

A. 00

7-1156

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA PSICOLOGÍA

[Handwritten signature]
 Tribunal



[Handwritten signature]
 Tribunal

[Handwritten signature]
 B. Bejarano C.
 Tribunal

**AUTOESTIMA DEPRESIÓN EN PACIENTES
 CON DIAGNÓSTICO DE HEMIPARESIA**

TESIS
 PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA
 EN PSICOLOGÍA

POSTULANTE:
 EMILIO ALINAS FLORES

ASESOR:
 LIC. BISMARCK PINTO T.

[Large handwritten signature]
 J.C. Duenas
 Tribunal

ICAC
 Paz-Bolivia

La Paz - Bolivia

2004

AUTO - STIMA
 PSICOSIS MANIACO
 HEMIPESIA

253

DE SAN ANDRÉS
 2004

Es peor estar enfermo del alma que del cuerpo, ya que aquellos que padecen del cuerpo sólo sufren, pero aquéllos que padecen del alma sufren y hacen daño.

Plutarch, Moralia:
Alrededor de 95 a.c.

AGRADECIMIENTOS:

- Al Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Caja Nacional de Salud y a su Director por su colaboración , así mismo a los pacientes con diagnóstico de hemiparesia por ser parte de este estudio.
- Al Lic. Bismarck Pinto Tapia por ser profesor guía.

Mi mas profunda gratitud a Carmen, Nils y Patricia por su comprensión y por el tiempo que no les dedique.

A los Docentes de la Carrera de Psicología - Universidad Mayor de San Andrés, por sus enseñanzas.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.	Pag.	1
1.1. Delimitación del objeto de estudio	"	3
1.2. Justificación.		3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.		3
3. OBJETIVOS.	"	14
3.1. Objetivo general.	"	14
3.2. Objetivo específico.	"	14
4. HIPÓTESIS.	"	15
5. METODOLOGÍA	"	15
5.1. Metodología descriptiva.	"	15
5.2. Variable 1	"	15
5.3. Variable 2.	"	15
5.4. Muestra.	"	16

5.5. Tipo de estudio		16
5.6. Participantes.		16
5.7. Ambiente.		17
5.8. Procedimiento.		17
5.9. Instrumentos.		17
5.9.1. Cuestionario de autoestima.		18
5.9.2. Cuestionario QD2		19
6. MARCO TEÓRICO	“	22
6.1. Neurología.		22
6.1.1. Enfermedad Cerebrovascular.		22
6.1.2. Síndrome Apopléctico.		23
6.2. Neuropsicología.		23
6.2.1. Organización aferente del movimiento.		25
6.2.2. Organización eferente del movimiento.		26
6.3. Psicología Cognitiva.		26
6.3.1. Autovaloración.		27
6.4. Hemiparesia.		28
6.4.1. Etiología.		28
6.4.2. Pronostico.		28
6.5. Autoestima.	u	29
6.5.1. Definiciones de autoestima.		29
6.5.2. Definición.	“	30
6.5.3. Factores que contribuyen a la autoestima.		31
6.5.4. Adulto mayor y autoestima	u	34

6.6.	Fases del ajuste psicológico.	"	35
6.6.1.	Shock.	"	36
6.6.2.	Rechazo.	"	37
6.6.3.	Reacción depresiva.	"	37
6.6.3.	Reacción contra la independencia.	"	38
6.6.4.	Adaptación.	"	38
6.7.	Autoimagen.	"	38
6.8.	Depresión.	"	39
6.8.1.	Etiología.		40
6.8.2.	Trastornos del estado de ánimo.	"	40
6.8.2.1.	Depresión reactiva.		40
6.8.2.2.	Depresión endógena.	"	41
	a) Trastorno bipolar.	"	41
	b) Depresión mayor.		41
6.8.2.3.	Síntomas y signos.		42
6.8.2.4.	Factores bioquímicos.	"	43
6.9.	Enfoque Racional Emotivo.	"	44
6.9.1.	El ABC de la Terapia Racional Emotiva.		45
7.	RESULTADOS.	"	48
8.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	"	70
9.	CONCLUSIONES.	"	71
10.	RECOMENDACIONES.	"	83
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	"	86

12. ANEXOS.

" 92

Datos estadísticos de la correlación.

Diagrama de dispersión.

Cuestionario de autoestima.

Cuestionario QD2.

Confiabilidad de cuestionario.

1. INTRODUCCIÓN:

Un adecuado nivel de autoestima es la base de la salud mental y física del organismo. El concepto que tenemos de nuestras capacidades y nuestro potencial no se basa solo en nuestra forma de ser sino también en nuestras experiencias a lo largo de la vida (www.psicoadactiva.com).

La autoestima puede verse disminuida a consecuencia de pérdidas reales como el divorcio, despedidas del trabajo, de la pérdida de un miembro físico (www.elnuevo.diario.com) u otros factores que puedan afectar el estado emocional del sujeto.

Las personas cuando son presas de la depresión se les baja la autoestima, se pierde el interés por las cosas: como es el sentido de la vida, se sienten inútiles, que no sirven para nada. Así mismo presentan poca fuerza de voluntad, deseos de suicidio. El depresivo puede verse a si mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto (Aaron — Rush, 1983).

El funcionamiento normal del cerebro puede verse afectado por diferentes patologías neurológicas como los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos craneoencefálicos, los tumores cerebrales, las infecciones del sistema nervioso y otras (Harrison, 1977).

