



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera Psicología Clínica

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título

PSICOTERAPIA INTRAEGTIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS
TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016

Autora

María Lorena Montes Betancourt

Tutor

MBA. Máximo Tubay Moreira

Lector

Msc. Héctor Plaza Albán

**INFORME FINAL DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

Quevedo- Ecuador

2016



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
EXTENSION QUEVEDO

EL TRIBUNAL EXAMINADOR OTORGA AL PRESENTE TRABAJO

TEMA:
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS
TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016

DE LA EGRESADA
MARÍA LORENA MONTES BETANCOURT

LA CALIFICACION DE 9
EQUIVALENTE: NUEVE

TRIBUNAL

DR. JOSÉ DUARTE MACÍAS

DELEGADO DEL DECANO DE LA FCCJJSSEE

MSC. MARIO PROCEL AYALA

PROFESOR ESPECIALIZADO

MSC. PATRICIA JADAN
DELEGADO DEL H.C.D

AB. ISELA BERRUZ MOSQUERA
SECRETARIA (E) DE LA FCCJJCCEE

DEDICATORIA

Sucedá lo que suceda en tu vida, no desistas, sigue avanzando, nunca bajes los brazos, siempre en alguna curva encontraras el sol de nuevo y sentirás tus piernas fuertes y con ganas de seguir andando.

Este trabajo, lo dedico a todas las personas que estuvieron junto a mí en todo este proceso, en primer lugar a Dios por permitirme seguir de pie y bendecirme con personas tan excepcionales en mi vida. A mis padres GUIDO Y ROSARIO que han sido el pilar fundamental en todo el camino de mi vida ya que sus esfuerzos han sido los responsables de todos mis logros, a mis hermanos MARTIN y ALFONSO, a mi esposo MARLON por su amor y apoyo incondicional, a mi hijo MARLON GERMAN quien han compartido todo este proceso llenándome de fuerza con su ternura y cariño.

María Lorena Montes Betancourt

AGRADECIMIENTO

De manera profunda agradezco a la Universidad Técnica De Babahoyo extensión Quevedo, a la Carrera de Psicología Clínica y a todos sus catedráticos por ser ellos quienes me formaron y me impartieron sus conocimientos, a los docentes quienes leyendo, corrigiendo y dándome ánimo supieron guiarme hasta su conclusión.

Al Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Buena Fe, al personal del Departamento de Desarrollo Social en Convenio con el MIES y su Proyecto “NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, quienes aportaron con un granito de arena para poder realizar esta investigación.

María Lorena Montes Betancourt



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica

CERTIFICADO DE AUTORÍA

Yo, **MARÍA LORENA MONTES BETANCOURT**, con cédula de ciudadanía N° 1204318032, egresada de la facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación, especialización Psicología Clínica declaro que soy la autora material e intelectual del Informe Final de Investigación titulado, “PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016”, mismo que es auténtico y personal.

Todo lo académico y legal que se desprende del presente trabajo de investigación, es de absoluta responsabilidad de la autora

Egresada: María Lorena Montes Betancourt

C.C: 1204318032



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

EXTENSIÓN QUEVEDO

**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica**

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

MARÍA LORENA MONTES BETANCOURT, autora del trabajo de grado, titulado **“PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016”** autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo a:

Publicar el trabajo de grado en el repositorio que lo requiere, tanto en su versión digital como impresa, dejando expresa voluntad que renuncio a recibir emolumento alguno por su publicación.

María Lorena Montes Betancourt
C.C: 1204318032



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica

CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DE TUTOR DEL INFORME
FINAL DE INVESTIGACIÓN

En mi calidad de Tutor del Informe Final de Investigación, designado por el Consejo Directivo, certifico que la Sra. María Lorena Montes Betancourt ha desarrollado el trabajo de grado titulado:

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo a la mencionada estudiante, reproduzca el documento definitivo, presente a las autoridades de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a su exposición, ante el tribunal de sustentación designado.

MBA. Máximo Tubay Moreira.
DOCENTE DE LA FCJSE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica

CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DE LECTOR DEL INFORME
FINAL DE INVESTIGACIÓN

En mi calidad de Lector del Informe Final de Investigación, designado por el Consejo Directivo, certifico que la Sra. María Lorena Montes Betancourt ha desarrollado el trabajo de grado titulado:

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo a la mencionada estudiante, reproduzca el documento definitivo, presente a las autoridades de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a su exposición, ante el tribunal de sustentación designado.

Msc. Héctor Plaza Albán
DOCENTE DE LA FCJSE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica
CERTIFICACIÓN URKUND

MBA. Máximo Tubay Moreira
DOCENTE UTB EXT. QUEVEDO

Ver más vistas de documentos Comenzar a usar FIREFOX Galería de web sites Sitios sugeridos

URKUND

Documento	Informe Final Lorena.docx (D23433923)
Presentado	2016-11-17 23:49 (-05:00)
Presentado por	maximotubay@gmail.com
Recibido	mtubay.utb@analysis.arkund.com
Mensaje	Mostrar el mensaje completo

7% de esta aprox. 24 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 7 fuentes.

En mi calidad de Tutor del Informe Final de Investigación de autoría de la Sra. **MARÍA LORENA MONTES BETANCOURT**, con **C.I. 1204318032** egresada de la Carrera de Psicología Clínica, Extensión Quevedo, denominado: **“PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016”**, certifico haber dirigido, asesorado y revisado en el sistema URKUND todas las partes, de la tesis. Además, encuentro que se ha realizado todo el proceso investigativo de acuerdo a las exigencias metodológicas–técnicas existentes para este nivel de estudio, por lo que autorizo su presentación, sustentación, defensa y tramitación ante los Organismos Universitarios correspondientes.

Es todo lo que pudo certificar en honor a la verdad.

23 Noviembre, del 2016

MBA. Máximo Tubay Moreira
TUTOR DEL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

INDICE

CONTENIDO	Págs.
PAGINAS PRELIMINARES	
Título o Portada	i
Certificación de Autoría	ii
Certificado final de aprobación del tutor del proyecto de tesis	iii
Certificado final de aprobación del lector del proyecto de tesis	iv
Índice General	v
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO UNO	
1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2. MARCO CONTEXTUAL	3
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.4.1. Problema General de investigación	6
1.4.2. Problemas derivados	6
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.6. JUSTIFICACIÓN	8
1.7. OBJETIVOS	9
CAPÍTULO DOS	
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Marco Conceptual	11
2.1.1. Las psicoterapias	11
2.1.2. El Enfoque Psicoterapéutico Integrativo-Multidimensional	11
	ix

2.1.3. Terapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de dolor Crónico	12
2.1.4. Modelo conductual	13
2.1.5. Modelo cognitivo	13
2.1.6. La salud mental en la atención primaria	14
2.1.7. ¿Qué es la salud mental?: Un modelo conceptual	15
La salud mental, las enfermedades mentales y sus determinantes	15
2.1.8. Las personas con discapacidad en el plano internacional	16
2.1.9. La educación de las personas con discapacidad	17
2.2. Marco Referencial Sobre La Problemática De Investigación	18
2.2.1. El modelo psicopatológico	18
2.2.2. Psicología Integrativa. Un enfoque holístico	19
2.2.3. Fundamentos de la psicoterapia integrativa multidimensional	20
2.2.4. Interacciones e intervenciones en la relación Consultante-Psicoterapeuta: Cambios y resultados	21
2.2.5. Las fortalezas, virtudes, capacidades y recursos en psicoterapia	22
2.2.6. Promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales	23
2.2.7. La carga económica de los trastornos mentales	24
2.2.8. Fomento de la inclusión social de las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas y protección de sus derechos fundamentales y su dignidad	25
2.2.9. Trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual	26
2.2.10. Procesos de orientación para la inserción sociolaboral de personas con especiales dificultades de acceso al mercado de trabajo	27
2.3. Postura Teórica	29-32

2.4.	Hipótesis	33
2.4.1.	Hipótesis general	33
2.4.2.	Hipótesis Específicas	33
CAPÍTULO TRES		
3.	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN	34
3.1.	Análisis e Interpretación de datos	34
3.1.1.	Pruebas estadísticas aplicadas	35-40
3.2.	CONCLUSIONES	41
3.3.	RECOMENDACIONES	42
4.	PROPUESTA DE APLICACIÓN	44
4.1.	Propuesta de aplicación de resultados	44
4.1.1.	Alternativa obtenida	44
4.1.2.	Alcance de la alternativa	44
4.1.3.	Aspectos básicos de la alternativa	45
4.2.	Antecedentes	45
4.3.	Justificación	46
4.4.	Objetivos	47
4.4.1.	General	47
4.4.2.	Específicos	47
4.5.	Estructura general de la propuesta	48
4.5.1.	Título	48
4.5.2.	Componentes	49-61
	Resultados esperados	62

BIBLIOGRAFÍA	63-65
Anexos	66
Cronograma	66
Gráficos y cuadros estadísticos	70-87

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de Habilidades Sociales se está expresando que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables. El término habilidad es equivalente a destreza, diplomacia, capacidad, competencia, aptitud y al asociarlo con lo social nos conduce a acciones de uno con los demás y de los demás para con uno.

Las Habilidades Sociales comprenden dos aspectos vinculantes la asertividad y autoestima, en tal sentido emplear un programa orientado a adolescentes resulta acertado, porque en esta etapa del desarrollo, la personalidad se construye y afianza. El tener un autoconcepto positivo, favorece el sentido de la propia Identidad, constituye un marco de referencia desde el cual interpretar la realidad externa y las propias experiencias. El autoconcepto influye en el rendimiento, condiciona las expectativas, la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquico.

En la presente investigación titulada Psicoterapia integrativa y la salud mental en las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos El Presente”, cantón Buena Fe, se pretendió conocer la realidad en la cual se están desarrollando las personas con discapacidad, si hay un adecuado manejo y conocimiento sobre las adaptaciones ambientales en pro de una mejor atención tanto dentro como fuera de la institución, como respuesta a un adiestramiento inclusivo que posibilite los mayores logros para todos.

Todo esto, en búsqueda de un cambio de actitud por parte de las personas encargadas del cuidado al dejar de emplear materiales como elementos únicos, rompiendo así con esquemas tradicionales, que favorecerá a que las personas con discapacidad sean atendidas de forma global por medio de las adaptaciones de acuerdo a su discapacidad.

CAPÍTULO

I

1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016

1.2. MARCO CONTEXTUAL

Las Discapacidades pueden comprender dos aspectos vinculantes la asertividad y autoestima, por ello es necesario utilizar un programa orientado a las personas con estas características, porque en su desarrollo, la personalidad se construye y afianza. El tener un autoconcepto positivo, favorece el sentido de la propia Identidad, constituye un marco de referencia desde el cual interpretar la realidad externa y las propias experiencias. El autoconcepto influye en el rendimiento, condiciona las expectativas, la motivación y contribuye a la salud mental y al equilibrio psíquico. Las Habilidades Sociales están en el centro del acontecer personal y social de todo individuo.

Toda persona con discapacidades tiene la necesidad y el derecho de jugar, de ser querido, respetado y amado, de contribuir y participar en las actividades de su hogar en la medida de sus posibilidades, de explorar el medio, medir sus fuerzas, jugar al aire libre, de tomar parte en las actividades de la comunidad, expresar sus opiniones, ser oído, que se consideren y respeten sus puntos de vista, de ir a la escuela, al trabajo, a la recreación, al deporte, a la expresión artística, tomando en consideración sus niveles intelectivos y grados de desarrollo.

La Psicoterapia Integrativa se centra en la dinámica y el potencial de dichas relaciones humanas, su objetivo es modificar y cambiar las relaciones generadoras de conflicto consigo mismo y con los otros, en ayudar a las personas que están en crisis debido a sus discapacidades afianzando su búsqueda de significado y propósito en la vida, haciendo hincapié en la capacidad de las personas para ir más allá de sí mismos dándose cuenta de su verdadera naturaleza y su competencia personal.

La atención a las personas con discapacidad en el Ecuador se ha caracterizado como en los problemas sociales, por ser de baja cobertura y

deficiente calidad, asentada básicamente en las acciones del sector privado y en algunas instituciones del sector público que ha asumido su responsabilidad desde hace unas dos décadas. En efecto, la atención de las personas con discapacidad se inicia hace aproximadamente medio siglo, por iniciativa de padres de familia y organizaciones privadas, bajo los criterios de caridad y beneficencia; a través de las incipientes organizaciones de personas ciegas y sordas, quienes lograron progresivamente organizarse y atender a sus asociados.

Se calcula que en el mundo hay más de 1000 millones de personas con discapacidad; entre 110 millones y 190 millones de ellas afrontan dificultades de consideración. La suma total corresponde a un 15% de la población mundial y es mayor que las estimaciones anteriores de la OMS en los años setenta, que indicaban una proporción de un 10%. Por si fuera poco, la prevalencia de la discapacidad está aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento mundial de las enfermedades crónicas. En Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, según se informó en el mes de Julio del 2012 por parte de la Vicepresidencia de la República tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país.

Como conclusión, la discapacidad no es un fenómeno puramente biológico ni un concepto social sino el resultado de interacciones entre las enfermedades y factores ambientales y personales (OMS, 2001). Puede ocurrir en tres niveles: deficiencia funcional o estructural del cuerpo humano; limitación de la actividad, como la incapacidad de leer o desplazarse; restricciones a la participación en la sociedad, como la exclusión de la escuela o el trabajo.

1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El trabajar en las habilidades sociales con personas con discapacidades ha contribuido a mejorar la autoestima, la asertividad y la autoeficacia. Este trabajo incluye el abordaje preventivo, más aún, si en el proceso se han encontrado rasgos de personalidad conflictiva como: agresividad, evitación o conductas inhibidas, que al no ser tratadas o resueltas oportunamente se convertirán en un “lastre” que dificultarán el aprovechamiento de oportunidades de éxito y de una vida plena

La sociedad civil al igual que las instituciones, organizaciones, ONGs y el Estado mismo deberán romper aquellas barreras impuestas a las personas con discapacidad para procurar su inclusión a través de la accesibilidad a un empleo digno; incentivándolos en el desarrollo del deporte, la música, el arte y la recreación como complemento para su desarrollo físico e intelectual. Considerando que se deben llevar a cabo una serie de acciones por parte de los involucrados en el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

Factor necesario en este proceso es aplicar las leyes, normas, reglamentos que procuran la viabilidad de las actividades que se ejecuten en bien de las PCD, al igual que a los grupos de atención prioritaria y enfermos catastróficos que forman parte de la sociedad ecuatoriana, tomando en cuenta que el Ecuador es un país plurinacional, intercultural y multiétnico y que en su territorio cada uno de estos diferentes grupos tienen su propia forma de actuar y desarrollarse.

Con esto se debe poner sobre la mesa de discusión los diferentes temas que aquejan a las personas con discapacidad que muchas de las veces enfrentan condiciones más adversas especialmente en el sector rural.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.4.1. Problema General o Básico

- ¿Cuáles son los beneficios de la Psicoterapia Integrativa en la salud mental de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”?

1.4.2. Sub-problemas o Derivados

- ¿Cuáles son los resultados de la aplicación de la psicoterapia integrativa en la salud mental de las personas con discapacidades?
- ¿Cuál es la situación actual de la salud mental de las personas con discapacidades en el programa “Nosotros También Somos el Presente”?
- ¿De qué manera la aplicación de la Psicoterapia Integrativa mejoraría la salud mental de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”?

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

AREA: Psicología Clínica

CAMPO: Psicoterapia Integrativa

ASPECTO: Salud mental en las personas con discapacidades

Problema:

¿Cuáles son los beneficios de la Psicoterapia Integrativa en la salud mental de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”?

Tema de investigación

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL PROGRAMA “NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS EL PRESENTE”, CANTÓN BUENA FE, AÑO 2016

Delimitación temporal

Junio 2016– Diciembre 2016

La investigación se realizó en el programa municipal “Nosotros También Somos El Presente”, en el cantón Buena Fe, provincia de, Los Ríos, año 2016

1.6. JUSTIFICACIÓN

La relación es una de las principales necesidades de los seres humanos y están influenciadas por las fuerzas de la sociedad y el inconsciente, y en algunos casos son negativos y destructivos. La relación genera una amplia gama de satisfacciones, si esta necesidad no se satisface adecuadamente sus consecuencias se manifestarán de diversas maneras: sentimientos, conductas, mecanismos defensivos, de allí para que una respuesta sea satisfactoria se requiere contar con los otros que respondan a la necesidad de interrelación, como único modo de contacto interpersonal entre los seres humanos.

El presente trabajo de investigación persiguió destacar la ayuda de la Psicoterapia con enfoque Integrativa en la salud mental de las personas con discapacidades, ya que esta tiene en cuenta muchos puntos de vista del funcionamiento humano. El enfoque psicodinámico, la terapia familiar y la auto-psicología psicoanalíticas son enfoques contemplados dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos.

Cada uno proporciona una explicación parcial de la conducta y cada uno se ve mejorado cuando se integra de forma selectiva con otros aspectos del enfoque del terapeuta. La Psicoterapia integrativa es elemental en estos procesos debido a que no trata de cambiar a la persona, sino intenta a través de un proceso, que se reconozca las partes sanas y saludables de sí mismo, sus fortalezas que al integrarse den como resultado una satisfactoria interrelación personal, más aún en etapas de formación de la personalidad como la adolescencia.

