

Universidad Rafael Landívar  
Facultad de Humanidades  
Campus de Quetzaltenango

**“NIVEL DE AUTOCONCEPTO EN PACIENTES  
DE TRAUMATOLOGÍA” (ESTUDIO REALIZADO  
EN LOS HOSPITALES DE LAS CABECERAS  
DE LOS DEPARTAMENTOS DE RETALHULEU  
Y MAZATENANGO)**

**TESIS**

Nidia Elizabeth Tello Escobedo

Carné 143300

Quetzaltenango, noviembre de 2013

Campus de Quetzaltenango

Universidad Rafael Landívar

Facultad de Humanidades

Campus de Quetzaltenango

**“NIVEL DE AUTOCONCEPTO EN PACIENTES  
DE TRAUMATOLOGÍA” (ESTUDIO REALIZADO  
EN LOS HOSPITALES DE LAS CABECERAS  
DE LOS DEPARTAMENTOS DE RETALHULEU  
Y MAZATENANGO)**

**TESIS**

Presentada a Coordinación de Facultad de  
**Humanidades**

Por:

Nidia Elizabeth Tello Escobedo

Previo a conferirle en el grado académico de:

**Licenciada**

El título de:

**Psicóloga**

Quetzaltenango, noviembre de 2013

**Autoridades de la Universidad Rafael Landívar  
del Campus Central**

<b>Rector</b>	Padre Rolando Enrique Alvarado S. J.
<b>Vicerrectora Académica</b>	Doctora Lucrecia Méndez de Penedo
<b>Vicerrector de Investigación y Proyección Social</b>	Padre Carlos Cabarrús Pellecer S. J.
<b>Vicerrector de Integración Universitaria</b>	Padre Eduardo Valdés Barría S. J.
<b>Vicerrector Administrativo</b>	Licenciado Ariel Rivera Irias
<b>Secretaria General</b>	Licenciada Fabiola Padilla de Lorenzana

**Autoridades de la Facultad de  
Humanidades**

<b>Decana</b>	M.A. Hilda Caballeros de Mazariegos
<b>Vicedecano</b>	M.A. Hosy Benjamer Orozco
<b>Secretaria</b>	M.A. Lucrecia Elizabeth Arriaga Girón
<b>Directora del Departamento de Psicología</b>	M.A. Georgina Mariscal de Jurado
<b>Directora del Departamento de Educación</b>	M.A. Hilda Díaz de Godoy
<b>Directora del Departamento de Psicopedagogía</b>	M.A. Romelia Irene Ruiz de Godoy
<b>Directora del Departamento de Ciencias de la Comunicación</b>	M.A. Nancy Avendaño Maselli
<b>Director del Departamento de Letras y Filosofía</b>	M.A. Eduardo Blandón Ruíz
<b>Representantes de Catedráticos ante Consejo de Facultad</b>	M.A. Marlon Urizar Natareno Licda. Leslie Sachel Vela

**Miembros del Consejo  
Campus de Quetzaltenango**

<b>Director de Campus</b>	Arquitecto Manrique Sáenz Calderón
<b>Subdirector de Integración Universitaria</b>	Msc. P. José María Ferrero Muñiz S. J.
<b>Subdirector de Gestión General</b>	Msc. P. Mynor Rodolfo Pinto Solís S. J.
<b>Subdirector Académico</b>	Ingeniero Jorge Derik Lima Par
<b>Subdirector Administrativo</b>	MBA. Alberto Axt Rodríguez

**Asesora**

Ms. Karina Juárez

**Revisor de Fondo**

Licenciado Jorge Luis Orellana



Quetzaltenango 30 de noviembre de 2011

Ingeniero  
Derick Lima  
Director Académico  
Universidad Rafael Landívar

Respetable Ingeniero Lima

De manera atenta me dirijo a usted para comunicarle que la estudiante **Nidia Elizabeth Tello Escobedo**, de la Licenciatura en Psicología Clínica, quien se identifica con el carné número **143300** culminó satisfactoriamente la elaboración de tesis II titulada: **Nivel de autoconcepto en pacientes de traumatología. (Estudio realizado en los hospitales nacionales de los departamentos de Retalhuleu y Mazatenango)**, según los requerimientos que la universidad solicita para terminar el trabajo de investigación.

Por lo anterior también se le solicita nombrar al revisor de fondo correspondiente para que sea evaluado el trabajo de investigación, previo a optar el grado académico de Licenciada en Psicología General.

ATENTAMENTE

Ms. Karina Juárez

Psicóloga

Col. 5868



**Universidad  
Rafael Landívar**  
Tradición Jesuita en Guatemala

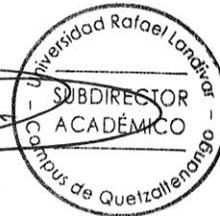
**CAMPUS DE QUETZALTENANGO**  
**Subdirección Académica**  
Teléfono (502)77229900 ext. 9883  
Fax: (502) 77229864  
14 Avenida 0-43 zona 3. Quetzaltenango  
dlima@url.edu.gt

**SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA  
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR  
CAMPUS DE QUETZALTENANGO**

De acuerdo al dictamen rendido por la Ms. Karina Juárez, asesora de la tesis titulada: **"NIVEL DE AUTOCONCEPTO EN PACIENTES DE TRAUMATOLOGÍA"** (Estudio realizado en los Hospitales de las cabeceras de los departamentos de Retalhuleu y Mazatenango), presentada por el (a) estudiante **Nidia Elizabeth Tello Escobedo**, y la Aprobación de la Defensa Privada de Tesis, según consta en el acta No. P.T. 89-13 de fecha dieciocho de abril del año dos mil trece, esta Subdirección autoriza la impresión, previo a su graduación profesional de Psicóloga, en el grado académico de Licenciada.

Quetzaltenango, 18 de noviembre del año 2013.

  
Ingeniero Jorge Derik Lima Par  
**SUBDIRECTOR ACADÉMICO**



**NOTA:** Únicamente el autor es responsable del contenido, doctrinas y criterios sustentados en su TESIS

## **Agradecimientos**

**A los Hospitales Generales  
de las Cabeceras de  
Mazatenango y Retalhuleu:**

Por el apoyo incondicional y continuo en el proceso de investigación del tema objeto de estudio.

**A mi Asesora, Máster  
Karina Juárez:**

Por su paciencia y aportes en la revisión del trabajo de tesis y por incentivar me cuando el desaliento se hacía presente.

**A la Universidad  
Rafael Landívar:**

Por transmitirme una educación integral y de calidad con énfasis en la formación de profesionales con valores.

## **Dedicatoria**

### **A Dios:**

Por darme la oportunidad de ser quien soy ahora, y la sabiduría y paciencia para alcanzar esta meta y por fortalecerme en todo momento para ser cada día un mejor ser humano.

### **A mis Padres:**

Por su comprensión y apoyo incondicional y por estar a mi lado en todo momento, por impulsarme a luchar para alcanzar mis metas y por transmitirme los principios y valores para desenvolverme en la vida.

### **A mi Hijo:**

Por su comprensión y apoyo incondicional y por estar a mi lado en todo momento, y por compartir conmigo momentos maravillosos en la vida.

## Índice

	Pág.
<b>I INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
1.1 Autoconcepto.....	10
1.1.1 Definición.....	10
1.1.1.1 La influencia del desarrollo con el autoconcepto.....	11
1.1.1.2 La percepción de sí mismo.....	12
1.1.1.3 Imagen corporal.....	13
1.1.1.4 El ideal de sí mismo.....	14
1.1.1.5 Autoestima.....	15
1.1.1.6 Desempeño del rol.....	17
1.1.1.7 Identidad personal.....	18
1.1.1.8 Traumas.....	19
1.1.1.9 Tensión por el rol.....	20
1.1.1.10 Mecanismo de defensa de la personalidad utilizada por el autoconcepto.....	20
1.1.2 Nivel de autoconcepto.....	22
1.1.2.1 El esquema corporal.....	22
1.1.2.2 Las actitudes.....	23
1.1.2.3 Valoración externa.....	23
1.1.2.4 Conocimiento de propia persona.....	23
1.1.2.5 Autoconocimiento.....	23
1.1.2.6 Pensamientos causal, alternativo, de perspectiva y de medios fines...	23
1.1.2.7 Empatía.....	24
1.1.2.8 El pensamiento de perspectiva.....	24
1.1.2.9 Autoestima.....	24
1.1.3 Nivel cognitivo intelectual del autoconcepto.....	24
1.1.3.1 El producto de la interiorización.....	26
1.1.3.2 La asimilación.....	27
1.1.3.3 Curso vital del desarrollo cognitivo.....	27
1.1.3.4 Discapacidad intelectual.....	28

1.1.3.5	Funcionamiento intelectual.....	29
1.1.4	Nivel afectivo emocional del autoconcepto.....	29
1.1.4.1	Afectividad psicológica.....	31
1.1.4.2	Tono afectivo de las sensaciones.....	31
1.1.4.3	Estado de ánimo o humor.....	32
1.1.4.4	Trastorno en el terreno emocional o afectivo.....	33
1.1.5	Nivel conductual del autoconcepto.....	33
1.1.5.1	Continuidad de conductas y mecanismos.....	34
1.1.5.2	Plasticidad neuronal de la conducta.....	35
1.1.5.3	Fundamentos biológicos de la conducta.....	36
1.2.	Traumatología.....	38
1.2.1	Definición.....	38
1.2.1.1	Torceduras y fracturas .....	39
1.2.2	Tratamiento en equipo de los traumatismos.....	40
1.2.2.1	Exploración primaria.....	40
1.2.2.2	Exploración secundaria.....	40
1.2.2.3	Tratamiento definitivo.....	41
1.2.2.4	Principios de la curación de las fracturas.....	42
1.2.2.5	Fracturas intra articulares.....	42
1.2.2.6	Fracturas diafisarias.....	42
1.2.2.7	Fracturas abiertas.....	43
1.2.2.8	Fracturas por sobrecargas.....	44
1.2.2.9	Tratamiento quirúrgico.....	45
1.2.2.10	Artritis séptica.....	45
1.2.2.11	Articulación de la rodilla.....	45
1.2.2.12	Artrosis.....	45
1.2.2.13	Infecciones de esteroides intra articulares.....	46
1.2.3	Trastornos psicológicos que presentan los pacientes de traumatología.....	46
1.2.3.1	Depresión.....	48
1.2.3.2	Ansiedad.....	48

1.2.3.3	Consecuencias psicológicas en los pacientes traumatizados graves....	50
1.2.3.4	Consecuencias psicológicas en los pacientes trasplantados.....	50
1.2.3.5	Alteración de la imagen corporal.....	51
1.2.3.6	Alteraciones neurológicas.....	52
1.2.3.7	Consecuencias psicológicas en los pacientes terminales.....	52
1.2.3.8	Consecuencias psicológicas en familiares.....	54
1.2.4	Necesidades del paciente traumatizado.....	55
1.2.5	Tratamiento psicológico en pacientes de traumatología.....	57
1.2.5.1	Indicadores negativos de recuperación.....	58
1.2.5.2	Tratamiento psicológico combinado.....	59
1.2.5.3	Tratamiento psicológico.....	59
1.2.5.4	Tratamiento de fisioterapia.....	60
1.2.5.5	Cinesiterapia.....	60
1.2.5.6	Inmovilización y reposo.....	61
1.2.5.7	Tonificación muscular.....	61
1.2.5.8	Hidroterapia.....	61
1.2.5.9	Termoterapia.....	61
1.2.5.10	Crioterapia.....	61
1.2.5.11	Electroterapia.....	62
1.2.5.12	Acupuntura.....	62
1.2.6	Intervención psicológica a pacientes con traumatología.....	63
1.2.6.1	Intervención a pacientes hospitalizados en una UCI de traumatología..	64
1.2.6.2	Técnicas a pacientes que muestran ansiedad.....	65
1.2.6.3	Prevenir las complicaciones médicas.....	65
1.2.6.4	Apoyo psicológico a pacientes trasplantados.....	66
1.2.6.5	Técnicas de relajación.....	66
1.2.6.6	Técnicas de condicionamiento encubierto.....	67
1.2.6.7	Técnicas de reestructuración cognitiva.....	67
1.2.6.8	Terapia grupal.....	67
1.2.6.9	Apoyo psicológico a pacientes terminales.....	67
1.2.6.10	Apoyo psicológico a los familiares.....	69

1.2.6.11	Técnicas de intervención psicología para ayudar a los familiares a afrontar la muerte de los familiares y superar el duelo.....	69
1.2.7.	Intervención en crisis a pacientes con traumatología afectada por situaciones de emergencia o desastre.....	71
<b>II</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>72</b>
2.1.	Objetivos.....	73
2.1.1	General.....	73
2.1.2	Específicos.....	73
2.2	Hipótesis.....	73
2.3	Variables de estudios.....	73
2.3.1	Conceptualización de variables.....	73
2.3.2	Operacionalización de variables.....	74
2.4	Alcances y límites.....	74
2.5	Aporte.....	74
<b>III</b>	<b>METODO.....</b>	<b>76</b>
3.1	Sujetos.....	76
3.2	Instrumento.....	76
3.3	Procedimiento.....	77
3.4	Diseño.....	77
3.5	Metodología estadística.....	78
<b>IV</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>80</b>
<b>V</b>	<b>DISCUSION DE RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>VI</b>	<b>PROPUESTA.....</b>	<b>86</b>
<b>VII</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>94</b>
<b>VIII</b>	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>95</b>
<b>IX</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>96</b>
<b>X</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>100</b>

## Resumen

El siguiente trabajo de investigación se realizó con pacientes de traumatología de los Hospitales Nacionales de los departamentos de Suchitepéquez y Retalhuleu, y se planteó como objetivo principal establecer el nivel de autoconcepto.

Para ello se selecciona 55 pacientes, percibidos entre las edades de 18 a 86 años, de género masculino y femenino, en cuanto a la religión de los pacientes, algunos asisten a la iglesia católica, otros a la evangélica y otros no asisten a ninguna, diversas etnias indígenas, bajo nivel económico, y diferentes traumas, para conformar el grupo con los cuales se llevó a cabo la presente investigación.

El instrumento que se utilizó fue AutoPB-96 (autoconcepto-Primaria-Básicos-96), elaborada por los autores, G., García, F. y Gutiérrez, M. su nombre original es Autoconcepto forma A (AFA) adaptación a Guatemala.

La prueba se puede administrar de forma individual y colectiva, el tiempo de aplicación fue de 15 minutos aproximadamente, ya que contiene siete características fundamentales las cuales son organizado, multifacético, jerárquico, estable, experimental, valorativo y diferenciable.

El instrumento de estudio mide el autoconcepto en cuatro áreas, académica, social, familiar, y emocional, se logró los resultados de cada área según la plantilla que se asignó para la misma, de esta manera los resultados directos y seguidamente se buscó los percentiles para cada puntuación.

Se incluyó la administración y corrección la cual es adaptada para Guatemala por el Instituto de Psicología y Antropología de Quetzaltenango. La investigación que se realizó es de tipo descriptivo.

## I.INTRODUCCION

Este estudio establece la influencia del nivel de autoconcepto en pacientes de traumatología para dar a conocer el mismo de los sujetos que suelen sufrir un autoconcepto bajo, en el que generan muchos problemas psicológicos, en comportamientos negativos extremos, gritos, oposiciones, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario, lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento.

En algunos hospitales solo les prestan atención médica pero no se preocupan en la salud mental del paciente, la mayoría de los pacientes que sufren accidentes les cambia radicalmente la forma de pensar al no estar seguros que la vida será la misma de antes, muchas veces crean desesperación, y temor que no podrán realizar las mismas actividades.

En los familiares genera un estado de decadencia en el autoconcepto, al escuchar el diagnóstico de trauma de los pacientes, suelen experimentar rabia, dolor o negación, posteriormente aparecen rasgos depresivos y finalmente la aceptación del problema.

Todas estas son emociones normales, pero sí son muy intensas pueden afectar a la comprensión del problema y del paciente, muchas veces al no ser bien orientado al paciente o por no referirlo a lugares adecuados han quedado paráliticos.

El autoconcepto debe ser alto, por lo que es esencial la actuación del psicólogo para identificar los problemas y actuar de forma adecuada hacia el paciente, lograr disminuir el nivel de angustia que suele rodear la situación del sujeto y del médico, en transformar el pensamiento negativo del paciente, a un reforzamiento positivo para mayor y rápida sanidad de los sujetos.

Por la importancia que tiene el nivel de autoconcepto en pacientes de traumatología y reconocer el apoyo adecuado que se necesitan en estas situaciones, de cómo ayudar a los pacientes a salir adelante, a continuación se presentan opiniones de otros autores sobre el mismo.

En el artículo de autoconcepto autoestima (2008), que aparece en la publicación de formación guía pedagógica, disponible en internet, aclara que el autoconcepto es la percepción que se tiene del mismo.

Por lo que el autoconcepto es la suma de creencias de un individuo sobre las cualidades personales, lo que la persona sabe de sí misma y lo que cree que sabe, dicho concepto se desarrolla a lo largo de la vida, es la interpretación de emociones, conducta y la comparación de la misma con la del otro.

La autoestima está determinada por el concepto que se tiene de la persona, del físico, que se compone de varios ámbitos, el ético o moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la auto-aceptación, y el comportamiento.

La suma del autoconcepto y la autoestima lleva al concepto que se tiene de sí mismo, es una visión de la persona y esta visión se modifica a lo largo de la vida en función de las experiencias, las circunstancias y el contexto que le rodea.

En el artículo autoconcepto-autoestima (2011), disponible en internet describe que, autoconcepto se refiere a como las personas se conocen y piensan de si mismos. Es el concepto mental que tiene el individuo de por vida.

Cada persona tiene el propio punto de vista personal de si mismo, también conocido como autoimagen, es como un diccionario interno que describe las características, cuerpo y mente, la autoestima en cambio es cómo una persona se siente acerca de si misma.

La autoimagen es cómo se ve la persona y cómo cree que los demás lo ven, si se tiene una pobre autoimagen la autoestima se torna baja.

A continuación algunas de las preguntas que comúnmente se realizan para saber el autoconcepto que tienen de sí mismos son ¿Cómo las creencias influyen en los pensamientos y acciones? ¿Cuánto se conoce? ¿Cuáles son los puntos fuertes? ¿Qué cosas hace muy bien? ¿Cómo es usted? ¿Cómo se relaciona con las demás personas?

En el artículo autoconcepto, perspectiva de investigación (2008), de revista Psicodidáctica, explica que el autoconcepto juega un papel decisivo y central de las principales teorías psicológicas, un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional, la satisfacción personal, el sentirse bien, de ahí que el logro de un equilibrio socioafectivo en el alumnado a partir de una imagen ajustada y positiva de sí mismo forme entre las finalidades tanto de la educación primaria como la de educación secundaria obligatoria.

El autoconcepto figura, de otro lado, entre los temas que más han interesado siempre a la psicología, desde el inicio como disciplina científica hasta hoy día, a medida de los años setenta del siglo XX se produce un notable cambio en la forma de concebirlo al ser reemplazada una visión unidimensional por una concepción jerárquica y multidimensional del mismo.

En el artículo sonríale a la vida (2011), la revista de prensa libre, describe que el autoconcepto hace referencia de algo simbólico que engloba las habilidades y aptitudes del intelecto, aquí el autoconcepto define si es tímida, si es extrovertida.

Podría parecer que alguna de las partes, física o del pensamiento del individuo le aseguren sentirse bien, por lo que se cree tener soluciones sencillas como un cambio de look o socializar en una fiesta, pero no resulta del todo funcional, esto se

debe a que los esquemas mentales son más rígidos que los físicos, pero ambos se pueden trabajar.

El autoconcepto y a la autoimagen, permiten que una impulse a la otra, por ejemplo, hacer ejercicio, ayuda a mejorar la parte física, el cómo se ve, y socializarse, puede ser una forma para reforzar la empatía y la capacidad de extroversión con otros.

La intención que tenga la persona por mejorar el panorama será el resultado de sentirse mejor consigo mismo y explorar los propios límites, si bien es normal tener un altibajo emocional, éste le impide desarrollarse o simplemente se limita para ser feliz, hay que hacer un alto, reflexionar y seguir adelante.

En el artículo autoestima y autoconcepto (2006), que aparece en el temario psicopedagógico, define que auto concepto se refiere a la idea de quienes son, como se perciben a los mismos y como piensan que lo ven los demás, se desarrolla una mala autoimagen y eso hace pensar que los demás también los ven negativamente, el autoconcepto previene de la imagen que se forme desde pequeños.

El autoconcepto se basa en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre la persona, las ideas, creencias, opiniones, percepciones y el procedimiento de la información exterior.

El autoconcepto se construye dentro del hogar, esto se debe del estímulo que se da en la vivencia familiar, por lo que también son víctimas de un autoconcepto muy bajo, por el maltrato familiar que han recibido.

Muchas de las heridas emocionales que tiene una persona producidas en la niñez pueden causar trastornos psicológicos, emocionales y físicos, esto origina conflictos y dificultades en la vida del individuo, en el trabajo, relaciones matrimoniales

desastrosas, poco entendimiento con los hijos por lo que puede crearse una cadena de mala autoimagen en varias generaciones.

Ferrero (2008), en la sección resistencia y sumisión, en el artículo educar enseñar a vivir, publicado en el periódico El Quetzalteco describe que el autoconcepto del alumno, incide en el mundo afectivo del que lo rodea, y la capacidad de promover la búsqueda del propio sentido vital a través de la propuesta de valores, el papel de sancionador social que los educadores reciben de la sociedad y de los juicios que emiten se sujetará en gran medida tanto al rendimiento académico como al desarrollo de la autoimagen de los alumnos.

De nada sirve cambiar planes de estudios para mejorar el sistema educativo, mientras no se transforme la estructura psicosocial de los que tienen la obligación de abrir nuevos horizontes, el docente no solo sirve para transmitir contenidos y modos de conducta, sino, sobre todo, enseñar a vivir.

Vivir como persona significa elegir, saber optar por los valores y no por otros, actuar con sentido y dar sentido a la vida, ser educador es un compromiso que abarca todas las dimensiones de la existencia, no es una actividad encuadrada en un espacio y un tiempo, sino un estilo de vida que abarca la totalidad.