Un ejemplo de accidente cerebrovascular es la enfermedad de la hemiplejía, caracterizada por la parálisis del hemicuerpo derecho o izquierdo que desde su inicio invalida al paciente en sus actividades motoras y por ende es incapaz de

realizar sus actividades de la vida diaria, motivo por el que estos pacientes son dados de baja de su fuente laboral, hechos que pueden afectar el estado emocional del paciente y de su familia, quienes en su mayoría llegan a fastidiarse en la atención a su familiar enfermo, ya que las personas con esta patología requieren de mucho cuidado ante la falta de movilidad articular, colaborando los familiares del paciente en los cambios de postura cuando se encuentra postrado en cama, a ponerse de pie para realizar sus necesidades fisiológicas, esto hasta que el paciente salga de su ictus, donde puede presentar una espasticidad severa. La recuperación, sea espontánea o atribuible al tratamiento, depende mucho del grado de espasticidad. Una espasticidad moderada presenta el cuadro de la **hemiparesia** que es un grado menor de parálisis que se manifiesta en el hemicuerpo afectado (Raymond, 1991), para lo cual también requiere colaboración de sus familiares para moverse y asistir a un centro de rehabilitación física.

De acuerdo al progreso en la rehabilitación estos pacientes dejan de tener ayuda de sus familiares. La mejoría es gradual, durante semanas o meses de asistir a un centro de rehabilitación física, tiempo en el cual el paciente adquiere confianza en sí mismo, donde su marcha y los movimientos articulares de sus extremidades se encuentran en recuperación paulatina siendo capaz de dirigirse solo a su centro de rehabilitación pero recibiendo aún colaboración de sus familiares referente a su alimentación diaria y a la parte económica.

Al inicio de esta patología y por algún tiempo, el paciente pierde confianza en sí mismo descuidando su imagen personal, al no poder moverse libremente como lo hacía antes de su enfermedad y perdiendo expectativas en su futuro. Experimentando una pérdida importante y dolorosa, que para muchos es la más

devastadora de sus vidas, estados emocionales que son un problema en la rehabilitación física del paciente.

1.1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO:

En qué medida se afecta la autoestima y se manifiestan los síntomas depresivos en los pacientes con diagnóstico de Hemiparesia que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación dependiente de la Caja Nacional de Salud de la Ciudad de La Paz, a la rehabilitación física y emocional.

1.2. JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo se elabora con el fin de investigar los niveles de autoestima que presentan los pacientes que cursan Hemiparesia, ya que este estado emocional podría influir en la rehabilitación física del paciente retardando aún más su recuperación y por ser la segunda patología que con mas frecuencia es atendido en el Instituto Boliviano de Rehabilitación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La hemiparesia, como secuela de la hemiplejia, es una enfermedad que se instaura en el sujeto generalmente a causa de un accidente cerebrovascular, según Adams y Víctor, 1985 "la patología vascular puede observarse en las paredes de los vasos sanguíneos, por acumulación de material, por cambios en la permeabilidad o ruptura de las paredes. Puede ocluirse el flujo sanguíneo por la presencia de un trombo o émbolo", trombos que llegan a ubicarse en una de las arteriolas del

cerebro, ya sea en el hemisferio izquierdo o en el hemisferio derecho, donde su localización no es definida (Harrison, 1977).

El primer síntoma característico del accidente cerebro vascular es la hemiplejía contra lateral que se manifiesta por la inmovilidad funcional de las extremidades superiores e inferiores de un solo lado del cuerpo, presentando déficit sensitivo, hemianopsia, agnosia si está afectado el lado dominante y afasia, esto dependiendo si la lesión afecta al hemisferio dominante del cerebro. El tratamiento es medicamentoso y principalmente con medios terapéuticos físicos, estos pacientes después de salir de su crisis manifiestan **hemiparesia** que es un grado menor de parálisis (Raymond, 1991). manteniendo la marcha del segador.

Asimismo se altera la afectividad del paciente, quién exterioriza hostilidad y culpar a todos: la familia, los amigos y personal médico de su pérdida (Krueger 1988).A veces el paciente es insoportable consigo mismo a causa de su enfermedad o lo es con sus familiares de quienes cree que son personas que no entienden su problema. Además de presentar un sentimiento de envidia por lo que tienen y pueden hacer los demás (Krueger, 1988).

En Bolivia las personas aseguradas o que trabajaron en una empresa cuentan con los medios para su rehabilitación física y emocional ya que la Caja Nacional de Salud, les brinda atención especializada en el Instituto Boliviano de Rehabilitación. Esta Institución para brindar atención a los asegurados se basa en el Reglamento del Código de la Seguridad Social.

El Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Ciudad de La Paz, fue inaugurado el 6 de enero de 1966, y por el deseo de mejorar las condiciones ambientales de trabajo se hace entrega de la moderna infraestructura en 1976 durante la Presidencia del Gral. René Barrientos Ortuño, "proveyendo al universo de asegurados y beneficiarios de la Caja Nacional de Salud y población en general los servicios de medicina rehabilitadora, adecuados a su capacidad técnica de acuerdo a normas establecidas en el Código de Seguridad Social -Ley de 14 diciembre de 1956-, estándares nacionales de calidad, dirigidos a recuperar y a rehabilitar la salud física y mental de los mismos, recuperar su actividad productiva, lograr su reinserción laboral en igualdad de condiciones -Ley del Discapacitado N° 1678 de Diciembre 15 de 1995-, evitando cualquier inequidad o discriminación en las prestaciones por razones de edad, sexo, condición social o económica" (C.N.S.S. 1985) a:

- Asegurados de la Caja Nacional de Salud.
- Beneficiarios de la Caja Nacional de Salud.
- Rentistas de la Caja Nacional de Salud.
- Beneméritos.
- Beneficiarios del Seguro Nacional de Vejez.
- Beneficiarios del Seguro Básico de Salud.
- Pacientes particulares.

Luego de 35 años de servicio, el Instituto Boliviano de Rehabilitación continúa siendo el principal centro de Rehabilitación de la Seguridad Social a nivel Nacional.

Actualmente cuenta con 56 funcionarios en el área profesional, auxiliares de enfermería, técnicos y administrativos (Deheza y otros, 2000), ubicándose éste nosocomio en la zona sur, en el barrio de Calacoto, caracterizando por ser el sitio mas acogedor de la Ciudad de La Paz, no solo por el clima agradable sino por el ambiente de tranquilidad que ofrece. En este barrio de temperatura agradable durante todo el año, se encuentra el Instituto Boliviano de Rehabilitación donde son remitidos pacientes de los diferentes policlínicos y nosocomios de la Caja Nacional de Salud no solo de la Ciudad de La Paz, sino de los policlínicas del interior del País, portadores de patologías crónicas, como la hemiparesia u otras patologías que discapacitan al paciente.

Una de las mayores preocupaciones de la Dirección del Instituto Boliviano de Rehabilitación radica en optimizar la formación integral de los recursos humanos, desde los profesionales con especialidad hasta los funcionarios de servicios de atención al paciente e incluso quienes se encuentran en función administrativa, por este motivo dan cursos, seminarios, simposios, talleres preparados en su mayor parte por la dirección y la jefatura de fisioterapia (Folleto Aniversario I.B.R. 1999).

En esta Institución el paciente con hemiparesia recibe tratamiento por un equipo multidisciplinario, dándose mayor énfasis en la Terapia Física sin desmerecer las otras terapias que coadyuvan a la rehabilitación del paciente. El Centro de Rehabilitación en Fisioterapia se caracteriza por brindar los siguientes servicios profesionales:

El Servicio de Hidroterapia:

Piscina terapéutica.

Tanques y compresas.

- El Servicio de Electroterapia.
- El Servicio de Cinesiterapia y mecanoterapia.
- El Servicio de Terapia Ocupacional.
- El Servicio de Psicología.
- El Servicio de Fonoaudiología.
- El Servicio de Trabajo Social.
- El Servicio de Ortesis y Prótesis.

Estos servicios son utilizados por el paciente hemiparético de acuerdo al cuadro que presenta en el momento de su admisión y según la evolución que cursa durante su tratamiento.

La atención en este centro de Rehabilitación se la realiza en dos turnos:

- 1er. turno : hrs. 08:00 a 15:00
- 2do. turno: hrs. 10:00 a 17:00

Durante el transcurso de sus sesiones en el Instituto Boliviano de Rehabilitación el paciente es atendido por los diferentes profesionales del área de la salud, brindando la mayor parte del tratamiento el fisioterapeuta, profesional formado en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés de la Ciudad de La Paz, quien se encarga de rehabilitar al paciente con medios terapéuticos físicos como: rayos infrarrojos, ondas eléctricas, el agua y otros medios alternativos, brindando la mejor atención posible y según los nuevos conocimientos adquiridos.

De acuerdo a las evaluaciones periódicas realizadas por el médico, en la discapacidad del paciente y ante la presencia de problemas emocionales o signos que el paciente ambulatorio presenta, como:

- no asistir aseo a su terapia física.
- presentar actitudes de desganancia para realizar su tratamiento
- faltar a sus sesiones.
- baja autoestima.

el paciente hemiparético es remitido al Servicio de Psicología para su correspondiente evaluación y tratamiento.

Existen otros servicios de Fisioterapia en los Policlínicos de la Caja Nacional de Salud como: el Hospital Luis Uribe de La Oliva, Policlínico "9 de Abril", Policlínico "Manco Kapac", Policlínica "El Alto" en la Ciudad de El Alto de la Ciudad de La Paz. Servicios donde la atención al asegurado es regular debido a la falta de equipos de rehabilitación y tratamiento, y a la falta de infraestructura adecuada, que no permiten brindar un buen tratamiento de rehabilitación a los pacientes que asisten a estos policlínicos.

Las leyes de Bolivia amparan al trabajador que sufre esta enfermedad otorgándole derechos y obligaciones para acceder a los Servicios de la Seguridad Social (C.N.S., 1994). Pero la población que no goza de un seguro social debe acudir al Hospital de Clínicas Universitario donde el paciente es atendido de acuerdo a las posibilidades del nosocomio.

Después de muchos años de trámites y de encontrarse en instancias del Honorable Congreso Nacional, se promulgó la "Ley de la Persona con Discapacidad" según

Ley N° 1678 de 15 de diciembre de 1995 y dos años mas tarde se aprobó el reglamento de esta Ley mediante el Decreto supremo N° 24807 el 4 de agosto de 1997.

Esta norma esta estructurada en 8 capítulos y 26 artículos, y en su contenido regula los derechos, garantías, beneficios y obligaciones de las personas con discapacidad, así como las obligaciones del estado y la sociedad. Sus normas son de orden público y social y de aplicación imperativa. A su vez, esta Ley crea el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad como entidad descentralizada dependiente del Ministerio de Salud, cuyo objetivo principal es la orientación, coordinación, control y asesoramiento de políticas y acciones en beneficio de las personas con discapacidad, señalando su composición y atribuciones como un ente normativo de los procesos de Rehabilitación.

Una vez promulgada la Ley y su reglamentación, el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad se organizo y comenzó su funcionamiento, creando a nivel departamental los Comités Departamentales (Caminando Juntos, 2002).

La Ley de la Persona con Discapacidad, establece en el capítulo 111, de los derechos, artículo 6, los siguientes incisos:

- c) A gozar de las prestaciones integrales de salud y otros beneficios sociales de la misma calidad, eficiencia y oportunidad que rigen para los demás habitantes del país.

d) A su rehabilitación en centros especializados públicos y privados, con prestaciones especiales de salud, de acuerdo al tipo y grado de impedimento y discapacidad.

f) A ser habilitados y rehabilitados profesional y ocupacionalmente.

No obstante estas personas impedidas físicamente no tienen poder en el País, por no encontrarse representados en el Congreso de la República, como no hay quien hable por ellos no se los toma en cuenta, no tienen protección legal porque los operadores de justicia no respetan sus derechos. Solo son tomados en cuenta en épocas electorales donde los políticos aspirantes a cargos públicos se dirigen a este grupo de personas prometiéndoles trabajar por ellos, siempre y cuando lleguen al gobierno. Una vez encaramados en el poder, se olvidan de las promesas que hicieron dejándolos nuevamente en el olvido y acumulando aún mas la frustración que padecen éstos enfermos al no poder cumplir sus actividades de la vida diaria.

Una persona generalmente enferma con hemiparesia a edad avanzada, quienes por el transcurrir de la vida, los diferentes accidentes que pudiera ocurrirle y otros factores como la hemorragia, trombosis y embolias que son las causas principales de este estado(Bobath, 1986).

Esta enfermedad afecta a ambos sexos, para su tratamiento y rehabilitación el paciente necesita acudir a un Centro de Rehabilitación Física, donde necesariamente debe asistir acompañado de uno de sus familiares por la imposibilidad de caminar por sí solo debido a una incoordinación de la marcha o por encontrarse postrado en una silla de ruedas; concomitante a estos síntomas el paciente presenta problemas emocionales y de acuerdo a la evolución de su

tratamiento, y si el paciente hemiparético es capaz de caminar por sí solo deja de requerir la colaboración de sus familiares.

El tiempo de tratamiento y la recuperación dependerá del grado de espasticidad y de la celeridad con que se instale ésta patología (Bobath, 1986), recuperación que puede ocurrir durante unos meses, un año o mas aproximadamente.

Estos pacientes al inicio de su enfermedad, presentan prejuicios que afectan a su personalidad, haciéndolo mas irritable en su relación con los demás. El piensa que ya no será como los demás, que será un problema para su familia, presentando una sensación de inutilidad y de pérdida de autoestima (Krueger, 1988), en el qué pensarán sus amigos, etc. Todas estas manifestaciones subjetivas influyen en la recuperación física y emocional del paciente.

Culturalmente, estos pacientes encuentran problemas que les afectan emocionalmente, a causa de que nuestra población no comprende la situación en que se encuentra el paciente con hemiparesia, por ejemplo: a veces los transeúntes se pasan mirando al hemiparético que hace peripecias para salvar un obstáculo en vía pública. En los barrios marginales es peor, donde la gente cree que por perezoso no mueve su extremidad superior o inferior en la forma correcta, ante este modo de pensar estas personas no brindan la atención adecuada al paciente, incidiendo estas actitudes en el comportamiento emocional del paciente y por ende en su autoestima.

La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, reafirma que las personas

con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales de los que gozan otras personas. En este sentido, el artículo sexto de la Ley 1678 de la persona con discapacidad, en sus diez incisos menciona: que tienen derecho a recibir facilidades otorgadas por el Estado y de las instituciones privadas para su libre movilización y desplazamiento, en las vías públicas, en recintos públicos y privados, en áreas de trabajo, deportivas y de esparcimiento, eliminando las barreras sociales, culturales, comunicacionales y arquitectónicas (El Diario, 20001).

Sin embargo en nuestra ciudad no hay parques de recreación, ni pasos adecuados en las calles para estos pacientes discapacitados, quienes tienen que limitarse de ir a lugares públicos por que corren el riesgo de ser empujados por los niños que juegan en esto sitios, peor si éstos niños están sobre una bicicleta. Ante el temor de sufrir estos accidentes el enfermo se queda en su domicilio, donde a veces hay personas que colaboran en sus actividades de la vida diaria, sean estos familiares u otras personas especialmente contratadas para este cometido. A veces los familiares se molestan y dejan solo al enfermo para que se atienda en sus quehaceres diarios.

El Gobierno Municipal de la Ciudad de El Alto en fecha Mayo 7 del 2001 promulgó una ordenanza municipal que facilita al discapacitado a circular por la urbe alteña con mayor facilidad, ya que los edificios públicos, plazas, iglesias, aceras y calles, entre otras, deberán contar con rampas y pasamanos para la circulación del discapacitado. La ordenanza Municipal N° 026/2001 dispone: la construcción de rampas en aceras y edificios públicos, señales sonoras en semáforos y otros para el mejor desenvolvimiento diario de los discapacitados (G.M.E.A., 2001).

Estos pacientes viven gracias a la ayuda de sus familiares: ya sea el esposo, la esposa, los hijos, o algún otro familiar de buena voluntad, quienes aportan económicamente o en víveres para que al paciente no le falte alimentación mientras se recupera.

En otras ocasiones es el enfermo quien debe solventar su alimentación y vestimenta, para esto tiene que ganarse la vida saliendo a las calles en busca de recursos económicos, realizando actividades de comercio como la venta de bolígrafos, libretas, u otras actividades que pueda realizar.

Los Centros de Rehabilitación son muy pocos en la Ciudad de La Paz, se tiene por ejemplo: El Servicio de Fisioterapia del Hospital de Clínicas Universitario que no cuenta con equipos adecuados de rehabilitación pese a tener en la actualidad infraestructura para este cometido.

La Carrera de Fisioterapia de la Facultad de Medicina en la Universidad Mayor de San Andrés, gracias a la donación de la República de Cuba cuenta con los equipos de rehabilitación para brindar tratamiento a los pacientes discapacitados pero faltándole infraestructura.

En el sector privado se tiene un centro de rehabilitación adecuadamente equipado como es el Centro de Rehabilitación Integral y otros centros privados que solo cuentan con equipos de rehabilitación y dos mesas de tratamiento; a comparación del Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Caja Nacional de Salud donde el tratamiento es integrado, dando todas las comodidades al paciente que acude a rehabilitarse.

3. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar los niveles de autoestima, y su relación con la depresión en pacientes con diagnóstico de hemiparesia que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación Caja Nacional de Salud de la Ciudad de La Paz.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar los niveles de autoestima que presentan los pacientes con diagnóstico de hemiparesia que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Ciudad de La Paz.
- Establecer si los niveles de autoestima en el paciente que asiste al Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Ciudad de La Paz influye en expectativas sobre el futuro.
- Investigar los niveles de autoimagen que manifiestan los pacientes con diagnóstico de hemiparesia que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Ciudad de La Paz.
- Estimar si existe relación entre autoestima y depresión en los pacientes con diagnóstico de hemiparesia que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Ciudad de La Paz.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION	CATEGORIAS	INICIALES	TEMS	INSTRUMENTOS
Hemiparesia	Grado menor de parálisis que se manifiesta en el hemicuerpo afectado (Harrison, La Prensa Médica Mexicana)	Espástica. - Flácida.	Síntomas y signos. Síntomas y signos.		Examen semiológico.
VARIABLE INDEPENDIENTE Autoestima	Es el sentimiento de satisfacción y confianza de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida. La confianza en nuestro derecho de ser felices, a vivir, el sentimiento de ser respetados de ser dignos, tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias y gozar del fruto de nuestro esfuerzo (Branden, Editor Il Puntos)	Ata - Adecuada. - Ba a.	- Puntaje mayor a la media - Puntaje igual a la media. - Puntaje menor a la media	- Ítems 1 19 - Ítems 2, 0 21 - Ítems 3, 3, 14 y 15 - - -	Cuestionario de Autoestima.

<p>Autoimagen</p>	<p>mismo, de cómo es o cree ser, es decir es aquello que pensamos de nosotros mismos. (catalan a correo.cop.es)</p>	<p>- Mala.</p>	<p>forma positiva. - Cuando el sujeto se forma en forma negativa.</p>	<p>Ite 8 y 1 Ite 17 y 11.</p>	<p>Autoimagen. Cuestionario de Autoestima.</p>
<p>VARIABLE DEPENDIENTE Depresión.</p>	<p>Esperanza y conseguir una cosa. Es ar a a exp ctativ menteners sir icuar hasta ver que pas , estar a no para enterarse e a'q'ò cuando ocurre y o'rar correspond ntemente. (Higard, Editorial Trillas, 198</p>	<p>- Grave.</p>	<p>disminuida. - Animo depresivo. Pesimismo. - Ansiedad.</p>	<p>Oe 1 a 17 - Oe 17 a 35. - Oe 35 a 52.</p>	

4. HIPOTESIS:

La patología de la Hemiparesia influye en la autoestima, imagen corporal, expectativas sobre el futuro y estados depresivos del paciente que cursa esta enfermedad y que asiste al Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Ciudad de La Paz.

5. METODOLOGÍA:

5.1. MÉTODO DESCRIPTIVO:

Debido a la revisión de todas las investigaciones sobre el tema en Bolivia, se carece de datos que pueda servir como referente investigativo, por lo que se hace necesario utilizar un abordaje metodológico descriptivo que selecciona una serie de cuestiones y mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga(Sampieri y otros, 1991).

5.2. VARIABLE 1.

- Hemiparesia.

5.3 VARIABLE 2.

- Autoestima.
- Imagen corporal.
- Expectativas sobre el futuro.

5.4. MUESTRA:

Para la presente investigación se eligió a los pacientes con diagnóstico de hemiparesia que asisten en forma ambulatoria a su tratamiento de rehabilitación física , además de ser la segunda patología que con más frecuencia es atendido en el Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Caja Nacional de Salud.

El total de pacientes ambulatorios que asisten a sesiones de rehabilitación física en el Instituto Boliviano de Rehabilitación de la Caja Nacional de Salud son 48, de los cuales 10 pertenecen al rango de edad de 50 a 60 años según revisión de cada una de las historias clínicas realizadas por el médico del nosocomio donde se conoce el diagnóstico médico que ayuda a seleccionar a pacientes con hemiparesia.

La presente investigación trabaja con todos los pacientes del rango de edad mencionado.

5.5. TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, puesto que permitirá recabar información en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

5.6. PARTICIPANTES:

Número de pacientes ambulatorios con diagnóstico de hemiparesia en fase de rehabilitación, que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación Caja Nacional de Salud de la Ciudad de La Paz.

5.7. AMBIENTE:

Instalaciones del Instituto Boliviano de Rehabilitación - Caja Nacional de Salud de la Ciudad de La Paz.

5.8. PROCEDIMIENTO:

- Solicitar permiso de ingreso al director del Instituto Boliviano de Rehabilitación para la ejecución del presente trabajo de investigación.
- Asistir a evaluación médica para conocimiento de pacientes que cursan Hemiparesia.
- Entrevista y test en el sujeto intervenido.
- Conclusiones y sugerencias.
- Entrega del presente trabajo de investigación.

5.9. INSTRUMENTOS:

Los instrumentos utilizados para la obtención de la presente investigación de niveles de autoestima e índice de depresión en pacientes que cursan hemiparesia están acordes a la misma. Siendo los siguientes:

- Cuestionario de autoestima.
- Formulario QD2 — Pichot.

5.9.1. CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA:

El cuestionario de autoestima es un instrumento que fue diseñado para obtener niveles de autoestima ante la falta de un instrumento adecuado para la medición de la autoestima en pacientes que cursan la patología de la hemiparesia.

Se diseñaron ítems para cada área: 4 para imagen de si mismo, 8 para el área de trabajo, 6 para la relación afectiva y 5 en el área de sexualidad, haciendo un total de 23 ítems para la escala definitiva.

Según la media y la desviación Standard, se considera que los sujetos que obtengan valores mayor a 44 tendrán una autoestima alta, valores menores a 36 tendrán una baja autoestima y valores que oscilen entre 36 a 44 tendrán una adecuada autoestima.

Para validar el instrumento y revisar aquellos ítems que tuvieran dificultades para ser comprendidos se realizó una prueba piloto en 2 pacientes del mismo nosocomio con características similares al grupo de investigación, estos pacientes manifestaron que dicho cuestionario estaba claro y entendible al responder el mismo, por lo que se dio por validado el cuestionario.

Se llevó a cabo la confiabilidad del cuestionario recurriendo a la técnica de revisión por parte de jueces expertos. Para tal fin se remitió al Dr. Rodolfo Lopez, Psiquiatra

especialista en Psicopatología y al Lic. Marcos Fernandez , Psicólogo. Los mencionados expertos realizaron distintas observaciones al cuestionario (ver anexo) y a partir de ello se procedió.

5.9.2. CUESTIONARIO QD2.

El formulario QD2 de Pichot, es un instrumento utilizado para medir el índice de depresión, se divide en 4 factores que son: pérdida del impulso, disminución de capacidades intelectuales, ansiedad y ánimo depresivo.

El formulario QD2 presenta 52 preguntas, donde el sujeto debe responder una de las dos alternativas: Falso o Verdadero. El autor Pierre Pichot diseño preguntas para cada factor: 19 para perdida del impulso, 6 para función intelectual disminuida, 11 para ansiedad y 16 para ánimo depresivo, siendo un total de 52 preguntas.

Se considera que los sujetos que obtengan valores que oscilen entre 1 a 17 tendrán una "depresión leve", valores entre 17 a 35 tendrán una "depresión moderada", valores entre 35 a 52 presentarán una "depresión grave".

Los investigadores (Dr. Rodolfo Lopez y Lic. Maria Reneé Molina, 1988) de la presente validación del cuestionario QD2, realizaron la misma en la Ciudad de La Paz, procediendo de la siguiente manera y llegando a sus conclusiones:

1. Muestra:

Consistió en una muestra de conveniencia de 30 pacientes obtenida consecutivamente en la práctica privada de los autores, utilizando la metodología propuesta por Pierre Pichot, con los ítems en tarjetas impresas y selección de verdadero / falso.

- Genero: 22 mujeres (73%)
 8 hombres (27%)
- Edades 16-70 años (Promedio 43 años)
- Estado civil: Casados =18;
 Solteros = 9,
 Divorciados = 2,
 Viudos = 1

2. Puntaje QD2 promedio: 29

3.- Discusión de los resultados:

El puntaje total del QD-2 ofrece globalmente un indicador clínico de depresión. Sumando los puntajes para cada dimensión (I al IV), se puede determinar la distribución particular para cada paciente, siendo unos más sensibles al factor de la pérdida de impulso vital, mientras que otros pacientes al componente ansioso, y otros al del pesimismo y tristeza.

En cada caso, sea cual fuere su etiología del síndrome depresivo, el cuestionario QD2 puede servir como referencia para medir la composición del estado actual.

Mas aún hallamos que el QD2 puede diferenciar entre estados depresivos leves, moderados y graves, aportando valiosos datos que complementan el examen mental del paciente, y permiten diferenciar entre una depresión con mayor sintomatología de tipo ansiosa (Factor HI), de una depresión con mayor componente de pérdida del impulso y pesimismo/tristeza, que apuntarían a una etiología más bien endógena.

En cada caso, la historia clínica detallada podrá ayudar a detectar datos relevantes tales como la duración, (para diferenciar entre una depresión endógena y una distimia depresiva), la severidad de la sintomatología, los factores predisponentes y los desencadenantes, la comorbilidad con otras enfermedades, los antecedentes biográficos y familiares, (Lopez — Molina, 1998).

Ambos instrumentos fueron aplicados en el Instituto Boliviano de Rehabilitación en pacientes con diagnostico de hemiparesia.

6. MARCO TEÓRICO:

6.1. NEUROLOGÍA.

La neurología es la suma de conocimientos relativos al sistema nervioso y sus enfermedades (Salvat, 1986).

Más que ningún otro órgano, el cerebro depende minuto a minuto de una adecuada provisión de sangre oxigenada, motivo por el que, si el tejido cerebral es privado de sangre sufre necrosis isquémica o infarto (Ardilla –Roselli, 1992).

En la etiología de la hemiplejía que se caracteriza por la parálisis del hemicuerpo derecho o izquierdo y de su secuela que se manifiesta como hemiparesia que es un grado menor de parálisis, están en primer lugar las afecciones vasculares del cerebro y del tronco cerebral y en segundo lugar los traumatismos como contusión cerebral, hemorragia epidural y subdural.

6.1.1. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

Se denomina enfermedad cerebro vascular a cualquier anomalía del cerebro que resulta de un proceso anatomopatológico que afecta a los vasos sanguíneos, como lesión de la pared del vaso, oclusión de la luz vascular por trombos o émbolos, rotura de un vaso, alterada permeabilidad de la pared vascular (Adams — Victor, 1984).

6.1.2. EL SÍNDROME APOPLÉCTICO.

Son característicos los aspectos clínicos de las enfermedades cerebro vasculares. En el paciente afecto de una enfermedad cerebro vascular es común la apoplejía definida como un déficit neurológico focal, no convulsivo y repentino. En su forma más severa el paciente deviene hemipléjico e incluso comatoso (Adams — Victor, 1984).

Cuando el infarto se encuentra en el territorio de una arteria carótida, predominan signos unilaterales como la hemiplejia. La hemiplejia se mantiene como el signo clásico de todas las enfermedades cerebro vasculares, sean de los hemisferios o del tronco cerebral.

6.2. NEUROPSICOLOGÍA.

La Neuropsicología es el estudio de la organización cerebral de los procesos cognoscitivos y de sus alteraciones en caso de daño o disfunción cerebral (Ardila, 1992).

El cuerpo humano en su constitución anatómica presenta diferentes órganos que le permiten subsistir, pero uno de los órganos más importantes es el cerebro, que es dependiente de la cantidad de oxígeno para su adecuado funcionamiento. Los accidentes cerebro vasculares producen una reducción en la cantidad de glucosa y de oxígeno que interfieren con el metabolismo celular, una interferencia de este metabolismo superior a cinco minutos es suficiente para que las células de la región

afectada mueran, y produzcan un infarto o necrosis isquémica por lo tanto un daño irreversible (Ardila, 1992).

Para un mejor estudio anatómico, el cerebro se encuentra dividido por una profunda fisura ínter hemisférica que separa los dos hemisferios cerebrales en: hemisferio cerebral derecho y hemisferio cerebral izquierdo, unidos ambos por una gruesa banda de sustancia blanca que recibe el nombre de Cuerpo Calloso.

La superficie lateral de los hemisferios es convexa mientras que sus caras basal y medial son aplanadas. Toda la superficie es irregular y muestran abundantes surcos y fisuras, más o menos profundos que delimitan las circunvoluciones o giros y los lóbulos cerebrales que son: lóbulo frontal, lóbulo parietal, lóbulo temporal y lóbulo occipital (Bustamante, 1978).

La corteza cerebral es una extensa capa de sustancia gris constituida por neuronas, fibras aferentes y eferentes, que recubre superficialmente los hemisferios cerebrales. La mitad de su extensión se encuentra escondida en la profundidad de surcos y fisuras (Bustamante, 1978).

Para un mejor estudio en la corteza cerebral, Brodman basado en las observaciones de Broca en 1886, distinguió 47 áreas. Algunas son fácilmente diferenciables mientras que otras no con tanta claridad. La principal división cortical está dada por la cisura longitudinal que separa los dos hemisferios y por el principal sistema de fibras comisurales que une los dos hemisferios cerebrales denominado Cuerpo Calloso. Transversalmente se observa en cada hemisferio cerebral una cisura denominada Cisura central o de Rolando. La región comprendida por delante

de la cisura central se denomina lóbulo frontal que comprende el área 4 o motora y una corteza premotora. El lóbulo parietal formado por la corteza somestésica, áreas 1,2 y 3, por detrás de la Cisura de Rolando, el lóbulo occipital constituido por la corteza visual primaria área 17 y las áreas secundarias 18 y 19. En la corteza se ve una segunda cisura denominada cisura lateral o Cisura de Silvio, por debajo de esta cisura se encuentra el lóbulo temporal formado por una región auditiva primaria área 41 y tres regiones separadas por dos cisuras temporales ubicando las regiones auditivas secundarias áreas 42, 22 y 21 e inferiormente el área 20 (Ardila, 1979).

6.2.1. ORGANIZACIÓN AFERENTE DEL MOVIMIENTO.

La región postcentral localizada detrás de la fisura de Rolando tiene una función cutáneo Kinestésica. Donde las fibras que traen los impulsos de las extremidades inferiores contralaterales se dirigen a la parte superior de esta zona, algunas de ellas alcanzan su superficie media. En cambio las fibras que transmiten impulsos de las extremidades superiores se dirigen a la parte media y las fibras que transmiten los impulsos de la cara, los labios y lengua se dirigen a la parte inferior de la zona cortical. Esta proyección es más de carácter funcional, que geométrico, ya que cuando más importante es una determinada región de receptores periféricos, mayor es el área ocupada por su proyección en estas zonas corticales. Una lesión en las zonas corticales posteriores, postcentrales y sus vías, da lugar a una paresia aferente en la que la fuerza de los músculos permanece intacta pero el control diferencial sobre la extremidad está intensamente reducido, de modo que el paciente no puede ejecutar movimientos voluntarios con su mano o pie de los que ha perdido su función kinestésica (Luda, 1988). Por lo tanto, la ejecución organizada de un movimiento voluntario, la manipulación de un objeto, depende en gran parte

del sistema de impulsos aferentes kinestésicos. Es decir, si se altera la síntesis kinestésica se pierden las bases aferentes directas del movimiento, y el movimiento organizado resulta imposible.

6.2.2. ORGANIZACIÓN EFERENTE DEL MOVIMIENTO.

Las zonas premotoras de la corteza se encuentran localizadas por delante de la Cisura de Rolando en el giro precentral que son el origen del sistema motor piramidal que lleva los impulsos a las astas anteriores de la columna vertebral desde donde prosiguen hacia los correspondientes grupos musculares (Luda, 1988). Por lo tanto el movimiento es siempre un proceso que requiere una continua cadena de impulsos intercambiables.

Las lesiones de la corteza premotora no dan lugar a parálisis ni a paresias de las extremidades contralaterales. Su síntoma básico es una alteración definida de los movimientos hábiles que ya no se ejecutan suavemente y cada movimiento hábil requiere ahora su propio impulso aislado (Luda, 1988).

6.3. PSICOLOGÍA COGNITIVA.

La definición de las categorías conceptuales y variables a partir de la Psicología Cognitiva nos parece útil para tratar de delimitar con precisión la disciplina que nos dará el marco teórico metodológico. Ello no impide que intentemos establecer ciertas líneas de integración entre la Psicología Cognitiva y otras disciplinas psicológicas como la Psicofisiología, la Psicología Genética (De Vega, 1984) y la Neuropsicología.

6.3.1. AUTOVALORACIÓN.

La autovaloración como parte de la estructura de la personalidad y por la condición interna y la propia identidad personal ante el medio externo tiene una importancia nuclear. La autovaloración es el valor que asigna una persona a la representación de sí misma después de evaluar el reconocimiento del entorno y sus modos de ejecución y valía personal en cuanto a su autoconcepto y autoimagen.

El deseo de rehabilitarse lo más pronto posible con la esperanza de volver a tener las capacidades y cualidades físicas integras para recuperar su autoestima son el motor que inducen al paciente a esforzarse en su rehabilitación. El paciente hemiparético debe tomar conciencia de su propio problema y analizar cuál es la forma como se valora, la opinión que tiene de sí mismo, lo que piensa de su propia imagen y la actitud que va recuperando y la aspiración que tiene de sí mismo.

La manera de lograr que tome conciencia de sí mismo es a través de medios interactivos, es decir qué piensan u opinan de él en el entorno, manejando sentimientos positivos, que vea la necesidad de cambiar actitudes negativas, para esto es importante que el paciente analice que es lo que cree poder hacer en su proceso de rehabilitación, que piensa de sí mismo frente a su enfermedad y que es lo que puede hacer y cómo logrará superar su valía personal a través de pensar sobre sí mismo como persona útil y con una retroalimentación positiva del entorno.

Dentro del proceso de la autovaloración, el paciente con hemiparesia debe considerar su propia experiencia interactiva con el entorno, a partir de una autopercepción de sí mismo y la percepción del entorno social como proceso de

reconocimiento y valoración a partir de sus niveles de ejecución, logros y utilidad que pueda brindar, estableciendo el tipo de pensamiento que le permita expresarse sobre su persona considerando su propio autoconcepto, llegando así a una autoestima equilibrada.

6.4. HEMIPARESIA.

La hemiparesia es secuela de la hemiplejía, patología que mayormente se presenta en sujetos de edad avanzada tanto del sexo masculino como femenino y en su minoría en personas de menor edad (Bobath, 1989).

6.4.1. ETIOLOGÍA.

Las causas principales de la hemiparesia como secuela de la hemiplejía son: hemorragias, trombosis, embolias, accidentes de tránsito y tumores. El aumento se debe en gran medida a la mayor tensión en la vida diaria urbana — que aumenta la proporción de ictus entre los pacientes más jóvenes — y al incremento de la tasa de accidentes (Bobath, 1989).

6.4.2. PRONