecho adecuadamente las necesidades primarias de la vida. Nosotros pensamos que la autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los niños y los adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

VINCULACIÓN: resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como tales.

SINGULARIDAD: resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.

PODER: consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.

MODELOS O PAUTAS: puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

Estas cuatro condiciones deben estar siempre presentes para que se desarrolle y se mantenga la autoestima. Ninguna es más importante que otra; si una de ellas no se encuentra en la medida adecuada, la autoestima se resentirá o se distorsionará en la misma medida.

Los padres pueden influir en la autoestima del adolescente organizándole nuevas experiencias y relacionándose convenientemente con él en estos cuatro aspectos. En las páginas siguientes estudiaremos las cuatro condiciones o aspectos, veremos cómo surgen los problemas en cada uno de ellos y nos plantearemos qué puede hacer usted para mejorar el entorno del adolescente y obtener resultados más positivos en cada uno de esos cuatro aspectos. Le enseñaremos a observar las actitudes de sus hijos, así como su comportamiento en lo que se refiere a cada una de las cuatro condiciones. De esta forma, usted podrá valorar hasta qué punto debe modificarlas o ampliarlas para satisfacer más apropiadamente las necesidades de sus hijos adolescentes.”

AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

“Autoestima es el valor que creo que tengo. Es la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de sí mismo, de los propios actos, los propios valores y las propias conductas. Según me valoren o devalúen mis padres y hermanos, pensaré que eso soy.

La autoestima en el niño con discapacidad frecuentemente se afecta, debido a que al no cumplirse las expectativas que tenían los padres para su hijo, se les dificulta apreciar los logros más que las limitaciones de su niño, repercutiendo negativamente en la formación de la autoestima de su hijo.

Cuando la autoestima es baja, nada nos entusiasma y cuando es alta nos sentimos llenos de entusiasmo y energía, nos sentimos seguros de nuestro propio valor y nuestra importancia.

Las relaciones interpersonales son relevantes en el desarrollo del ser humano, específicamente en la etapa infantil. Es precisamente a través de la convivencia con las personas que rodean al niño, que éste aprende formas de relacionarse, creencias, normas y aspiraciones que son generalmente transmitidas y apreciadas por la familia y el grupo cultural al que pertenecen.

Cuando el niño se relaciona con las personas que lo rodean, va conformando su personalidad, con sus capacidades y debilidades; alegrías y penas; su amor y su odio, sus afectos.

En los primeros años de vida el niño va formando su autoestima al darse cuenta que él es importante para sus padres y que puede aprender, en su ritmo y estilo de aprendizaje. Cuando los padres limitan el desarrollo de sus hijos (con o sin discapacidad), estos perciben que no pueden aprender muchas cosas y es cuando el niño empieza a formar una baja autoestima.

Como papás es importante que tomemos en cuenta que nuestro lenguaje y actividades corporales reflejan nuestros pensamientos, así que a través de ellos nuestro hijo recibirá el mensaje de lo que sentimos o pensamos de él. Por este motivo es muy importante saber que nuestra comunicación verbal y no verbal afectará directamente de manera positiva o negativa en la formación de la autoestima de nuestro hijo.

Cuando el niño se siente bien consigo mismo, hay magníficas posibilidades de que pueda enfrentar la vida desde una postura de dignidad, sinceridad, fortaleza, amor.

Cuando el niño no se agrada, se devalúa, se castiga y enfrenta la vida desde una postura de temor e impotencia, creando un estado en el que se siente víctima y actúa en consecuencia castigándose ciegamente, y haciendo lo mismo con los demás. Es a la vez sumiso y tiránico. Responsabiliza a los demás por sus actos y su realidad. Estas son algunas formas en las que se manifiesta una autoestima baja.

Es indudable que todos, en alguna época u otra, vivamos situaciones difíciles. Creemos que son más los problemas que tenemos que las soluciones que podemos dar. La persona con autoestima alta toma todos los incidentes de la vida como crisis pasajeras. No se rinde, sabe que logrará lo que se propone y se sobrepondrá a la mayoría de los obstáculos.

¿CÓMO SE LOGRA LA AUTOESTIMA Y A QUÉ EDAD?

El sentimiento de valor propio se logra desde la infancia. Los niños pequeños al interactuar con otros, se sienten apoyados en menor o mayor grado, reciben palabras de aliento o desaliento, directamente o indirectamente de los padres y de otras personas.

De las experiencias y comunicaciones con otras personas comienzan a formarse una imagen de ellos mismos, adquiriendo una especie de “balanza” que les ha dado el mundo adulto.

A través de estas primeras comunicaciones reciben ideas de lo que otros sienten hacia ellos, diversas opiniones sobre qué tan capaces son para hacer o no las cosas, qué tan agradables o desagradables son, qué tanta confianza les tenemos, qué tan independientes o dependientes quieren que sean.

Al trascurrir el tiempo, van asimilando el concepto que los otros les transmiten y le van asignando una calificación a ese concepto. Esta “calificación” es la autoestima y representa qué tanto se quieren a sí mismos.

¿Qué pueden hacer los padres y los maestros para ayudar a mejorar la autoestima de los niños?

Una de las cosas más difíciles y más importantes de la educación es saber poner límites, impartir disciplina y enseñar orden, sin dejar de mostrar cariño y apoyo.

Para lograr una alta autoestima, los adultos deben dedicar al niño tiempo y atención, así como demostraciones de confianza, ternura, comprensión, ejemplo de trabajo, orden y respeto.

Si por lo contrario, la relación con los padres y personas que rodean al niño se basa en exigencias, amenazas, castigos, presiones, acciones para hacer sentir culpa y casi no hay oportunidades para comunicarse, entonces se estará formando una autoestima baja.

La familia es el lugar donde se inician los sentimientos e ideas que uno tiene sobre sí mismo (autoestima).

Durante los primeros 5 o 6 años, la autoestima del niño se forma casi exclusivamente en la familia. Después, cuando empieza la escuela, intervienen otras influencias, pero la familia sigue siendo importante durante toda esta etapa y más tarde durante la adolescencia. De esta forma, las personas y situaciones con las que el niño se enfrenta más adelante, tienden

a reforzar los sentimientos de valor, o falta del mismo, que haya aprendido en el hogar. Así un niño de autoestima alta, puede sobreponerse a muchos fracasos escolares o con sus semejantes. Mientras tanto, un niño de autoestima baja, puede tener muchos éxitos y sin embargo seguirá sintiendo una duda constante respecto a su propio valor.

De lo anterior podemos concluir que la etapa en la que más aportaciones podemos hacer para formar una buena autoimagen de los niños es durante la infancia, la cual se debe reafirmar más adelante durante la adolescencia. Sin embargo es muy importante mencionar que **ES POSIBLE INCREMENTAR LA AUTOESTIMA SIN IMPORTAR LA EDAD.**

¿Cuáles son las cosas que debemos propiciar en casa para fortalecer la autoestima de nuestros hijos?

- Amar y respetar a los hijos tal como son
- Ser padres modelo para ellos (eduquemos con el ejemplo)
- Propiciar un ambiente democrático en el hogar; esto significa que tanto padres como hijos distribuyen responsabilidades a la medida de su madurez
- Integrar un hogar estable
- Fomentar la responsabilidad en los hijos
- Establecer reglas y límites en la familia

Es importante dejar al niño tomar sus propias decisiones. Si se equivoca, no debemos sancionar con un “yo te dije....”. Debemos orientar a los hijos fomentando la independencia, el respeto y el amor. Cuando el niño toma alguna decisión equivocada es la oportunidad para orientar y educar, es la ocasión para apoyarlo y que adquiera seguridad sobre sus actos, esto contribuirá a hacerlo responsable.

Los padres deben dar libertad a los niños de tomar sus decisiones y llevar a cabo sus tareas. Cuando realizan una tarea de manera adecuada, deben alentarlos con frases como “muy bien”, “este trabajo te quedó mejor que el anterior”, “cada vez lo haces mejor”. Por el contrario, cuando la actividad la realizó mal, los padres pueden utilizar frases que lo motiven a intentarlo de nuevo “Está mal, pero inténtalo de nuevo”, “Está mal, pero fíjate como debes hacerlo”, “Busquemos la respuesta correcta a este problema”, “Busquemos juntos la solución a esto”.

Como papás debemos promover la independencia de los hijos. Respetemos su individualidad. Lo anterior se fomenta con pequeñas acciones como dejar que elijan su ropa, lecturas, juegos, amigos, distribución de su tiempo libre, entre otras. En lo anterior siempre podemos orientarlo pero no imponer nuestras decisiones.

Es importante no comparar a los hijos entre sí. O no comparar a los hijos con

otros niños. También es muy importante no condicionar el amor de los padres a las acciones de los hijos.

Evite frases como:

- Eres tonto
- Ya no te quiero
- Nunca entiendes nada
- Te lo dije
- No serás capaz de lograrlo

La autoestima es resultado del autoconcepto que tiene el niño y del valor que cree tener. Para lograr que la autoestima sea positiva, desde pequeños debemos favorecer:

- Amor
- Respeto
- Confianza
- Responsabilidad
- Independencia
- buenas relaciones interpersonales

De esta forma el niño podrá tener una buena autovaloración, autorespeto y autoaceptación.”<http://discapacidadypsicologia.blogspot.com/2013/06/autoestima.html>

f. METODOLOGÍA

El presente trabajo investigativo, estará enmarcado en los postulados de los siguientes métodos y técnicas investigativas.

MÉTODOS

CIENTÍFICO: Se utilizará este método durante todo el proceso investigativo, ya que permitirá ir avanzado en orden y en forma sistemática el estudio, aplicando con objetividad los instrumentos investigativos, sin perder de vista los objetivos planteados. Este método, someterá el desarrollo de la tesis a un proceso organizado y dinámico, además, permitirá revisar la bibliografía referente a la TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD “SENDERO DE ALEGRÍA”.

ANALÍTICO-SINTÉTICO: Se recurrirá a este método, cuando se analice las técnicas investigativas en lo que tiene que ver a la Terapia Ocupacional. Posteriormente servirá para llegar a las conclusiones y recomendaciones y luego sintetizar o realizar la redacción del informe final de investigación.

INDUCTIVO-DEDUCTIVO: Para el estudio y análisis de los hechos particulares sobre la Terapia Ocupacional. Así mismo, también para tener un

referente sobre la Autoestima. Con los datos generales ya conocidos se podrá deducir las consecuencias particulares del desarrollo de valores.

DESCRIPTIVO: Este método permitirá realizar la descripción actual del problema en una forma clara y específica.

MODELO ESTADÍSTICO: Posibilitará la exposición de resultados. Se elaborarán cuadros y gráficos en base a los resultados obtenidos, lo que permitirá realizar el análisis e interpretación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

1) PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN BREVE (FICHA DE OBSERVACIÓN):

Tiene el propósito de conocer el grado de motricidad que mantiene los adolescentes del Centro Senderos de Alegría S

2) FICHA DE EVALUACIÓN: Elaborada y aplicada a las docentes del Centro. Para conocer el desempeño en las diferentes áreas.

3) TEST DE AUTOESTIMA: Se aplicará a los Adolescentes del Centro.

POBLACIÓN

La población con que se trabajará en la investigación será de 25 alumnos y 3 docentes:

INSTITUCIÓN	
DOCENTES	3
ADOLECENTES	25
TOTAL	28

Fuente: Centro de Rehabilitación para Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad Sendero de Alegría.
Elaboración: Johanna Elizabeth Vega Ojeda

g. CRONOGRAMA

Fecha Actividades	2014 – 2015										
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Presentación de Tema	X										
Elaboración de Proyecto		X X X X									
Presentación del Proyecto			X X								
Inclusión de Correcciones				X X X X							
Aprobación del Proyecto					X X						
Aplicación de Instrumentos						XX					
Tabulación de Resultados							XX				
Elaboración del Informe								XX			
Presentación de Tesis									XX		
Revisión y calificación de Tesis									X		
Inclusión de Correcciones										XX	
Sustentación Pública											X

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Maestras de los Centros Educativos
- ✓ Niños de los Centros Educativos
- ✓ Investigadora

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Libros de consulta
- ✓ Material de escritorio
- ✓ Impresora
- ✓ Anillados
- ✓ Internet

PRESUPUESTO

RUBRO DE GASTOS	VALOR
Adquisición de materiales	\$ 200.00
Movilización	\$ 208.00
Levantamiento de texto	\$ 221.00
Copias	\$ 80.00
Edición de la tesis	\$ 220.00
Empastado de la tesis	\$ 120.00
Internet	\$ 240.00
Imprevistos	\$ 71.00
TOTAL	\$ 1.360.00

Los gastos que demanda la realización de la presente tesis serán cubiertos en su totalidad por la autora de la investigación.

i. BIBLIOGRAFÍA

Aminah Clark, Harris Clemes, Reynold Bean Como desarrollar la autoestima en adolescentes: Edición 1

Editorial Madrid 2000

Barris R. Howe M.C. y Briggs.,

Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986.

Celia, Peny, Kulchych-, y Goodwin, 1988; Versluys, 1985.

D'Afflitti 1977; Gans, 1983; Power y Dell Orto, 1986; Versluys,

Gans, 1983; Kaplan, Smith, Grobstein y Fi.- - man, 1977; Palmer y cols., 1982; Versluys, 1980a

Palmer, Cantona y Wai, 1982; Power, 1985; Versluys, 1980a.

Salvador Simó. 1998

Curso "El rol de la Terapia Ocupacional en el campo Psicosocial".

Willard/Spackman. Terapia Ocupacional.

Ed. Panamericana 1998

Web- sites

Dra. Hortensia Gimeno Iñiguez

http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf

Dra. Hortensia Gimeno Iñiguez

http://www.terapia-ocupacional.com/Noticias/TO_Navarra.pdf

Mercedes Tress

<http://discapacidadypsicologia.blogspot.com/2013/06/autoestima.html>

j. ANEXOS:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

MODALIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

SOLICITO MUY COMEDIDAMENTE CONTESTAR EL PRESENTE TEST CUYO FIN ES DETERMINAR SI LA TERAPIA OCUPACIONAL INCIDE EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD “SENDEROS DE ALEGRÍA”

TEST DE AUTOESTIMA

PREGUNTAS A EJECUTAR:

1) Está satisfecho consigo mismo

SI () NO ()

2) A veces piensas tu que no eres bueno en nada

SI () NO ()

3) Posee algunas buenas cualidades

SI () NO ()

4) Es capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de personas

SI () NO ()

5) Se siente orgullos@ de las cosas que realiza a diario

SI () NO ()

6) A veces siente que es incapaz de actuar por sí mismo

SI () NO ()

**7) Tiene la sensación que es una persona que tiene igual derechos que
la mayoría de la gente**

SI () NO ()

8) Se respeta a sí mismo

SI () NO ()

**9) En definitiva, tiende a pensar que es incapaz de realizar actividades
diarias**

SI () NO ()

10) Tiene una actitud positiva hacia sí mismo

SI () NO ()

PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN BREVE AMPS

DATOS DEMOGRÁFICOS.

CLIENTE: _____ EXAMINADOR: _____

TAREA: _____ TAREA: _____

EDAD: _____ DIAGNÓSTICO: _____

RAZA: ___ BLANCA ___ NEGRA ___ HISPANA ___ ASIÁTICA ___ AMERICANO NATIVO

SEXO: ___ MASCULINO ___ FEMENINO

VERSIÓN MANUAL AMPS UTILIZADO PARA LA CALIFICACIÓN: _____

FORMA DE OBSERVACIÓN: ___ OBSERVACIÓN DIRECTA FECHA: _____

___ OBSERVACIÓN DE VIDEO FECHA: _____

EQUIPAMIENTO ADAPTADO: ___ SILLA DE RUEDAS ___ BASTÓN ___ ANDADOR

___ OTROS (ESPECIFICAR) _____

ÁMBITO: ___ HOGAR/RESIDENCIA ___ CLÍNICA

DESVIACIONES DE LA TAREA ESPECIFICADA: _____

NÚMERO DE TAREAS OBSERVADAS: ___ UNA ___ DOS ___ TRES ___ OTRAS

CONSIDERANDO LO QUE USTED SABE DEL CLIENTE, ¿CÓMO JUZGARÍA LA CAPACIDAD FUNCIONAL TOTAL DEL CLIENTE?

- ¿EL CLIENTE PUEDE/PODRÍA VIVIR INDEPENDIEMENTE EN LA COMUNIDAD?
- ¿EL CLIENTE NECESITA ASISTENCIA MÍNIMA/SUPERVISIÓN PARA VIVIR EN LA COMUNIDAD?

- ¿EL CLIENTE NECESITA ASISTENCIA MODERADA O MÁXIMA O ES INCAPAZ DE VIVIR EN LA COMUNIDAD?

HOJA DE CALIFICACIÓN AMPS

COMPETENTE=4 DUDOSO=3 INEFICAZ=2 DÉFICIT=1

POSTURA

ESTABILIZA 4 3 2 1

ALINEA 4 3 2 1

POSICIONA 4 3 2 1

MOVILIDAD

CAMINA 4 3 2 1

ALCANZA 4 3 2 1

SE INCLINA 4 3 2 1

COORDINACIÓN

COORDINA 4 3 2 1

MANIPULA 4 3 2 1

FLUYE 4 3 2 1

FUERZA Y ESFUERZO

SE MUEVE 4 3 2 1

TRANSPORTA 4 3 2 1

LEVANTA 4 3 2 1

CALIBRA 4 3 2 1

PRENSIÓN 4 3 2 1

ENERGÍA

RESISTE 4 3 2 1

RITMO 4 3 2 1

ATIENDE 4 3 2 1

UTILIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO

ELIGE 4 3 2 1

UTILIZA 4 3 2 1

TRATA 4 3 2 1

ATIENDE 4 3 2 1

INDAGA 4 3 2 1

NOTIFICA 4 3 2 1

ORGANIZACIÓN TEMPORAL

INICIA 4 3 2 1

CONTINÚA 4 3 2 1

SECUENCIA 4 3 2 1

TERMINA 4 3 2 1

ESPACIO Y OBJETOS

BUSCA 4 3 2 1

OBTIENE 4 3 2 1

ORGANIZA 4 3 2 1

RESTAURA 4 3 2 1

ADAPTACIÓN

SE ACOMODA 4 3 2 1

SE AJUSTA 4 3 2 1

SE UBICA 4 3 2 1

SE BENEFICIA 4 3 2 1

INDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ESQUEMA DE CONTENIDOS	vii
a. TÍTULO.....	8
b. RESUMEN.....	9
SUMMARY	10
c. INTRODUCCIÓN.....	11
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	15
e. MATERIALES Y MÉTODOS	47
f. RESULTADOS.....	51
g. DISCUSIÓN.....	84
h. CONCLUSIONES.....	86
i. RECOMENDACIONES.....	87
LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS.....	89
j. BIBLIOGRAFÍA	106
k. ANEXOS	108
Proyecto.....	108
INDICE	178