1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. Objetivo general

- Determinar los beneficios de la aplicación de la Psicoterapia Integrativa en la salud mental de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”, cantón Buena Fe, año 2016

1.7.2. Objetivos específicos

- Inquirir sobre los resultados de la aplicación de la psicoterapia integrativa en la salud mental de las personas con discapacidades
- Valorar la situación actual de la salud mental de las personas con discapacidades en el programa “Nosotros También Somos el Presente”
- Recomendar la aplicación de la Psicoterapia Integrativa para la mejora de la salud mental en las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”

CAPÍTULO

II

2. MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. Las psicoterapias

Un procedimiento, para ser considerado psicoterapéutico, debe basar sus intervenciones en una teoría científica del funcionamiento y del cambio conductual/psicológico de las personas y presentar un conjunto organizado de técnicas, capacidades o formas de promover una mejora en las condiciones que generan el motivo de consulta del paciente. Desde ya que no es una tarea simple elaborar un criterio claro de demarcación, pero mientras esto no se haga, sigue aumentando la oferta de dispositivos "psicoterapéuticos" de dudosa procedencia teórica y sin probada aplicabilidad clínica que se presentan como opciones de atención en salud mental, sin informar a los pacientes de la existencia de otros tratamientos (Benito, 2008).

2.1.2. El Enfoque Psicoterapéutico Integrativo-Multidimensional

La psicoterapia integrativa adopta una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que declara el valor inherente de cada individuo. Es una psicoterapia de unificación que responde de manera apropiada y eficaz a la persona en el plano afectivo, conductual cognitivo y fisiológica de su funcionamiento, con sus aspectos sociales, sistémicos y transpersonales, pues también trata la dimensión espiritual de la vida. El término integrativo se refiere al proceso de integrar aspectos de la personalidad en el individuo en tratamiento; proceso de crear totalidad (Cornejo, Barros, & Barros, 2015).

El individuo es una entidad dinámica que se adentra y reestructura progresivamente al interior del medio en el que vive. Existe una relación

bidireccional e influencia recíproca individuo-ambiente; desde ahí se explica la conducta humana, desde una dinámica relacional individuo-multisistemas. Se alude, en este sentido, a la flexibilidad del terapeuta en la utilización de distintas técnicas y recursos de los distintos enfoques de la psicoterapia, para individualizar, luego, el tratamiento del paciente (Cornejo, Barros, & Barros, 2015).

La estructura conceptual que organiza la psicoterapia integrativa multidimensional es el modelo ecológico, propuesto por Bronfenbrenner, en el que se propone que la realidad familiar, social y cultural deben concebirse organizadas en un sistema articulado, compuesto por distintos subsistemas que, a su vez, se relacionan entre sí de modo dinámico. Dentro del entorno ecológico existen subsistemas que componen a la persona y a su realidad (Cornejo, Barros, & Barros, 2015).

2.1.3. Terapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de dolor Crónico

Se utiliza en el manejo de enfermedades crónicas con o sin dolor crónico asociado, se ha utilizado este enfoque en pacientes oncológicos y no oncológicos; enfermedades reumatológicas y psiconeuroinmunes; puesto que permite una visión holística del sujeto y su entorno. Este enfoque, al abordar todos los ámbitos de la vivencia individual, permite plantear múltiples focos de enfrentamiento personalizados. Como visión, es interesante mencionar que implica una mirada del individuo como ser único, humanizando la forma de tratamiento y también la conceptualización: es un sujeto que sufre dolor crónico y no es un tratamiento del dolor. (Cornejo, Barros, & Barros, 2015)

2.1.4. Modelo conductual

De acuerdo a este modelo, la patología se define como una forma de comportamiento aprendida que se desarrolla según las mismas leyes que gobiernan la conducta normal. Se considera que a través de una historia de aprendizaje una forma de proceder puede llegar a ser desadaptativa para el paciente, en tanto no le permite desempeñarse en su vida como quisiera, provocándole sufrimiento (Benito, 2008).

El tratamiento comienza con la realización de un análisis funcional de la conducta, es decir, registrando el comportamiento del paciente en el contexto de su vida cotidiana. Luego, se diseña con él y de acuerdo a sus necesidades, un programa de procedimientos de reaprendizaje dirigido de manera específica a la modificación, disminución o eliminación de sus síntomas (Benito, 2008).

2.1.5. Modelo cognitivo

El modelo cognitivo surge principalmente de los desarrollos de los psicólogos estadounidenses Albert Ellis, quien en 1955 crea la terapia racional emotiva y Aaron Beck, mentor de la terapia cognitiva, en el año 1960. Esta perspectiva se centra en los procesos de pensamiento y en cómo éstos pueden afectar la forma en que el paciente construye su experiencia del mundo, conduciéndolo a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales (Benito, 2008).

El tratamiento, especialmente a través de la técnica de reestructuración cognitiva, aborda en primera instancia los pensamientos más superficiales que tiene la persona, llamados “pensamientos automáticos”, para luego abocarse a la revisión y modificación de los esquemas y creencias menos concientes que marcan su estilo de interpretación de la realidad,

generando junto a ella nuevas formas de significación de la experiencia que no le generen malestar (Benito, 2008).

2.1.6. La salud mental en la atención primaria

De modo consistente con el principio de que las prestaciones de salud mental deben ser colocadas en igualdad de situación con las prestaciones generales de salud, los países pueden formular legislación que asegure la introducción de intervenciones de salud mental en la atención primaria de salud. En países de bajos recursos, con aguda escasez de profesionales de salud mental, la prestación de servicios de salud mental a través de la atención general de salud es la estrategia más viable para mejorar el acceso de la población carenciada a los servicios de salud mental (Freeman, Pathare, Drew, Funk, & Saraceno, 2006).

La atención integrada puede facilitar la reducción del estigma asociado con requerir asistencia de servicios de salud mental estructurados verticalmente, de modo que puede mejorarse la accesibilidad. Sin embargo, es claro que la legislación no puede poner en funcionamiento las disposiciones si la infraestructura y el personal no han sido preparados y colocados en su lugar. Por ejemplo, debe entrenarse al personal para tratar con trastornos mentales, y la medicación debe estar disponible (Freeman, Pathare, Drew, Funk, & Saraceno, 2006).

2.1.7. ¿Qué es la salud mental?: Un modelo conceptual

La salud mental se define como un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativos (p. ej., ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción). También, es un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia,

autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental) (Houtman & Kompier, 2000)

Es un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso. Es lo que ocurre en el agotamiento, así como en las psicosis, los trastornos depresivos mayores, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas. No obstante, estos dos últimos se consideran a menudo problemas neurológicos, puesto que pueden existir procesos fisiopatológicos (p. ej., degeneración de las vainas de mielina) debidos a un afrontamiento ineficaz o al propio factor estresante (consumo de alcohol o exposición profesional a disolventes, respectivamente) subyacentes a ellos (Houtman & Kompier, 2000).

2.1.8. La salud mental, las enfermedades mentales y sus determinantes

La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. Se consideran enfermedades mentales los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión (Comisión Europea, 2005).

La salud mental está condicionada por múltiples factores, entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida) (Comisión Europea, 2005).

2.1.9. Las personas con discapacidad en el plano internacional

Al mismo tiempo que se ha ido cambiando el modo de entender la discapacidad, también ha ido evolucionando la perspectiva en su abordaje en el plano internacional. Superando enfoques médicos o asistenciales, se ha avanzado en la conceptualización de la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos y de igualdad de oportunidades (Fernández, 2004) *citado por* (Lauzurika, Paulí, & Luis, 2009)

Pese a que los derechos de las personas con discapacidad están reconocidos en diversos documentos internacionales, lo realmente importante es garantizar el ejercicio de esos derechos en condiciones de igualdad; para ello se debe erradicar toda forma de discriminación directa o indirecta. Es necesario eliminar todas las barreras existentes para el disfrute de los derechos humanos, ya sea mediante la igualdad material o formal, la no discriminación o la acción positiva (Lauzurika, Paulí, & Luis, 2009).

En el ordenamiento jurídico internacional se ha transitado de una situación de negación de derechos o de su ejercicio, en la que la persona con discapacidad es objeto de asistencia, a otra en la que esos derechos se reconocen y la persona con discapacidad es sujeto de derechos humanos. Este reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad se ha hecho, bien mediante la interpretación de instrumentos de carácter general, o bien por el establecimiento de instrumentos o cláusulas específicas (Lauzurika, Paulí, & Luis, 2009).

2.1.10. La educación de las personas con discapacidad

Pese a ser un elemento esencial, la educación no siempre ha favorecido la integración y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, así se han construido sistemas paralelos de educación. De

un lado “la escuela común, normal, diseñada y organizada según un marco cronológico, curricular, didáctico para la normalidad sienta, en consecuencia, las bases de una supuesta anormalidad” (Lauzurika, Paulí, & Luis, 2009)

El objetivo común de la educación es de que todas y todos los alumnos aprendan y desplieguen al máximo su potencial La Educación Inclusiva es un elemento indispensable del derecho a la educación de las personas con discapacidad, pues ésta trata de evitar la exclusión de todos los educandos, incluidos aquellos con discapacidad (Muñoz, 2007) ***citado por*** (Lauzurika, Paulí, & Luis, 2009).

2.2. Marco Referencial sobre la problemática de investigación

Antecedentes investigativos

2.2.1. El modelo psicopatológico

Cuando una persona experimenta un malestar y realiza una consulta buscando ayuda para ello, nos encontramos con un fenómeno en el que:

a) La persona tiene la sensación de que algo en ella no funciona de acuerdo con lo esperado o lo deseado. Toda experiencia disfuncional es eminentemente subjetiva y se corresponde con una manera particular de percibir la realidad. Por lo general, el hecho de consultar está asociado con la expectativa que el paciente (o quien lo representa en la demanda) tiene de que es posible mejorar la situación que envuelve su padecimiento. O al menos, que es posible obtener algún paliativo para su sufrimiento (Fernández, 2009).

b) El paciente cree, con frecuencia, que su experiencia puede contrastarse con la de otras personas. Si esto se confirma, es posible

establecer criterios comparativos sobre diversos aspectos de su disfunción como la intensidad del padecimiento, las consecuencias que tiene para su vida u otros factores asociados. También suele ocurrir que algunos pacientes consideran que su problema es único, al menos, muy inusual. En cualquier caso, realizar las contrastaciones correspondientes cumple el importante papel de contar con enunciados referenciales respecto del problema presentado. (Fernandéz, 2009).

c) Existe la presunción de que el receptor de la consulta es un experto que posee el conocimiento adecuado y maneja con idoneidad el instrumento que puede servir para los fines que se pretenden. Los intercambios que tienen lugar entre los participantes ocurren bajo un marco cultural de normas y valores que regulan y legitiman los términos con que se habrá de desarrollar la práctica y contribuyen a evaluar la efectividad de la asistencia (Fernandéz, 2009).

2.2.2. Psicología Integrativa. Un enfoque holístico

En el desarrollo histórico de la Psicología y la Psiquiatría han existido diferentes enfoques y escuelas con importantes aportaciones al desarrollo de ambas especialidades, pero cuando se habla de Psicología Integrativa, pretendemos valorar al hombre de una forma holística, aceptando su naturaleza integral como ser físico, psicológico, espiritual y social en estrecho vínculo con su medio social y natural. La concepción holística integra la medicina como una unidad e insiste en la integración cuerpo-mente, no valora enfoques psicológicos y biológicos por separado, se valora una visión integral del ser humano, el enfoque integrativo por lo tanto tiene que ser contextual y transdisciplinario, ya que considera al hombre como un sistema en estrecha relación con su medio social y natural (Rodríguez R. , 2006).

Un enfoque holístico no sólo contempla los aspectos de los movimientos importantes de la psicología, sino que tiene que tener presente los adelantos y el desarrollo alcanzado en las neurociencias, la bioquímica, la genética, la psiconeuroinmunoendocrinología, los factores socioculturales y del medio ambiente y los aspectos espirituales de los valores, las creencias, la inteligencia emocional, dentro de un marco ético y donde los aportes de la teoría del pensamiento complejo, el contexto, el enfoque dialéctico y transdisciplinario, completan el concepto de integralidad, donde siempre hay que valorar la complejidad del ser humano que lo hace ser multifacético y a su vez poco predecible, o sea, que integremos y construimos una totalidad a partir de partes diferentes (Rodríguez R. , 2006).

2.2.3. Fundamentos de la psicoterapia integrativa multidimensional

Las teorías psicológicas contemporáneas polarizan las explicaciones en relación con la conducta humana, centrándose en determinantes externos, internos o en su interacción. El trabajo psicoterapéutico demanda superar los planteamientos que representan los modelos mecanicistas y reduccionistas de causalidad; por ejemplo, el psicoanalítico, el cognitivo y el conductual (Lampropoulos et al., 2002) *citado por* (Novelo, 2008).

En el determinismo recíproco, la conducta y otros factores personales y ambientales actúan como determinantes que se hallan entrelazados. No se limita a afirmar que existe una interacción entre los factores personales y ambientales, sino que explica la conducta humana en términos de interacción recíproca y continua entre los determinantes cognitivos, conductuales y ambientales. Así, las personas y el medio se determinan en forma recíproca. Si bien, la conducta es regulada por sus contingencias, pero dichas contingencias son producidas en parte por el propio individuo (Novelo, 2008).

Dentro del ámbito psicoterapéutico, para cada cliente, la integración arroja como resultado un marco conceptual que sustenta la evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento a llevar a cabo con cada persona. La integración surge como una interconexión entre las dimensiones (por una parte) y por la reciprocidad de influencia (por la otra) (Corsi, 2005) ***citado por*** (Novelo, 2008).

2.2.4. Interacciones e intervenciones en la relación Consultante-Psicoterapeuta: Cambios y resultados

La relación terapéutica se va formando, se va construyendo a través de las sesiones, a través del tiempo en consulta, por medio de la confianza que logra propiciar el terapeuta hacia el consultante; todo esto es fundamental para generar cambios y resultados en todo proceso de psicoterapia. Las interacciones e intervenciones que están presentes en la relación consultante-psicoterapeuta darán la pauta para generar modificaciones en el consultante. Algo importante en Psicoterapia es no poner nada en medio y sentarme junto a la persona que está ahí (Gendlin, 1996) ***citado por*** (Rodríguez J. , 2015).

Esto facilita una interacción de mayor profundidad, donde el consultante se siente libre para expresarse, se siente en un ambiente de confianza donde sabe que es su espacio de seguridad, esto es propiciado a través de la interacción que se da en el proceso. El término de no poner nada en medio no solo hacer referencia de un impedimento físico (mesa, silla, etc.) sino más bien de quitar todo prejuicio personal del psicoterapeuta en relación al proceso y al consultante, buscar estar ahí para la persona, generando una interacción libre de juicios o expectativas, esto permite relacionarte a un mayor nivel de confianza (Rodríguez J. , 2015).

La psicoterapia es un tipo particularmente complejo de relación de ayuda, en donde intervienen un mundo de elementos a su alrededor: tanto teóricos, metodológicos, de concepción del cambio, y sobre todo están presentes dos personas con una concepción del cambio. Quien consulta, lo hace aquejado por algún síntoma, problema, alguna situación que le genera el deseo de pedir ayuda, que supone tiene alguna causación psicológica. Que el consultante sea capaz de mostrar su dolor psíquico, y que el terapeuta sea capaz de acogerlo empáticamente, y desde allí empezar su labor de ayuda psicológica, ha sido desde siempre el punto de partida de toda psicoterapia (Rodríguez J. , 2015).

2.2.5. Las fortalezas, virtudes, capacidades y recursos en psicoterapia

Desde un prisma orientado a las fortalezas y virtudes, aunque estas no se relacionen directamente con la intervención terapéutica en un momento del proceso terapéutico que así lo requiera, estas pueden crear el caldo de cultivo óptimo en el que orientar a los consultantes hacia el cambio. Por ejemplo, la creación de un campo de curiosidad, esperanza y flexibilidad mental en el contexto terapéutico puede abrir la puerta hacia otras formas de cambio conductual, cognitivo y/o emocional (Marañón, 2012).

El perdón puede suponer la reducción de la negatividad intrafamiliar dando paso al “espacio” necesario para la negociación y la colaboración. La primera preocupación del clínico es el diagnóstico del trastorno mental para elaborar un plan de tratamiento acorde al mismo. Mediante las clasificaciones actuales como la CIE-10, el DSM-IV-TR o la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente no se reconocen las potencialidades ni fortalezas de los individuos que acuden a consulta (Marañón, 2012).

Es difícil hacer de la Psicología Positiva un marco de intervención clínico por sí mismo. La articulación de sus supuestos en el contexto terapéutico de manera integral no es factible, ya que supone reducir la experiencia humana una sola de las partes de la que está compuesta. Sin embargo, si es posible tal y como hemos expuesto, enriquecer la sala de terapia mediante sus hallazgos e incorporar de manera explícita el trabajo con fortalezas y recursos. Esta incorporación de los puntos fuertes, las capacidades o los recursos no es ni mucho menos una aportación únicamente vinculable a la Psicología Positiva (Marañón, 2012)

Categorías de análisis

2.2.6. Promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales

Con la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales se hace frente a los factores determinantes relacionados con el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad en general reforzando los factores de protección (por ejemplo, la capacidad de recuperación y adaptación o «resiliencia») y disminuyendo los factores de riesgo. La salud mental está muy determinada por los primeros años de vida, de ahí que su promoción en la infancia y la adolescencia sea una inversión de futuro. Los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres aprendan a ser padres (Comisión Europea, 2005).

Un enfoque holístico de la escuela puede incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la depresión. Mientras que una buena salud mental aumenta la capacidad de trabajo y la productividad, unas malas condiciones de trabajo, en especial el acoso intimidatorio de los compañeros, son causa de problemas psíquicos, bajas por enfermedad y costes más elevados. Las intervenciones encaminadas a mejorar la capacidad individual y

reducir los factores de estrés en el entorno de trabajo potencian la salud y el desarrollo económico (Comisión Europea, 2005).

Las capas social y económicamente bajas de la población son más vulnerables a las enfermedades mentales. Quedarse sin trabajo y estar en paro son situaciones que pueden hacer perder la autoestima y caer en la depresión. Los inmigrantes y otros grupos marginados corren un riesgo mayor de padecer enfermedades mentales. Las intervenciones encaminadas a reintegrar a los parados en el mercado de trabajo pueden resultar rentables. Por lo demás, el apoyo a los grupos vulnerables puede mejorar la salud mental, reforzar la cohesión social y evitar las cargas sociales y económicas que estos problemas llevan aparejadas (Comisión Europea, 2005).

2.2.7. La carga económica de los trastornos mentales

Dada la prevalencia de los problemas de salud mental y de la dependencia de sustancias en adultos y jóvenes, no sorprende que exista una enorme carga emocional así como financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto. Los impactos económicos de las enfermedades mentales se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma - y, frecuentemente, de sus cuidadores - para trabajar, en la productividad en el ámbito de trabajo, en la contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo (OMS, 2004).

El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para

trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico. Afortunadamente, el costo del tratamiento se compensa como resultado de la reducción en el número de días de ausentismo y la productividad disminuida en el trabajo (OMS, 2004).

En virtud de la alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en adultos y jóvenes, la carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad es enorme. El impacto económico se refleja en el ingreso personal, la capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer contribuciones productivas a la economía nacional. La utilización de los servicios de atención y apoyo igualmente aumentan (OMS, 2004)

2.2.8. Fomento de la inclusión social de las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas y protección de sus derechos fundamentales y su dignidad

Las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete. El artículo 13 del Tratado CE establece un fundamento jurídico para la actuación de la Comunidad en la lucha contra la discriminación por razones, entre otras, de discapacidad (Comisión Europea, 2005).

También es necesario que cambien las actitudes de los ciudadanos en general, de los interlocutores sociales, de las autoridades públicas y de los gobiernos: una mejor concienciación con respecto a las enfermedades

mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas en la vida laboral, pueden generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad (Comisión Europea, 2005).

La desinstitucionalización de los servicios de salud mental y la prestación de estos servicios en la atención primaria, los centros locales y los hospitales generales, en consonancia con las necesidades de los pacientes y sus familiares, pueden favorecer la inclusión social. Los grandes hospitales psiquiátricos o manicomios pueden contribuir fácilmente a la estigmatización. En sus reformas de los servicios psiquiátricos, muchos países están pasando de las grandes instituciones psiquiátricas (en algunos nuevos Estados miembros, este tipo de instituciones constituyen la infraestructura preponderante de los servicios de salud mental) a los centros locales (Comisión Europea, 2005).

2.2.9. Trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual

El hecho de que los trastornos mentales estén infradiagnosticados y/o no reciban un tratamiento apropiado en las personas con discapacidad intelectual está motivado principalmente por varios factores. En primer lugar, los profesionales y personal de servicios relacionados con la DI no reciben generalmente formación específica sobre los problemas de salud mental en esta población. Esta falta de información puede hacer que se atribuya a la discapacidad intelectual síntomas propios de un trastorno mental. Por otro lado, existe el problema de la heterogeneidad en cuanto a la presentación de los síntomas del trastorno mental (FEAPS , 2007).

Como en todos los sujetos, la presentación de los síntomas de un trastorno mental dependerá de los niveles cognitivos, comunicativos, físicos, de funcionamiento social, historia personal, contexto cultural y de sus influencias medioambientales. Sin embargo, en las personas con DI la

presentación del trastorno se ve especialmente mediada por el grado intelectual alcanzado y por la capacidad de comunicación verbal del sujeto (FEAPS , 2007).

Mientras que en las personas con DI ligero y una buena comunicación verbal el trastorno mental puede presentarse de forma muy similar aunque menos compleja que en los adultos con intelecto normal, en el caso de las personas con DI moderada o grave y con menor o nulo nivel capacidad de comunicación verbal, los trastornos mentales pueden presentarse como perturbaciones y regresiones de la conducta, señales físicas y/o quejas inespecíficas (FEAPS , 2007).

Un último factor que incide en el infradiagnóstico y en la falta de tratamiento de los trastornos mentales en las personas con DI y del que posteriormente hablaremos con más detalle es la carencia histórica que los profesionales dedicados a la DI han encontrado en cuanto a la disponibilidad, especificidad y fiabilidad de instrumentos para el diagnóstico y de evaluación del trastorno mental y los trastornos de conducta en personas con DI (FEAPS , 2007).

2.2.10. Procesos de orientación para la inserción sociolaboral de personas con especiales dificultades de acceso al mercado de trabajo

En la sociedad actual se establecen colectivos considerados vulnerables debido a las dificultades que presentan para acceder al mercado de trabajo ordinario. La dificultad en el acceso al mercado de trabajo es una condición de vulnerabilidad que conduce a estos colectivos a situaciones de debilidad e indefensión frente a las exigencias sociales de “normalidad” de determinados sectores sociales. La dimensión social de la vulnerabilidad queda vinculada a la exclusión social, entendiendo esta última como una situación de desajuste producida por la inadecuada

relación entre el sujeto, y el medio o entorno en el que vive y se relaciona (familiar, escolar, laboral, social, comunitario) (Jurado & Olmos, 2010).

Esta situación de desajuste lleva a los grupos considerados vulnerables a estar al margen tanto de los procesos de integración habituales (trabajo, familia, organizaciones), como de las acciones establecidas para hacer frente a los fracasos de integración (Silver, 1994) ***citado por*** (Jurado & Olmos, 2010). Un ejemplo lo tenemos en el grupo de personas con algún tipo de discapacidad en edad laboral, y especialmente con discapacidad intelectual.

Este colectivo despierta mayor inseguridad, rechazo y desconfianza debido a los prejuicios derivados del desconocimiento de sus potencialidades, y a los inconvenientes asociados a la adaptación de los puestos de trabajo y entornos laborales. Esta realidad obliga a plantearse cuestionamientos tales como qué papel juegan algunas competencias clave como la empleabilidad y la adaptabilidad en los procesos de acceso y permanencia en el mercado de trabajo de estos grupos vulnerables, o a considerar procesos de orientación para su inserción laboral (Jurado & Olmos, 2010).

2.3. Postura Teórica

Según Loubat (2005) hoy, a pesar de que han pasado varios años y en la práctica de la profesión se asume en general que se trabaja integrando aportes que vienen de diferentes sectores, el Movimiento Integrativo continúa siendo resistido; sobre todo, cuando se busca una aplicación directa de modelos teóricos y sin considerar que los contextos cambian en tiempo y en espacios, que los sujetos somos únicos y que nos enfrentamos permanentemente a situaciones inéditas que pasan a inscribirse de manera continua en el aparato psíquico.

En el caso de la supervisión que se expone, ésta tiene como meta un trabajo psicoterapéutico centrado en el paciente, sirviéndose de la integración de conocimientos y de experiencia en beneficio del éxito terapéutico. El modelo expuesto permite aproximarse desde la subjetividad al paciente, entenderlo desde lo que él es, con su entramado de significados que están en base de su identidad y como sujeto inserto en un espacio socio cultural que naturalmente lo influye, lo transforma y lo reconstruye (Loubat, 2005).

Por otra parte para Fernández (2009) la situación de la salud mental en el mundo atraviesa, de acuerdo con los informes de los organismos internacionales pertinentes, un dramático empeoramiento, algo comprensible dadas las tortuosas circunstancias que afectan las condiciones de vida en la actualidad.

Ningún espíritu sensible deja de percibir el desequilibrio socio-ecológico existente y de asociarlo con la arrolladora escalada de la violencia, la incertidumbre que pesa sobre el futuro y la fragilidad que se observa en los sistemas de creencias contemporáneos. Las tasas de prevalencia epidemiológica que se anuncian en los medios científicos y en las publicaciones de opinión pública no cesan de crecer (Fernández, 2009).

Además, según el mismo autor la psicoterapia se ha expandido a gran escala, especialmente en los últimos treinta años. Un creciente porcentaje de la población mundial, de todas las edades y sectores sociales se inclinó desde finales del siglo pasado a considerar la psicoterapia como una manera adecuada de obtener alivio para sus síntomas, resolver sus problemas o elaborar sus conflictos personales. La expansión de su demanda ha sido el resultado de un conjunto de factores, siendo dos los sobresalientes.

En primer lugar, la ancestral disposición del ser humano a buscar en el diálogo con el otro el alivio para sus pesares o el estímulo para su crecimiento personal, encontró en esta práctica una expresión renovada que proclama, además, ser poseedora de buen sostén científico. En segundo lugar, el hecho de que los instrumentos que los psicoterapeutas fueron lanzando al mercado demostraron una aceptable relación de costo/beneficio para sus potenciales usuarios (Fernández, 2009).

Sin embargo al internarse en el mundo de la psicoterapia lo primero que se puede constatar es que constituye un territorio de enorme dilatación, con un paisaje variopinto habitado por un número creciente y heterogéneo de participantes, tanto de consumidores como de prestadores. Siendo enorme la diversidad de formatos que adopta, algunos de sus procedimientos resultan muy costosos, pero también ha desarrollado una gran cantidad de programas que, merced al empleo de tecnologías cada día más sofisticadas, se muestran capaces de brindar, a bajo costo, beneficios para amplios sectores de la población (Fernández, 2009).

Para Benito (2008) con la apertura de diferentes modelos a la investigación, se hicieron evidentes muchos puntos en común entre los diferentes enfoques, algo que ha sido especialmente desarrollado por las propuestas de integración basadas en factores comunes. Esta perspectiva, encabezada por el psicólogo norteamericano John Norcross, se orienta a determinar cuáles son las variables que más allá de las técnicas empleadas, intervienen en el éxito del tratamiento, como la calidad de la alianza terapéutica y la personalidad del terapeuta, entre otras.

La psicoterapia exige uno de los más altos niveles de renovación ya que está en constante desarrollo, por lo que debería ser condición obligada para ejercer este trabajo conocer los resultados de las últimas investigaciones y cambios en teorías y técnicas. Un psicoterapeuta con

deficiente formación en investigación no tendrá la capacidad de evaluar correctamente los resultados de los últimos estudios publicados para realizar modificaciones en su práctica y en consecuencia seguirá aplicando procedimientos obsoletos, que actualmente han sido mejorados o hasta reemplazados (Benito, 2008).

Es posible que el programa de trabajo de las psicoterapias a nivel mundial hoy en día no sea el ideal a mantener indefinidamente, pero no hay dudas de que ha dado muy buenos resultados a la fecha. La autora considera que se debería avanzar sobre lo ya establecido, aunque evaluando también las alternativas y permitiendo que nuevos enfoques puedan integrarse en un proceso de asimilación y adaptación, estructurado siempre desde la perspectiva de la ciencia.

Como se mencionó anteriormente, si bien no se trata de dejar de lado cualquier tipo de psicoterapia no validado aun, esta distinción se puede hacer en el área de la investigación. Es decir, se puede realizar investigaciones con estos modelos -desde ya, con el consentimiento informado del paciente, que debe saber que está recibiendo un tratamiento en desarrollo y no uno bien establecido.

Esto quiere decir que en el terreno de la aplicación, en la práctica diaria, se debe ser coherentes con la investigación ya realizada y manejarse con los dispositivos que hayan pasado por el sistema de pruebas de la ciencia, para asegurarle al paciente que será atendido de la mejor manera conocida (Benito, 2008).

Para identificar a las personas con necesidades especiales es necesario comprender que no deben ser consideradas como perturbaciones emocionales ni como desventajas culturales, simplemente tienen dificultades para aprender como los demás personas ciertas tareas

básicas y específicas relacionadas con el desarrollo intelectual y los aspectos académicos (Sevilla & Cabezas, 2015).

Estos individuos son personas que necesitan o requieren una atención excepcional, ya que se trata de seres humanos con rasgos físicos, características mentales, habilidades psicológicas o conductas observables que difieren significativamente de los de la mayoría de cualquier población determinada, incluso comprenden a los individuos superdotados.

Son muchos los casos de estas personas con capacidades especiales que hacen grandes esfuerzos y su trabajo es aceptable en la mayoría de sus asignaciones, su trato es agradable y se llevan bien con sus compañeros; pero unos tienen sus deficiencias y otros son brillantes, talentosos, motivados, con gran capacidad de adaptación y bastantes conocimientos (Sevilla & Cabezas, 2015)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General o Básica

- La aplicación de la Psicoterapia Integrativa tiene beneficios en la salud mental de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”, cantón Buena Fe, año 2016

2.4.2. Sub-hipótesis o Derivadas

- La aplicación de la psicoterapia integrativa tiene resultados positivos en la salud mental de las personas con discapacidades
- Los programas psicoterapéuticos mejoran la salud mental de las personas con discapacidades en el programa “Nosotros También Somos el Presente”
- La aplicación de la Psicoterapia Integrativa mejoraría la salud mental de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”

CAPÍTULO

III

3. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación. En la presente investigación se consideró una población de estudio determinada en la totalidad de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”

3.1.1. Muestra

Se tomó en consideración una población de 134 personas con discapacidades, la misma que facilitaron el estudio y la investigación para la cual se aplicó la siguiente formula:

Total de Encuestas: 100

n= Tamaño de la muestra

N= Población O Universo

E= Error de muestreo

$$n = \frac{N}{E^2(N-1)+1}$$

$$n = \frac{140}{5^2(140 - 1) + 1} \quad n = \frac{140}{0,0025(139) + 1} \quad n = \frac{134}{1,3475}$$

n: 100

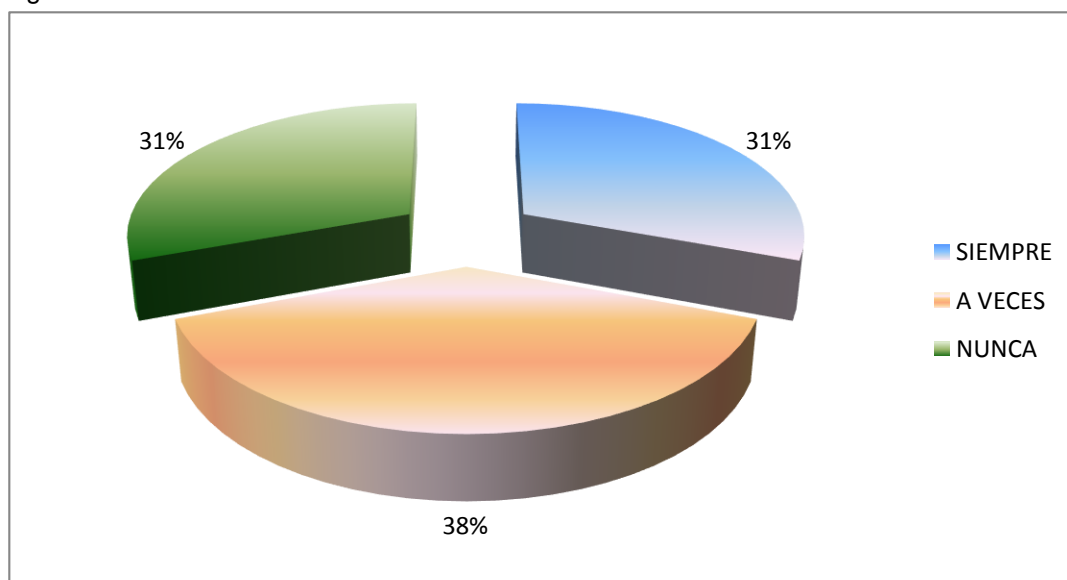
3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas

1. ¿Le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hace normalmente porque piensa demasiado en su situación actual?

Cuadro # 7

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	23	31%
A VECES	29	38%
NUNCA	23	31%
TOTAL	75	100%

Figura # 7



FUENTE: Encuesta realizada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"

ELABORACIÓN: La autora

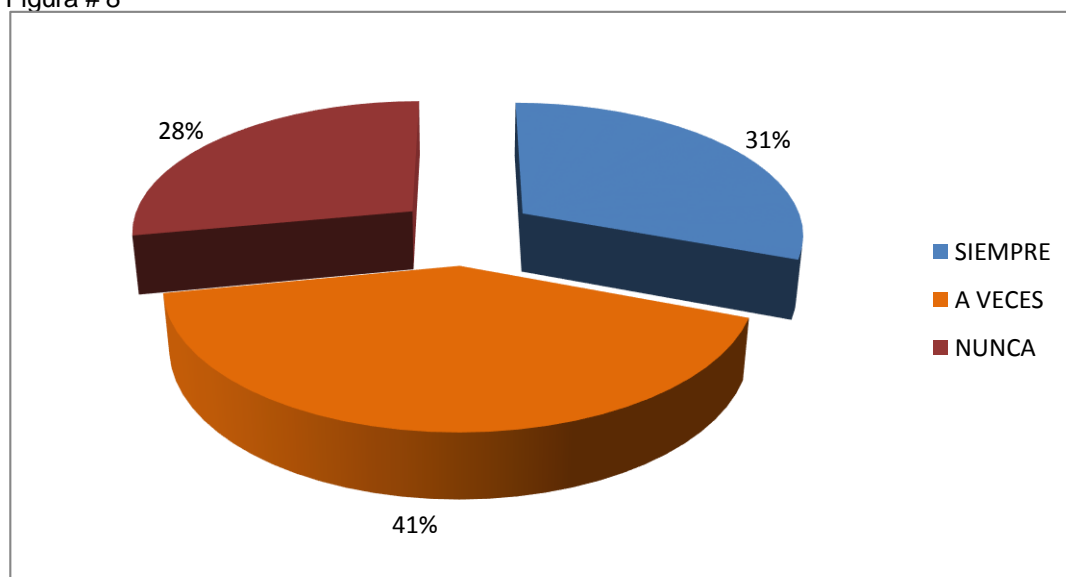
El 69% reveló que en la actualidad siempre o en algunas ocasiones le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su situación actual. En cambio el 31% faltante afirmó que nunca piensa en eso, reafirmando la idea de que este porcentaje de personas están conscientes de su situación y entienden que esa no tiene por qué ser un impedimento para realizar sus actividades

2. ¿En algún momento ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Cuadro # 8

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	23	31%
A VECES	31	41%
NUNCA	21	28%
TOTAL	75	100%

Figura # 8



FUENTE: Encuesta realizada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora

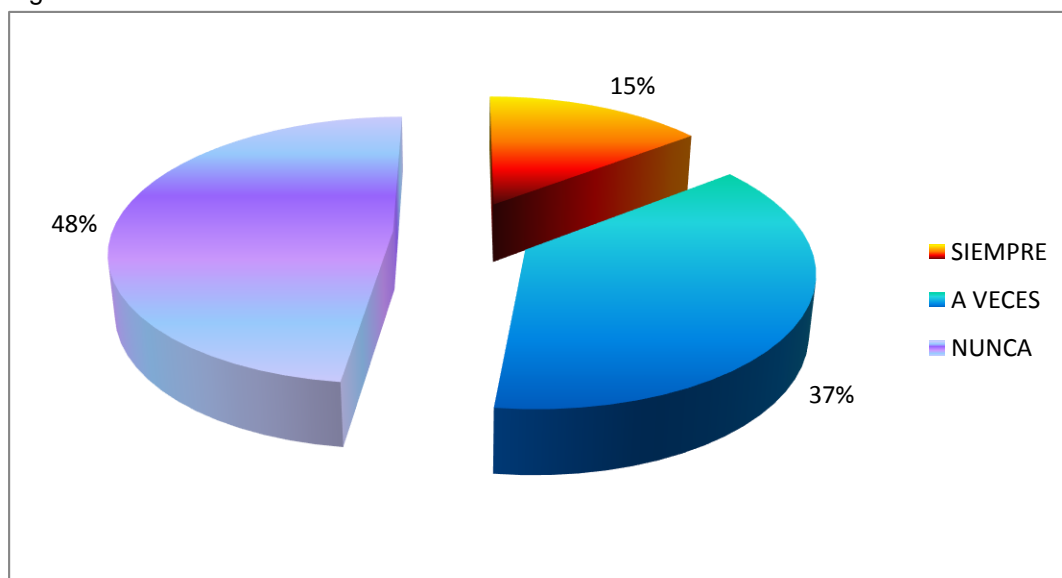
El 72% de personas que fueron encuestadas y que padecen algún tipo de discapacidad afirmaron que siempre o en algunas ocasiones han tenido problemas para aceptar su condición actual, mientras que para el otro 28% nunca presentan problemas con respecto a la situación que deben pasar por padecer de algún tipo de discapacidad

1. ¿A su familiar le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su situación actual?

Cuadro # 15

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	11	15%
A VECES	28	37%
NUNCA	36	48%
TOTAL	75	100%

Figura # 15



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
 ELABORACIÓN: La autora

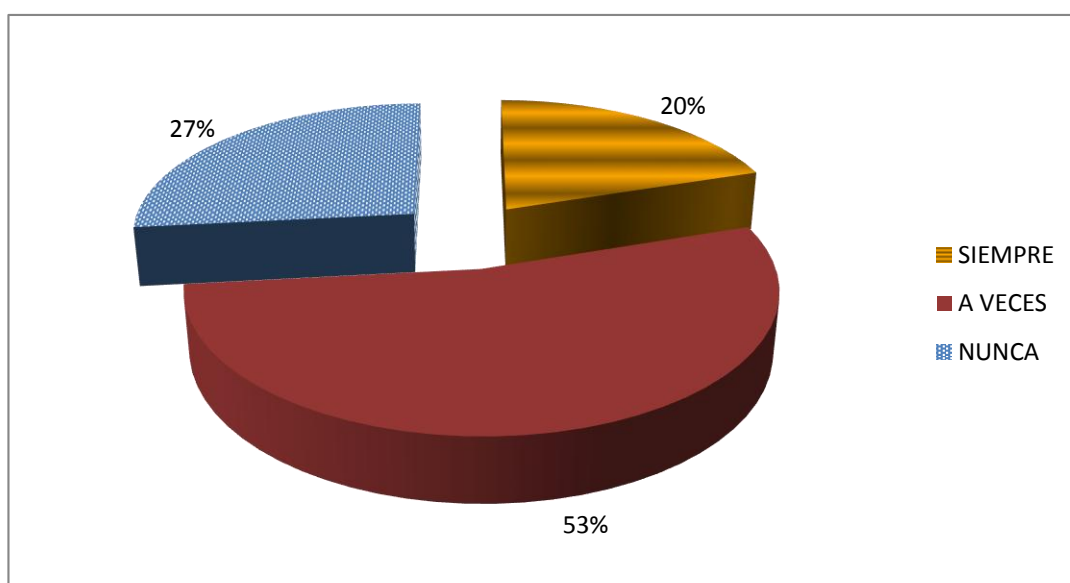
Para el 52% de personas encuestadas a su familiar siempre o en algunos casos le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su situación actual, mientras que para el 48% restante no ha padecido este tipo de circunstancias su familiar

2. ¿En algún momento su familiar ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Cuadro # 16

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	15	20%
A VECES	40	53%
NUNCA	20	27%
TOTAL	75	100%

Figura # 16



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
 ELABORACIÓN: La autora

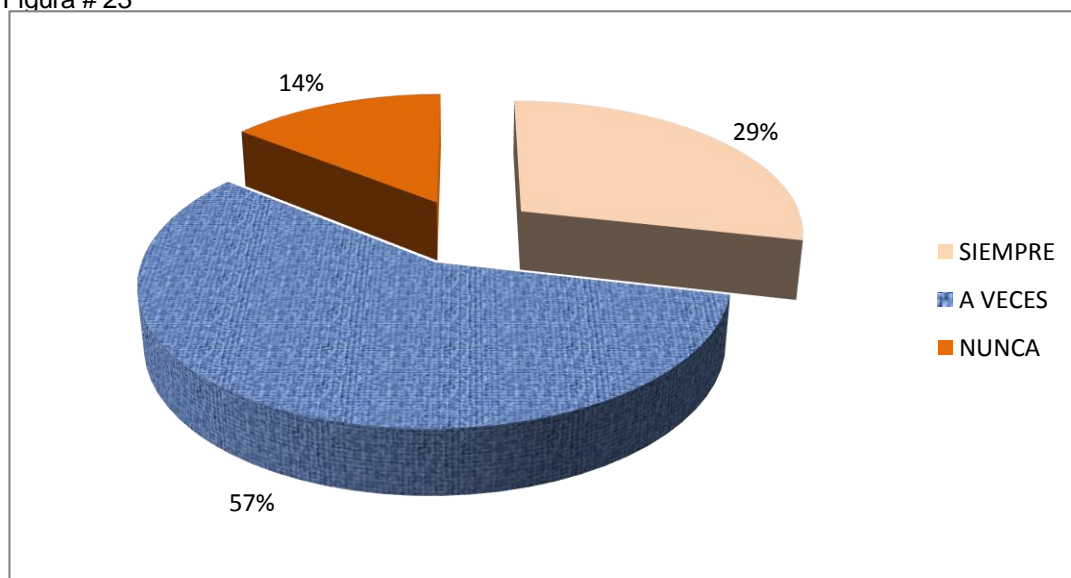
El 73% de encuestados afirmaron que por lo general su familiar ha sentido en algún momento que tiene problemas o se le hace difícil aceptar su condición actual. Sin embargo, el restante 27% contestó que nunca se le hace difícil o se le convierte en un problema la condición que tienen en la actualidad sus familiares

1. ¿A su paciente le cuesta o tiene dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su situación actual?

Cuadro # 23

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	2	29%
A VECES	4	57%
NUNCA	1	14%
TOTAL	7	100%

Figura # 23



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora

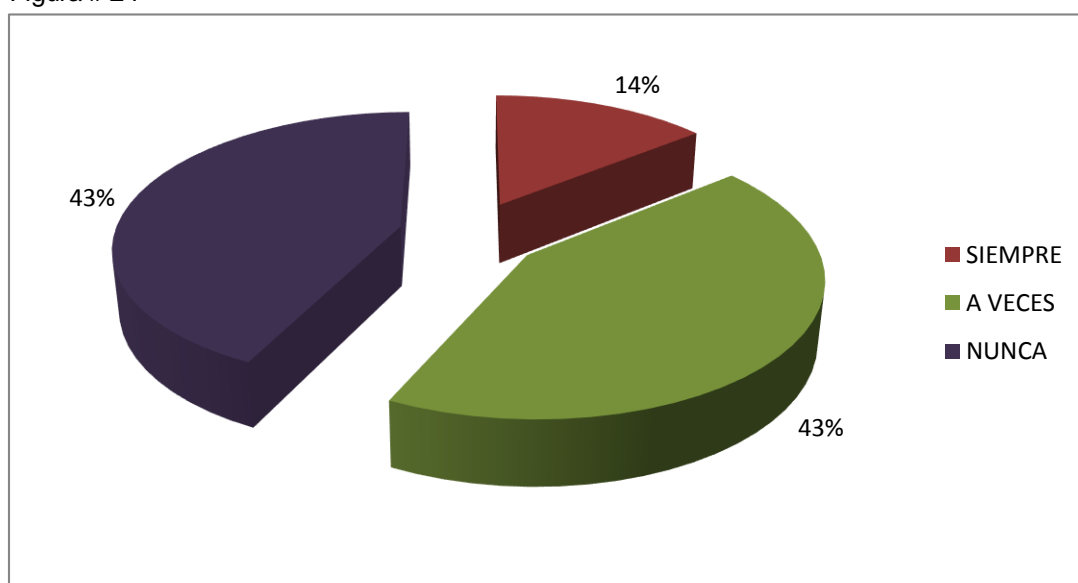
Sobre la pregunta si al paciente le cuesta o tiene dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su situación actual los profesionales contestaron de la siguiente manera: el 29% la opción siempre, el 57% a veces y el restante 14% nunca lo que se podría interpretar como que los técnicos están llevando a cabo unas buenas actividades que ayudan a los pacientes a tener una buena actitud y predisposición

2. ¿En algún momento su paciente ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Cuadro # 24

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	1	14%
A VECES	3	43%
NUNCA	3	43%
TOTAL	7	100%

Figura # 24



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del programa "Nosotros También Somos el Presente"
 ELABORACIÓN: La autora

En la pregunta que planteaba la idea de que si en algún momento el paciente ha tenido problemas para aceptar su condición actual, el 14% de los encuestados contestó que siempre, en cambio el 43% manifestó que en algunas ocasiones y el otro 43% contestó que el paciente nunca ha tenido problema alguno para aceptarse físicamente por su condición de discapacitado.

3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.2.1. General

- La integración en psicoterapia se refiere al proceso de formar la personalidad juntando los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico, reconociendo en sí los aspectos de la personalidad que no le favorecen, tanto lo consciente como lo inconsciente, con el fin de lograr reducir los factores que inhiben la espontaneidad y activan el uso de mecanismos defensivos

3.2.2. Específicas

- La psicoterapia integrativa provee a las personas con discapacidad las herramientas para un buen desempeño posible en el espacio intrapsíquicos, interpersonal y social, mejorando su salud mental y el equilibrio biopsicosocial
- El 73% de los familiares encuestados afirmaron que por lo general su familiar con discapacidad se le hace difícil aceptar su condición actual convirtiéndose en un problema la condición que tienen en la actualidad para desarrollarse en su entorno
- La aplicación de la Psicoterapia Integrativa fortalece el entrenamiento de las habilidades sociales para mejorar la salud mental de las personas con discapacidades mejorando todo un conjunto de hábitos, conductas, pensamientos y emociones, que contribuyen al bienestar con ellos mismos.

3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES

3.3.1. General

- Analizar a la integración como el proceso de formar la personalidad juntando los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico y reconociendo en sí los aspectos de la personalidad que no le favorecen a las personas con discapacidades, con el fin de lograr reducir los factores que inhiben la espontaneidad y activan el uso de mecanismos defensivos

3.3.2. Específicas

- Exponer por parte de las autoridades sobre la psicoterapia integrativa y su aporte a las personas con discapacidad de las herramientas para un buen desempeño posible en el espacio intrapsíquicos, interpersonal y social, mejorando su salud mental y el equilibrio biopsicosocial
- Fomentar la ayuda que deben dar los familiares de las personas con discapacidad en la aceptación de su condición actual disminuyendo la posibilidad de que la condición que tienen en la actualidad se convierta en un problema para desarrollarse en su entorno
- Plantear la aplicación de la Psicoterapia Integrativa para que se fortalezca el entrenamiento de las habilidades sociales y se mejore la salud mental de las personas con discapacidades optimizando todo un conjunto de hábitos, conductas, pensamientos y emociones, que contribuyen al bienestar con ellos mismos.

CAPÍTULO

IV

4. PROPUESTA DE APLICACIÓN

4.1. Propuesta de aplicación de resultados

Con los resultados obtenidos en el capítulo de diagnóstico se propone ejecutar un programa integrativo terapéutico para las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”

Dicho plan tiene por objeto asegurar que las actividades que desarrollan las personas con discapacidades bajo la modalidad de tratamiento residencial y seguimiento terapéutico, logren el desarrollo humano y al mismo tiempo potenciar sus habilidades relacionales de cara a lograr una vinculación socio familiar

4.1.1. Alternativa obtenida

La presente propuesta estará orientada a determinar los principales efectos psicológicos que puede producir una discapacidad en la salud mental. Para esta investigación se tomó en cuenta un segmento específico constituido por las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”

4.1.2. Alcance de la alternativa

Esta idea hace referencia al planteamiento de una propuesta de intervención desde el modelo integrativo, dirigida a las personas discapacitadas. Para ello fue necesaria la aplicación de test psicológicos y encuestas dirigidas a los profesionales que trabajan junto a las personas con diferentes discapacidades. Instrumentos de recolección de información primaria, que ha permitido establecer los principales efectos psicológicos que produce el encarcelamiento.

4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa

En el marco de la psicoterapia integrativa, las fuerzas de cambio del paciente (motivación al cambio, expectativas de cambio), las fuerzas de cambio del terapeuta (calidez, empatía, capacidad motivacional, conocimientos), las fuerzas de cambio de la alianza terapéutica (sintonía fina en la interacción), las fuerzas de cambio de cada paradigma etiológico avalado por la investigación, las técnicas específicas, el uso de los psicofármacos, etc., aportan potencia a un proceso que lo requiere con creces.

La psicoterapia integrativa se encuentra en “marcha blanca” con algunas evidencias que la respaldan, con muchas expectativas de futuro y con muchas preguntas sin responder. Lejos de autoproclamarse como “la mejor”, sostiene la esperanza de aportar algo mejor.

4.2. Antecedentes

El modelo integrativo es una psicoterapia de unificación que responde de forma apropiada y eficaz a la persona en el plano afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico de su funcionamiento; también trata la dimensión espiritual de la vida. Una vez asumido un modelo de clasificación de la psicología basado en parámetros como el tipo de problema, el aspecto que va a estudiar y el sistema o perspectiva en la que se va a apoyar teóricamente la psicología; corresponde tratar de ajustar la propuesta de intervención en una de las categorías descritas.

Del análisis se puede colegir que concierne a la mayoría de los tipos, pero sobre todo a la Psicología de la Personalidad que trata los aspectos propios de la personalidad del individuo como la alegría o la tristeza, la agresividad o la calma, la sociabilidad o la independencia, la autoestima, la soberbia, el egoísmo o la ambición, entre otros aspectos

4.3. Justificación

La presente investigación tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención desde el modelo integrativo para mejorar la salud mental de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”

El desarrollo del trabajo se realizó mediante la investigación bibliográfica sobre las variables del tema, además la metodología para la obtención de resultados se elaboró a través de encuestas dirigidas a las personas con discapacidad, familiares y profesionales

Estos resultados permitieron en la etapa de discusión presentar la propuesta del plan de intervención psicoterapéutica basada en el modelo integrativo focalizado en la personalidad, mismo que sirva de instrumento para mejorar los efectos psicológicos que causan los diferentes tipos de discapacidad y preparar a quienes la padecen a poder superarse y adaptarse a sus nuevos roles y entornos.

4.4. Objetivos

4.4.1. General

Diseñar una propuesta de intervención desde el modelo integrativo para mejorar la salud mental en las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”, cantón Buena Fe

4.4.2. Específicos

Ejecutar un diagnóstico de la situación actual de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”, cantón Buena Fe

Diseñar una propuesta de intervención psicoterapéutica basada en el modelo integrativo focalizado en la personalidad de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”

4.5. Estructura general de la propuesta

4.5.1. Título

Aplicación del programa de entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la salud mental en las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”, cantón Buena Fe

4.5.2. Componentes

Las primeras dos sesiones se destinaron a instalar un adecuado clima grupal. Los principales objetivos del grupo son explicados por la Terapeuta, al igual que las tareas en las sesiones que se llevarán a cabo durante el proceso.

De la manera más amable empieza presentándose la Terapeuta, siempre hablando con voz clara, amable y en primera persona. Se les explica en forma general los objetivos del Programa y las Habilidades que van a ser modeladas. Se presenta también la Orientadora Vocacional quien hará de co-terapeuta y su presencia será continua durante las diez sesiones.

Se solicita a los miembros que de forma voluntaria que se presenten y expongan lo que quieren lograr en el programa. En forma general se realiza una explicación a manera de psicoeducación de lo que es el Programa, motivándoles con frases como: “ésta es una oportunidad”, “aceptan el reto”, etc.

Primeras sesiones

Lugar de Trabajo: “Nosotros También Somos el Presente”, cantón Buena Fe

Las sesiones duran 1 hora, estructuradas de la siguiente manera:

Dinámica 5 minutos.

Modelamiento: 30 minutos.

Tarea de relajación, visualización. 10 minutos.

El presente esquema es una sugerencia y no algo inflexible ya que las sesiones con jóvenes suelen ser muy dinámicas y ellos pueden aportar con nuevas ideas o tareas.

Segunda Sesión:

En ésta sesión es de vital importancia reforzar los conceptos dados en la sesión inicial acerca de los pasos del Aprendizaje Estructural. Entonces los primeros 10 minutos se destinan a resumir los conceptos y procedimientos, se invita a los participantes a realizar las preguntas y exponer sus dudas. Dudas de algunos de los grupos como:

- Todas las habilidades ¿debemos hacerlo de la misma manera?
- Si faltamos a alguna sesión, ¿qué pasaría?

- Si nos mandan muchos deberes y lecciones, ¿Ud. también nos va a dar más tarea?
- ¿Nuestros padres vendrán a saber lo que hacemos?
- Ud. va a reportar los resultados que se den a los profesores, etc.

Evaluación final

Luego que las personas participaran en el programa de Habilidades sociales se puede manifestar que les ayudó mucho éste proceso para un “autoconocimiento”, ellas se mostraron más seguras y participativas, mejoró el área de relaciones interpersonales y el área de la autoestima de igual forma se mostraron con mejores expectativas hacia el futuro. De igual manera los cuadros de resumen de la evaluación final con los tres parámetros constan en anexos.

Cierre del proceso terapéutico

La última sesión se les pregunta: ¿Con qué se quedan de la experiencia que han tenido al participar en el Programa de Habilidades Sociales? Para finalizar se realiza una sesión de relajamiento con visualización creativa, la consigna es: Disposición, concentración y relajación.

Se coloca en el DVD un video musical con imágenes, después de unos minutos, se les pregunta si pudieron darse cuenta de qué instrumentos musicales pudieron diferenciar, todos se mostraron con dudas y tratando de adivinar.

Ahora todos deben cerrar los ojos y nuevamente se coloca el video con música, luego de unos minutos se les pregunta qué instrumentos han diferenciado, ahora todos se habían “dado cuenta” de los principales instrumentos que estaban presentes en el musical.

El mensaje que se pretende dar es que se debe actuar con buena disposición, “buena onda” como dicen los adolescentes, procurar concentrarnos y discernir ante los obstáculos que nosotros mismos nos ponemos, y relajarnos para no tomar decisiones apresuradas con ira y nos haga actuar impulsivamente, si todo esto lo incorporamos a nuestro repertorio conductual, el programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales habrá sido efectivo.

Con éste mensaje se da por concluido el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales.

ANEXO N°1 FICHA PROCESO DE INDUCCIÓN
PROCESO DE INDUCCIÓN

Nombre del usuario: _____ Fecha de ingreso: _____

	CUMPLE	
	Sí	No
1. Bienvenida al usuario y acudiente	()	()
3. Revisión de pertenencias	()	()
4. Inducción general sobre normatividad	()	()
5. Inscripción de visitantes autorizados	()	()
6. Apertura del récord	()	()
7. Realización del Ritual de Ingreso	()	()
8. Asignación del hermano mayor	()	()
9. Asignación del Terapeuta	()	()
10. Asignación de Habitación	()	()
11. Presentación al grupo de pares	()	()
12. Presentación del equipo clínico	()	()
13. Registro observación de ingreso	()	()
14. Inducción de los objetivos de la Fase de Ingreso-Com. Existencial	()	()

Nombre del hermano mayor: _____

Visitantes autorizados: _____

Nombre del psicoterapeuta: _____

Observaciones: _____

Nombre y cargo de quien realiza la recepción al usuario

 Nombre y Firma del Terapeuta: _____

**ANEXO Nº2. GUÍA UNO FICHA INTEGRATIVA – EVALUACIÓN
PSICOLÓGICA**

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FIEPS (GUÍA Nº 1)

Nº _____

Fecha: _____ Elaborada por: _____

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: _____

—

Edad: _____ años Estado Civil: _____ Religión: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Residencia: _____ Dirección: _____ Telf.: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Informante: _____ Parentesco: _____

Tipo de consulta: Ambulatorio Acogida Hospitalizado Consulta Privada Otros ¿Cuál?

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES:

ANEXO N°3. GUIA TRES TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

(GUÍA N° 3)

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SÍ	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el usuario hable con libertad sobre su problema?			
¿Tengo claridad en la concepción del problema/trastorno?			
¿He llegado a conclusiones apropiadas de personalidad?			
¿He identificado as facilidades y dificultades en la ayuda o tratamiento?			
¿Percibí su trastorno/problema desde su propio punto de vista?			
¿Se sintió comprendido en su trastorno/problema?			
¿Se produjo desinhibición emocional?			
¿Tengo claridad en las posibilidades de ayuda o tratamiento?			
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia o asesoramiento?			
¿Tiene confianza en mí como profesional y en la psicoterapia o asesoramiento como firma de ayuda?			
¿Se identificaron componentes de resistencia?			
¿Se identificaron componentes de transferencia?			
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?			

ANEXO Nº4. GUIA DE COMPROMISO EXISTENCIAL

COMPROMISO EXISTENCIAL (GUIA PARA EL RITUAL DE ingreso)

Con el fin de promover el autoconocimiento y fortalecer el compromiso frente al proceso, usted deberá responder las siguientes preguntas en el espacio reflexivo, antes de realizar el **RITUAL DE INGRESO**.

Se requiere escribir cada pregunta y su respectiva respuesta utilizando hojas de papel ministro, iniciando con el encabezado de esta guía, colocando: fecha, nombres y apellidos completos.

- 1. ¿QUIÉN ERES TÚ?**
- 2. ¿QUÉ QUIERES TU?**
- 3. ¿CUÁLES SERIAN LOS BENEFICIOS DE VIVIR EN LIBERTAD DE CUERPO, MENTE Y ESPÍRITU?**
- 4. ¿QUÉ TE COMPROMETES?**

COMPROMISO

EXISTENCIAL

YO, _____

Me comprometo solemnemente, con firme decisión y decidida aspiración a ser un HOMBRE digno y libre, a optar por la vida y la esperanza.

“SOLO YO PUEDO HACERLO PERO NO PUEDO HACERLO SOLO

YO, _____, Decido ser un HOMBRE

¡NUEVO!!!!!!!!!!!!!!

ANEXO N°5. APLICACIÓN DEL FORMATO DE ACTIVIDAD GRUPAL

ACTIVIDAD GRUPAL

Área: _____ **Nombre de la Actividad:**

Fecha: _____

Grupo/Etapa: _____

Nº Participantes: _____ **Hora de Inicio:** _____ **Hora de Finalización:** _____

1. Tema (Justificación)

2. Objetivos:

3. Metodología (Descripción):

4. Recursos:

5. Asistentes:

6. Ausentes:

7. Observaciones:

8. Evaluación del Grupo:

9. Sugerencias:

Responsable: _____

Cargo: _____

ANEXO N°6. PLAN DE TRATAMIENTOS

Fecha de la emisión del plan de tratamiento:____ Fecha de Ingreso: _

Nombre del usuario:

1. Reporte de Evaluación Médica:_____

Nombre y
Firma_____

2. Reporte de Evaluación Psicológica:

3. Reporte de Evaluación
psiquiátrica:_____

4. Reporte de Evaluación Sociofamiliar:_____

5. Reporte Clínico del Terapeuta:

Actitud General:_____

Interacción con los Pares:_____

Participación Grupal:_____

Respuesta a la Autoridad:_____

Participación en actividades
ocupacionales:_____

Perfil General:_____

Nombre y Firma del Terapeuta:_____

Teniendo en cuenta lo anterior, el Equipo Clínico en acuerdo con el usuario, consideran que para un buen tratamiento y un favorable pronóstico en la integración sociofamiliar, el mismo debe trabajar consistente y responsablemente y, de manera especial en los siguientes problemas:

Área de Salud:

Problemas: _____

Metas: _____

Estrategias: _____

Área Legal:

Problemas: _____

Metas:

Estrategias: _____

Área Educativa y Laboral:

Problemas: _____

Metas: _____

Estrategias: _____

Área Familiar:

Problemas: _____

Metas: _____

Estrategias: _____

Área Social:

Problemas: _____

Metas: _____

Estrategias: _____

Área Psicoafectiva:

Problemas: _____

Metas: _____

Estrategias: _____

Área Espiritual:

Problemas: _____

Metas: _____

Estrategias: _____

Firmas:

Director Tutor

_____ **Trabajadora social**

_____ **Usuario**

ANEXO 7 PROYECTO DE VIDA

El Proyecto de Vida es el conjunto organizado de reflexiones acerca de lo que soy y deseo ser; se puede definir además como el conjunto de propósitos, aspiraciones y acciones coherentemente organizadas, que cada persona asume como propias e individuales, para darle un sentido a su existencia. Este plan es flexible, dinámico y evaluable, requiere de seguimiento y monitoreo.

Datos personales:

Nombre _____ **Cédula de**
Identidad _____

Fecha de Nacimiento _____ **Edad** _____ años
_____ meses

Fecha de Ingreso: _____ **Fecha de elaboración** _____

Misión

Se define como la razón de ser o el propósito fundamental y duradero que justifica la existencia, en última instancia constituye la columna vertebral del habitante interior en cada uno de nosotros. Las metas y las aspiraciones planteadas en el Proyecto de Vida, giran en torno a la Misión.

Mi Misión es:

Visión

Son los sueños, las “Utopías posibles” y alcanzables, la Visión precisa lo que se desea ser en el futuro a mediano o largo plazo

Mi Visión es:

Principios

Estos son los valores o pautas fundamentales que rigen el Proyecto de Vida; Son básicas para dar rectitud a las acciones y al estilo de vida, son un soporte para las metas y las estrategias al cumplir la Misión y alcanzar la Visión planteadas. Son su marco de referencia.

Mis principios son:

PROCESO DE AUTONOMÍA EN ORIENTACIÓN DE CONVIVENCIA DIARIA:

Diagnóstico Personal:

Fortalezas: Son los factores positivos o condiciones internas que favorecen mi desarrollo personal y el logro exitoso de mis metas. Ellas son:

Debilidades: Son los factores negativos o condiciones internas que obstaculizan o se oponen a mi desarrollo personal y al logro exitoso de mis metas. Ellas son:

Oportunidades: Son los factores positivos o condiciones externas que favorecen mi desarrollo personal y el logro exitoso de mis metas. Ellas son:

Amenazas: Son los factores negativos o condiciones externas que obstaculizan o se oponen a mi desarrollo personal y al logro exitoso de mis metas. Ellas son:

Objetivos: Son los resultados a corto, mediano y largo plazo, que se pretenden alcanzar teniendo presentes la Misión, la Visión y los Principios del Proyecto de Vida. Estos deben ser realistas, claros, razonables y precisos; cuando los objetivos se traducen en resultados cuantificables, evaluables o medibles se convierten en metas.

Estrategias: Son los medios o acciones planteadas de manera ordenada y en secuencia cronológica para obtener las metas. También están sometidas coherentemente a las políticas establecidas.

Mis objetivos a corto plazo son:

Personales:

Educativos y/o Laborales:

Sociales y Familiares:

Espirituales:

Mis estrategias para lograr lo anterior son:

Mis objetivos a mediano plazo son:

Personales:

Educativos y/o Laborales:

Sociales y Familiares:

Espirituales:

Mis estrategias para lograr lo anterior son:

Mis objetivos a largo plazo son:

Personales:

Educativos y/o Laborales:

Sociales y Familiares:

Espirituales:

Mis estrategias para lograr lo anterior son:

Observaciones y otros:

Firma del Terapeuta: _____

Firma Usuario: _____

4.6. Resultados esperados de la alternativa

- La psicoterapia integrativa ayudara a atender los aspectos afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos que conforman la personalidad de personas con discapacidad del programa Nosotros también somos el presente, tomando de las diferentes escuelas psicoterapéuticas las técnicas y métodos científicos más apropiados adaptándolos a cada paciente.
- Ayudar en la limitación que supone abordar las diferentes discapacidades que puede tener una persona desde un solo punto de vista terapéutico, permitiendo el abordaje de los problemas que un paciente presenta desde una perspectiva más rica utilizando las técnicas más potente dando así múltiples posibilidades de éxito.
- Proporcionar tal plenitud, que la calidad del ser de la persona y su funcionamiento en las áreas biopsicosocial al máximo con la debida consideración hacia los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.
- Estimular la participación activa del paciente participa en el proceso de psicoterapia estableciendo entre psicoterapeuta y la persona una “alianza terapéutica”, en donde el terapeuta pueda hacer uso de sus conocimientos, de los datos de la investigación, de su propia experiencia clínica y de sus habilidades “artísticas” para administrar

BIBLIOGRAFÍA

Benito, E. (2008). Las Psicoterapias. *Revista Psiencia*, 1(1), 1-9.

Comisión Europea. (2005). *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores. Luxemburgo: Comisión de las Comunidades Europeas.

Cornejo, J., Barros, P., & Barros, P. (2015). Enfoque Psicoterapéutico Integrativo Multidimensional e Intervenciones Mente-Cuerpo en el Manejo del Dolor Crónico: Un Paso más allá de la Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista El Dolor*, 25(63), 26-31.

FEAPS . (2007). *Trastornos de la saluds mental en las personas con discapacidad intelectual*. Madrid-España: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

Fernández, H. (2009). Claves para la unificación de la psicoterapia; Mas allá de la integración. *Revista Analecta*, 14(56), 27-47.

Freeman, M., Pathare, S., Drew, N., Funk, M., & Saraceno, B. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Houtman, I., & Kompier, M. (2000). *Trabajo y Salud Mental*. S/N: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo .

Jurado, P., & Olmos, P. (2010). 2.2.10. Procesos de orientación para la inserción sociolaboral de personas con especiales dificultades de acceso al mercado de trabajo. *Revista REOP*, 21(1), 93-108.

Lauzurika, A., Paulí, D., & Luis, N. (2009). *El derecho a la educación de las personas con discapacidad. Una aproximación desde América Latina*,

en los últimos quince años. Ministerio de Educación y Ciencia. Lejona, España: Universidad del País Vasco.

Loubat, M. (2005). Supervisión en psicoterapia: Una posición sustentada en la experiencia clínica. *Revista Terapia Psicológica*, 75-84.

Marañón, D. (2012). *El Trabajo Psicoterapéutico con Fortalezas, Capacidades y Recursos. Un Acercamiento Teórico desde el Marco Sistémico Integrador*. Bilbao: Escuela Vasco-Navarra Terapia de Familia .

Novelo, G. (Junio de 2008). La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, 44-51.

OMS. (2004). *Invertir en salud mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Rodríguez, J. (2015). *Sistematización y reflexión de un caso en psicoterapia*. Departamento de Salud Psicología y Comunidad. Tlaquepaoue, Jalisco: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

Rodríguez, R. (2006). Psicología Integrativa. Un enfoque holístico. *Revista Medicina Naturista*(9), 439-441.

Sevilla, K., & Cabezas, C. (2015). *Análisis de las adaptaciones curriculares aplicadas en estudiantes con discapacidad de educación general básica de escuelas fiscales y particulares del cantón Esmeraldas, periodo de estudio 2012-2013*. Maestría en educación especial con mención en educación de las personas con discapacidad visual. Esmeraldas: Universidad Politécnica Salesiana.

**ANEXOS
CRONOGRAMA DEL PROYECTO**

Tiempo Actividades	2016																			
	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Enunciado del problema y tema	x																			
Formulación del problema	x																			
Planteamiento del problema		X																		
Formulación del objetivo			X	X																
Marco teórico de la investigación					x															
Hipótesis						x	X													
Variables operacionales								X												
Metodología de la investigación									x	X										
Presentación del proyecto											x	X								
Conclusiones, recomendaciones y propuestas													x	x	X					
Revisión final del tutor y lector																X				
Presentación																			x	
Subtema final																				x

Estimado(a), su opinión sobre la salud mental en las personas con discapacidades, es muy importante. A continuación se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido, por lo que se pide sinceridad en las respuestas. Favor de responder con una equis (X) a la opción que mejor represente tu opinión.

1. ¿En algún momento ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal?

Siempre () A veces () Nunca ()

2. ¿Hay cosas que antes solía hacer y ahora no hace o no ve)?

Siempre () A veces () Nunca ()

3. ¿Cree que el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

4. ¿En algún momento durante el último mes se ha sentido distante de las personas que le importan o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Siempre () A veces () Nunca ()

5. ¿Durante la mayor parte del último mes se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Siempre () A veces () Nunca ()

6. ¿En algún momento ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturdida/o conmovida/o por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

7. ¿Le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hace normalmente porque piensa demasiado en su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

8. ¿En algún momento ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

Estimado(a) familiar, su opinión sobre la salud mental en las personas con discapacidades, es muy importante. A continuación se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido, por lo que se pide

sinceridad en las respuestas. Favor de responder con una equis (X) a la opción que mejor represente tu opinión.

1. ¿En algún momento su familiar ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal?

Siempre () A veces () Nunca ()

2. ¿Hay cosas que su familiar antes solía hacer y ahora no hace o trata de no ver?

Siempre () A veces () Nunca ()

3. ¿Cree que para su familiar el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

4. ¿En algún momento durante el último mes su familiar ha estado distante de las personas a quienes le importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Siempre () A veces () Nunca ()

5. ¿Durante la mayor parte del último mes su familiar se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Siempre () A veces () Nunca ()

6. ¿En algún momento su familiar ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturdida/o conmocionada/o por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

7. ¿A su familiar le cuesta o ha tenido en algún momento dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

8. ¿En algún momento su familiar ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

Estimado(a) profesional, su opinión sobre la salud mental en las personas con discapacidades, es muy importante. A continuación se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido, por lo que se pide sinceridad en las respuestas. Favor de responder con una equis (X) a la opción que mejor represente tu opinión.

1. ¿En algún momento su paciente ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal?

Siempre () A veces () Nunca ()

2. ¿Hay cosas que paciente antes solía hacer y ahora no hace o trata de no ver?

Siempre () A veces () Nunca ()

3. ¿Cree que para su paciente el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

4. ¿En algún momento durante el último mes su paciente ha estado distante de las personas a quienes le importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Siempre () A veces () Nunca ()

5. ¿Durante la mayor parte del último mes su paciente se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Siempre () A veces () Nunca ()

6. ¿En algún momento su paciente ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturdida/o conmocionada/o por su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

7. ¿A su paciente le cuesta o tiene dificultades para hacer las cosas que hacía normalmente porque piensa demasiado en su situación actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

8. ¿En algún momento su paciente ha tenido problemas para aceptar su condición actual?

Siempre () A veces () Nunca ()

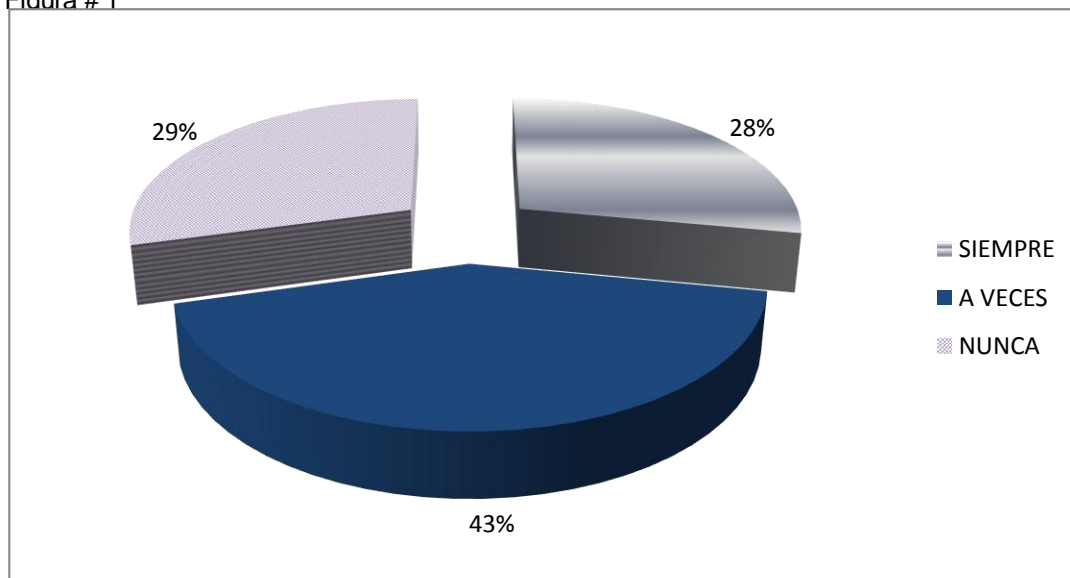
Encuesta aplicada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente", cantón Buena Fe

3. ¿En algún momento ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal?

Cuadro # 1

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	21	28%
A VECES	32	43%
NUNCA	22	29%
TOTAL	75	100%

Figura # 1



FUENTE: Encuesta realizada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"

ELABORACIÓN: La autora

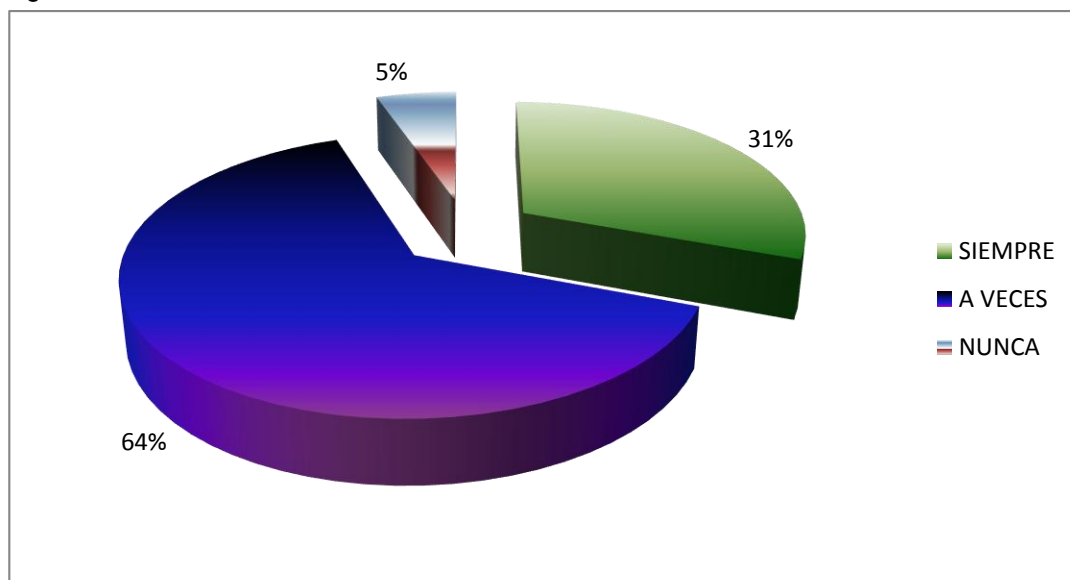
Para el 28% de las personas con discapacidades encuestadas en algún momento han tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal, mientras que el 43% refirió que sólo a veces y el restante 29% afirmó que nunca han tenido esos sentimientos o sensaciones.

4. ¿Hay cosas que antes solía hacer y ahora no hace o no ve?

Cuadro # 2

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	23	31%
A VECES	48	64%
NUNCA	4	5%
TOTAL	75	100%

Figura # 2



FUENTE: Encuesta realizada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"

ELABORACIÓN: La autora

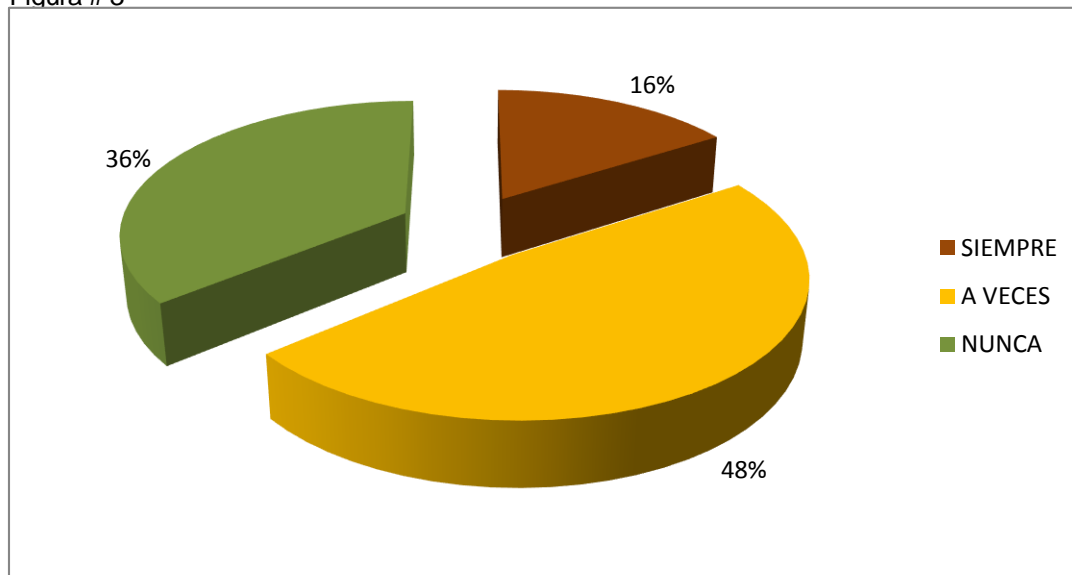
El 31% de los que participaron en la encuesta consideran que hay cosas que antes solía hacer y ahora no hacen, el 64% manifestó que tienen estas sensaciones a veces y el restante 5% afirmó que nunca le ocurre. Los técnicos que trabajan con las personas con capacidades deben brindar la ayuda indispensable para que estos puedan realizar actividades que sean adaptadas a sus necesidades actuales

5. ¿Cree que el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Cuadro # 3

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	12	16%
A VECES	36	48%
NUNCA	27	36%
TOTAL	75	100%

Figura # 3



FUENTE: Encuesta realizada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"

ELABORACIÓN: La autora

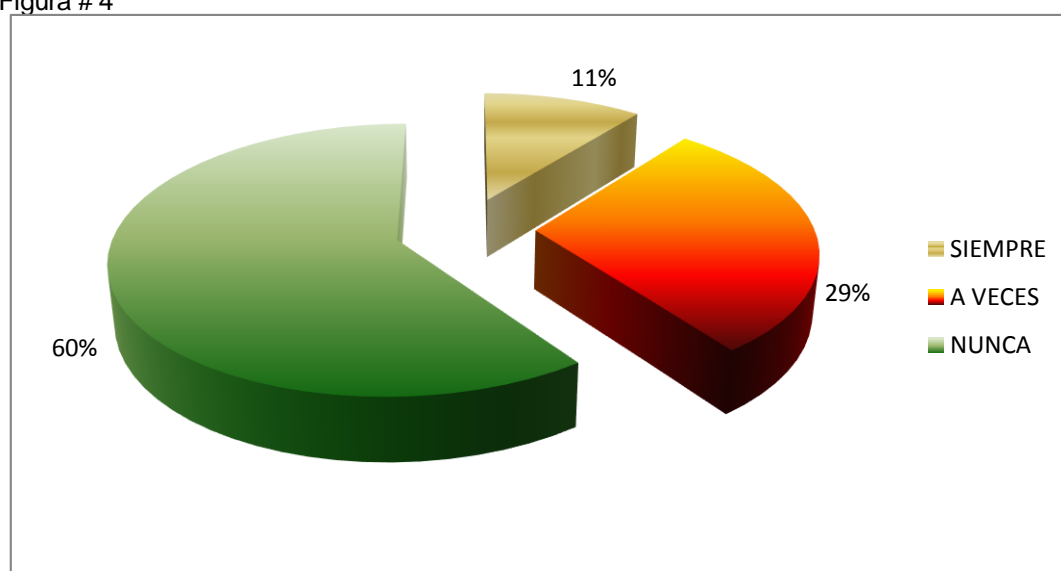
De los encuestados el 64% afirmó que casi siempre creen que el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual por la que pasan, mientras que el 36% restante contestó que nunca pasa por su cabeza este tipo de situación. La asesoría psicoterapéutica es indispensable en estos casos para ayudar a cultivar una buena salud mental tanto en la persona afectada como entre sus familiares y amigos

6. ¿En algún momento durante el último mes se ha sentido distante de las personas que le importan o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Cuadro # 4

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	8	11%
A VECES	22	29%
NUNCA	45	60%
TOTAL	75	100%

Figura # 4



FUENTE: Encuesta realizada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
 ELABORACIÓN: La autora

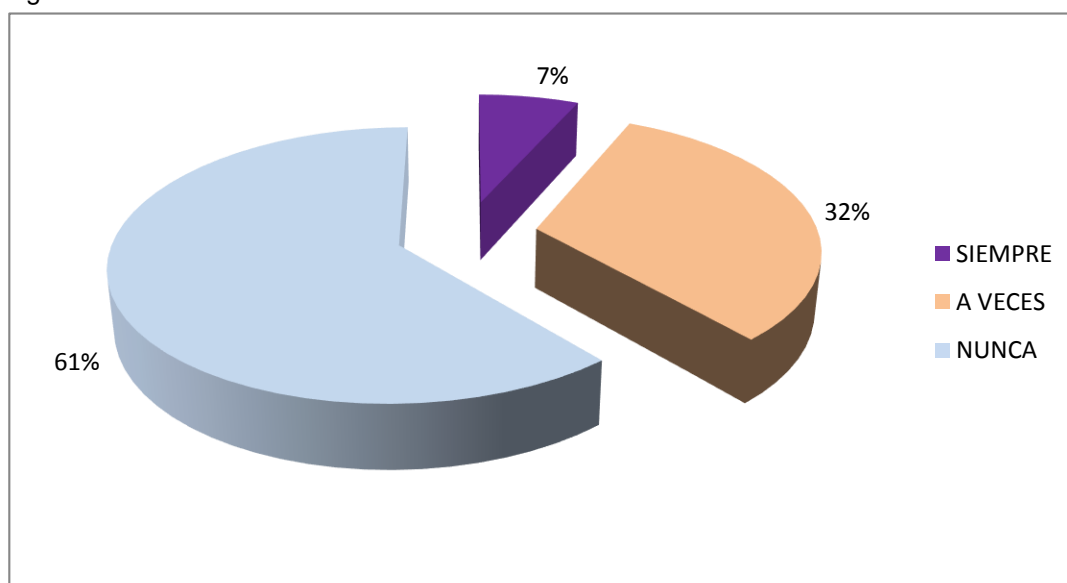
El 40% de las personas que participaron en la encuesta afirmaron que en algún momento durante el último mes se ha sentido distante de las personas que le importan o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás y el 60% restante afirmó que no han tenido esos sentimientos en el último mes. La psicoeducación podría ayudar a estas personas con discapacidades a sentirse parte de un grupo sea este familiar y de amigos.

7. ¿Durante la mayor parte del último mes se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Cuadro # 5

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	7%
A VECES	24	32%
NUNCA	46	61%
TOTAL	75	100%

Figura # 5



FUENTE: Encuesta realizada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"

ELABORACIÓN: La autora

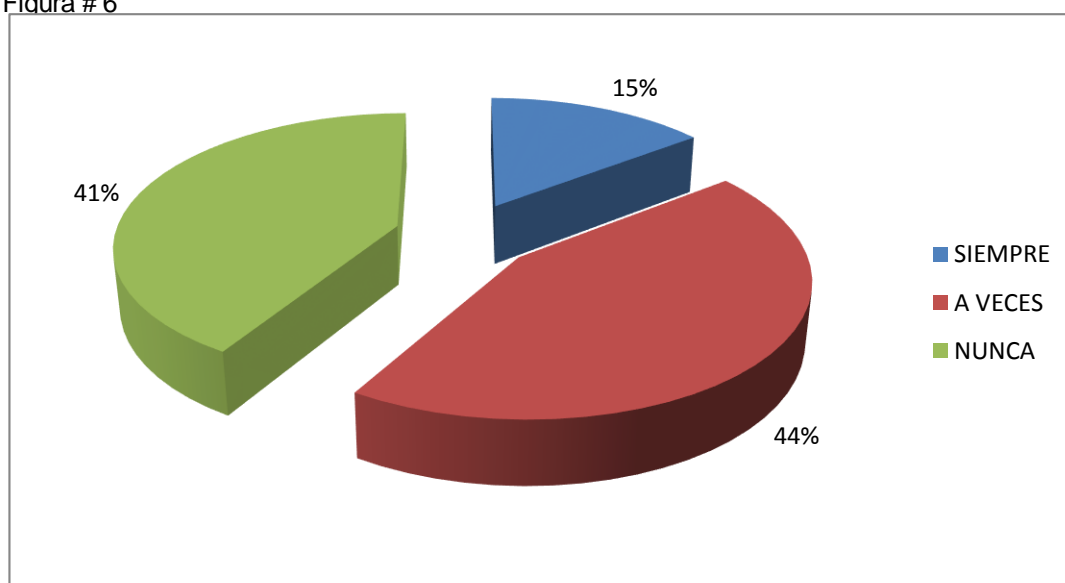
El 39% de encuestados afirmó que durante la mayor parte del último mes por lo general se ha sentido fría/o e insensible, como que no les conmoviera las situaciones que se dan a su alrededor y el 61% restante manifestó que no tienen esas sensaciones. El programa "Nosotros También Somos el Presente" debe concluir la necesidad de asesorar a sus técnicos ocupacionales para que brinden herramientas que ayuden a adaptarse a las personas que pasan por estas circunstancias

8. ¿En algún momento ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturdida/o conmocionada/o por su situación actual?

Cuadro # 6

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	11	15%
A VECES	33	44%
NUNCA	31	41%
TOTAL	75	100%

Figura # 6



FUENTE: Encuesta realizada a las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
 ELABORACIÓN: La autora

De los encuestados, el 59% afirmó que siempre o por lo general han sentido la sensación de estar "atontada/o", aturdida/o conmocionada/o por su situación actual, mientras que el restante 41% refiere que no ha sentido ese tipo de sensaciones. Casi la mitad de la población encuestada manifestó que trata de evitar los sentimientos negativos que son siempre frecuentes cuando se presentan este tipo de situaciones

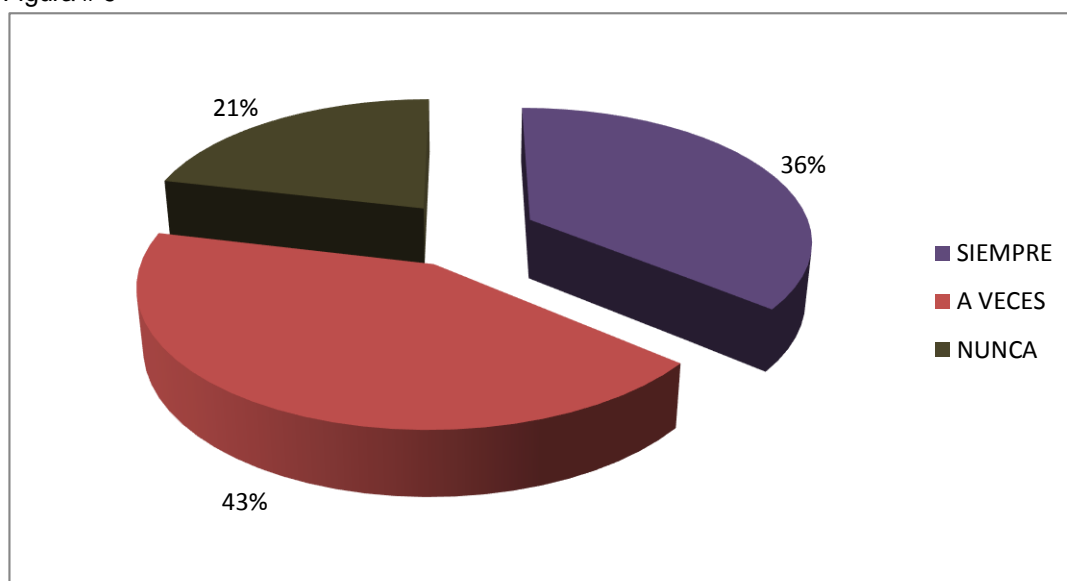
4.5.3. Encuesta aplicada a los familiares de las personas con capacidades especiales del programa “Nosotros También Somos el Presente”

3. ¿En algún momento su familiar ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal?

Cuadro # 9

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	27	36%
A VECES	32	43%
NUNCA	16	21%
TOTAL	75	100%

Figura # 9



*FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de las personas con discapacidades del programa “Nosotros También Somos el Presente”
ELABORACIÓN: La autora*

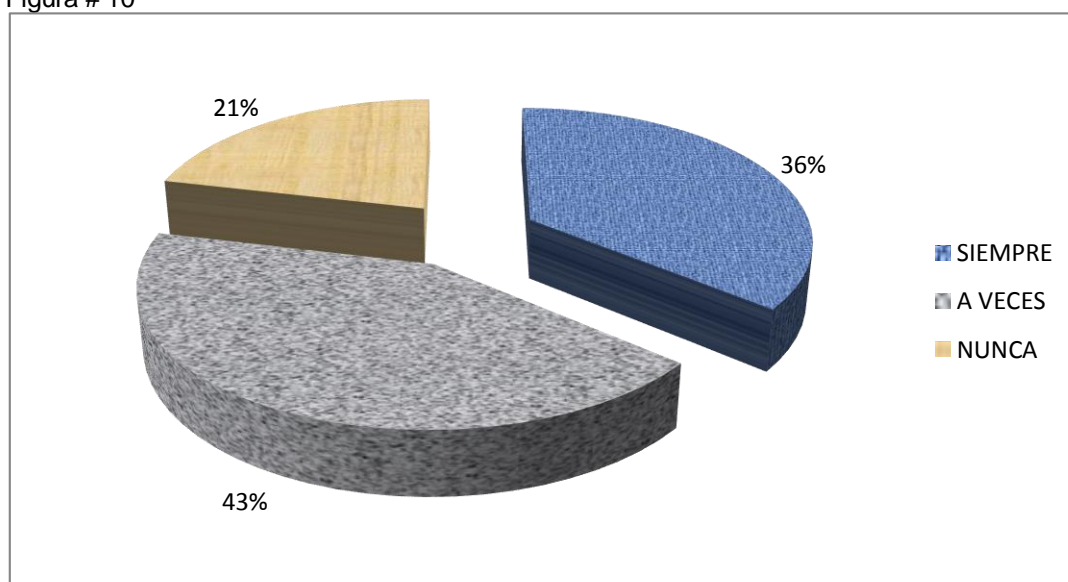
Para el 79% de los encuestados su familiar siempre o en algunas ocasiones ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal y para el restante 21% nunca sus parientes tienen estos tipos de sentimientos.

4. ¿Hay cosas que su familiar antes solía hacer y ahora no hace o trata de no ver?

Cuadro # 10

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	27	36%
A VECES	32	43%
NUNCA	16	21%
TOTAL	75	100%

Figura # 10



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora

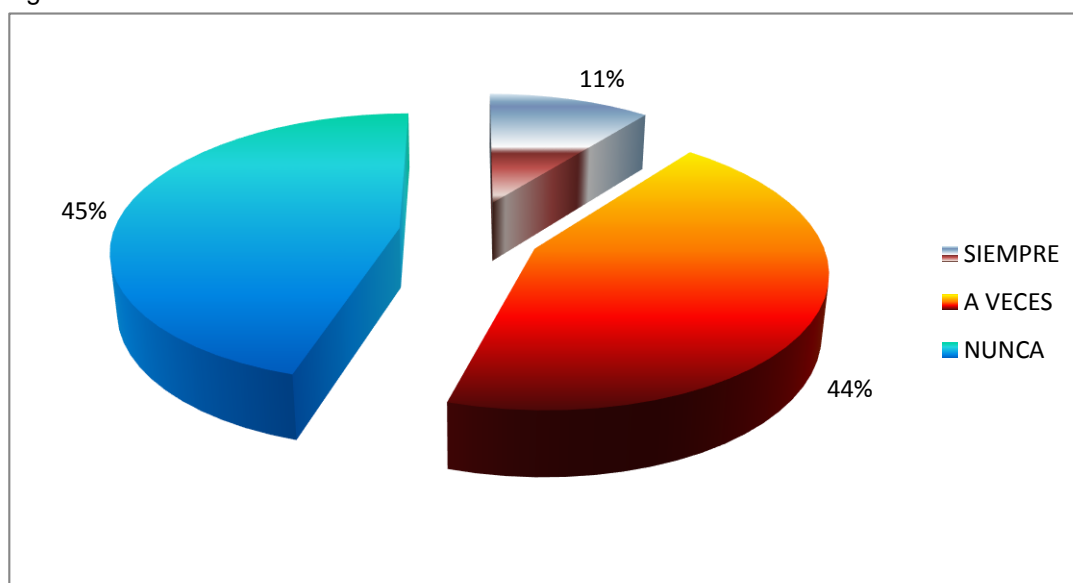
El 36% de los familiares encuestados contestaron que siempre su familiar piensa en las cosas que antes solía hacer y ahora no hace, el 43% advirtió que sólo a veces y el 21% concluyó que nunca. Los familiares más cercanos son las personas indicadas que podrían ayudar tanto en la recuperación y adaptación de los individuos con discapacidades a su nuevo estilo de vida.

5. ¿Cree que para su familiar el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Cuadro # 11

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	8	11%
A VECES	33	44%
NUNCA	34	45%
TOTAL	75	100%

Figura # 11



*FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora*

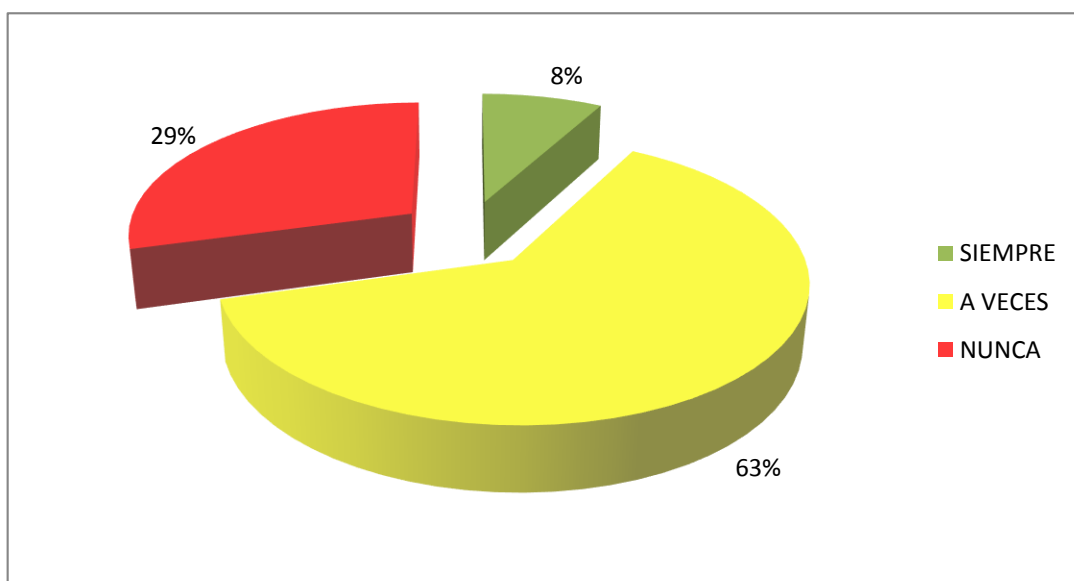
Para el 55% de las personas encuestadas siempre o en algunas ocasiones para su familiar el futuro no tiene sentido, y todo es inútil por su situación actual. En cambio, para el 45% restante su familiar nunca tiene este tipo de percepciones acerca de su realidad, por lo que se podría hacer referencia de que este porcentaje de individuos con algún tipo de discapacidad han tratado de adaptarse a su situación actual

6. ¿En algún momento durante el último mes su familiar ha estado distante de las personas a quienes les importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Cuadro # 12

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	8%
A VECES	47	63%
NUNCA	22	29%
TOTAL	75	100%

Figura # 12



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
 ELABORACIÓN: La autora

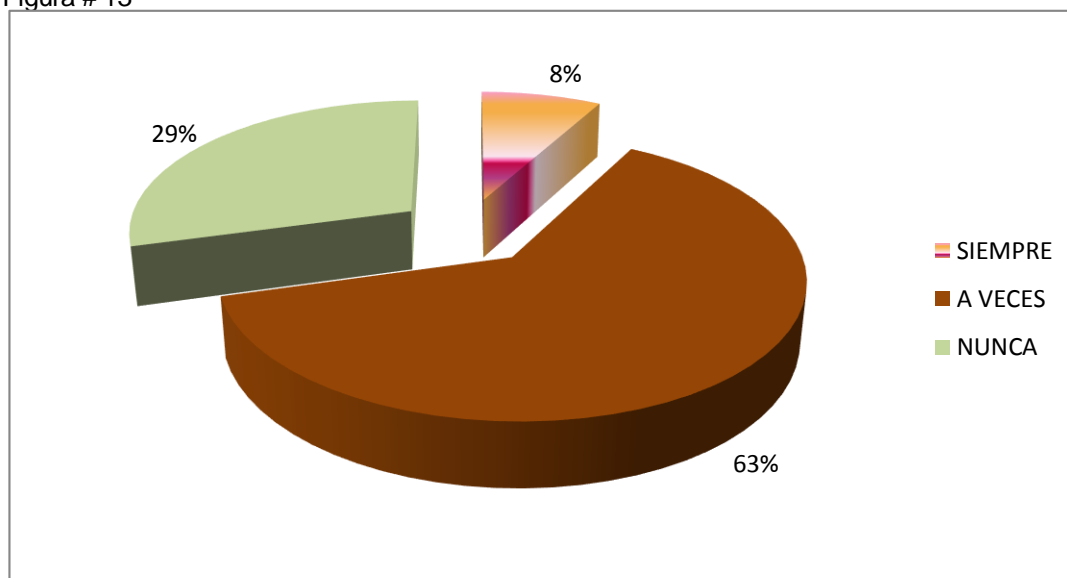
El 8% de los encuestados afirmó que en el último mes su familiar siempre ha estado distante de las personas a quienes les importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás; el 63% manifestó que sólo ocurre esto en algunos casos puntuales y el restante 29% afirmó que sus parientes nunca tienen estos tipos de sentimientos dentro de ellos.

7. ¿Durante la mayor parte del último mes su familiar se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Cuadro # 13

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	8%
A VECES	47	63%
NUNCA	22	29%
TOTAL	75	100%

Figura # 13



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
 ELABORACIÓN: La autora

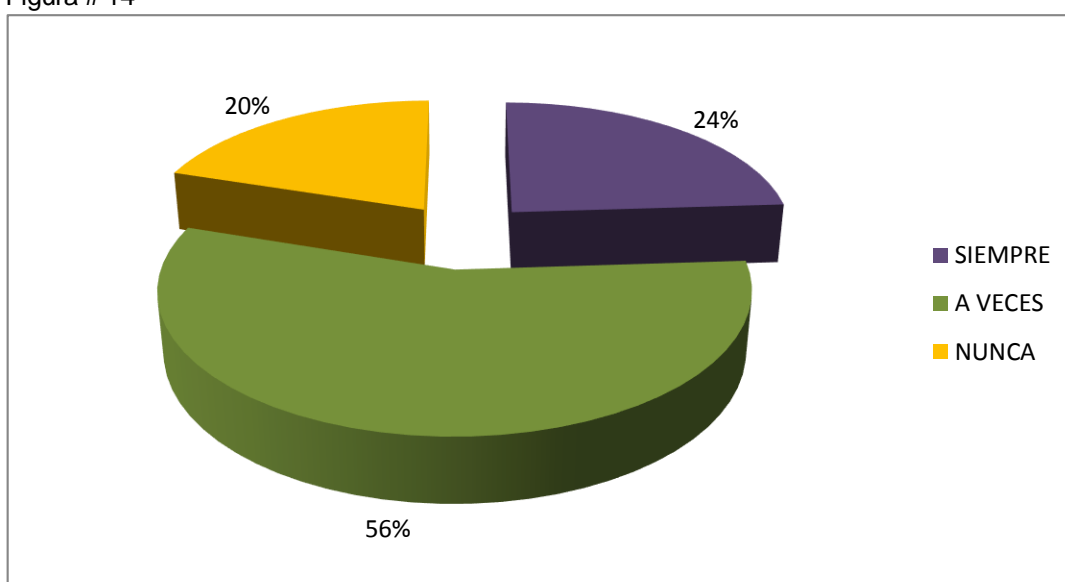
El 71% de encuestados afirmó que durante la mayor parte del último mes su familiar siempre o en algunos casos se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera que nada le conmoviera, en cambio, el 29% manifestó que su emparentado nunca se ha sentido así en los últimas semanas.

8. ¿En algún momento su familiar ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturrida/o conmocionada/o por su situación actual?

Cuadro # 14

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	18	24%
A VECES	42	56%
NUNCA	15	20%
TOTAL	75	100%

Figura # 14



FUENTE: Encuesta realizada a los familiares de las personas con discapacidades del programa "Nosotros También Somos el Presente"
 ELABORACIÓN: La autora

Del 100% de los encuestados, el 80% afirmó que su familiar en algún momento se ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturrida/o conmocionada/o por su situación actual y el restante 20% confirmó que nunca han visto que su emparentado tenga este tipo de sensaciones o sentimientos desde que padece su discapacidad.

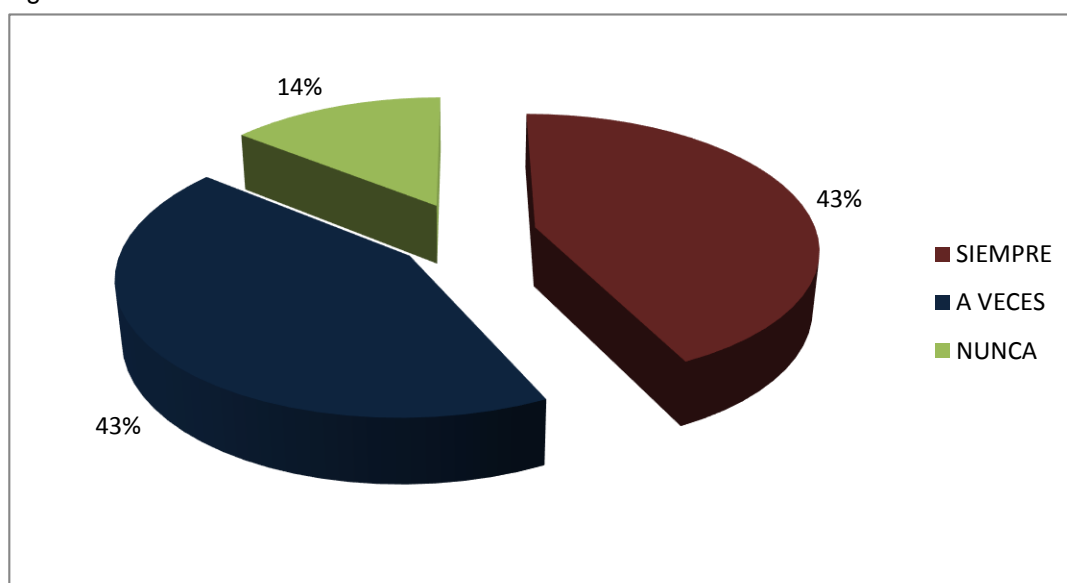
4.5.4. Encuesta aplicada a los profesionales del programa “Nosotros También Somos el Presente”

3. ¿En algún momento su paciente ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal?

Cuadro # 17

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	3	43%
A VECES	3	43%
NUNCA	1	14%
TOTAL	7	100%

Figura # 17



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del programa “Nosotros También Somos el Presente”
ELABORACIÓN: La autora

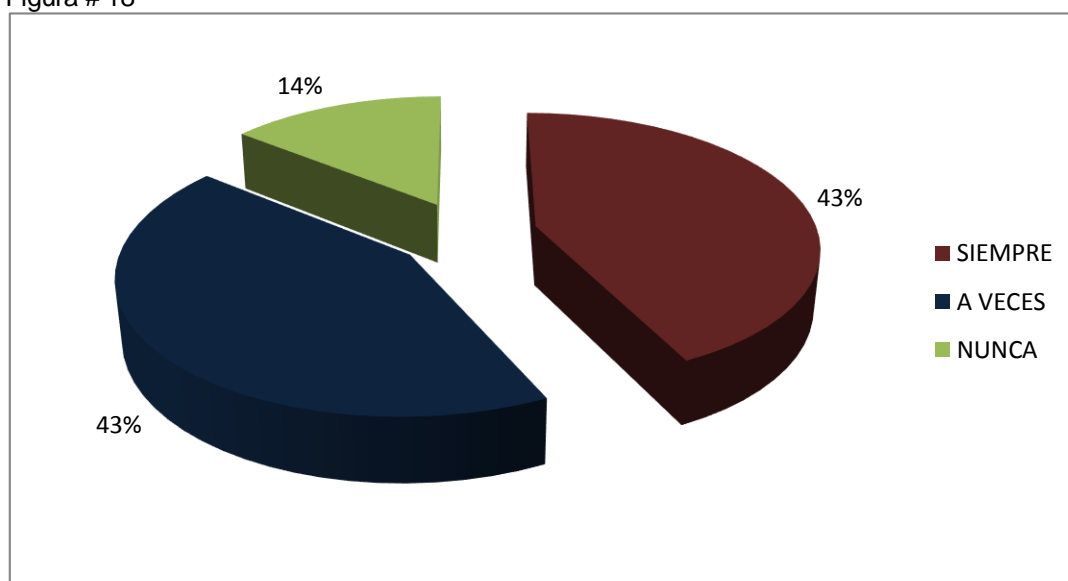
Para el 86% de profesionales encuestado siempre o en algún momento su paciente ha tratado de evitar los sucesos, personas, lugares u otras cosas que le recuerdan una vida normal y el 14% que resta refirió que nunca han tenido este tipo de sentimientos o sensaciones sus pacientes.

4. ¿Hay cosas que paciente antes solía hacer y ahora no hace o trata de no ver?

Cuadro # 18

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	3	43%
A VECES	3	43%
NUNCA	1	14%
TOTAL	7	100%

Figura # 18



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora

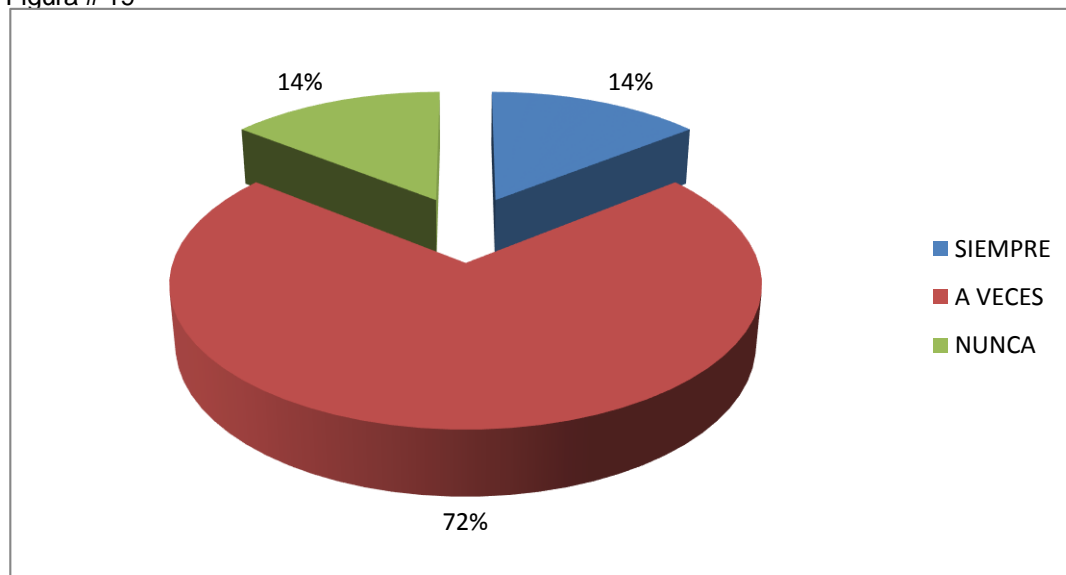
En estos resultados de la pregunta planteada sobre si hay cosas que los paciente antes solía hacer y ahora no hace o trata de no ver, el 43% afirmó que siempre, el 43% contestó que a veces y el 14% restante seleccionó la opción de nunca, lo que refiere que el 86% ha padecido algún tipo de ansiedad o depresión por motivo de su situación física actual

5. ¿Cree que para su paciente el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual?

Cuadro # 19

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	1	14%
A VECES	5	72%
NUNCA	1	14%
TOTAL	7	100%

Figura # 19



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora

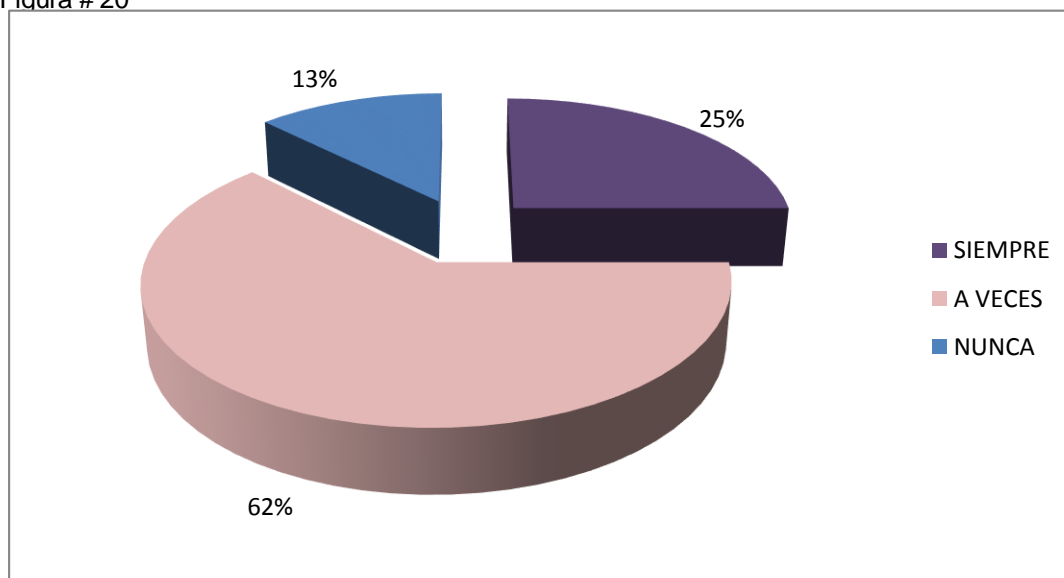
Sobre los resultados a la pregunta que refería sobre sí el profesional cree que para su paciente el futuro no tiene sentido, o que todo es inútil por su situación actual, el 14% afirmó que siempre, el 72% sólo en algunas ocasiones y el 14% restante nunca. Se deduce que existe un gran porcentaje que, según los profesionales, han tenido sentimientos negativos sobre su condición física

6. ¿En algún momento durante el último mes su paciente ha estado distante de las personas a quienes le importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás?

Cuadro # 20

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	2	25%
A VECES	5	62%
NUNCA	1	13%
TOTAL	7	100%

Figura # 20



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora

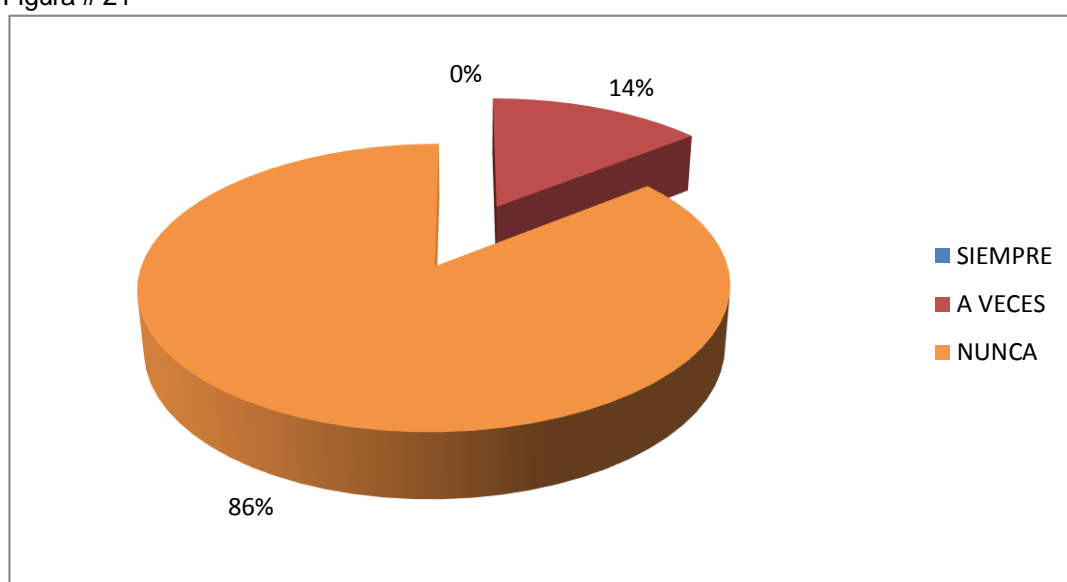
En esta preguntaba que planteaba la interrogante sobre si en algún momento durante el último mes el paciente ha estado distante de las personas a quienes le importa o ha tenido la sensación de haber perdido el interés por los demás, el 25% de los técnicos contestaron que siempre, el 62% afirmó que a veces y el 13% concluyó con que nunca.

7. ¿Durante la mayor parte del último mes su paciente se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera?

Cuadro # 21

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	0	0%
A VECES	1	14%
NUNCA	6	86%
TOTAL	7	100%

Figura # 21



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora

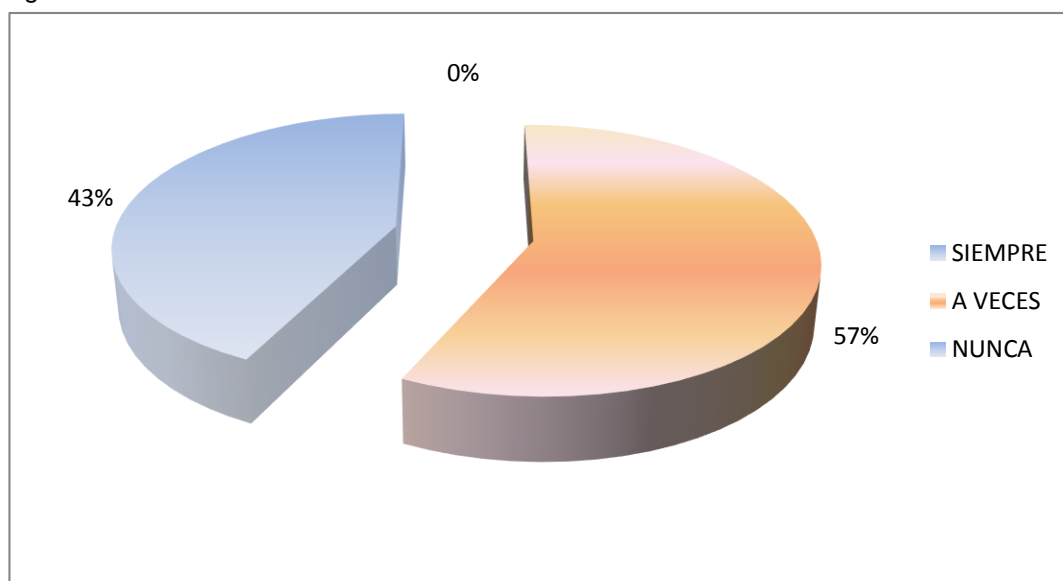
Sobre la pregunta que refería sobre sí la mayor parte del último mes el paciente se ha sentido fría/o e insensible, como que no sintiera nada ni nada le conmoviera, el 14% contestó a veces y el 86% manifestó que nunca, lo que se puede interpretar en que sí se ha condicionado los espacios y ambiente para que los pacientes no tengan este tipo de sensaciones o sentimientos negativos.

8. ¿En algún momento su paciente ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturdida/o conmocionada/o por su situación actual?

Cuadro # 22

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	0	0%
A VECES	4	57%
NUNCA	3	43%
TOTAL	7	100%

Figura # 22



FUENTE: Encuesta realizada a los profesionales del programa "Nosotros También Somos el Presente"
ELABORACIÓN: La autora

En la pregunta que refería sobre si en algún momento el paciente ha sentido que estuviera como "atontada/o", aturdida/o conmocionada/o por su situación actual, el 57% de profesionales encuestados manifestaron que a veces y el 43% restante consideran que nunca su paciente ha estado con este tipo de estados de ánimos.

Buena Fe, Septiembre 14 de 2016

Lcdo.

Jefferson Pazmiño Gutiérrez.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO SOCIAL DEL GAD MUNICIPAL DEL CANTON BUENA FE.

En su despacho.-

Yo, **María Lorena Montes Betancourt**, con cédula de identidad **120431803-2**, egresada de la carrera de la **PSICOLOGIA CLINICA** de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO** ext. Quevedo, me dirijo a usted de la manera más comedida para solicitarle se me permita realizar el Proyecto de Investigación de Tesis Titulado: **"PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES ESPECIALES DEL PROGRAMA "NOSOTROS TAMBIEN SOMOS EL PRESENTE"**.

Por la amable atención que se dé a la presente, reitero mis sentimientos de gratitud y estima.

Atentamente,



María Lorena Montes Betancourt

C.I 120431803-2

1.- Realizando la encuesta a un usuario del “Proyecto Nosotros también somos el presente”



2.- Encuesta a los Técnicos del “Proyecto Nosotros también somos el presente”



3.- Encuesta a Familiares del “Proyecto Nosotros también somos el presente”



4.- Realizando Terapias de destrezas



5.- Trabajando con pintura



6.- Familiares compartiendo habilidades de pintura.