Ser educador no es una profesión que se remunera con un salario, es una vocación que impregna a toda la persona y actúa bajo la dinámica del ser en todo momento acompañante del proceso enseñanza y el aprendizaje, y en cual el receptor siempre encontrará un referente para la forma de ser, pensar y actuar.

En el artículo generalidades (2011), la publicación de escuela de medicina ortopedia y traumatología, disponible en internet, afirma que traumatología es la parte de la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor, es en la actualidad insuficiente, ya que esta especialidad se desarrolla mucho más allá del campo de las lesiones traumáticas, abarca también el estudio de las congénitas o

adquiridas, en los aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde el niño hasta la senectud.

Actualmente en muchos países se utiliza el nombre de ortopedia para referirse al estudio de las enfermedades del tronco y las extremidades, pero la tradición del uso de la palabra traumatología hace que la palabra ortopedia excluya las lesiones traumáticas.

A través del gran desarrollo ocurrido durante el siglo XX, la especialidad ha tomado un impulso incalculable a través de las posibilidades de recuperación que ofrece a los pacientes que sufren traumatismos, cada vez más frecuentes y de mayores proporciones.

Además, el aumento del promedio de vida de las personas se traduce en un mayor número de lesiones osteoarticulares degenerativas e invalidantes, es así como en la segunda mitad de este siglo, han alcanzado un gran desarrollo la cirugía de los reemplazos articulares, la cirugía de la columna, la cirugía artroscópica, el manejo quirúrgico de las fracturas a través de las distintas técnicas de osteosíntesis, la cirugía reparativa, etc., que prometen en el futuro una gran actividad médica quirúrgica en la mejoría de los pacientes afectados por una patología del aparato locomotor.

La ficha del departamento de Traumatología y Ortopedia (2001), del Hospital San Juan de Dios de Guatemala describe que el departamento de dicho hospital, se refiere a la unidad técnica administrativa, que regula la atención en dicha áreas de influencia, en función de las políticas y programas de la subdirección médica del hospital.

El departamento de ortopedia y traumatología, cuenta con cinco secciones, unidad de mujeres, unidad de hombres, unidad de pediatría, unidad de consulta externa adultos y pediatría y unidad de emergencia de adultos y pediatría.

La misión, proporcionar atención médica de ortopedia y traumatología en forma integral a los usuarios del servicio, a través del ejercicio de una medicina en continuo desarrollo, de trabajo en equipo, control sistemático de la calidad en la asistencia y la humanización de la atención.

Tiene como visión un departamento especializado en ortopedia y traumatología con los últimos conocimientos científicos en el cual se ha desarrollado el mejor equipo humano profesional científico con excelente capacidad para la formación de especialista a nivel nacional e internacional y con servicio de alta calidad para los pacientes que acuden a solicitar atención hospitalaria.

Los objetivos del departamento son, promover, impulsar y desarrollar programas de docencia e investigación, proporcionar atención de ortopedia y traumatología a la población solicitante, a través de los servicios internos, externos y de emergencia.

Desarrollar al personal médico, paramédico, técnico y otros que integren el departamento, a través de una capacitación permanente, con énfasis en la humanización de la atención, realizar y promover actividades de investigación científica, con énfasis en ortopedia y traumatología que contribuya a mejorar la prestación del servicio.

Coordinar las actividades del departamento de ortopedia y traumatología y la relación con otros departamentos del hospital, coordinar con organismos internacionales y hospitales de otros países el intercambio y desarrollo integral de los programas de la especialidad, en congresos, reuniones, publicaciones científicas.

En el artículo de lesiones traumáticas (2011), del manual de ortopedia y traumatología describe que traumatología en el ser humano, en la relación con el medio ambiente, se encuentra enfrentado a la acción de diferentes agentes físicos como el calor, el frío, la electricidad, las radiaciones, distintos tipos de fuerzas como las mecánicas, las cuales aplicadas sobre al organismo producen diferentes

lesiones, por lo tanto se enfrentan a un paciente lesionado que se debe considerar los tres componentes que interactúan, quien produce la lesión, a quién afecta, y cuál es el daño producido por el mismo.

Esta fuerza mecánica, desde punto de vista físico, es un vector y como tal tiene dos características fundamentales, magnitud y dirección, por lo tanto, cada vez que se considere una fuerza sobre el organismo, se debe cuantificar la cantidad que se aplicó y el mecanismo que se ejerció para producir una supuesta lesión.

Asimismo, una fuerza determinada puede multiplicarse si se aplica mediante un efecto de palanca, y es lo que ocurre frecuentemente en fuerzas aplicadas sobre el organismo y dentro de la función normal dentro del sistema osteomuscular.

Esta fuerza aplicada se traduce en una forma de energía y si se piensa que la fórmula de energía es  $E = m * c^2$ , masa por la velocidad al cuadrado, se debe considerar que entre mayor sea la energía aplicada sobre el organismo, mayor será la lesión producida

Morales (2011), en el artículo de noticias, las mochilas pesadas dañan la columna, del periódico el Quetzalteco describe a traumatología son llevados niños y jóvenes al observar los padres una mala postura o quejas por el dolor, el daño puede ser reversible, si se diagnóstica a tiempo, por lo regular, se utiliza además o terapias físicas para la recuperación.

Es común observar a niños y jóvenes que al inicio del ciclo escolar van con pesadas mochilas, por lo que expertos aseguran que el peso excesivo puede causar serios daños.

Cada año aumenta la lista de útiles escolares en escuelas y colegios, los materiales son necesarios para las clases, por lo que es difícil que no sean trasladados a diario por los estudiantes.

No obstante, existen estudios que determinan que el excesivo peso de las mochilas puede ocasionar daños en la columna vertebral y provocar patologías degenerativas o crónicas en edad adulta.

La licenciada en fisioterapia del Hospital de la Mujer, Gabriela López, indica que de los síntomas más visibles es desde que el niño se mantiene encorvado, desde que se hace notar que tiene un problema en la columna, otro indicador es un fuerte dolor en la espalda e incomodidad.

González (2011), en la sección de noticias, del artículo del periódico La Hora de San Marcos, describe que en el hospital Nacional aumenta la atención en traumatología, por lo que ingresan pacientes al Hospital Nacional Dr. Moisés Villagrán, de la cabecera departamental de San Marcos, y permanecen ocupadas las 200 camas por pacientes que requieren atención médica por diferentes causas.

Desde el año pasado se toman en cuenta un promedio de 600 emergencias y mil 500 consultas externas semanalmente, solicitan que requieren apoyos y mantenimiento constantes para dar a la población lo que necesita en materia de salud, las personas que buscan los servicios proceden de distintas partes del departamento, además de recibir a quienes llegan referidos de otros hospitales, como el Quiche, Huehuetenango, Suchitepéquez y Retalhuleu.

Los pacientes que ingresan son remitidos a las salas de traumatología, ginecología, cirugía, áreas intensivas, según el caso, hasta el momento el centro asistencial se encuentra abastecido de medicamentos y material quirúrgico, en un 90 y 97 por ciento, respectivamente, los que se han obtenido con el presupuesto del presente año.

En el artículo traumatología (2011), la publicación deportiva infantil, disponible en internet, afirma que uno de los deportistas más destacados de Chile, tuvo hace unos

días un accidente muy grave en el rally de Túnez. Chaleco López, el piloto chileno, tuvo varias fracturas y un neumotórax.

La posibilidad de traslado de un enfermo o accidentado de este tipo, ha puesto en el tapete algunos términos pocos usados o desconocidos para algunos, como avión ambulancia, evacuación de paciente crítico, medicina aeroespacial, medicina de altura, etc.

Desde que un deportista sufre un accidente fuera del país, y requiere ser trasladado bajo ciertos cuidados médicos, se debe utilizar esta subespecialidad de la medicina.

Trasladar accidentados en avión o helicóptero, implica una serie de detalles técnicos, como el efecto de la altura en los cambios de presión, en el aire por ejemplo, en el aire en caja torácica o pulmones, la posición adecuada del paciente por tiempos prolongados, personal especializado, distribución específica de implementos y personas en espacios reducidos, monitorización permanente, etc.

Estos términos y preocupaciones no han sido ajenos, por el hecho de trabajar en una institución muy acostumbrada a este tipo de procedimientos fuerza aérea de Chile. Aunque no se trabaja directamente en el traslado de pacientes, muchas veces se está al tanto de situaciones como ésta y recibir pacientes lesionados, y trasladados por vía aérea.

## **1.1. Autoconcepto.**

### **1.1.1 Definición**

Wiscarz y Laraia (2006), afirman que son todas las ideas, creencias y convicciones las que constituyen el conocimiento de la persona y que influye en las relaciones con los demás, incluye la percepción del mismo, de las características y las capacidades personales, las interacciones con otras personas y el entorno, los valores asociados con las experiencias y los objetos, e ideales.

El autoconcepto es fundamental para lograr una personalidad y conducta adecuada, no existen dos personas con el mismo autoconcepto, por lo que surge o se asimilan a través de las experiencias de cada ser humano, además se fortalece al interactuar con el mundo que le rodea, tiene una influencia poderosa sobre la conducta humana.

Es posible percibir por completo a una persona o predecir la conducta con precisión sin pensar en el marco perceptivo de la misma y la visión de ésta, por tanto, acertar el autoconcepto del paciente es una parte necesaria de todos los cuidados de enfermería.

#### **1.1.1.1 La influencia del desarrollo del autoconcepto**

La persona se desarrolla de forma gradual desde el nacimiento, a medida que el lactante reconoce y distingue a otras personas y empieza adoptar un sentido de diferenciación de los demás, los límites de la persona se definen como el resultado de la actividad exploratoria y la experiencia con el propio cuerpo.

Por lo que el uso del nombre propio del niño ayuda a la identificación y la percepción de la individualidad de ser alguien especial, único, el lenguaje humano permite hacer distinciones claras entre la persona y el resto del mundo y otorga la capacidad de simbolizar y percibir las experiencias.

El proceso continuo de desarrollar el autoconcepto se apoya en.

- Las experiencias interpersonales y culturales que generan sentimientos positivos.
- La competencia que se percibe en el área valorada por la persona y la sociedad.
- La autorrealización, que es la aplicación y el máximo desarrollo del verdadero potencial de la persona.

El autoconcepto se conoce en parte a través de los contactos sociales acumulados y las experiencias con otros sujetos, a esto se le ha nombrado aprendizaje sobre la personalidad desde el reflejo que se tiene hacia otros. Lo que el ser humano cree sobre sí mismo, está en función de interpretación de cómo lo ven los demás, se

deduce por la conducta hacia el individuo, por lo tanto, el concepto se apoya en parte en lo que la persona cree que los demás piensan de él.

Para un niño, los guías principales son los padres, quienes ayudan a crecer y reaccionar a las experiencias, relacionadas con la familia, por lo que las primeras conductas desarrolladas son.

- Los sentimientos de suficiencia o insuficiencia
- Los sentimientos de aceptación o rechazo
- La oportunidad para identificarse
- Las expectativas sobre los objetivos, los valores y las conductas aceptables

Las investigaciones indican que la influencia de los padres es máxima durante la primera infancia y mantiene una gran relevancia durante la adolescencia y la edad adulta joven, sin embargo, con el tiempo, el poder y la influencia de los amigos y otros adultos aumenta, y cobra relevancia para la persona, las prácticas culturales y de socialización también afectan al autoconcepto y al desarrollo de la personalidad, los modelos culturales generales y las subdivisiones culturales, como la clase social, tienen una influencia formativa sobre la propia visión de la persona.

#### **1.1.1.2 La percepción del sí mismo**

Cada persona puede observar la propia conducta de la forma en que observa la de los demás y formarse así una opinión sobre sí misma, sin embargo la percepción de cada individuo sobre la realidad es selectiva, según si la experiencia es coherente con el concepto actual que posee, la manera en que un ser humano se comporta es el resultado de cómo percibe la situación, y no es el propio suceso el que origina una respuesta específica, sino la experiencia subjetiva que tiene el sujeto del suceso.

Las necesidades, los valores y las creencias propias influyen en gran medida en las percepciones, es más probable que las personas perciban lo que es significativo y coherente con las necesidades actuales y los valores personales, de forma similar,

por lo que se comportan de una forma consecuente con lo que creen que es cierto, este caso un hecho no es lo que es, sino lo que éste crea que es real.

Una vez que se adquieren las percepciones y se incorporan al auto-sistema de cada persona, puede ser difícil cambiarla, sin embargo existen formas que pueden cambiar las percepciones, incluida la modificación de los procesos cognitivos, el consumo de drogas, la privación sensitiva y la producción de cambios bioquímicos dentro del cuerpo.

Es probable que una persona con un autoconcepto débil o negativo y que sea insegura de sí misma tenga percepciones limitadas o distorsionadas, puesto que se sentirá amenazada con facilidad, el nivel de ansiedad aumentará con rapidez y entonces se preocupará de defenderse, por el contrario, un individuo con un autoconcepto fuerte o positivo puede explorar el mundo de forma abierta y sincera porque tiene una base de aceptación y éxito que lo apoye, el autoconcepto positivo es el resultado de experiencias positivas que generan una percepción de competencia.

En conclusión, un autoconcepto positivo funcionan de forma más eficaz, el autoconcepto negativo se correlaciona con un desajuste personal y social, por lo que se manifiesta de la siguiente manera.

#### **1.1.1.3 Imagen corporal**

Es el concepto del propio cuerpo y fundamental para la percepción de la personalidad, por lo que el cuerpo es la parte importante y visible de la personalidad y aunque no es responsable de todo el sentido de la persona, permanece toda la vida anclado al conocimiento de sí mismo, por lo que la actitud de un sujeto hacia el cuerpo puede reflejar aspectos significativos de la identidad, los sentimientos de éste es, sobre sí el cuerpo es grande o pequeño, atractivo u horroroso, débil o fuerte, estos pensamientos revelan el nivel sobre el cual se encuentra el autoconcepto. Numerosas investigaciones han documentado la estrecha relación

positiva que existe entre el autoconcepto y la imagen corporal, parece que esta asociación existen en todas las culturas.

La imagen corporal es el crecimiento de las actitudes conscientes e inconscientes que una persona tiene hacia el propio cuerpo, incluye las percepciones presentes y pasadas, así como los sentimientos sobre el tamaño, la función, el aspecto y el potencial. La imagen corporal es dinámica porque cambia de forma constante con las nuevas percepciones y experiencias que se encuentran en la vida, es el blanco o la pantalla donde la persona proyecta los sentimientos personales, la ansiedad y los valores significativos.

A medida que la imagen del propio cuerpo se desarrolla, las extensiones del mismo cobran relevancia, la ropa se identifica estrechamente con el cuerpo y de la misma forma, los juguetes, las herramientas, el dinero y las posesiones y actúan como extensiones del cuerpo, la imagen corporal, el aspecto y el autoconcepto positivo están relacionados.

Los estudios indican que cuanto más acepta y le gusta el propio cuerpo a una persona, más segura y libre de ansiedad se siente, también se ha demostrado que es más probable que las personas que aceptan el cuerpo tengan la autoestima más alta.

#### **1.1.1.4 El ideal de sí mismo**

Es la percepción de la persona sobre cómo comportarse, basada en ciertas normas personales, la norma puede ser una imagen cuidadosamente construida del tipo de persona que le gustaría ser o tan solo un conjunto de aspiraciones, metas o valores que les gustaría conseguir, el ideal de si mismo crea autoexpectativas basadas en parte en las formas sociales que la persona intenta cumplir.

La formación del ideal de sí mismo empieza en la infancia y está influenciado por las personas relevantes, que depositan ciertas peticiones o expectativas en el niño, con

el tiempo el infante interioriza estas expectativas y forma la base del ideal de sí mismo, durante la adolescencia se asumen nuevos ideales, formados por la identificación con los padres, maestros y compañeros, en la vejez deben hacerse ajustes adicionales que reflejen la disminución de la fuerza y el cambio de los roles y las responsabilidades.

En el ideal de cada persona influyen varios factores, el sujeto se fija objetivos dentro de un rango determinado por las capacidades personales que sabe que tiene, por lo general, alguien no se fija una meta que pueda alcanzarla fácilmente, sino que pueda esforzarse para lograrlo, o que no esté en las posibilidades de adquirirlo. El ideal de cada individuo, también está influenciado por factores culturales, esto se debe a que las personas quieren obtener los mismos logros de otros y para obtenerlo influyen las ambiciones y el deseo de superar, la necesidad de ser realista, y el temor de no fracasar los lleva a tener sentimientos de ansiedad y sentirse inferiores.

En función de estos factores, el ideal puede estar claro y ser realista, lo que faculta el crecimiento personal y las relaciones con los demás, o puede ser difuso, poco realista y exigente, la persona que funciona de forma adecuada muestra una congruencia entre la propia percepción de la personalidad y el ideal de sí mismo, es decir, se ve así mismo muy parecido a como quiere ser.

El ideal de la persona es significativo para mantener la salud y el equilibrio mental, dicho ideal no debe ser exagerado, severo ni excesivo, sino que debe ser alto y lo bastante bien definido para que el individuo pueda tener una mejor expectativa de la vida.

#### **1.1.1.5 Autoestima**

Es el juicio personal que alguien realiza sobre el propio valor, basado en si la conducta está en consonancia con el ideal de sí mismo, la frecuencia con que una

persona alcanza las metas influye de forma directa en el sentimiento de competencia o inferioridad.

La autoestima procede de dos fuentes principales, el de la misma personalidad y los demás, en primer lugar, están en función de ser amada y obtener el respeto de los demás, la autoestima disminuye desde que se pierde el amor y desde que no se recibe la aprobación de los demás, a la inversa, aumenta desde que se recupera el amor y es aplaudido y elogiado.

Los orígenes de la autoestima pueden remontarse a la infancia y se basan en la aceptación, la calidez, la implicación, la coherencia, los elogios y el respeto, cuatro formas mejores para estimular la autoestima de un niño son las siguientes

- Proporcionarle oportunidades para el éxito
- Inculcarle ideales
- Animarle en las aspiraciones
- Ayudar al niño a construir defensas contra los ataques a las percepciones de si mismo

Estas deberían proporcionar al niño un sentimiento de importancia o éxito en cuanto ser aceptado y aprobado por los demás, un sentimiento de competencia, o capacidad para afrontar con eficacia la vida y un sentimiento de poder o control sobre el propio destino.

La autoestima aumenta con la edad y está más amenazada en la adolescencia, cambian los conceptos de la personalidad y se toman muchas decisiones, el adolescente debe escoger una profesión y decidir si es lo bastante bueno para tener éxito en una carrera determinada, los adolescentes también deben decidir si pueden participar o ser aceptados en diversas actividades sociales.

Wiscarz y Laraia (2006), afirman que con la edad adulta el autoconcepto se estabiliza y la madurez proporciona un cuadro más claro de la personalidad, el adulto

tiende a auto aceptarse, a ser menos idealista que el adolescente, los adultos han asimilado a desafiar muchas deficiencias que cree tener y superarlo en una forma eficiente, pero también no todos los adultos logran la madurez, algunos continúan como adolescentes durante muchos años de la edad adulta.

Más adelante en la vida, vuelven a aparecer los problemas de autoestima debido a los nuevos desafíos que suponen la jubilación, la pérdida del cónyuge y la discapacidad física, el estatus de los ancianos en la sociedad estadounidense también afecta al impacto de la vejez, sobre la autoestima. Envejecer en una sociedad que valora la juventud suele producir un estatus bajo y actitudes de prejuicios hacia los ancianos.

Por lo que los estereotipos negativos de los ancianos y la estigmatización que producen pueden disminuir la autoestima. Y existen dos factores negativos potenciales que son la disminución de las relaciones sociales de los ancianos y la pérdida del control sobre el entorno, que pueden producir una disminución de las oportunidades para validar y confirmar el propio autoconcepto.

Las investigaciones muestran una clara relación entre la salud física que se percibe de sí mismo y la autoestima, la identificación de ahí que es un problema de salud, con independencia del tipo o gravedad, por lo que se asocia con una autoestima baja que la observada, desde que no existen estos problemas, la autoestima elevada se ha ordenado con ansiedad baja, funcionamiento eficaz en grupo y aceptación de los demás, es un requisito previo para la autorrealización, y una vez que se consigue la autoestima, la persona es libre para concentrarse en alcanzar el potencial.

#### **1.1.1.6 Desempeño del rol**

Son conjuntos de patrones de conducta aceptados por la sociedad que se asocian con el funcionamiento de la persona en diferentes grupos sociales, se asume varios roles que intenta integrar dentro de un modelo funcional, puesto que los roles se

superponen, pensar al individuo requiere que el profesional de enfermería la vea en el contexto de los diferentes roles que desempeña.

La persona desarrolla un nivel de autoestima según la propia percepción de la identidad de los índices, y para la mayoría de los roles relacionados con la personalidad, la autoestima elevada es el resultado de roles que satisfacen las necesidades y son congruentes con el ideal de sí mismo, los factores que influyen en que una persona se adapte al rol que ocupa son

- El propio conocimiento de las expectativas específicas del rol.
- La coherencia de las respuestas de las personas relevantes ante el rol propio.
- La compatibilidad y complementariedad de varios roles.
- La congruencia de las normas culturales y las expectativas sobre la persona para la conducta del rol.
- La separación de situaciones que crearían conductas de roles incompatibles.
- Los roles sexuales afectan al desempeño de otros roles.

Son fundamentales para los roles familiares, pero también afectan a la mayoría de los demás suelen producir conflictos de rol, por lo que se enfrenta al crecer es la autonomía de los padres y el establecimiento de una vida independiente, esto ocurre sobre todo durante la adolescencia y al principio de la edad adulta, desde que se produce una gran claridad en las definiciones de los roles, por lo que durante la vejez se enfrenta una última crisis, los padres ancianos deben cambiar de nuevo la conducta de rol, desde que confían en los hijos, aunque se esfuerzan para equilibrar las vidas con una sensación de independencia y un nivel elevado de autoestima.

#### **1.1.1.7 Identidad personal**

La palabra identidad se deriva de la raíz latina idem, que significa el mismo, es el principio organizador de la personalidad, la identidad es la autoconciencia, que se deriva de la auto observación y el juicio, es la síntesis de todas las

autorepresentaciones en un todo organizado, no se asocia con ningún logro, objeto, atributo o rol.

La identidad se diferencia del autoconcepto que es un sentimiento de distinción de los demás, implica la autoconciencia como un individuo con un lugar definido en el esquema general de las cosas, la persona con sentido de identidad se siente integrada.

En la adolescencia se produce la crisis de la identidad frente a la difusión de la identidad, en ninguna otra fase de la vida están tan estrechamente alineadas la promesa de encontrarse y la amenaza de perderse a sí mismo, la misión del adolescente es definirse como individuo a medida que se esfuerza por integrar los roles previos dentro de un sentido de la personalidad única y razonablemente coherente.

El aspecto de la sexualidad, la imagen de sí mismo como mujer o como varón y las implicaciones, es significativo para conseguir la identidad, los ideales sociales de masculinidad y feminidad son normas relevantes para juzgarse como bueno, malo superior, inferior, deseable o no deseable, estos ideales se transmiten de generación en generación y se convierten en parte de la cultura, si los varones se definen como superiores, esta idea se vuelve parte de la imagen del mismo, tanto para los varones como para las mujeres, si la pasividad y la obediencia son ideales femeninos en una sociedad.

#### **1.1.1.8 Traumas.**

Cualquier situación difícil a la que la persona no pueda adaptarse puede producir problemas específicos con el autoconcepto, en concreto, se ha observado que la mayoría de los pacientes con síntomas disociativos, trastorno de personalidad, trastorno de identidad disociativo, sufrir traumas como maltrato físico, sexual y psicológico durante la infancia, un porcentaje de pacientes no sufren maltrato, pero experimenta un trauma que perciben como una amenaza para la vida o la de otra

persona, ser testigo de un delito violento o un acto terrorista, también se cree que es más probable que las personas sometidas a un trauma previo experimenten disociación.

#### **1.1.1.9 Tensión por el rol**

Se dice que las personas que experimentan estrés para cumplir con los padrones esperados sufren tensión por el rol, por lo que la frustración que siente el individuo que se tira de sí mismo en direcciones opuestas o se siente inepta o inadecuada para desempeñar ciertas pautas, a lo largo de la vida se enfrenta a numerosos cambios de patrones, estas modificaciones pueden requerir incorporar nuevos conocimientos y variaciones de la conducta, existen dos categorías de cambios de estándares, del desarrollo y por salud enfermedad, cada uno de estos cambios que pueden desencadenar una amenaza al autoconcepto.

#### **1.1.1.10 Mecanismo de defensa de la personalidad utilizada por el autoconcepto.**

Los pacientes con alteraciones del autoconcepto pueden presentar varios mecanismos orientados a la personalidad para protegerse del enfrentamiento con las propias deficiencias, los mecanismos de defensa de la personalidad típica son la fantasía, la disociación, el aislamiento, la proyección, el desplazamiento, la desavenencia, enfadarse consigo mismo y la representación.

También pueden utilizarse otros mecanismos de afrontamiento más perjudiciales para proteger la autoestima, siendo éstos.

- La obesidad
- La anorexia
- La promiscuidad
- El exceso crónico de trabajo
- El suicidio
- La delincuencia
- El crimen

- El consumo de drogas
- La violencia doméstica
- El incesto

El autoconcepto es un aspecto fundamental de la adaptación global de la personalidad del mismo, los problemas de autoconcepto se asocian a sentimientos de ansiedad, hostilidad y culpa, estos suelen crear un proceso circular autopropagativo, que al final produce respuestas de afrontamiento mal adaptadas.

Gómez (2006), afirma que se puede definir como la valoración que tiene la persona de sí misma, considerar, al emitir el correspondiente juicio, el aprecio de estima que se merece así otras personas, por las cualidades físicas, intelectuales o sociales, el enfoque respecto a las actividades que tiene valor en el medio en el que actúa, que es el éxito académico en general o en materias específicas, pues la actitud, frecuentemente sesgada, del sujeto respecto de sí mismo, por lo que se enfatizan tres niveles importantes del autoconcepto.

- Nivel cognitivo – intelectual, constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información
- Nivel emocional – afectivo, es un juicio de valor sobre las cualidades personales.
- Nivel conductual, es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente

Es necesario tener una autoestima alta para cumplir los sueños, porque una baja autoestima desalienta y al tener poca confianza en sí mismo hasta la barrera más pequeña se vuelve imposible.

No hay que juzgar solo por las apariencias, ya que estas generan autoconceptos que no siempre son ciertos, las limitaciones físicas no son problemas desde que se quiere y hay una alta autoestima, ya que se tiene el ejemplo de los deportistas discapacitados.

Es necesario crear conciencia para que los padres empiecen a inculcar desde muy pequeños a los hijos una muy alta autoestima ya que esto en el futuro los ayudara a alcanzar los sueños y ser excelentes personas.

### **1.1.2 Nivel de autoconcepto**

Ugalde (2003), afirma que el nivel cognitivo intelectual, constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior, basados en autoconcepto y en experiencias pasadas, creencias y convencimientos sobre la persona.

Nivel emocional afectivo, es un juicio de valor sobre las cualidades personales, implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que se ven en los demás seres humanos.

Nivel conductual, es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

También los factores que determinan el autoconcepto son los siguientes, la actitud o motivación, como tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa, es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los porqués de las acciones, para no dejarse llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.

Por lo que generan las siguientes fases son

#### **1.1.2.1 El esquema corporal**

Supone la idea que se tiene del cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos, esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia los demás.

### **1.1.2.2 Las aptitudes**

Son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente como la inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.

### **1.1.2.3 Valoración externa**

Es la consideración o apreciación que hacen los demás seres humanos sobre otros, son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social.

### **1.1.2.4 Conocimiento de la propia persona**

Es un proceso cognitivo, acción y efecto de conocer que ha de ser constante durante toda la vida, tener una imagen adecuada.

### **1.1.2.5 Autoconocimiento**

Delante de un problema se ve solo lo negativo de la situación o se intenta centrar en las posibles soluciones, desde que se hace algo mal, siempre la culpa se atribuye a otros o se asume la responsabilidad, se relacionan con otras personas, se culpabilizan de todo, se autoengaña, o es de las personas que siempre ve la botella medio vacía, o medio llena.

### **1.1.2.6 Pensamiento causal, alternativo, y perspectiva.**

- Pensamiento causal, es la capacidad de determinar el origen o causa del problema, es la habilidad para decir lo que aquí pasa, es dar un diagnóstico correcto de la situación, los que no tienen este pensamiento lo atribuyen todo a la mala suerte o bien se queda sin palabras delante de un problema interpersonal
- Pensamiento alternativo, es la habilidad cognitiva, capacidad de imaginar el mayor número de soluciones a un problema determinado, pensamiento consecuencial, es la capacidad de ver las consecuencias de las actitudes, y comportamientos.

- Pensamiento de perspectiva, es la capacidad de situarse en la piel del otro, es el pensamiento que hace posible la empatía o sintonía afectiva con los demás, es el pensamiento que hace posible el amor, lo cual hace a la persona más humano.

#### **1.1.2.7 Empatía**

Capacidad para comprender emocionalmente a los otros, deducirlos, acertarlos, capacidad para ponerse en el lugar del otro, un sujeto incapaz de deducir los argumentos, los sentimientos y los puntos de vista de los demás nunca conseguiría construir una experiencia realmente moral.

#### **1.1.2.8 El pensamiento de perspectiva**

Es la capacidad de situarse en la piel del otro, es el pensamiento que hace posible la empatía o sintonía afectiva con los demás, capacidad para percibir los sentimientos, razonamientos y motivaciones de los demás, facultad de comprensión o comunión afectiva con las personas, habilidad para percibir que los demás pueden tener o tienen puntos de vista diferentes a los demás.

#### **1.1.2.9 Autoestima**

Puede definirse como sentimiento de aceptación y aprecio hacia cada persona, que es único al sentimiento de competencia y valía personal.

#### **1.1.3. Nivel cognitivo intelectual del autoconcepto**

Urbano y Yuni (2005), afirman que el desarrollo del nivel cognitivo e intelectual, es el sujeto en el proceso de percepción y capacidad que tiene hacia el entorno por lo que es apto a realizar actividades de conocimientos, está supone el soporte biológico de una estructura cerebral superior que resuelve todos los estímulos provenientes del exterior y los transforma en impulsos nerviosos, los cuales se constituyen en la energía que pone en movimiento a la estructura cognitiva y desencadena todos los procesos de cognición.

Por lo que la estructura cognitiva se asienta sobre la materialidad neurocerebral especializada, de un sistema nervioso central, que adapta la organización estructural y la funcionalidad, en respuesta a los acontecimientos del medio y a procesos internos de control y autorregulación. La arquitectura del sistema nervioso central se construye día a día en la experiencia de intercambio comunicacional recíproca entre sujeto-medio-sujeto, y entre, medio-sujeto-medio, el sujeto es un sujeto activo, un agente transformador de los condicionantes a los que está expuesto, y un mediador cultural dentro un medio social, cultural y ecológico.

En tanto el sujeto diseña la propia arquitectura neurocerebral de plasticidad especializada y potencial, razón por la cual el cerebro de una persona es una cultura biológica que tiene cualidades únicas, dadas por la importancia en la estructura de una experiencia cultural y subjetiva irrepetible y temporalmente irreversible.

A través de las herramientas socioculturales que el sujeto toma de los contextos en los que se desenvuelve, esculpe las estructuras cognitivas primarias, y conforman así un círculo de habilidades para captar el mundo, procesarlo y sintetizarlo dentro de la trama de una identidad psicológica particular e histórica, que le permite al sujeto realizar y realizarse dentro del proceso de subjetivación que lo posiciona frente al estilo y modalidad de gestionar las experiencias cognitivas.

Si bien es el sujeto quien ejerce una influencia activa respecto del aprovechamiento de las herramientas culturales que le proveen los distintos contextos, son éstos quienes brindan las oportunidades para que un sujeto se posicione y sitúe dentro de una configuración social.

Es la estructura social quien describe la importancia de una etiqueta social en términos de roles, de estatus y posiciones según sean las condiciones de acceso de un sujeto a un campo simbólico que le provee de los recursos para diseñar la arquitectura cognitiva o bien le otorga un lugar de ajuste de estructura mental que se transforma por la incorporación de estos objetos de conocimientos.

### **1.1.3.1 El producto de la interiorización**

Es la adquisición de los procesos intelectuales superiores, cuya característica principal radica en el hecho de que solicitan mayor control voluntario y que las formas rudimentarias, adquiridas uniformemente en la cultura primaria y, que implican un uso descontextualizado de los instrumentos semióticos de los signos.

De esa manera la interiorización requiere de una mediación cultural operada no solo a través de los símbolos de la cultura, sino de la significación cultural que adquieren los procesos de transmisión que se caracterizan por el carácter contextual, histórico y procesual aunque se manifiestan en las sociedades y a los sujetos como dispositivos naturales y homogéneos.

De ahí que se rescata que la exposición a la adquisición y reactualización de los procesos lingüísticos y semióticos, mediante el aprendizaje de nuevas formas de intercambio del sujeto con los productos culturales contribuyen a la conformación y reconstrucción de un espacio interno individual y subjetivo que se constituye en la base de nuevos aprendizajes y de auto-estimulación para mantener niveles óptimos de funcionamiento cognitivo.

Desde la perspectiva socio constructivista cultural que hemos adoptado, cualquier tipo de conducta incluidas las intelectuales por lo que proviene de un intercambio entre el sujeto y el medio exterior y es el resultado del proceso de adaptación, el cual es definido como el equilibrio inestable entre los procesos de asimilación y acomodación.

En tal sentido, la inteligencia es la capacidad construida en el proceso evolutivo, no es una capacidad innata sino que es resultado de la complejización de las funciones superiores producida por las peticiones cognitivas que generan la interacción entre el sujeto y el medio ambiente.

### **1.1.3.2 La asimilación**

Le permite al sujeto incorporar los objetos de conocimiento a la estructura cognitiva, a esquemas previos, en un proceso activo mediante el cual el individuo transforma la realidad a la que conoce a través de la acción mental o material, la acomodación permite al individuo transformar la estructura cognitiva, a esquemas para poder incorporar los objetos de la realidad a la misma persona, por lo tanto un proceso constructivo caracterizado por una doble acción, la del individuo sobre los objetos del entorno y una repercusión del objeto sobre los esquemas del sujeto.

### **1.1.3.3 Curso vital del desarrollo cognitivo**

Se explica por las transformaciones que experimentan los procesos del equilibrio en la interacción del individuo y el medio, ya sea por cambios producidos en el sujeto, en el entorno, o por las interacciones entre ambos, de ahí que el desarrollo intelectual y cognitivo no puede creerse como una cualidad aislada formal de los sujetos, sino que esta interrelacionada y es interdependiente de las características del entorno socio cultural, de la personalidad, la emocionalidad y las capacidades intelectuales de cada persona.

Durante el curso vital los sujetos demandan para el desarrollo intelectual y cognitivo que el contexto sociocultural proponga e imponga una serie de recursos y de peticiones, oportunidades, desafíos, que promuevan e incentiven el funcionamiento cognitivo, y facilitar la forma de vida que beneficie aun en la vejez.

El desarrollo intelectual y cognitivo es responsable de la capacidad que tiene la afectividad del sujeto, existe una relación indisoluble entre el surgimiento de las funciones intelectuales y el desarrollo afectivo.

Junqué, Bruna, Mataró y Puyuelo (2003), afirman que el funcionamiento del intelectual y cognitivo es generalmente evaluado mediante las escalas de inteligencia de Wechsler, se sitúa dentro de los límites normales, coeficiente intelectual superior a ochenta, en los pacientes que muestran una buena recuperación tras el

traumatismo y puede situarse dentro de los niveles normales o límites entre setenta y ochenta, en los pacientes con una discapacidad moderada así mismo.

Por lo tanto los pacientes con una discapacidad grave pueden presentar alteraciones intelectuales importantes, los subtests manipulativos, que valoran el tiempo de reacción, construcción de bloques, cubos y puzles, y la ordenación secuencial de dibujos tienen a ser más sensibles a los efectos residuales del trauma que los sujetos verbales que reflejan en mayor grado el nivel de educación formal recibida, el nivel de vocabulario o información general.

Por lo que en el CI disminuye en las etapas iniciales tras el traumatismo, aunque se recupera fácilmente durante el primer año de evolución, la disminución en el CI durante la fase aguda se debe a los trastorno de atención u orientación y en fases crónicas, a déficit motores, sensitivos y de velocidad de procesamiento.

Y la aplicación de test de inteligencia aislados, sin la valoración de otras funciones cognitivas, nunca es adecuada en pacientes con traumas, es preciso evaluar los efectos del daño axonal difuso, así como de las lesiones focales, mediante la administración de pruebas neuropsicológicas específicas.

Wiesner (2004), afirma que intelectual es el hombre que sabe lo que hace y aun hace lo que no sabe, es la ventaja del ser humano cuya capacidad intelectual es infinita, excepto por los límites que la naturaleza interpone al ser humano para realizarlos.

#### **1.1.3.4 Discapacidad intelectual**

Es la simultánea presencia de los funcionamientos intelectuales bastante por debajo del promedio, con dos o más inhabilidades de adaptación presente durante el periodo del desarrollo del individuo.

En resumen discapacidad intelectual, es inferior al promedio simultaneo con dos o más inhabilidades de adaptación, presentes antes de los 18 años de vida.

Por lo que la inteligencia y la inadecuada capacidad para pensar y educarse es lo que caracteriza la deficiencia mental, los niños menguados están limitados en la tardanza de aprendizaje en la obtención de habilidades intelectuales que se les compara con niños de la misma edad cronológica, por esta deficiencia mental presentan dificultades en las actividades de la vida cotidiana.

#### **1.1.3.5 Funcionamiento intelectual**

Es la marcada deficiencia en la inteligencia conceptual, inteligencia práctica, inteligencia interpersonal sociabilidad o en la inteligencia emocional, el funcionamiento intelectual bastante por debajo del promedio tiene que constatarse por medio de un CI, que debe arrojar cifras entre setenta y setenta y cinco o menos.

Por lo que las habilidades de adaptación limitadas o ausentes tienen que ser dos o más, una sola inhabilidad de adaptación, ocurre fugazmente con muchísima frecuencia en jóvenes inteligente, pero transitoriamente desadaptados quienes caen en desempleo, insociabilidad, vagabundería, incomunicación, mutismo, indecisión, descuido y desidia hogareña, personal y al actuar, obrar o juzgar temerariamente, holgazanería.

#### **1.1.4. Nivel afectivo emocional del autoconcepto.**

Ahedo e Ibarra (2007), afirman que desarrollo emocional afectivo, autoestima y la capacidad para vivir y convivir en armonía con uno mismo y con los otros, educarse a ser más felices es una tarea educativa a la que se tiene que prestar más atención.

Por ejemplo la promoción de la capacidad volitiva, es decir del desarrollo de la voluntad para hacer en lo concreto lo que se desea y propone conscientemente,

para construir desde un punto de partida, voluntad como intención sincera de cambio y que a la vez orienta la dirección del mismo.

Ya que desde el proceso educativo el papel activo del sujeto debe potenciar en la autodeterminación para vivir plenamente la historia personal, desde la autonomía, el respeto y la responsabilidad, a través de un clima de confianza en las relaciones que se establecen.

En coherencia con estas concepciones de educación y personalidad se debe reflexionar sobre el poder educativo de las políticas sociales, y la gran oportunidad que éstas ofrecen para promover un tipo de desarrollo de las personas acorde con el tiempos, los de la sociedad del conocimiento y de la aldea global que la materia prima para el desarrollo es el talento del ser humano.

Sperling (2004), afirma que al estudiar la emoción es conveniente distinguir dos partes importantes del encéfalo, una de esas partes, la más compleja de las dos recibe el nombre del cerebro, los psicólogos le llaman el nuevo cerebro porque solo en el hombre está altamente desarrollado por evolucionar más recientemente las formas más inferiores de animales.

La parte más importantes del encéfalo es el cerebro propiamente dicho, especialmente la superficie, el cerebro controla la facultad de pensar y las acciones deliberadas, la otra parte del encéfalo, el cerebelo, llamado el viejo cerebro, es mucho mas animal que el cerebro, controla las acciones automáticas, tanto como adquiridas, es el cerebelo primitivo el que ordena actuar a los nervios simpáticos en casos de urgencia, el cerebelo tiene que ser, en consecuencias, el lugar que se sienten sensaciones como frio o dolor, ya que estas sensaciones ponen sobre aviso a los nervios simpáticos, podrá decirlo en lenguaje psicológico el cerebelo es el asiento de la afectividad.

#### **1.1.4.1 Afectividad en psicología**

Se da el nombre de afectividad a la dimensión de sentimiento cuyos dos extremos son placer y desagrado, el estado orgánico obedece la forma de juzgar el tono afectivo de las impresiones sensorias, también varían de acuerdo con la repetición y con la intensidad de la estimulación.

Por lo que la intensidad de la estimulación determina también el lugar en la escala, en general, para cada sentido hay un nivel particular de intensidad a la altura del cual la estimulación resulta más agradable, intensidad menores serán neutrales o desagradables mientras mayores intensidades serán siempre desagradables.

#### **1.1.4.2 Tono afectivo de las sensaciones**

Aunque no hay duda que las sensaciones emocionales le puedan ser agradables o desagradables, ninguna sensación emocional pueden ser agradable o desagradable, ninguna sensación emocional tiene tono afectivo constante, igualmente no hay impresión sensorial que necesariamente despierte una sensación emocional particular.

En los sentimientos no dependen de sensaciones y ni siquiera de percepciones, sino de concepciones, puesto que la emoción es una reacción a una situación total tal como se interpreta en el momento dado, en consecuencia, el tono afectivo de un sentimiento emocional depende del significado total del estímulo y no solamente del tono afectivo.

Por otra parte el significado de una situación sirve de la agradabilidad inmediata tanto como de los futuros resultados, un sentimientos emocional es entonces, en parte una reacción a un placer o desagrado anticipados, estas anticipaciones al igual que otras formas de comprensión que ocurren en el cerebro.

Por lo que el cerebelo experimenta sensaciones y controla los reflejos automáticos de cuerpo y de comportamiento, el cerebro experimenta significados y controla el comportamiento deliberado.

Porta (2008), afirma que los pacientes se relacionan generalmente con cambios afectivos mas bruscos y agudos, en general poco duraderos y con una respuesta somática y fisiológica significativa, a nivel clínico y observable encajan bien con el termino reacción antes estímulos externos como por ejemplo la quimioterapia o internos como la propia enfermedad, pero a nivel subjetivo, destacan por ser experiencias que implican la integración de muchos niveles de procesamiento somato sensorial, cognitivo conductual, que dan significado personal a lo vivido.

#### **1.1.4.3 Estado de ánimo o humor**

Es un tipo de afecto de instauración mas progresiva y lenta que las emociones, y a nivel clínico que pertenecen más al concepto de fase, son las alteraciones emocionales agudas en pacientes, que están presentes en todo el proceso de enfermedad, pero son especialmente marcadas y significativas en los momentos de crisis como el diagnóstico, inicio o final de los tratamientos, las recaídas, la imposibilidad de tratamiento activo y la conciencia más o menos súbita de cercanía o inminencia de la propia muerte.

El impacto emocional de estas situaciones puede requerir tratamiento psicoterapéutico de intervención en crisis, en este sentido, se considera indispensable que el personal sanitario en general y en particular tenga conocimientos básicos de intervención psicológica en crisis.

Ya que las emociones y discursos más frecuentes en situaciones de crisis son los de tristeza, rabia, miedo, vergüenza, autodestrucción y victimismo, una evaluación emocional no tan circunscrita a momento críticos, es la que tiene en cuenta estado de ánimo o humor más duraderos en los pacientes

#### **1.1.4.4 Trastornos en el terreno emocional o afectivo**

Corresponden a los trastornos de ansiedad, trastorno del estado de ánimo y en un nivel más leve con los trastornos adaptativos, prácticamente la totalidad de los pacientes con enfermedad avanzada o traumas presentan algún tipo de dificultad de adaptación.

#### **1.1.5. Nivel conductual del autconcepto**

Reynoso y Seligson (2005), afirman que el condicionamiento es necesario efectuar una revisión histórica sobre las descripciones del siglo veinte respecto del reflejo, en esa época el soviético Ivan M. Schenov señaló por primera vez que todo los actos psíquicos sin excepción, no influidos por elementos emocionales, se desarrollan gracias a los reflejos y que, en consecuencia, todo los movimientos conscientes derivados de estos actos, y habitualmente descritos como voluntarios, como son movimientos gracias a la repetición frecuente de reflejos asociados y, al mismo tiempo, se instruye a inhibirlos, posteriormente Pavlov refería que la actividad nerviosa se construye a partir de reflejos innatos, que son conexiones regulares entre ciertos estímulos externos que actúan sobre el organismo y las reacciones reflejas de éste.

La cantidad de reflejos innatos es comparativamente pequeña y que por sí solos no bastan para asegurar la existencia prolongada del organismo, el reflejo era concebido como una reacción inevitable del organismo a un estímulo externo, producida a lo largo de una determinada vía del sistema nervioso

Desde esta perspectiva, la actividad refleja supone la participación del sistema nervioso y propone el estudio de estímulos y respuestas, así por ejemplo si se aproxima un cerillo encendido a la mano de una persona sin que se dé cuenta la respuesta inmediata será retirar la extremidad sujeta a tal estimulación, la actividad muscular de alejar la mano le es generada por la estimulación nociva y dicho evento se presentará infinidad de veces, siempre ante tipos similares de estimulación.

Por lo que la conducta emitida por un organismo puede ser reforzada, los procesos de reforzamiento y castigo implican, por tanto que la probabilidad de emisión de una respuesta se incremente o reduzca.

Rosenzweig, Breedlove, Watson y Morgado (2005), afirman que se pueden describir como una caracterización analítica de los movimientos del brazo, podría consignar la sucesiva posición del miembro o la contracción de distintos músculos, por otro lado una descripción conductual funcional establecería si el miembro es utilizado para caminar, correr, saltar, nadar o lanzar los dados, para resultar útil en el estudio científico, una descripción ha de ser clara y poner de manifiesto los rasgos esenciales de la conducta mediante unidades y términos con precisión

Por lo que se compara especies para enseñar el modo en que han avanzado el cerebro y la conducta, en la evolución mediante la selección natural es esencial en la totalidad de la psicología y la biología modernas, de esta perspectiva según dos énfasis bastante distintos, la continuidad de la conducta y los procesos biológicos entre las especies debida a un árbol genealógico común y las diferencias específicas de especie, en cuanto a la conducta y la biología, que han desarrollado como adaptación a diferentes medios,

#### **1.1.5.1 Continuidad de conductas y mecanismos**

La naturaleza es conservadora, una vez evolucionadas, las invenciones del cuerpo o la conducta puede haberse conservado durante millones de años y observarse en animales que de lo contrario tendrían un aspecto muy diferente, el impulso nervioso es básicamente el mismo en la medula y el ser humano, algo de los compuestos químicos que transmiten mensajes a través del torrente sanguíneo son también idénticos en animales distintos,

Por lo que las conductas específicas de distintas especies han desarrollado modos específicos de enfrentarse al entorno, los seres humanos se valen tanto de la visión

como de la audición, no obstante, se pasa por alto los campos eléctricos del entorno.

La conducta se desarrolla a lo largo de la vida e inicia con la concepción del ser humano y es un proceso virtud del cual un individuo cambia a lo largo de la vida, crece y envejece, la observación de cómo una conducta concreta cambia durante la ontogenia quizá de pistas sobre las funciones y mecanismos.

Por lo que se puede concluir que, para tareas de enseñanza complejas, hace falta la maduración prolongada de determinados circuitos cerebrales, así los conmovedores jóvenes captan bien pero olvidan antes que los de más edad, se da a opinar que la enseñanza y la memoria suponen procesos diferentes.

Al estudiar el desarrollo de la capacidad reproductora y de las diferencias de conducta entre los sexos, junto con cambios en estructuras y procesos corporales, que permite esclarecer los mecanismos corporales de las conductas sexuales, subyacen mecanismos biológicos a todas las conductas, la historia de un individuo se revela los determinantes del desarrollo, para conocer los mecanismos de la conducta de un individuo, se estudia cómo funciona el cuerpo actual, para percibir los mecanismos de la conducta subyacentes, lo que se considera el organismo con el debido respeto como una máquina constituida por miles de millones de células nerviosas o neuronas.

#### **1.1.5.2 Plasticidad neuronal de la conducta**

La conducta y la experiencia afectan al cerebro, lo cual afectan físicamente al cerebro en sentido literal, el cerebro de un niño que crece en una familia francófona se ensambla en una configuración diferente de la de otro que solo oye hablar inglés, es por eso por lo que el primer niño va a ser adulto, perciba el francés sin esfuerzo y el segundo no.

Según los cuales la experiencia afecta al número o al tamaño de las neuronas, o al número o tamaño de las conexiones entre neuronas, esta capacidad del cerebro tanto en el desarrollo como en la edad adulta, para ser modificado por el entorno y la experiencia recibe el nombre de plasticidad neural.

### **1.1.5.3 Fundamentos biológicos de la conducta**

Dentro de la cabeza y la medula espinal reside la esencia de la identidad, el sistema nervioso central, que contiene al menos cien mil millones de células nerviosas, conectadas entre sí en redes muy variadas y complejas, las células nerviosas individuales pueden recibir conexiones procedentes de miles de otras células.

Estas redes son sistemas de procesamientos de información que integran y analizan la diversa información codificada en los impulsos electroquímicos, que son las unidades básicas de la comunicación nerviosa, conectado con todas las partes del cuerpo mediante una extensa red de fibras nerviosas.

Por lo que el sistema nervioso central controla, regula y modula las funciones de todos los sistemas y las estructuras corporales, este inmenso ensamblaje es el origen de todas las conductas, lo que posibilita los pensamientos, percepciones, movimientos, sentimientos y afanes, en esta sección, el objetivo se familiariza con la estructura y el funcionamiento básico de este asombroso aparato.

Schaffer (2000), afirma que la genética de la conducta, la herencia se provee dos tipos de características, las que son comunes a todos los seres humanos y las que se distinguen como individuos, pueden referirse a las mismas estructuras, la dotación genética de cada ser humano un cerebro que, entre otras cosas, se permite resolver problemas y adquirir el lenguaje.

Sin embargo, ese equipo también es responsable de producir considerables diferencias de una persona a otra en la velocidad de la solución de problemas y de la adquisición del lenguaje, la ciencia de la genética, que data de por lo menos el

siglo veinte se dedica a ambas, la disciplina de la genética de la conducta, que tiene un origen muy reciente, se interesa exclusivamente en la segunda, existen muchas concepciones erróneas acerca de las implicaciones de la genética en el conocimiento del desarrollo humano.

Cloninger y Ortiz (2003), afirman que el desarrollo de la personalidad, dentro de la familia el mal básico es invariablemente la falta de calidez y afecto genuinos, si el ambiente es cariñosos pueden tolerarse los tipos de trauma identificados por Freud, como el destete prematuro.

También el entrenamiento de control de los esfínteres o la observación del acto sexual entre los padres, la conducta de los padres que quebranta el sentimiento de seguridad conducirá a un desarrollo neurótico, esto incluye el descuido de los padres, la indiferencia e inclusive el rechazo activo del niño.

Por lo tanto el ambiente familiar ideal proporciona calidez, buena voluntad y una fricción sana con los deseos e inclinaciones del otro, dicho ambiente permite que el niño desarrolle un sentimiento seguro de pertenencia en lugar de ansiedad básica.

Por lo que una crianza sana requiere que los padres sean capaces de amar genuinamente al niño y eso no es posible si la persona misma tiene problemas emocionales, muchos padres no consiguen este ideal, una de las metas de Horney describió que para el psicoanálisis era aconsejar a los padres como criar jóvenes sanos, romper así el ciclo de neurosis a través de cada generación.

Como Horney desarrolló la teoría, trabajó con pacientes adultos, las ideas acerca de la conducta parental era especulativa, la investigación posterior dio apoyo a las ideas, Robert Mearns y Paul Costa encontraron que los adultos que reportaban que los padres los habían rechazado y calificaban más alto en neurosis.

Lo que es congruente con la observación de Horney, la investigación longitudinal determina que la aceptación de los padres y el castigo no autoritario en la niñez predicen un mayor desarrollo de la personalidad a los 30 años, los padres negligentes tienen hijos con mayores dificultades, los padres autoritativos, que proporcionan dirección y aceptación, crían hijos que están mejor ajustados.

González (2009), afirma que el nivel conductual, refleja las consecuencias negativas en forma de conductas desadaptativas o patológicas derivadas del burnout o llevadas a cabo para debilitar los efectos del mismo.

Ya que éstas se dan en diferentes formas de conductas como, conductas agresivas, conductas de aislamiento, consumo de abuso de drogas, tabaco, alcohol, benzodiazepinas, otras drogas, tendencias suicidas, problemas de pareja, problemas de relación, absentismo laboral, conductas de evitación, comportamiento paranoide y agresivo hacia enfermos, compañeros y la familia, onicofagia, dificultad para la resolución de problemas y toma de decisiones, alimentación compulsiva o dejar de comer.

## **1.2. Traumatología**

### **1.2.1. Definición.**

Silberman y Varaona (2010), afirman que el nombre genérico de traumatología, que define la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor es en la actualidad insuficiente, ya que esta especialidad se desarrolla mucho más allá del campo de las lesiones traumáticas, abarcar también el estudio de las congénitas o adquiridas, en los aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde el niño hasta la senectud.

Actualmente en muchos países se usa el nombre de ortopedia para referirse al estudio de las enfermedades del tronco y las extremidades, pero la tradición del uso de la palabra traumatología, hace que la palabra ortopedia excluya las lesiones

traumáticas. Anteriormente se denomina a esta especialidad como ortopedia y traumatología, las lesiones del esqueleto que asientan sobre tejidos óseo de estructura anormal, hueso osteoporótico, hueso alterado por un tejido tumoral.

Por lo que traumatología se ocupaba de las heridas pero hoy trata principalmente de las lesiones del esqueleto como fracturas, torceduras, pero también de muchas otras lesiones del aparato locomotor y aquí puede suponerse con otras especialidades médicas como neurología, cirugía vascular.

### **1.2.1.1 Torceduras y fracturas**

Aunque se trata de dos problemas diferentes, las causas son similares, como las torceduras dislocaciones, salida de un hueso o articulación del asiento, fracturas, rotura o astillamiento de un hueso.

Los síntomas, en las torceduras se sienten como fuertes dolores, y suele haber una hinchazón visible, el que la sufre se ve incapaz de realizar cualquier movimiento de la articulación o, al menos sufre una limitación de movimiento de la zona, en las más graves se evidencia una posición antinatural de la articulación.

En las fracturas que a veces no son visibles, hay que recordar que si el hueso se astilla, aunque no se separe en dos fragmentos, técnicamente es una fractura y la gravedad es la misma, habitualmente se percibe el crujido al producirse, hay dolor intenso en la zona, y se producen moretones, la zona se hincha, se deforma y queda inmovilizada, si la fractura es abierta, el hueso rompe la carne y sale al exterior, se encuentra además con herida y hemorragia.

Por lo que una mala caída puede resultar en torcedura o fractura, en particular, las torceduras pueden producirse por movimientos bruscos ejemplo, en las artes marciales se practican técnicas de agarre, llaves, una mala ejecución o un exceso de entusiasmo por parte del practicante, puede lesionar, al contrario, las fracturas

pueden producirse por golpes, por fatiga y por sobrecarga, ojo al levantar pesas o cargar con un compañero.

Las torceduras más frecuentes se producen en el hombro, el codo, la rótula y la muñeca, también en los dedos del que ejecuta una técnica de mano incorrectamente, en cuanto a las fracturas, en tanto que son accidentes, no existe una zona especial, se puede romper cualquier hueso, de todas formas, en estilos de contacto o en los que se practican barridos, los huesos del antebrazo y los de la pierna son los más expuestos a recibir golpes que causan fracturas, y los dedos de manos y pies al dar golpes de forma incorrecta, si se practica contacto pleno, las costillas, la nariz y la mandíbula también corren un riesgo especial.

### **1.2.2. Tratamiento en equipo de los traumatismos,**

Swiontkowski (2005) Afirman que en los centros traumatológicos el cuidado de los pacientes con lesiones potenciales en más de un órgano corre a cargo de un equipo especialista, el cirujano general con una especial experiencia en el diagnóstico y tratamiento del paciente traumatizado es el jefe del equipo, este es responsable del tratamiento eficaz y eficiente de las lesiones del paciente. La atención médica se organiza en tres estudios que son.

#### **1.2.2.1 Exploración primaria**

Está orientada a la preservación de la vida del paciente, los primeros pasos del tratamiento del paciente traumático, es importante corregir problemas secuencialmente, asegurarse de que la vía aérea es permeable antes de evaluar la respiración del paciente, se comprueba la circulación, por lo general, el equipo de emergencia ya ha dado estos pasos iniciales, pero a pesar de esto, el cirujano responsable debe seguir la secuencia establecida.

#### **1.2.2.2 Exploración secundaria**

En la Vía aérea la causa más común de muerte es evitable en accidentes es la obstrucción de la vía respiratoria, por lo que el jefe de equipo traumatológico debe

comprobar de inmediato la permeabilidad, que debe eliminarse cualquier obstrucción, vómitos, lengua, sangre, dentadura postiza, si fuera necesario la obstrucción de la vía respiratoria.

Una vez descartada o controlada la obstrucción de la vía aérea, se evalúa la ventilación del paciente, los principales problemas potenciales mortales son el neumotórax a tensión, esta situación produce un rápido deterioro de estado respiratorio y cardiovascular, y requiere la aspiración inmediata del aire para aliviar los síntomas.

También es necesario el estado cardiovascular que debe evaluarse y mantenerse de inmediato, es esencial una rápida determinación de los signos vitales, el control de las hemorragias externas se practica mediante compresión directa y vendaje, la elevación de los miembros inferiores ayuda a evitar la hemorragia venosa y aumenta el retorno venoso al corazón, además de la precarga no se mantiene más que cinco minutos porque puede interferir con el intercambio pulmonar de gases.

Por lo que el estado de conciencia, debe practicarse una exploración neurológica rápida y minuciosa, es fundamental si el paciente está consciente, se valora con rapidez de la puntuación de la escala de coma basada en la reactividad de las pupilas a la luz, la actividad motora y el reflejo de retirada a los estímulos dolorosos.

### **1.2.2.3 Tratamiento definitivo**

Los miembros del equipo traumatológico pueden iniciar el tratamiento del shock con la colocación de una o dos vías de gran calibre desde que no lo haya hecho el equipo de emergencia, la velocidad de la perfusión obedece la longitud y el diámetro interno de las vías.

Como también la pérdida de sangre es importante, o no se detiene la hemorragia, entonces la recuperación de la tensión arterial y la disminución de la frecuencia del pulso que se produce con la rapidez infusión de la solución de ringer, en general la

hipotensión en un paciente traumático no debe atribuirse a un fractura de fémur u otro hueso largo, deberá buscarse otro origen.

Por lo que el tratamiento de los pacientes politraumatizados, el periodo de curación o recuperación determina distintas operaciones y procedimientos a cargo de los equipos de las especialidades por lo que concierne, los especialistas deben conocer todas y cada una de las lesiones y consultar el momento, tipo y extensión de las intervenciones quirúrgicas con el jefe del equipo traumatológico.

#### **1.2.2.4 Principios de la curación de las fracturas**

El hueso normal está muy vascularizado y tiene gran capacidad para resistir la infección y recuperar, por otra parte, el hueso vascular no participa en el proceso de reparación, en consecuencia, el tratamiento debe encaminarse a evitar una mayor desvascularización y a mejorar la vascularización de la región para favorecer la consolidación ósea.

Por lo que los principios siguientes son aplicables en el tratamiento de la mayoría de las fracturas

#### **1.2.2.5 Fracturas intra-articulares**

Requiere reducción anatómica, si es posible y movilización precoz de la articulación afectada, las fracturas metafisarias, presentan abundante vascularización que asegura la consolidación ósea, existen un tipo especial de lesión metafisaria pediátrica, llamada fractura de rodete, en el caso de la mayoría de las fracturas metafisarias de los adultos, el tratamiento se encamina en alineación articular adecuada, movilización pasiva y activa precoz de la articulación.

#### **1.2.2.6 Fracturas diafisarias**

Presentan una vascularización relativamente escasa y precisan una mayor atención para la estabilización correcta, la reducción debe ser la adecuada para garantizar total funcionalidad después de la consolidación de fractura, se debe conseguir una

adecuada estabilidad de la fractura para permitir la movilización de las articulaciones adyacentes.

Desde que se practica la reducción abierta de una fractura cerrada, se debe lesionar lo menos posible la vascularización perióptica y endóstica, en la fractura diafisarias, desde que el tratamiento de elección sea la reducción abierta y fijación interna, también pueden plantearse los injertos autólogos de esponjosa.

Existen algunos factores habitualmente asociados con el retardo o falta de consolidación, el exceso de movimiento, destruye los vasos neo formados que van a penetrar el golpe e interfiere con la revascularización del foco de fractura, es por tanto, obligatoria la adecuada estabilización de la misma, la distracción disminuye la vascularización inmediato y aumenta la longitud del puente óseo necesario para la consolidación de la fractura.

#### **1.2.2.7 Fracturas abiertas**

El tratamiento quirúrgico abierto de las fracturas recientes, producen la evacuación del golpe fractura y de osteoblastos y células preosteoblasticas viables, el amplio desplazamiento que se produce en estas lesiones despoja el hueso de tejidos flácidos, lo que prolonga el tiempo de curación.

Por lo que las infecciones interfieren el riesgo sanguíneo y la consolidación de la fractura, los factores del paciente son el tabaquismo, la diabetes, los tratamientos con esteroides y de la desnutrición.

Las fracturas abiertas, por lo general según aumente la gravedad, también lo hacen las complicaciones por infección profunda, no consolidación y amputación, en la fractura abierta de tipo IIIIB es necesario realizar un colgajo muscular para cerrar la herida.

### **1.2.2.8 Fracturas por sobrecarga**

El hueso también puede sufrir fracturas por sobrecarga o fatiga, soporta un uso desacostumbrado, esta patología percibe desde una fractura por sobrecarga del peroné de un corredor que haya incrementado recientemente la distancia en los entrenamientos, hasta una persona anciana moviliza después de haber estado confinada en una silla o en cama, un antecedente de haber hecho algo fuera de lo rutinario, seguido de dolor.

Debe hacer pensar al médico en la presencia de una fractura por sobrecarga, puntos anatómicos frecuentes de las fracturas por sobrecarga son los metatarsianos después de caminatas o carreras inusualmente largas, el peroné distal de los corredores, la tibia de los jugadores de fútbol americano, y el cuello femoral en los pacientes jóvenes y ancianos.

También en el caso de los nervios, en las lesiones nerviosas son de tres tipos contusión o neuropraxia, aplastamiento o axonotmesis, y sección completa, las lesiones contusivas y las lesiones asociadas a fracturas tienen a ser neuropraxia o axonotmesis, por este motivo, la fractura debe tratarse de forma usual y hay que controlar la lesión nerviosa, si se trata de neuropraxia, la recuperación se producirá en seis a doce semanas, si es una axonotmesis, debe controlarse la recuperación desde el lugar del traumatismo hasta el siguiente músculo inervado.

Por lo que también el tratamiento de grandes golpes en relación con el área de confinamiento, subcutáneo o muscular suele consistir en la evaluación quirúrgica como procedimiento electivo, el golpe no se reabsorbe sino que experimenta organización, fibrosis y cicatrización.

### **1.2.2.9 Tratamiento quirúrgico**

La sinovectomía, si se realiza, se debería seguir con un tratamiento farmacológico durante al menos seis meses, este tratamiento profiláctico no debe realizarse si

existen signos radiográficos claros de destrucción de la articulación que se manifiesta por una pérdida importante del cartílago articular.

Puede optarse por la limpieza articular y la sinovectomía en el pacientes con dolor articular importante, pero sin la suficiente destrucción articular que justifique un reemplazo total de rodilla y en el hombro se ha demostrado como efectiva, el reemplazo articular puede ser necesario, las articulaciones reemplazadas más frecuentes en pacientes con artritis inflamatoria son rodillas y caderas y a continuación hombro, metacarpo falángican, codo, muñeca y tobillo,

#### **1.2.2.10 Artritis séptica**

Se deben obtener los cultivos adecuados antes de iniciar el tratamiento antibiótico, estos se obtiene mediante aspirado o intraoperatoriamente, el drenaje de la articulación a menudo es necesario, la punción - aspiración y la irrigación son suficientes desde que la articulación es fácilmente accesible a la exploración de un posible derrame, la articulación puede precisar más de una descompresión al día.

#### **1.2.2.11 Articulación de la rodilla**

Puede tratarse con descompresión mediante aspiraciones si el exudado no es tabicado y la aspiración descomprime claramente la articulación, el drenaje y el lavado quirúrgico de la articulación se necesitan frecuentemente con o sin desbridamiento, las heridas se cierran deja drenajes y se realiza una inmovilización preventiva.

#### **1.2.2.12 Artrosis**

El tratamiento consiste en ácido acetilsalicílico a dosis anti-inflamatorias u otros preparados anti-inflamatorios no esteroides, la analgesia mediante paracetamol es la más segura, existen diferentes tipos de artrosis para inmovilizar la articulación, los maguitos simples de neopreno para la rodilla o el codo son útiles para la artrosis unicompartmental de la rodilla.

Han demostrado las artrosis de descarga del comportamiento dañado que la fisioterapia es coadyuvante, especialmente los ejercicios de mantenimiento del tono muscular, los tratamientos con calor profundo producen un alivio sintomático, la terapia más efectiva es la domiciliaria lleva a cabo por el paciente, que potencia el mantenimiento de la fuerza y la movilidad con ejercicio repetitivos con bajo impacto articular, la fisioterapia prolongada en gimnasio es cara y de valor limitado.

#### **1.2.2.13 Infecciones de esteroides intra articulares**

Son útiles, las opciones disponibles se exponen, las inyecciones de compuestos de ácido hialurónico han demostrado la eficacia, consiste en inyecciones repetidas separadas por un periodo de una semana durante tres a cinco semanas, el tratamiento tiene la misma efectividad que la terapia anti inflamatoria, algo métodos quirúrgicos mejoran el dolor articular y la función.

#### **1.2.3. Trastornos psicológicos que presentan los pacientes de traumatología**

Borda, Pérez y Blanco (2000), afirman que el desarrollo creciente de las unidades de cuidados intensivos, ha servido para poner de relieve una serie de manifestaciones psicológicas, a veces graves e importantes, tanto en los pacientes y los familiares, como en el personal adscrito durante largo tiempo a estos departamentos hospitalarios.

Normalmente el perfil socio demográfico de estas personas se caracteriza por ser varones, jóvenes, solteros y con un bajo nivel sociocultural, en este tipo de unidades, la mayoría de los pacientes se hallan en estado de coma con respiración asistida, no obstante, otros permanecen desde el ingreso o tras haber salido de coma.

Estas personas han de enfrentarse a una serie de eventos estresantes, como por ejemplo, el ambiente que han de vivir, las secuelas físicas originadas por el traumatismo que, en mucho de estos, van a generar diversas secuelas psicológicas.

Por lo que se refiere al ambiente experimenta por el paciente que se halla hospitalizado, se toma en cuenta que el nivel de conciencia retorna a la normalidad, se encuentra en unas circunstancias radicalmente distintas, no solo a las habituales, sino también a las del resto del hospital, en ocasiones se encuentra incapacitado para la comunicación verbal por haber precisado una intubación de traqueotomía.

Son frecuentes que se hayan conectado a varios monitores y que sea sometido a continuos procedimientos de diagnósticos, tratamientos y cuidados de enfermería, tales como punciones, sondajes, catéteres y drenajes, estos hechos aumentan las molestias de la enfermedad de base y le incapacitan para el movimiento y la acción.

De manera paralela es habitual que el paciente no sepa lo ocurrido, desconozca la gravedad del estado o asista al drama de una urgencia en un punto cercano, todas estas circunstancias generan en algo pacientes sintomatología depresiva, la cual es muy importante detectarla y tratarla cuanto antes, pues la presencia disminuye la colaboración del paciente e incluso puede aumentar la mortalidad en algunas patologías médicas.

Otro factor que puede generar desequilibrios psicológicos en los pacientes, hacen referencia a las secuelas físicas originadas por la lesión, se refiere a las siguientes alteraciones físicas, en el traumatismo craneoencefálico, la lesión provoca déficit en diversas áreas, procesamiento de la información, atención memoria, nuevas enseñanzas, solución de problema, iniciación y mantenimiento de actividades lenguaje, en la amputación traumática hay pérdida de partes corporales y en la lesión medular traumática.

El paciente sufre parálisis en las manos, dedos, piernas y sistema respiratorio, acompañada de la pérdida de función de los intestinos y la vejiga, todo ello en función del grado que la lesión alcance.

### **1.2.3.1 Depresión**

La reacción psicológica más importante que aparece en estos tres grupos de pacientes es la depresión, la cual es una respuesta normal ante una enfermedad grave o ante la pérdida de una parte o función del cuerpo.

La prevalencia en los paciente que han sufrido un traumatismo craneoencefálico se aproxima entre el 25 por ciento y el 50 por ciento puede ser una consecuencia directa del daño neurológico recibido o también puede ser reactiva a los déficit físico que presentan estos sujetos.

La gravedad de la depresión en los pacientes traumatizados están sometidos a las siguientes evaluaciones como en qué momento en se contrajo el defecto, especialmente con respecto a la etapa del ciclo vital, tamaño y localización del paciente, efecto sobre la salud en general, alcance de la lesión, si el defecto es interno o externo, permanente o temporal, predecible o impredecible.

Sí implica pérdida o adicciones de partes corporales, naturalezas del traumatismo, posible recuerdo consciente del traumatismo, personalidad y psicopatología previa del individuo, perdidas anteriores, es fundamental detectar cuanto antes, ya que la presencia repercute negativamente en la rehabilitación de estos pacientes, da lugar a una hospitalización más larga, mayor número de complicaciones medica y una reducción en los auto cuidados.

### **1.2.3.2 Ansiedad**

Otros de los trastornos que tienen una alta incidencia en los pacientes traumatizados es la ansiedad, generalmente, suelen desarrollar síntomas fóbicos, sobre todo se relaciona con las circunstancia del accidente, por ejemplo no vuelven a conducir un carro o atreverse a montar en una moto, son incapaces de salir solos a la calle.

Cohen, Berman y Blanco (2009), afirman que no es necesario que sean grandes las lesiones físicas para que se precipiten unas secuelas psicológicas adversas y que,

incluso, los individuos que presentan una situación basal estable y un alto nivel de satisfacción en la vida antes de sufrir el traumatismo pueden desarrollar un trastorno psicológico agudo.

Otro estudio señala que las secuelas psicológicas de la desfiguración craneofacial pueden tener un impacto tan grande sobre el paciente como los aspectos estrictamente físicos del problema, también sugieren que se ha llevado a cabo un trabajo sistemático demasiado escaso sobre estos efectos.

Las lesiones no intencionadas de origen violento son idóneas para desencadenar una alta tasa de trastornos emocionales en las víctimas, también escriben que las lesiones buco faciales son un aspecto significativo, aunque la mayor parte de las veces infravalorado, de la carga traumática soportada por las poblaciones más vulnerables.

Los autores afirman que el tratamiento se orienta por completo hacia la atención de las manifestaciones físicas evidentes de la lesión, y que rara vez se tienen en cuenta los problemas psicológicos, indican que entre las reacciones comunes a las lesiones traumáticas se incluyen síntomas derivados de experimentar de forma repetida, hiperexcitación, ansiedad y una sensación persistente de peligro actual.

Torres (2002), afirma que se pone de relieve una serie de manifestaciones psicológicas, a veces graves e importantes, tanto en los pacientes y los familiares como en el personal adscrito durante largo tiempo a estos departamentos hospitalarios, se centra en tres tipos de pacientes, traumatizados graves, trasplantados y terminales, estos obedecen a que estos pacientes suelen ser lo que generan más ansiedad, tanto en los familiares más allegados como en el personal sanitario que los atiende.

### **1.2.3.3 Consecuencias psicológicas en los pacientes traumatizados graves**

Si el internamiento en cualquier servicio de un hospital general origina una reacción ansiosa, tanto en el paciente como en los allegados, ésta alcanza un máximo nivel desde que se trata del ingreso a traumatología, cuyas patologías más frecuentes son, traumatismos viscerales, traumatismos craneoencefálicos y amputaciones, y lesiones medulares traumáticas, en algunas ocasiones, estos proveas se presentan de forma acordada, esto se halla ante un paciente poli traumatizado.

Se halla incapacitado para la comunicación verbal, conectado a varios monitores, sometido a continuos procedimientos de diagnósticos, tratamientos y cuidados de enfermería, otros factores que pueden generar desequilibrio psicológico en los pacientes hace referencia a las secuelas físicas originadas por la lesión, se refiere alteraciones físicas.

En el traumatismo craneoencefálico, la lesión provoca déficits en diversas áreas, procesamiento de información, atención, memoria, nuevas enseñanzas, soluciones de problemas, iniciación y mantenimiento de actividades lenguaje, en la amputación traumática hay pérdida de partes corporales, en la lesión medular traumática, el paciente sufre, en función del grado de lesión, déficit sensitivos y motores que pueden incluso comprometer a la musculatura respiratoria, así como alteraciones en el control de esfínteres.

### **1.2.3.4 Consecuencias psicológicas en los pacientes trasplantados**

En el campo de la medicina se podría considerar el trasplante como de los métodos de intervención que produce mayor aprensión, miedo y estrés, las posibles alteraciones psicológicas fruto de un trasplante puede observarse a lo largo de todas las fases

Abarcan desde la propuesta de trasplante hasta la adaptación tras la alta médica, los pacientes sufren las alteraciones físicas propias de cada periodo, pero a la vez, han de adaptarse a una serie de procedimientos, diagnósticos complicaciones,

alteraciones del entorno familiar y un largo de acontecimientos que son poco frecuente en la vida de las personas que sufren trasplante.

Todos estos acontecimientos producen en muchas ocasiones diversas repercusiones psicológicas, ansiedad, depresión, sentimiento de culpa, alteraciones de la imagen corporal, temor a la muerte.

Estos desequilibrios psicológicos suelen aparecer de forma diferencial en función de la etapa del proceso de trasplante en que se hallan, en este sentido antes de la operación los pacientes pueden experimentar emociones muy diversas mientras esperan el trasplante, rabia, ansiedad, culpa, vergüenza, y euforia inadecuada, juntos a estos sentimientos, tiene lugar una serie de temores, a la muerte, al dolor, a la deformidad, a la incapacidad y a la dependencia y a la pérdida de la dignidad como ser humano.

Justo después del trasplante aparecen otros trastornos psicológicos, entre los más importantes se han descrito los siguientes, alteraciones del estado de ánimo, lo más frecuente es la depresión, con una incidencia del ochenta por ciento, estos síntomas depresivos, pueden ser precipitados por la aparición de complicaciones medicas o por el temor al rechazo y a una evolución desfavorable del trasplante.

#### **1.2.3.5 Alteraciones de la imagen corporal**

Al principio el nuevo órgano es un cuerpo extraño que ha de integrarse en la nueva imagen somática que el receptor tiene de la persona, a veces este proceso fracasa y los pacientes se sienten confeccionados con trozos de cadáveres, lo que repercute negativamente en el estado anímico.

Por lo que surgen problemas de identificación con el donante y los familiares, en algunas ocasiones se produce una identificación del receptor con el donante y se intenta ser como este, para que parcialmente siga vivo, se han descrito casos de

amistad entre el trasplantado y la familia del fallecido, incluso hay recogidos en la literatura casos de matrimonios con la viuda del donante.

#### **1.2.3.6 Alteraciones neurológicas**

Las más importantes son las alteraciones del estado mental, crisis epilépticas y déficit de la psicomotricidad.

A pesar de todas estas repercusiones psicológicas se toma en cuenta que la cantidad y calidad de vida de un trasplantado es muy superior a la que tenía antes de recibir el implante, esto se manifiesta por el hecho de que tienen menos problemas en la movilidad física, auto-cuidado y relaciones sociales y personales y en que, además, la hospitalización es menos frecuente.

#### **1.2.3.7 Consecuencias psicológicas en los pacientes terminales**

A este tipo de pacientes suelen ofrecer cuidados paliativos, estos se definen como el cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no reconoce a un tratamiento curativo, se refiere a los enfermos que se encuentran en situación terminal.

Se caracteriza con la presencia de una enfermedad avanzada, incurable por los medios técnicos existentes y en fase de progresión rápida, claramente diferenciada de una situación de cronicidad relativamente específicos, es decir, inexistencia de tratamientos capaces de detener el progreso de la enfermedad.

Por lo que existen numerosos síntomas o problemas que son intensos, cambiantes, y de naturaleza multicausal, gran impacto emocional debido a la presencia explícita o implícita de la muerte, en el paciente, en la familia, en las personas afectivamente relevantes y en el equipo terapéutico, pronóstico de vida corto, inferior a seis meses.

Los cuidados curativos en estos enfermos terminales no se centran en la curación de la enfermedad, sino en disminuir o aliviar los efectos de la misma, con el fin último

de proporcionar una muerte menos dolorosa, y una sensación subjetiva de bienestar, en el paciente, y poder controlar la sintomatología física y psíquica del mismo, favorecer la adaptación y afrontamiento de la situación.

Una de las actitudes que favorecen al paciente terminal es respetar la dignidad y promover la autonomía personal, tener en cuenta las necesidades física, emocionales, espirituales sociales y el favorecer el bienestar de las familias lo que se les proporciona apoyo psicológicos y sociales antes y después de la muerte del paciente.

En lo concerniente a los síntomas físicos, los pacientes terminales suele presentar, entre otros los siguientes, dolor, estreñimiento, disminución de peso, astenia, insomnio, anorexia, sequedad de boca, disnea, tos y nauseas o vómitos.

Las alteraciones psicológicas que con más frecuencia presentan estos enfermos son, ansiedad, depresión y temores muy diversos, entre estos últimos miedo a lo desconocido, el paciente se plantea multitud de dudas respecto a la nueva situación, miedo a la soledad, originado en la mayoría de las ocasiones por la conspiración del silencio.

Por lo que generan fenómenos frecuentes que se da en la relación entre el paciente, la familia y el equipo terapéutico, se define como una alteración de la información con el acuerdo, implícito o no, de negar la situación al propio enfermo, miedo a la pérdida del cuerpo.

El paciente teme no solo una pérdida física como consecuencia de la enfermedad, sino también una pérdida de la propia imagen e integridad, miedo a la pérdida de autocontrol, debido a que cada vez tiene menos energía, vitalidad, fuerza y capacidad de reacción físico, miedo al sufrimiento y al dolor no se trata solo de un miedo físico, sino también de un temor a lo desconocido y a lo incontrolable.

Las principales preocupaciones de los enfermos terminales, son las siguientes, dolor, debilidad, progresión de la enfermedad y la muerte, estado de ánimo, ansiedad o depresión, e incapacidad para hacer las actividades o tareas que el paciente deseaba.

### **1.2.3.8 Consecuencias psicológicas en familiares**

Normalmente se hallan ingresados en traumatología como consecuencia de un accidente inesperado, una caída de moto, un atropello, una colisión con un vehículo, los familiares más allegados han de adaptarse a esta situación que es una nueva e implica un doble cambio.

Por un lado hay una alteración en el ritmo de vida habitual de los miembros de la familia, ya que ahora han de asistir todos los días a una hora determinada a las informaciones médicas y a la visita de los enfermos, han de acostumbrarse al vocabulario que utilizan los médicos.

Si la muerte del paciente es inminente han de permanecer en la sala de espera del hospital y arreglar todos los papeles relacionados con el funeral, por otro lado, tienen que enfrentarse a un conjunto de situaciones dramáticas.

Es muy difícil de aceptar como por ejemplo, desfiguraciones y amputaciones traumáticas que sufren los pacientes como consecuencia del accidente, transfusiones sanguíneas, respiración asistida, traqueotomía, tubos y maquinas a las que están conectados, muerte cerebral, donación de órganos del cuerpo para una vida posterior, rechaza al desmembramiento del cuerpo, y los desequilibrios psicológicos, está demostrado que los trastornos ansiosos, depresivos, que sufren algo familiares inciden negativamente en la donación de órganos.

Por otro lado, se considera que la donación de órganos es una salida terapéutica para los familiares, es decir a las personas que permiten la extracción de órganos de los parientes fallecidos sienten alivio, consuelo y confort en un momento de extremo

dolor y sufrimiento podría decirse que es algo positivo que aparece con la muerte y que intenta dar un significado a algo que es incomprensible.

#### **1.2.4. Necesidades del paciente traumatizado.**

Zurro (2003), afirma que es muy importante determinar la energía del traumatismo, que se puede deducir por las circunstancias del mismo, en los traumatismos de baja energía, como caídas casuales, deporte lento o sobre esfuerzos, se espera lesiones de partes blandas como contusiones, esguinces musculoligamentosos o fracturas simples espiroideas, que no conllevan atrición importante de tejidos blandos y lesiones sistémicas asociadas, pueden ser tratadas conservadoramente y no suelen precisar una supervisión estricta en la evolución.

En el caso de traumatismo con inercias más importantes, como caídas de bicicleta y deportes con contacto físico, se pueden producir lesiones ligamentosas graves y fracturas más complejas, incluso abiertas, y tratamientos especializados, finalmente, en los traumatismos de alta energía, como accidentes de tráfico y laborales, precipitaciones y deportes de riesgo se producen con frecuencia lesiones musculoesqueléticas y sistemas graves con riesgo vital.

En estas situaciones es necesario derivar a los pacientes, tanto si tienen lesiones evidentes como si no, por la alta incidencia de complicaciones graves que pueden presentar en las horas siguientes al traumatismo.

Se presenta una lista de los servicios que los autores consideran esenciales para prevenir la muerte y la discapacidad en los pacientes lesionados, pueden concebirse en términos de las necesidades del paciente traumatizado, y se clasifica en tres grupos principales.

Como los tratamientos apropiados para las lesiones potenciales mortales, de conformidad con las prioridades pertinentes a fin de llevar al máximo la probabilidad de supervivencia.

Tratamiento apropiado de los traumatismos potenciales incapacitantes, con el fin de llevar al mínimo el deterioro funcional y recuperar en todo lo posible la independencia y la participación en la vida de la comunidad.

- Reducción al mínimo del dolor y el sufrimiento psicológico, dentro de estas tres grandes categorías hay varios objetivos médicos específicos que pueden lograrse utilizando recursos que están presentes en la mayor parte de los países.
- Despejar las vías respiratorias y mantenerlas permeables, antes de que la hipoxia cause la muerte o discapacidad permanente.
- Apoyar la respiración desde que esté alterada, hasta que la persona lesionada respire adecuadamente sin asistencia.
- Reconocer y tratar oportunamente el neumotórax y el hemothorax,
- Detener rápidamente las hemorragias internas o externas.
- Diagnosticar y tratar el estado de choque mediante la reposición de líquido por vía intravenosa, antes de que tenga efectos irreversibles.
- Reducir las consecuencias de los traumatismos craneoencefálicos, mediante la descompresión oportuna de las lesiones que ocupan espacio y la prevención de las lesiones cerebrales secundarias.
- Diagnosticar y reparar a la brevedad las lesiones intestinales y de otros órganos abdominales.
- Corregir las lesiones de las extremidades, potencialmente incapacitantes.
- Reconocer y tratar de manera adecuada las lesiones de la médula espinal, potencialmente inestables, lo cual requiere una pronta inmovilización.
- Reducir al mínimo las consecuencias para el paciente de las lesiones que ocasionen deficiencias físicas, mediante los servicios de rehabilitación apropiados.
- Contar con los medicamentos necesarios para todo lo anterior y para controlar el dolor.

### **1.2.5. Tratamiento psicológico en pacientes de traumatología**

Herrán (2007), afirma que la terapia para el trauma es fundamentalmente, psicológica, sin embargo, hay ocasiones en que los psicofármacos constituyen una ayuda complementaria para hacer frente a la vida cotidiana y para potenciar la terapia psicológica, un indicador de la conveniencia de un tratamiento psicofarmacológico es la afectación grave del funcionamiento diario y la presencia de alteraciones clínicas específicas relacionadas con el trauma, como la depresión grave o de síntomas psicopatológicos intensos como la impulsividad, la labilidad afectiva, la irritabilidad, la ideación suicida o el insomnio grave, sobre todo se mantiene más allá de un mes después de haber sufrido el acontecimiento traumático.

En el caso de que la víctima haya recibido un tratamiento psicológico, la recuperación es más probable desde que la víctima asiste de forma constante a las sesiones de tratamiento y se llevan a cabo de forma regular las prescripciones terapéuticas.

Un indicador positivo de mejoría de la víctima desde que se recupera la expresión verbal de los sentimientos y se pone en el caos de las imágenes y recuerdos del suceso traumático, la reaparición, como lo es también la implicación en actividades lúdicas cotidianas y el establecimiento de nuevas metas.

Se consigue a veces transformar el odio o el dolor en energía positiva desde que se cuenta con una red de apoyo social, se forma parte de un grupo solidario o se recurre a la espiritualidad en busca de consuelo, en este sentido los grupos de autoayuda pueden desempeñar un papel muy significativo, pero sólo para algunas personas, de hecho, hay víctimas que se recuperan mejor del trauma desde que cuentan con la ayuda de una red de apoyo social natural, sin necesidad de estar integrados en ese tipo de grupos, en estos casos los grupos de autoayuda, en la medida en que está presente de forma permanente constituir una rémora en el proceso de recuperación.

### **1.2.5.1 Indicadores negativos de recuperación**

En general, los factores más problemáticos para la recuperación de la víctima son la inestabilidad emocional anterior al suceso y la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos, como sucede, por ejemplo, en las situaciones de abuso sexual intrafamiliar en la infancia.

Desde que ocurre un suceso traumático, el riesgo más alto de sufrir una cronificación de los síntomas se produce desde que las personas muestran respuestas de embotamiento afectivo, aunque las conductas de sobresalto y de hiperactivación pueden ser las más espectaculares en los primeros momentos, lo peor que le puede suceder a una persona afectada por un suceso de este tipo es que inutilice la capacidad de captar e indicar emocionalmente al entorno habitual.

Son así mismo indicadores negativos de recuperación haber sido hospitalizado por heridas relacionadas con el suceso traumático y haber padecido un trastorno ansioso, depresivo grave, así como haber sido victimizado anteriormente y haber mostrado una mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones en la vida anterior.

Por lo general, la evolución de la recuperación obedece a las estrategias de afrontamiento utilizadas para superar el trauma, en concreto, el pronóstico es más sombrío desde que la víctima, en lugar de encarar el problema de forma adecuada, adopta estrategias de afrontamiento negativas, como beber alcohol en exceso, auto medicarse con tranquilizantes, evadirse mentalmente o volcarse en el trabajo de forma compulsiva, se refugia en el pasado o alimenta sentimientos de venganza.

Más en concreto, el fracaso del tratamiento psicológico puede estar ligado a factores diversos, a veces se relaciona con el trauma en sí mismo, traumatización externa, revictimización, traumatización en un periodo crítico del desarrollo, etc.

Pero otras veces el fracaso depende de otros factores, como la aparición conjunta de diversos trastornos, la cronicidad del suceso traumático, la aparición de circunstancias vitales adversas, divorcio, pérdida de empleo, la inobservancia de las prescripciones terapéuticas o la relación inadecuada con el terapeuta.

#### **1.2.5.2 Tratamiento psicológico combinado**

El tratamiento psicológico combinado con el tratamiento somático es esencial para el éxito, sobre todo en los pacientes en los que la ansiedad, la sobrecarga de actividad, la contracción muscular o el miedo son elementos significativos, se pretende dar apoyo emocional a los pacientes, que a menudo se sienten enfadados y frustrados frente a varios temas, los que incluyen las interacciones con los sistemas legal y sanitario, disminuir en la medida de lo posible el uso prolongado de ansiolítico y analgésico opiáceos y enseñar al paciente estrategias efectivas que le puedan ayudar a afrontar el dolor.

#### **1.2.5.3 Tratamiento psicológico**

Entre las diferentes modalidades de este tipo de tratamiento se encuentra, los abordajes terapéuticos de base psicológica, las psicoterapias individuales, de grupo y de familia, el condicionamiento operante, las técnicas cognitivo, conductual, relajación e hipnosis,

Las técnicas de relajación, aunque poco utilizadas por el fisioterapeuta, más por el psicólogo, son más utilizadas como terapia frente al dolor crónico esta la relajación propuesta por Jacobson, el paciente se educa a relajar diferentes grupos musculares, contraen y relajan, así se obtiene una relajación muscular progresiva.

Una connotación muy importante y es que solo el hecho de tocar al paciente le transmite sensación de confort y establece en parte el tratamiento, los tipos más utilizados son, effleurage, muy efectivo en pacientes con dolor sin un diagnóstico claro, fricción, sobre todo para el tratamiento de puntos de dolor muy concretos, frotación, la vibración es una modalidad muy agradable, en el mensaje con aparatos

se pierde el contacto manual con el paciente pero aseguran la presión constante del masaje, drenaje linfático manual.

#### **1.2.5.4 Tratamiento de fisioterapia**

Es el uso de medios físicos para el tratamiento y prevención de lesiones y enfermedades, la restauración de funciones para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y ayuda a la rehabilitación. Los métodos utilizados incluyen ejercicio, masaje, movilización y manipulación, hidroterapia y estimulación eléctrica.

La rehabilitación sin embargo, es el proceso de restaurar la habilidad para vivir y trabajar tan normal como sea posible después de una lesión o enfermedad incapacitante, se intenta ayudar al paciente a obtener el máximo posible en cuanto a la forma física y psicológica, y recuperar la capacidad de cuidar de sí mismo.

Ofrece aprendizaje o reaprendizaje de las capacidades necesarias para las actividades diarias, la rehabilitación es parte integral de la convalecencia, la alimentación adecuada, higiene y ejercicios adecuados proporcionan las bases físicas de la recuperación.

#### **1.2.5.5 Cinesiterapia**

Mediante las movilizaciones, ya sean éstas activas, pasivas o activo asistidas, se enlazan de las circunstancias y condiciones en que se encuentre el paciente, se consigue prevenir las rigideces provocadas por una inmovilización prolongada, principal causa de que la inflamación no ceda, en ocasiones es muy beneficioso realizar las movilizaciones asociadas a una tracción manual, estimular el trofismo de los tejidos afectados, se produce una hiperemia que facilita la obtención de un tejido nuevo de alta calidad, estimular la circulación, motivar al paciente, el ejercicio aeróbico estimula el corazón.

#### **1.2.5.6 Inmovilización y reposo**

Si la inmovilización es demasiado prolongada constituye una contraindicación, pero es positiva durante la fase aguda del proceso para evitar la reelección, la inmovilización puede ser parcial, evita solo las posturas y los movimientos dolorosos, o total si no hay más remedio,

#### **1.2.5.7 Tonificación muscular**

Como se sabe se puede solicitar actividades musculares isotónica, isocinética e isométrica reservado, siempre este último modo para las primeras fases del tratamiento.

Como los beneficios frente al dolor se basan en la capacidad para romper el círculo vicioso dolor, inmovilismo, contracturas, más dolor.

#### **1.2.5.8 Hidroterapia**

El tratamiento en el agua facilita la movilidad con ejercicio que sería penoso o imposible fuera de este medio, desarrolla el tono muscular y mejora la circulación, las formas más conocidas son la movilización activa bajo el agua, el masaje en tanques de hidromasaje o bañeras de hidromasaje, los baños de contraste por el efecto circulatorio y la natación.

#### **1.2.5.9 Termoterapia**

Los efectos analgésico, circulatorio y relajante muscular se pueden conseguir con, termoterapia superficial, infrarrojos, parafina, hotpacks, compresas calientes, termoterapia profunda, ultrasonidos, corta, microondas.

#### **1.2.5.10 Crioterapia**

Es una de las técnicas más empleadas debido a que estimula el proceso fisiológico de la vasoconstricción y consigue aumentar el umbral del dolor y la relajación de los tejidos, los métodos de aplicación más frecuentes son los cold packs el masaje con hielo y la inmersión en agua fría.

#### **1.2.5.11 Electroterapia**

Se basa en el comportamiento del organismo ante las aplicaciones de las técnicas que comportan la aplicación de energía eléctrica, energía magnética, electromagnética, por lo que la respuesta es motora y sensitiva de baja frecuencia se halla en la respuesta ante diferentes parámetros de forma, tiempos e intensidades de los pulsos.

Dentro de la electroterapia distinguen como métodos analgésicos las corrientes galvánicas, las dinámicas, interferenciales.

#### **1.2.5.12 Acupuntura**

La acupuntura utiliza aguja de distintos tamaños, muy flexibles y de acero inoxidable, parece ser que el mecanismo íntimo de cómo actúa la acupuntura se desconoce, aunque se proponen varias teorías las cuales se destacan, la acupuntura produciría un aumento de las descargas en las fibras aferentes, que influencia la transverso de los impulsos en la vías del dolor, existen evidencias de que los estímulos de baja frecuencia y alta intensidad que produce la acupuntura provoca la elevación del origen del dolor.

Las agujas se colocan e insertan de muy distintas maneras, siguen los conocidos meridianos o canales que se representan sobre la superficie del cuerpo, de modo que rodeen la zona dolorosa, las agujas se manipulan para mejorar la sensación y el efecto terapéutico, a veces las agujas se sitúan en puntos distantes de un meridiano que contiene los puntos locales en la zona dolorosa.

Fuera del conjunto de meridianos existen igualmente otros puntos en el pabellón de la oreja y en la superficie de la cara y de las manos, poseedores de efectos reflejos específicos.

González y Salinas (2005), afirman que abordar del problema ayuda psicológica en los pacientes que ingresan en un hospital con una enfermedad vascular o con un

traumatismo de una extremidad inferior y que pueden necesitar una amputación, probablemente estén ingresados durante un tiempo superior a un día o más antes de ser intervenidos quirúrgicamente.

Este tiempo va a ser útil para poder analizar al paciente y decidir la mejor forma de explicarle que la amputación no significa una pérdida total de la funcionalidad futura, es de animarle a cooperar para que consiga una mayor movilidad y bienestar.

Todo el personal debería estar centrado en minimizar el trauma de la amputación y maximizar la rehabilitación posterior, animado y asegurado que puede conseguir mucho con la ayuda personal, las respuestas que se encuentran son muy diferentes, desde la persona que incluso solicita y agradece una amputación debido a que ha pasado un periodo muy largo de dolor intenso y movilidad restringida, hasta los que manifiestan un gran temor ante la imposibilidad de ser como antes y hacer las mismas cosas, sin embargo, en general, el estado mental de estos pacientes va a ser críticos y se determina una alta prevalencia de ansiedad y depresión.

El tratamiento psicológico variado con el tratamiento somático es esencial para el éxito, sobre todo en los pacientes en los que la ansiedad, la sobrecarga de actividad, la contracción muscular o el miedo son elementos significativos, procura dar apoyo emocional a los pacientes, que a menudo se sienten enfadados y frustrados frente a varios temas, los que incluyen las interacciones con los sistemas legal y sanitario, disminuir en la medida de lo posible el uso prolongado de ansiolítico y analgésico opiáceos y enseñar al paciente estrategias efectivas que le puedan ayudar a afrontar el dolor.

### **1.2.6 Intervención Psicológica a pacientes con traumatología.**

Torres (2002), afirma que para disminuir el número de siniestros y reducir la gravedad de los mismos, deberían llevarse a cabo una serie de medidas profilácticas, en la que cobran especial importancia los programas de educación vial

realizados en los colegios o en los medios informativos, hacer hincapié en los siguientes temas.

- Cumplimiento de las normas de tráfico.
- No circular bajo los efectos del alcohol o de las sustancias estupefacientes.
- Uso del cinturón de seguridad y del casco.
- De manera paralela, otras medidas preventivas hacen referencia a los factores institucionales.
- Selección de conductores.
- La mejora en las vías de circulación.
- La potenciación de las medidas de vigilancia.
- Cumplimiento de las normas contenidas en el código de circulación y mecánicos.
- Mejorar las medidas de seguridad en los vehículos
- Desarrollar sistemas que permitan minimizar las causas habituales de muerte o daño irreversible.

Instalar sistemas de alerta que avisen anticipadamente al conductor de fallos graves, este tipo de medidas preventivas reduciría significativamente el número de ingresos en las UCI de traumatología y además, disminuiría la gravedad de los mismos.

#### **1.2.6.1 Intervención a paciente hospitalizado en una UCI de traumatología.**

Es fundamental llevar a cabo una serie de medidas preventivas para disminuir los desequilibrios psicológicos, concretamente, deben seguirse las siguientes recomendaciones.

- Procurar un ambiente agradable con climatización adecuada.
- Ausencia de ruidos monótonos.
- Posibilidad de iluminación natural para que el paciente pueda percibir los cambios diurnos.
- Mantener los monitores alejados de la vista del paciente.
- Prevenir la posible aparición de falsas alarmas que puedan asustarle.

- Evitar que pierda la orientación temporal procurar que conserve el reloj, un calendario cercano y objetivos personales.
- Procurar que se sienta controlado por el servicio de enfermería.
- Es conveniente que pueda percibirlos.
- Protegerlo de lo que ocurre alrededor y de situaciones críticas o fallecimientos.
- Evitar comentarios médicos delante de la cama del paciente que pueda ser malinterpretados.
- Permitir la visita de familiares y el contacto personal con los mismos, siempre que no implique la transmisión de ansiedad por parte de estos.
- Evitar el tono elevado y las risas por parte del personal médico y de enfermería, ya que no puede dar lugar a sentimientos de apatía.
- En todo momento, tenerle informado sobre la lesión, el tratamiento y las pruebas a las que habrá de someterse.

#### **1.2.6.2 Técnicas a pacientes que muestran ansiedad.**

En el caso de que los pacientes muestren ansiedad, se han utilizados con éxito las siguientes técnicas.

- Técnicas de control de la activación llamada actualmente relajación y respiración controlada.
- Conductuales conocidas como exposición.
- Cognitivas ó reestructuración cognitiva.
- Distracción cognitiva y autoinstrucciones.

#### **1.2.6.3 Prevenir las complicaciones médicas.**

Llagas de presión, infecciones, dolores, trastornos vasculares, que sufren algunos pacientes discapacitados, muchas de estas complicaciones son evitables si la persona afectada es adecuadamente informada sobre los siguientes aspectos.

- Ejercicio de mantenimiento físico.
- Cuidado de la prótesis.

- Dieta apropiada.
- Cumplimiento terapéutico de otras indicaciones médicas en función del traumatismo padecido.

En el caso de dolor, los aspectos fisiológicos implicados en la percepción del mismo han sido los que más atención han recibido por parte de los investigadores, los dos procedimientos más utilizados en el caso del dolor crónico son el biofeed-back y la relajación.

Para tratar el dolor punzante que algunos pacientes sienten en el miembro mutilado, se ha aplicado con éxito el biofeedback eletromiográfico, pues se considera que dicho dolor es resultado de un aumento de la tensión de los músculos residuales, en los casos en que el paciente se queja de dolor ardiente, se asume un problema de vasoconstricción periférica, por lo que se aplica el biofeedback termal con el fin de incrementar el flujo sanguíneo periférico.

#### **1.2.6.4 Apoyo psicológico a pacientes trasplantados.**

Es fundamental intervenir psicológicamente en los pacientes trasplantados, no sólo para eliminar los desequilibrios psicológicos, sino también para incrementar la cantidad y calidad de vida.

#### **1.2.6.5 Técnicas de relajación.**

Se han empleado para reducir el estrés provocado por las intervenciones médicas como las técnicas de diagnóstico por imagen, la técnica de monitorización cruenta, diversos procedimientos de relajación parecen ser poco indicados para ciertos tipos de trasplantes, ejemplo el entrenamiento en relajación muscular progresiva en el cual se deberá tensar y posteriormente relajar grupos de músculos de manera progresiva, no es recomendable para pacientes recién trasplantados por el esfuerzo que deben de realizar

La relajación autógena tampoco debe usarse en los trasplantados cardiacos, pues la experiencia demuestra que algunas personas experimentan un aumento de la presión sanguínea y otras sufren descensos súbitos de la tensión.

Los resultados más positivos se basan en la utilización de la respiración asistida, se pueden utilizar métodos de visualización y de imaginación.

#### **1.2.6.6 Técnicas de condicionamiento encubierto.**

Las más utilizadas en los pacientes trasplantados ha sido la detención del pensamiento, se procuran eliminar los pensamientos automáticos negativos que aparecen tanto en los pacientes que están a la espera de un órgano, ejemplo nunca se conseguirá un corazón ó como en los recién trasplantados, ejemplo seguro que rechazara el órgano.

#### **1.2.6.7 Técnicas de reestructuración cognitiva.**

El objetivo de la técnica es modificar las cogniciones erróneas o de carácter negativo que en muchos casos aparecen durante todo el proceso de trasplante, el uso de técnicas de mejora de la autoestima, encaminadas a disminuir la crítica patológica y a manejar los errores, son también muy aconsejables en el paciente en proceso de trasplante.

#### **1.2.6.7 Terapia grupal.**

Es beneficiosa la inclusión en el grupo de pacientes que hayan superado con éxito un trasplante, puesto que da la oportunidad a los miembros del grupo de comprobar que un paciente trasplantado puede recuperar una actividad y un estilo de vida compatible con las experiencias cotidianas.

#### **1.2.6.9 Apoyo psicológico a pacientes terminales**

Torres (2002), afirma que se han utilizado diversas técnicas de intervención psicológicas, fundamentales, por lo que hace la diferenciación a enfermedades terminales en las que la muerte es esperada, el paciente sufre un deterioro físico

progresivo y continuo, vive los últimos días, por lo que permanece obnubilado y adormecido, sin darse cuenta lo que sucede, o esta consiente hasta el final, y percibe todo lo que sucede.

Enfermedades terminales en las que la muerte es imprevista, la muerte llega de manera violenta y repentina como consecuencia de una complicación aguda de la enfermedad, una embolia masiva o una hemorragia que conduce a la muerte del enfermo en unos segundos o minutos.

La más frecuente es la muerte esperada el paciente permanece somnoliento durante los últimos días, se puede programar una intervención psicológica que cubra los siguientes requisitos.

- Fomentar los recursos del paciente que se considere más adecuado para afrontar la situación en que se encuentra, capacidad de relajación, imaginación, distracción.
- Atender los problemas específicos de cada paciente, la soledad, la ansiedad, el miedo, la dependencia, la depresión, la culpabilidad, la insatisfacción con a apariencia física, el insomnio, suministrar apoyo emocional y esperanza de que en todo momento vaya a estar acompañado, y de que se atenderá y evitará en la medida posible el sufrimiento.

Para lograr estos objetivos resultan de gran utilidad los siguientes procedimientos.

- Técnica de relajación y de habilidad de enfrentamiento para controlar la ansiedad y el agotamiento emocional.
- Técnicas operantes para reforzar conductas apropiadas tanto del paciente como de la persona del entorno.
- Técnicas de reestructuración cognitiva para eliminar ejemplos recuerdos negativos del pasado, los pensamientos relacionados con ideas de un desenlace dramático.

Tener presente que servirá de muy poco un tratamiento médico correctamente instaurado para el control de los síntomas físicos, y la intervención de un psicólogo para tratar la ansiedad y la depresión del paciente, si este tiene la cama con migas de pan, las sábanas arrugadas, el pijama mojado, en la habitación hay excesiva luz o ruido, demasiadas visitas, aunque todo esto parezcan pequeños detalles, no lo son para una persona en la que todo el mundo es la cama y la habitación en la que permanece día tras día, en espera la llegada de la muerte.

#### **1.2.6.10 Apoyo psicológico a los familiares**

Con la finalidad de eliminar y prevenir la ansiedad, la depresión, los diversos temores, se utilizan diversas técnicas de intervención psicológicas.

- a. Técnicas de información, debe hacer referencias a tres aspectos.
- b. La enfermedad del paciente y la evolución.
- c. Como manejar los síntomas y afrontar las reacciones emocionales que pueden Aparecer en el enfermo.
- d. Técnicas de reestructuración cognitiva, como la terapia racional emotiva, pueden ayudar a los familiares a eliminar y prevenir los trastornos depresivos y, sobre todo, los pensamientos negativos como sentimientos de culpa.
- e. Técnicas de relajación para disminuir la ansiedad o la detención del pensamiento para cortar de manera automática los pensamientos negativos nada más aparecer.

#### **1.2.6.11 Técnicas de intervención psicológica para ayudar a los familiares a afrontar la muerte de los pacientes y superar el duelo.**

Una serie de estrategias terapéuticas pueden beneficiar psicológicamente a los familiares a prevenir un duelo patológico.

- a) El paciente está muy grave.
  - Procurar una sala que se encuentra una cierta intimidad.

- Avisar, si lo desean ver, a otros familiares y amigos.
- Informarles de una manera precisa, sencilla y clara.
- Prestarles apoyo empático, que permita que expresen ansiedades y sentimientos.
- Asegurarles que hace todo lo humanamente posible.
- Preguntarle si desean algún servicio religioso.

b) El paciente fallece.

- Procurar un ambiente acogedor.
- El médico les comunicará la muerte y les explicará cómo ha ido el proceso, se quedará unos minutos con los familiares para preguntarles como se sienten, puede utilizar algún contacto físico respetuoso y ofrecerse para una actitud empática.
- La contemplación del cuerpo del fallecido es muy importante para evitar posteriores fantasías y temores.
- La persona que se haga cargo de los familiares del fallecido, les advertirá si el cuerpo presenta alteraciones visibles o cuál es el aspecto actual, como intubado, conectado al respirador si es donante de órganos, les permitirá que toquen y hablen al fallecido, que puedan despedirse, les acompañara durante todo el tiempo que permanezca con el cadáver.

c) Durante las primeras horas del duelo.

- Avisar, si lo desean , a algún familiar o amigo
- Ayudarles a expresar los sentimientos, mantener una actitud empática.
- Animarles a que hablen de los sentimientos hacia el fallecido, sin forzar nunca la situación, respetar el silencio y acompañarles.
- Ayudarles a asumir la hostilidad, especialmente la dirigida contra el difunto, el médico, el sistema sanitario.
- Ayudar a iniciar las gestiones necesarias
- En los casos que no toman decisiones, sugerir que se vayan a comer, a dormir.

- Evitar los tranquilizantes e hipnóticos, a veces, resultan cómodos para el personal sanitario o determinados familiares, pero son peligrosos porque pueden posponer el duelo.

### **1.2.7 Intervención en crisis a pacientes con traumatología afectadas por situaciones de emergencia o desastre.**

Campo (2004), afirma que la intervención de primera instancia es reducir el peligro de muerte, otorga apoyo y establece contacto con los servicios de ayuda, la intervención de segunda instancia, persigue la resolución de las crisis personales, es prevenir la aparición de secuelas psíquicas típicamente resultantes de las fallas u omisiones en la atención secundaria, en los primeros auxilios psicológicos trata de la primera fase de intervención, percibe un conjunto de acciones y medidas destinadas a tener en cuenta lo más tempranamente posible a las personas afectadas por acontecimientos traumáticos, los fines básicos de la APU son, aliviar el sufrimiento de esas personas.

Facilitar la pronta reorganización de la actividad, para reducir los riesgos que se derivan de un comportamiento alterado, ayudar a colaborar en la propia atención y, si es posible, en las tareas comunes que las circunstancias exigen.

Prevenir el agravamiento de los trastornos que presenten en ese momento y la aparición de otros posteriores, una atención psicológica oportuna puede en muchos casos impedir la aparición del shock o atenuar la desencadenamiento.

Contribuir al restablecimiento físico mediante el tratamiento de ciertas reacciones, por ejemplo de intensa depresión, que dificultan la reactivación del organismo, en muchos casos, esto es indispensable para reducir la mortalidad.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cualquier persona es susceptible de sufrir un traumatismo grave. Es necesaria una formación general del personal sanitario médico o no médico que permita dispensar una atención inmediata adecuada para estas personas que sufren de traumas.

En esta situación se debería de abordar la actuación inmediata ante el paciente traumatizado. Dado que el tiempo es un factor esencial de la actuación.

El ser humano tiene necesidades tanto a nivel biológico como psíquico. Pero en algunas situaciones entran a un esquema de peligro vital que está encaminado a hacer lo posible para conseguir eso que necesita, ya sea alimento, calor, protección, el cariño o comprensión.

Es fundamental y esencial para la formación del autoconcepto del sujeto, por lo que si en este vínculo hay algún tipo de rotura, carencia o accidente, el sujeto puede tener afectado el autoconcepto.

Por lo que debe ser positivo, pero si esto no se produce entonces el sujeto vivirá dentro de un desajuste emocional, un desequilibrio, en el que la supervivencia no estará asegurada y todos los esfuerzos irán encaminados a conquistar esa admiración que le permita sentirse seguro.

Ese desequilibrio, ese miedo y esos esfuerzos serán los que provoquen estos síntomas que luego se interpreta como una enfermedad psicológica, ansiedad, depresión, anorexia.

La mayoría de los pacientes traumatizados suelen sufrir un autoconcepto bajo que genera muchos problemas psicológicos, en los comportamientos negativos extremos, o tales como gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario, lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento.

A la mayoría de los pacientes que sufren accidentes les cambia radicalmente la forma de pensar al no estar seguros que la vida será la misma de antes.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de autoconcepto en los pacientes de traumatología?

## **2.1. Objetivos**

### **2.1.1. General**

- Determinar el nivel de autoconcepto en pacientes de traumatología

### **2.1.2. Especifico**

- Identificar los aspectos que conforman el autoconcepto en los pacientes de traumatología
- Medir los niveles de autoconcepto en pacientes de traumatología
- Proponer terapias individualizada para elevar el autoconcepto.

## **2.2. Hipótesis**

H1. Los pacientes de traumatología presentan un autoconcepto bajo.

Ho. Los pacientes de traumatología no presentan un autoconcepto bajo.

## **2.3. Variables de estudios**

- Autoconcepto
- Traumatología

### **2.3.1. Conceptualización de variables**

Autoconcepto,

La enciclopedia de la psicología océano (2005), lo define como conjunto de pensamientos y sentimientos que cada individuo tiene acerca de si mismo y que lo ayuda a definirse como persona.

## Traumatología

La enciclopedia encarta (2007), lo define como especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de las lesiones traumáticas que afectan al aparato locomotor.

La traumatología se ocupa de las lesiones traumáticas de columna y extremidades que afectan a los huesos fracturas, epifisiólisis, ligamentos y articulaciones esguinces, torceduras, artritis reumatoide, músculos y ligamentos roturas fibrilares, golpes, contusiones, tendinitis y piel como heridas.

### **2.3.2. Operacionalización de variables**

Las variables de estudio se operacionalizarán a través de la prueba AUTOPB-96 para medir el nivel de autoconcepto y una boleta de encuesta en pacientes de traumatología.

### **2.4. Alcances y limites**

#### ➤ Alcances

El estudio se realizará con adultos de traumatología de los hospitales nacionales de Mazatenango, Retalhuleu.

#### ➤ Limites

Se registrarán al finalizar la investigación.

### **2.5. Aporte**

El estudio apoyará a los médicos, a pacientes de traumatología y estudiantes landivarianos como otros estudiantes de otras universidades. Para un mejor servicio al paciente y una buena orientación por parte de los profesionales.

Reforzar en forma psicológica la influencia del nivel de autoconcepto que el paciente de traumatología pueda manejar, conocer por qué una persona puede tener un nivel bajo de auto concepto en situaciones difíciles de la vida, para una mejor sanidad del sujeto.

Se ha tomado en cuenta comentarios de varias personas que el paciente de traumatología debe de tener el autoconcepto alto o bajo, por lo que es esencial la actuación de psicólogos para identificar el problema para la mejoría.

No obstante sería interesante que los especialistas estableciesen contactos periódicos con los pacientes durante un largo período para, sí evaluar la necesidad de tratamiento psicológico en determinados casos.

### III METODO

#### 3.1 Sujetos

El estudio se realizará con una población de 100 sujetos y una muestra de 55 pacientes que corresponden al 91% de la población total de pacientes en el departamento de traumatología de los hospitales Nacionales de Retalhuleu y Suchitepéquez.

Comprendidos entre las edades de 18 a 86 años, de género masculino y femenino, en cuanto a la religión de los sujetos algunos asisten a la iglesia católica, otros a la evangélica y otros no asisten a ninguna, diversas etnias indígenas, bajo nivel económico, y diferentes traumas, con los cuales se verifico el nivel de auto concepto

#### 3.2 Instrumentos

Se utilizará el siguiente instrumento de estudio, con el propósito de verificar el nivel de autoconcepto de los pacientes de traumatología, la prueba psicométrica AUTOPB-96 elaborada por los autores Musito, G., García, F. y Gutiérrez, M. el nombre original es Autoconcepto Forma A (AFA) Adaptación a Guatemala.

AutoPB-96 (autoconcepto-Primaria-Básicos-96), la prueba puede ser administrada de forma

Individual y colectiva, y está diseñada para alumnos de quinto y sexto primaria como los tres

grados básicos, el tiempo de aplicación de la prueba es de 15 minutos aproximadamente, abarca administración y corrección y ha sido adaptada en Guatemala por el Instituto de Psicología y Antropología de Quetzaltenango.

La prueba mide el autoconcepto en cuatro áreas: académica, social, familiar, y emocional y lograr los resultados de cada área según la plantilla asignada para la

misma, de esta manera los resultados directos y seguidamente se busca los percentil para cada puntuación.

Contiene siete características fundamentales las cuales son organizado, multifacético, jerárquico, estable, experimental, valorativo y diferenciable

### **3.3 Procedimiento**

Para tener un orden adecuado en la investigación, se utilizo el siguiente.

Elección de tres posibles temas.

Entrega de resúmenes

Aprobación del tema

Investigación de antecedentes

Desarrollo del marco teórico a través de la investigación bibliográfica

Planteamiento del problema

Elección y descripción del método

Administración de la prueba

Realización del conteo estadístico

Proceso estadístico

Presentación de resultados

Discusión de resultados

Presentación de la propuesta

Descripción de conclusiones

Presentación de recomendaciones

Referencias bibliográficas

Anexos

Realización de informe final

### **3.4 Diseño**

Este estudio es de tipo descriptivo.

Achaerandio (2001), define la investigación descriptiva como la que estudia e interpreta y refiere los fenómenos, relaciones correlaciones, estructuras, variables

independientes y dependientes. Abarca todo tipo de recogida científica de datos con el ordenamiento, tabulación, interpretación y evaluaciones de estos. La evaluación de lo que es, se entiende en un sentido mucho más complejo, que una simple descripción ingenua de los datos que aparecen.

La investigación descriptiva examina sistemáticamente y analiza la conducta humana, personal y social en condiciones naturales y en ámbitos sociales, económicos, políticos y religiosos, así la familia, la comunidad, el sistema educativo formal, el trabajo u otros.

Busca la resolución de algún problema, o se emplea para alcanzar una meta del conocimiento. Suele comenzar con el estudio y el análisis de la situación presente. También para esclarecer lo que se necesita alcanzar metas, objetivos finales e intermedios, y para alertar sobre los medios o vías que se requiere para alcanzar esas metas u objetivos.

### 3.5 Metodología Estadística

Este estudio utiliza la significación y fiabilidad de la proporciones

Significación de proporciones

1. Establecer el nivel de confianza NC=99%  $z_{\frac{\sigma}{2}} = 2.58$

2. Hallar el error típico de la proporción

$$\sigma\rho = \sqrt{\frac{p \cdot q}{N}}$$

3. Encontrar la razón crítica de la proporción  $RC = \frac{\rho}{\sigma\rho}$

4. Comparar la razón crítica con el nivel de confianza elegido  $RC \geq z \frac{\sigma}{2}$  66

Fiabilidad de las proporciones

1. Establecer el nivel de confianza = 99% =  $Z = 2.58$

2. Hallar el error típico de la proporción

$$\sigma_p = \frac{\sqrt{p * q}}{N}$$

3. Encontrar el error muestral máximo

$$\varepsilon = z \frac{\sigma}{2} * \sigma_p$$

4. Formar el intervalo confidencial de las proporciones  $IC = p \mp \varepsilon$

## VI. RESULTADOS

El siguiente cuadro presentan los resultados obtenidos en esta investigación a través de la significación y fiabilidad. Con un nivel de confianza del 99%, a través de la muestra de 55 pacientes de traumatología de los hospitales nacionales de los departamentos de Retalhuleu y Suchitepéquez comprendidos entre las edades de 18 y 86 años de sexo femenino y masculino.

Cuadro No.1

Significación y fiabilidad X

FACTORES	No.	$\bar{X}$	$\sigma$	$\underline{\sigma}$ X	RC	SIGNIFICATIVO	IC	+	-	FIA BLE
Autoconcepto	55	13	12.80	1.74	7.47	SI	4.49	17.47	8.51	SI
Académico	55	09	9.98	1.36	6.62	SI	3.51	12.51	5.49	SI
Social	55	55	24.73	3.36	16.37	SI	3.36	63.67	46.33	SI
Emocional	55	11	13.72	1.87	5.88	SI	4.82	15.82	6.18	SI
Familiar	55	72	26.75	3.64	19.78	SI	9.39	81.39	62.61	SI

Fuente: trabajo de campo

## V. DISCUSION DE RESULTADOS

La realización del presente estudio, tiene como propósito determinar el aporte que ejerce el autoconcepto en pacientes de traumatología de los hospitales Nacionales de los departamentos de Retalhuleu y Mazatenango, para tal estudio se utilizó la prueba AUTOPB-96 instrumento subjetivo que permite obtener la percepción que el individuo tiene de sí mismo, lo que se basa directamente en las experiencias en relación con las demás personas y en las atribuciones que el mismo realiza de la conducta.

En la presente investigación la prueba AUTOPB-96 fue aplicada a 55 pacientes del sexo masculino y femenino comprendidos entre las edades 18 y 86 años, por lo que da a conocer el presente resultado por medio de la tabla estadística de significación y fiabilidad de la media aritmética y desviación típica lo que refleja las cuatro dimensiones del cuestionario AUTOPB-96 por lo que se puede observar lo siguiente

En el área académica tiene una media de 09% que los pacientes de traumatología por la percepción de la valía como estudiante por lo que se forma a partir de las experiencias y de los comentarios y apoyo que recibe de las personas del entorno, el autoconcepto académico influye sobre el rendimiento y viceversa, una persona que se siente sin confianza en sí mismo, sin la sensación de quererse y de ser querido no podrá lograr un nivel de desarrollo adecuado en los estudios o en cualquier faceta de la vida, los individuos con alta autoestima, con éxitos sociales y académicos, más seguros de sí mismo, comunicativos, creativos, originales, independientes, dirigen y participan en las discusiones antes de escuchar pasivamente, irradian confianza y optimismo y esperan obtener el éxito, confían en las propias percepciones, hacen amistades con facilidad esto tiene relación con lo que menciona Sarrate y López (2002), La carencia de titulación académica e ineptitud, a no valorar los conocimientos y destrezas que se hayan adquirido a lo largo de la vida fuera de las aulas, esta opinión se sustenta en la creencia de que solamente la escuela puede satisfacer las necesidades esenciales de aprendizaje y

que éstas se pueden lograr de una vez para siempre. Lo erróneo de esta convicción es evidente, pues multitud de conceptos aprendidos en la infancia son re asimilados en base de la experiencia adulta, por lo que requiere una educación permanente.

Al reforzar el propio autoconcepto con frecuencia las personas adultas con escaso nivel cultural que han permanecido largo tiempo separadas de la actividad formativa, presentan escasa confianza ante la misma, esta reacción es natural, ya que implica hacer frente a situaciones desconocidas.

Se observó el aspecto social una media de 55% que incluye los sentimientos de los pacientes en cuanto a la amistad, que es consecuencia de las relaciones sociales, de la habilidad para solucionar problemas y de la adaptación y aceptación social, aquí se engloban las sensaciones relativas a si le cae bien o mal a las personas que conocen, si cree que los demás le tienen en cuenta y le aprecian. Según indica López (2005), la importancia del componente social en el proceso de desarrollo y evolución del autoconcepto, hace énfasis en las primeras relaciones con las personas significativas y en el proceso de socialización y aprendizaje, el concepto de si mismo se estudia la perspectiva del quien es la persona en relación con el prójimo y como se percibe a si mismo en las relaciones con los demás, destacar la influencia del medio sobre la formación de esas percepciones sobre sí mismo.

En el área emocional se observa una media de 11% por lo que se ve afectado los sentimientos de bienestar y satisfacción, al equilibrio emocional a la aceptación de sí mismo y a la seguridad y confianza en las posibilidades, por lo que menciona Vithoukias (2006), lo emocional del paciente se caracteriza por una gran flojedad o debilitamiento que comienza en el plano emocional y progresa a los planos físico y mental, las causas desencadenantes habituales es una pena prolongada, súbita y severa, el debilitamiento parece afectar principalmente el nivel emocional, como una progresión posterior al nivel físico o mental, según la fortaleza o debilidad hereditaria de la constitución, los estímulos internos o externos piden crear debilidad en todo individuo en algún grado, sea en el nivel físico, emocional o mental, el grado exacto

de vulnerabilidad depende de cada individuo, la debilidad comienza en el nivel emocional, sufre la pena en silencio, la respuesta inicial del paciente es una especie de reblandecimiento, una caída de tono a nivel emocional, indiferencia emocional, se aísla, quiere estar solo, el aislamiento está simbolizado por la tendencia a dormir cara a la pared.

Al estar afectado profundamente por la pena, el nivel emocional queda completamente bloqueado, ya no experimenta ninguna emoción en absoluto, esta profunda quietud tiene lugar en el plano emocional, el paciente es incapaz de responder, como si los estímulos no fueran recibidos en absoluto por el organismo. Los pacientes pueden no sentir ninguna emoción en las existencias cotidianas, pero pueden ser rápidamente estimulados si se les trata de forma adecuada, por lo contrario, los pacientes son inexcitables, indiferentes a cualquier clase de estímulo.

El paciente que ha experimentado un shock intenso, puede sucederle un cambio de personalidad importante, en tal circunstancia, el nivel físico puede ser sobrepasado, el mecanismo de defensa reacciona con parálisis o inmovilidad emocional, alguien que era activo y estaba lleno de vida se cierra en sí mismo, esto no es debido a una verdadera depresión, sino más bien a una incapacidad emocional y mental.

El paciente no quiere vivir ni morir, la casa está desordenada y la suciedad se amontona en el suelo, pero no quiere hacer nada, puede tener pensamientos suicidios, pero carece de fuerza para llevarlo a cabo, tras el inicial estímulo sobre el nivel emocional, el deterioro puede progresar al nivel físico en pacientes con constituciones relativamente fuertes, o al plano mental en aquellos con constituciones muy débiles que experimentan una pérdida súbita.

En el área familiar se observa un porcentaje de 72% que refleja los propios sentimientos como miembro de la familia, será positivo si se identifica como un miembro querido por la familia, a quien se le valoran las aportaciones y que se siente seguro del amor y del respeto que recibe de los familiares. Según indica Cañal

(2003), La familia constituye uno de los pocos fenómenos universales de la sociedad humana, esta institución desempeña dos funciones principales, antes que nada interviene como mediadora entre individuo y colectividad, como un puente por el que el individuo pasa para incorporarse a la vida social, el segundo lugar, desde el punto de vista del individuo, la familia como las necesidades afectivas, por lo que pone en disposición de cumplir sin frustraciones todas las tareas sociales impersonales, por lo que la familia actúa como institución estabilizadora del sistema social.

En el seno familiar, el individuo desarrolla el sentido ético y de responsabilidad consigo mismo y con el mundo, la autonomía personal y el autoconcepto, porque la familia es protección, crecimiento, ilusión de futuro, acopio de fuerzas para la vida, consuelo en la desazón.

Se aparta de la función como estabilizadora del sistema, la familia constituye un caldo de cultivo de diversos problemas sociales, entre ellos, los niños de la calle, el vandalismo, la prostitución, el alcoholismo y la drogadicción. En este sentido, la familia denota inquietud, desesperanza, sinsabores, ruido, violencia, pena, debilidad, insomnio, oscuridad desesperación de estar vivo.

La familia pasa por una etapa de transición y ajuste, a causa de los cambios culturales, las carencias económicas, la necesidad de la madre de trabajar fuera del hogar, los hijos que deben aprender a vivir sin esto y viceversa, el orden de cosas ha cambiado de manera radical, la familia todavía es identificada como un grupo de pertenencia, abundantes estudios evidencian que los padres siguen siendo la influencia más importante en la vida de los hijos.

Por lo anterior investigado se observa que el total de sujetos estudiados relacionados al total de factores de una media de 13% el cual es significativo y fiable y sostiene una razón crítica de 7.47 el cual es mayor al nivel de confianza,

lo que viene a resaltar que se acepta la H1. Que indica que los pacientes de traumatología presentan un autoconcepto bajo.

## VI. PROPUESTA

Plan Psicoterapéutico, Mejorar El Autoconcepto

### 6.1 Introducción

Es importante la formación de un nivel alto autoconcepto que es la opinión o los sentimientos sobre la propia valía, que se forma a través de distintas vías como los juicios ajenos, la interiorización de esos juicios u opiniones sobre la misma persona, las consecuencias de las propias acciones ya sean negativas o positivas. Los factores académico, social, emocional y familiar influyen para lograr un autoconcepto alto.

En los pacientes de traumatología atraviesan un porcentaje bajo en diferentes factores del autoconcepto por lo que experimentan una serie de emociones que aparecen ante la situación desvalorización, por lo que afecta la imagen corporal y el autoconcepto, como la noción individual de sí mismo con énfasis en respuestas emocionales interna y externas, la recuperación en su proceso dinámico, influido por cambiantes de tipo social, académico, emocional, familiar y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos fundamentales para la recuperación, dentro de ello el manejo cognitivo tiene un papel fundamental para que el paciente no se sienta desvalido y pueda lograr el éxito para muchas de las acciones que toman los pacientes en traumatología.

La presente propuesta lleva como meta mejorar el autoconcepto en pacientes de traumatología de los hospitales nacionales de los departamentos de Retalhuleu y Mazatenango, a través de técnicas psicoterapéuticas, el cual le permitirá al paciente obtener otras ideas y expectativas mejores para enfrentar la situación, mejorar las relaciones, la seguridad en si mismo, ser coherente en los propios actos, ser iniciativos, para que surjan mejor las cosas, y ser capaces de recibir mejor las críticas y poder vivir felices.

## **6.2 Justificación**

Los resultados de la investigación permitieron conocer los factores que afectan a los pacientes de traumatología, siendo ellos de tipo académico, social, emocional y familiar, la presente propuesta trata de mejorar todos estos factores por medio de diversas técnicas con el fin de enmendar y fortalecer el aspecto emocional del autoconcepto.

Además, proveer alternativas por medios de herramientas que permitan descubrir y propiciar adecuadas acciones y opiniones de los sentimientos sobre la propia valía y de esa manera contribuir con el bienestar psicológico de la misma.

## **6.3 Objetivos**

### **6.3.1 General**

Contribuir con los pacientes de traumatología y con las personas que lo rodean a desarrollar un nivel alto en el área del autoconcepto por medio de abordajes terapéuticos de base psicológicas, la psicoterapias individuales de grupo familiar siempre que se dé la ocasión, la relajación, el condicionamiento operante que ayude a la autoestima, seguridad en sí mismo, y que puedan vencer ideas de inutilidad por medio de la Terapia Racional Emotiva.

### **6.3.2 Especifico**

- Proporcionar indicadores diferenciales de las reacciones emocionales que se presenta en el momento del ingreso al hospital.
- Concientizar a los pacientes la influencia que ejerce las actitudes en la formación del autoconcepto de sí mismo.
- Propiciar un cambio de actitud en el manejo de las emociones.
- Ofrecer técnicas que faciliten el mejoramiento positivo de la gama de emociones en los pacientes de traumatología.
- Brindar a las personas elementos para lograr una mejor relación en su entorno social, familiar y emocional.

- Concientizar a los pacientes en traumatología la importancia de buscar atención adecuada, así como los servicios profesionales, y otros grupos de apoyo que pueden acudir para obtener una adecuada atención integral.

#### **6.4 Metodología**

La metodología a utilizar será la participación individualizada con la cual se pretende lograr los objetivos planteados.

#### **6.5 Desarrollo**

Se llevará a cabo en dos partes al ingreso se concientizará en las ideas irracionales del paciente y al fortalecimiento de ideas racionales. Y al egreso fortalecer la esperanza de vida y que sepa identificar y manejar de la mejor forma las reacciones emocionales para su mejor recuperación.

#### **6.6 Contenido**

##### **6.6.1 Técnica para el mejoramiento de emociones**

Terapia Racional Emotiva, mantiene que los humanos son criaturas con un propósito, es decir, llevan consigo metas generales y específicas, casi siempre las metas básicas son, permanecer vivo y ser razonablemente feliz mientras se esté vivo. Cuando algunas de estas metas, que pueden ser metas rígidas y absolutistas irracionales o metas adecuadas y conducentes al crecimiento personal racionales no son cumplidas.

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales, pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

Por ejemplo, si después de un fracaso en una tarea, se piensa en ser un inútil que no hace nada bien, no vale la pena ni intentarlo, las emociones y la conducta serán muy diferentes que si se piensa, bueno, se fracasado en esto, pero eso no se convierte en un inútil, solo en un ser humano que comete errores, como todos los demás, ver lo que puede hacer para arreglarlo. En el primer caso, no es de extrañar que aparezcan sentimientos de depresión y que el comportamiento sea de abandono, mientras que en el segundo caso, puedes sentir preocupación o cierta tristeza, pero estas emociones no serán lo bastante intensas e incapacitantes como para impedirte solucionar el problema, seguir adelante y aprender cómo hacerlo mejor la próxima vez

### **6.6.2 Técnicas de relajación**

Es utilizada como terapia frente al dolor crónico, el paciente se educa a relajar diferentes grupos musculares, contrallen y relajan y se obtiene una relajación muscular progresiva.

### **6.6.3 Técnicas de Psicoterapia**

Una terapia psicológica dependen primero de los deseos y problemas específicos del cliente y, luego, del enfoque que el psicólogo desee darle al tratamiento para mejorar el modo de vida y las relaciones sociales que establece el paciente. Aunque, cada uno de los cientos de modos de llevar una terapia señala metas distintas, las principales son

- Ayudar al paciente a ganar esperanza.
- Promover la sensación de dominio y auto confianza del paciente.
- Animar al cliente a enfrentar sus ansiedades en lugar de evitarlas.
- Ayudarlos a ser más conscientes de sus concepciones erróneas.
- Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida.

### **6.6.3.1 Perspectiva Psicodinámica**

Se basa en entender el inconsciente del paciente para así poder llegar a una catársis y liberar lo que el paciente tiene reprimido. En otras palabras, la terapia psicodinámica o psicoanálisis es la terapia basada en la suposición de que los desórdenes psicológicos surgen principalmente de conflictos internos ocultos con los impulsos reprimidos.

### **6.6.3.2 Auto-aceptación Incondicional**

Se basa en reforzar cada vez más la importancia de lo que llama “auto-aceptación incondicional. Una de las formas que menciona para lograr esto es convencer al paciente de su valor intrínseco como ser humano. El solo hecho de estar vivo ya provee de un valor en sí mismo.

### **6.6.4 Ejercicios para la autoestima**

Las creencias que se tienen acerca de sí mismos, las cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que se contribuyen, conforman la propia imagen personal o autoimagen. Por lo que la autoestima es la valoración que se hace de sí mismo sobre la base de las sensaciones y experiencias que han ido incorporando a lo largo de la vida. El sentimientos son de reacción de listos o tontos, capaces o incapaces, se gusta o no. Esta autovaloración es muy importante, ya que en gran parte la realización del propio potencial personal y los propios logros en la vida, las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una buena autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y las responsabilidades que la vida plantea. Por el contrario, los que tienen una autoestima baja suelen autolimitarse y fracasar.

Por lo que a continuación se presenta ejercicio para mejorar la autoestima de los pacientes en traumatología en realizar elaborar proyectos de superación personal. Una parte importante de la propia autoestima viene determinada por el balance de los éxitos y fracasos. En concreto, lograr lo que se desea y ver satisfechas las

propias necesidades que proporciona emociones positivas e incrementa la autoestima.

Se ha apuntado como una forma de mejorar la autoestima el esforzarse para cambiar las cosas que no se gustan de sí mismos. Por lo que se trabajará sobre un método que puede hacer más fácil estos cambios. Este método está compuesto por cuatro pasos fundamentales

#### **6.6.4.1 Plantearse una meta clara y concreta.**

Una meta puede ser cualquier cosa que se desee hacer o conseguir. Plantearse una meta de forma clara y concreta ayuda a tener éxito porque ayuda a identificar lo que se quiere conseguir.

La meta que se proponga ha de reunir una serie de requisitos. Debe ser una meta:

- Sincera, algo que realmente se quiera hacer o desea alcanzar.
- Personal, no algo que venga impuesto por alguien desde fuera.
- Realista, que se vea que es posible conseguir en un plazo relativamente corto de tiempo.
- Divisible, que se pueda determinar los pasos o cosas que se desea para conseguirla.
- Medible, que se pueda comprobar lo que se ha logrado y lo que falta para alcanzarla.

#### **6.6.4.2 Establecer las tareas que se deben realizar para lograrla**

Una vez que hayan concretado la meta que se desean alcanzar, se pide que piense en lo que tendrían que hacer para conseguirla. No todo se consigue en un día; para conseguir mejorar en cualquier aspecto que se propongas se ha de hacer pequeños esfuerzos.

Se le pone de ejemplo el caso de los ciclistas que participan en la vuelta ciclista a España. La meta de muchos de ellos es ganar la carrera. Pero para ello se tienen

que superar a lo largo de tres semanas distintas etapas, etapas de llano, etapas de montaña, contrarreloj.

#### **6.6.4.3 Organizar las tareas en el orden en que había que realizarlas**

Si se intenta llevar a cabo todas las tareas al mismo tiempo, es muy probable que no se consiga nada. Para lograr una meta es muy interesante que se ordenen las tareas que se deben realizar y se establezca un plan de trabajo.

Una vez que tengan la lista de las tareas que deben realizar se pide que las ordenen. El orden se puede establecer de forma lógica, según la secuencia temporal en las que se tengan que realizar por ejemplo para hacer una casa antes del tejado habrá que hacer los cimientos o, en el caso de que las tareas no necesiten una secuenciación temporal, se puede empezar por las tareas más sencillas y que requieran menos esfuerzo, dejar para el final las más difíciles o costosas.

#### **6.6.4.4 Poner en marcha y evaluar los logros que se han obtenidos**

Una vez elaborado el proyecto personal habría que comprometerse y ponerlo en práctica. Para llegar a conseguirlo es importante evaluar los esfuerzos realizados. Esto puede ser difícil hacerlo por sí mismo, pero es relativamente sencillo si se pide a un familiar o a un amigo que ayude a evaluar los progresos.

#### **6.6.5 Técnicas de reestructuración cognitiva**

El objetivo de la técnica es modificar las cogniciones erróneas o de carácter negativo que en muchos casos aparecen durante la recuperación del paciente, el uso de técnicas de mejora de la autoestima, encaminadas a disminuir la crítica patológica y a manejar los errores.

### 6.6.6 Cronograma de los meses enero a febrero

Fase	Actividad	Responsable
Ingreso del paciente	Terapia Racional Emotiva. Relajación Técnicas de psicoterapia	Nidia Tello Escobedo Nidia Tello Escobedo Nidia Tello Escobedo
Egreso	Ejercicio para la autoestima Técnicas de Reestructuración Cognitiva	Nidia Tello Escobedo. Nidia Tello Escobedo

## VII. CONCLUSIONES.

A través de la prueba AUTOPB-96 se determina el bajo nivel de autoconcepto que los pacientes de traumatología de los hospitales Nacionales de los departamentos de Retalhuleu y Mazatenango son afectados y que repercute en la salud física y psíquica de los pacientes, y es determinante para el éxito personal, familiar, y profesional de cada individuo.

El factor académico conjuntamente con el factor emocional se identifican como los más comprendidos en la patología crónica de los pacientes, ya que las ideas irracionales repercuten en la valorización como personas al verse afectados por el trauma y la incompetencia de poder defenderse a la necesidades físicas y psicológicas.

Por lo que también se mide el factor social es influenciado en una media de 55% por lo que significa que es una área afectada, por la forma en que se perciben ante la sociedad, en la aceptación de un criterio bajo constructivo ante los demás, como también lo es el factor familiar, juega un papel importante por lo que se dio el 72 % de los familiares apoyan a los pacientes en darles la atención debida a la recuperación y mejoría del paciente de traumatología, por lo que se toma como el factor de mayor porcentaje que se obtuvo de dicha investigación, y que se observo el acompañamiento de los familiares a la clínica en traumatología y la preocupación por ver la mejoría de los pacientes.

Se observó la falta de apoyo en el tratamiento del sector psicológico que repercute el bajo autoconcepto del paciente al no ser apoyado y orientarlo en el aspecto psicológico para el menor trauma que sufre en la situación en las que se encuentran.

## VIII.RECOMENDACIONES

Determinar el nivel de autoconcepto en los pacientes de traumatología a través de una anamnesis y exploración física siempre tener en cuenta una observación médica como llagas de presión, infecciones, dolores, trastornos vasculares que sufren algunos pacientes, muchas de estas complicaciones son vitales si la persona afectada es adecuadamente informada sobre el ejercicio de mantenimiento físico, el cuidado de la tablilla o si en caso fuera una prótesis, la dieta apropiada y el cumplimiento terapéutico de otras indicaciones médicas en función del traumatismo padecido.

Identificar las áreas afectadas que conforman el autoconcepto por medio de un diagnóstico a través de pruebas psicométricas y verificar las causas que se desarrollan el trastorno en los pacientes.

Medir las áreas que se ven más afectadas para darle reforzamiento con terapias adecuadas para mejor recuperación y darle también apoyo psicológicos a los familiares de los pacientes con la finalidad de eliminar y prevenir la ansiedad, la depresión, los diversos temores, por medio de información referente de la enfermedad del paciente y la evolución, como manejar los síntomas y afrontar las reacciones emocionales que pueden aparecer en el enfermo.

Proponer un programa psicoterapéutico para el manejo de estados y trastornos emocionales en la clínica de traumatología a través de una anamnesis, exploración física o pruebas psicométricas, para llegar a un diagnóstico específico y trabajar en el área afectado y darle una orientación de seguimiento y técnicas para manejar las emociones y elevar el nivel del autoconcepto y brindarles información en programas de educación vial de manera que involucre aspectos relacionados con la prevención de accidentes y traumas físicas a causa de la misma..

## IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Achaerandio, L.(2001). Iniciación a la Práctica de la Investigación. Guatemala: Universida Rafael Landívar.

Ahedo y Ibarra (2007). Democracia participativa y desarrollo humano. Dykinson: Madrid, España.

Autoestima, A. . (2011, 02 10). <http://www.laautoestima.com/autoconcepto-autoestima.html>.

Borda, Pérez y Blanco (2000). Manual de técnica de modificación de conducta en medicina comportamental. Universidad de Sevilla: España.

Cañal (2003). Adicciones: cómo prevenirlas en niños y jóvenes. Norma: Bogotá

Campo (2004). De cotidianidades y utopias: una visión psicosocial preventiva sobre los riesgos de desastres. Plaza y valdes: Méxio.

Cloninger y Ortiz (2003). Teorías de la personalidad. Pearson educación: México.

Cohen, Berman y Blanco (2009). Manual clínico de traumatología dental. Elsevier: España.

Enciclopedia encarta,(2007).

Enciclopedia Psicología,(2005) Océano.

Ferrero, J.(2008). Resistencia y Sumision (enseñar a vivir) Parte II. Quetzalteco , p. 8.

Firpo (2010). Manual de ortopedia y traumatología. Dunken: Buenos Aires, Argentina.

Formacion, G.(2008). <http://www.pedagogia.es/autoconcepto-y-autoestima/Formacion,Guia Pedagogía>.

Gómez (2006). Ksigma: control de proceso, para mejorar la calidad de la enseñanza. WK educación: Madrid, España.

González (2009). El Síndrome de agotamiento profesional en oncología. Panamericana S.A.: España.

González y Salinas (2005). Amputación de extremidad inferior y discapacidad prótesis y rehabilitación. Elsevier: España.

González. (2011). El hospital nacional incrementa atención. La hora San Marcos , p. 07.

Guatemala, H. (2011). Formato del Departamento de traumatología y ortopedia. Formato del Departamento de traumatología y ortopedia Juan de Dios Guatemala .

Herrán (2007). Las fases tempranas de las enfermedades mentales. Elsevier: España.

Infantil, T. D. (2011, 05 20). [traumatologíadeportivainfantil.blogspot.com/](http://traumatologíadeportivainfantil.blogspot.com/).

Junqué, Bruna, Mataró y Puyuelo (2003). Traumatismos craneoencefalico: un enfoque desde la neuropsicología y la logopedia. Masson: Barcelona.

Morales. (2011, 03 18). Las mochilas pesadas dañan la columna. Quetzalteco , p. 09.

López (2005). Manual de enfermería psicosocial y salud mental. Elsevier: España, Barcelona

Porta (2008). Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Arán: España.

Psicodidáctica (2008). Autoconcepto: perspectiva de investigación, p. 70

Reynoso y Seligson (2005). Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque conductual. UNAM : México.

Rosenzweig, Breedlove, Watson y Morgado (2005). Psicología: Una introducción a la neurociencia conductual, cognitiva y clínica. Ariel: Barcelona.

Sarrate y López (2002) Educación de personas adultas: reto de nuestro tiempo. Dykinson: Madrid.

Schaffer (2000). Desarrollo social. Siglo veintiuno: México.

Silberman y Varaona (2010). Ortopedia y traumatología. médica Panamericana: Buenos Aires, Argentina.

Sperling (2004). Psicología simplificada. Selector: México

Swiontkowski (2005). Manual de Ortopedia y Traumatología. Elsevier: España.

Torres (2002). Tratado de cuidados críticos y emergencia. Aran: España.

Traumatología, E. d. (2011). [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Texto Traumatología/Tra\\_Sec00\\_Concep.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Texto_Traumatología/Tra_Sec00_Concep.html).

Ugalde (2003). Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Elsevier: España.

Urbano y Yuni (2005). Psicología del desarrollo: enfoque y perspectivas del curso vital. Brujas: Cordoba, Argentina.

Vithoukias (2006). Esencia de la materia medica homeopática. Paidós: España, Barcelona

Wiesner (2004). Discapacidad y capacidad intelectual. Academia: Bogotá Colombia.

Wiscarz y Laraia (2006). Enfermeria psiquiatrica: principio y practica. Elsevier: España.

Zurro (2003). Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica. Elsevier: Madrid, España.

## X. ANEXOS

### PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DEL AUTOCONCEPTO DE LOS PACIENTES DE TRAUMATOLOGIA DE LO HOSPITALES DE MAZATENANGO, RETALHULEU

01-01-01-01-01-01-01-01-01-01-01-01-01-01-02-02-02-02-03-03-03-04-04-05-05-  
05-10-10-10-10-10-10-15-15-15-15-15-15-20-25-25-25-25-30-30-30-30-35-35-  
40-45-45. No.55

No.= 55  $\bar{X}$ = 13

XS= 45  $\sigma$  =12.80

$X_i$ = 01

$l$ = 4

$d'$  = 23

Inter	F	Fa	xm	ef.xm	Li.	Ls.	$d'$	$ef/d'$ <sup>1</sup>	$ef/d'$ <sup>2</sup>
01-04	24	24	2.5	60	0.5	4.5	10.5	252	2646
05-08	03	27	6.5	19.5	4.5	8.5	6.5	19.5	126.75
09-12	06	33	10.5	63	8.5	12.5	2.5	15	37.5
13-16	07	40	14.5	101.5	12.5	16.5	1.5	10.5	15.75
17-20	01	41	18.5	18.5	16.5	20.5	5.5	5.5	30.25
21-24	00	41	22.5	00	20.5	24.5	9.5	00	00
25-28	05	46	26.5	132.5	24.5	28.5	13.5	67.5	911.25
29-32	04	50	30.5	122	28.5	32.5	17.5	70	1225
33-36	02	52	34.5	69	32.5	36.5	21.5	43	924.5
37-40	01	53	38.5	38.5	36.5	40.5	25.5	25.5	650.25
41-44	00	53	42.5	00	40.5	44.5	29.5	00	00
45-48	02	55	46.5	93	44.5	48.5	33.5	67	2444.5
				<b>717.5</b>				<b>575.5</b>	<b>9011.75</b>

$$A = \frac{xs - xi + 1}{10} = \frac{45 - 01 + 1}{10} = \frac{45}{10}$$

$$A = \frac{xs - xi + 1}{10} = \frac{45 - 01 + 1}{10} = 4.5 = 4$$

$$X = \frac{ef \cdot xm}{n} = \frac{717.5}{55} = 13.05 = 13$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{ef \cdot d / 2}}{n} = \frac{\sqrt{9011.75}}{55} = 12.80$$

No. = 55    Nivel de Conf. 2.58

X. = 13

$\sigma$  = 12.80

$$\frac{\sigma}{x} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{\sigma}{\sqrt{54}} = \frac{12.80}{7.34} = 1.74$$

$$RC = \frac{\sigma}{x} = \frac{13}{1.74} = 7.47$$

RC 7.47 > 2.58 Es significativo

$\sigma$

X 1.74

$\sigma$

$$\varepsilon = X * 99\% \quad 1.74 * 2.58 = 4.49$$

$$IC = 13 + 4.49 = 17.49$$

$$13 - 4.49 = 8.51$$



No. = 55 Nivel de Conf. 2.58\_

X. = 19

$\sigma = 9.98$

$$\frac{\sigma}{x} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{\sigma}{\sqrt{54}} = \frac{9.98}{7.35} = 1.36 \text{ _}$$

$\underline{x}$

$$RC = \frac{\sigma}{x} = \frac{9}{1.36} = 6.62$$

RC 6.62 > 2.58 Es significativo

$\underline{\sigma}$

X 1.36

$$\varepsilon = X * 99\% = 1.36 * 2.58 = 3.51$$

$$IC = 9 + 3.51 = 12.51$$

$$9 - 3.51 = 5.49$$

## PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DEL SOCIAL

02-04-04-04-10-10-20-20-20-20-20-20-20-20-20-20-50-50-50-50-50-50-50-50-50-60-60-60-60-60-60-60-60-60-60-60-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-80-80-80-80-80-80-80-80-90-95-95-95 No. 55

No.= 55     $\bar{X}$ = 55  
 XS= 95     $\sigma$  =24.73  
 Xi= 02  
 l=09  
 d' = 48

Inter	F	Fa	xm	ef.xm	Li.	Ls.	/d/	ef/d/ <sup>1</sup>	ef/d/ <sup>2</sup>
02-10	6	6	06	36	1.5	10.5	49	294	14406
11-19	0	6	15	0	10.5	19.5	40	000	00000
20-28	7	13	24	168	19.5	28.5	31	217	6727
29-37	0	13	33	0	28.5	37.5	22	000	0000
38-46	0	13	42	0	37.5	46.5	13	000	0000
47-55	9	22	51	459	46.5	55.5	04	036	144
56-64	10	32	60	600	55.5	64.5	05	050	250
65-73	12	44	69	828	64.5	73.5	14	168	2352
74-82	7	51	78	546	73.5	82.5	23	161	3703
83-91	1	52	87	87	82.5	91.5	32	032	1024
92-100	3	54	96	288	91.5	100.5	41	123	5043
	<b>55</b>			<b>3012</b>				<b>1081</b>	<b>33649</b>

$$A = \frac{xs-xi+1}{10} = \frac{95-02+1}{10} = 9.4 = 9$$

$$\bar{X} = \frac{ef.xm}{n} = \frac{3012}{55} = 54.76 = 55$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{sf./d.f./2}}{n} = \frac{\sqrt{33649}}{55} = 24.73$$

No. = 55                      Nivel de Conf. 2.58

$$\bar{X} = 55$$

$$\sigma = 24.73$$

$$\frac{\sigma}{x} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{\sigma}{\sqrt{54}} = \frac{24.73}{7.35} = 3.36$$

$$RC = \frac{\bar{X}}{x} = \frac{55}{3.36} = 16.37$$

RC 16.37 > 2.58 Es significativo

$$\frac{\sigma}{X} = 3.36$$

$$\epsilon = X * 99\% \frac{\sigma}{x} = 3.36 * 2.58 = 8.67$$

$$IC = 55 + 8.67 = 63.67$$

$$55 - 8.67 = 46.33$$

## PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DEL RANGO EMOCIONAL

01-01-01-01-02-02-02-02-02-02-02-02-02-02-04-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-05-06-07-08-08-08-08-08-08-08-10-10-10-10-10-10-10-20-20-20-20-30-30-40-40-50-60-60= No.55

No.= 55     $\bar{X}$ = 11  
 XS= 60     $\sigma$  =13.72  
 Xi= 01  
 l= 6  
 d' = 31 .

Inter	F	Fa	xm	ef.xm	Li.	Ls.	/d'	ef/d' <sup>1</sup>	ef/d' <sup>2</sup>
01-06	31	31	3.5	108.5	0.5	6.5	7.5	232.5	1743.75
07-12	13	44	9.5	123.5	6.5	12.5	1.5	19.5	29.25
13-18	00	44	15.5	00	12.5	18.5	4.5	00	00
19-24	04	48	21.5	86	18.5	24.5	10.5	42	441
25-30	02	50	27.5	55	24.5	30.5	16.5	33	544.5
31-36	00	50	33.5	00	30.5	36.5	22.5	00	00
37-42	02	52	39.5	79	36.5	42.5	28.5	57	1624.5
43-48	00	52	45.5	00	42.5	48.5	34.5	00	00
49-54	01	53	51.5	51.5	48.5	54.5	40.5	40.5	1640.25
55-60	02	55	57.5	115	54.5	60.5	46.5	93	4324.5
	<b>55</b>			<b>618.5</b>				<b>517.5</b>	<b>10347.75</b>

$$A = \frac{xs - xi + 1}{10} = \frac{60 - 01 + 1}{10} = 6$$

$$\bar{X} = \frac{ef.xm}{n} = \frac{618.5}{55} = 11.25 = 11$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{sf./dI/2}}{n} = \frac{\sqrt{10347.75}}{55} = 13.72$$

No. = 55 Nvel de Conf. 2.58\_

X. = 11

$\sigma = 13.72$

$$\frac{\sigma}{x} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{\sigma}{\sqrt{54}} = \frac{13.72}{7.35} = 1.87_$$

$$RC = \frac{\bar{x}}{x} = \frac{11}{1.87} = 5.88$$

RC 5.88 > 2.58 Es significativo

$$\frac{\sigma}{X} = 1.87$$

$$\varepsilon = X * 99\% = 1.87 * 2.58 = 4.82$$

$$IC = 11 + 4.82 = 15.82$$

$$11 - 4.82 = 6.18$$

## PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DEL RANGO FAMILIAR

05-05-10-10-30-30-30-50-50-50-50-50-50-50-70-70-70-70-70-70-70-70-70- 80-  
 80-80-80-80-80-80-85-85-85-85-85-85-90-90-97-97-97-99-99-99-99-99-99-99-  
 99-99-99-99- No.55

No.= 55     $\bar{X}$  = 72  
 XS= 99     $\sigma$  =26.75  
 Xi= 05  
 I= 10  
           d' = 52

Inter	F	Fa	xm	ef.xm	Li.	Ls.	/d'/	ef/d'/ <sup>1</sup>	ef/d'/ <sup>2</sup>
5-14	4	4	9.5	38	4.5	14.5	62.5	250	15625
15-24	0	4	19.5	0	14.5	24.5	52.5	00	00
25-34	3	7	29.5	88.5	24.5	34.5	42.5	127.5	5418.75
35-44	0	7	39.5	0	34.5	44.5	32.5	00	00
45-54	8	15	49.5	396	44.5	54.5	22.5	180	4050
55-64	0	15	59.5	00	54.5	64.5	12.5	00	00
65-74	10	25	69.5	695	64.5	74.5	02.5	25	62.5
75-84	7	32	79.5	556.5	74.5	84.5	07.5	52.5	393.75
85-94	8	40	89.5	716	84.5	94.5	17.5	140	2450
95-104	15	55	99.5	1492.5	94.5	104.5	27.5	412.5	11343.75
	<b>55</b>			<b>3982.5</b>				<b>1187.5</b>	<b>39343.75</b>

$$A = \frac{xs-xi+1}{10} = \frac{99-05+1}{10} = 9.5 = 10$$

$$X = \frac{ef.xm}{n} = \frac{3982.5}{55} = 72.41 = 72$$

$$\sigma = \frac{\sqrt{sf./d.f./2}}{n} = \frac{\sqrt{39343.75}}{55} = 26.75$$

No. = 55                      Nivel de Conf. 2.58\_

X. = 72

$\sigma = 26.75$

$$x = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = \frac{\sigma}{\sqrt{54}} = \frac{26.75}{7.35} = 3.64 \_$$

$$RC = \frac{\bar{x}}{x} = \frac{72}{3.64} = 19.78$$

RC 19.78 > 2.58 Es significativo

$$X = 3.64$$

$$\epsilon = X * 99\% = 3.64 * 2.58 = 9.39$$

$$IC = 72 + 9.39 = 81.39$$

$$72 - 9.39 = 62.61$$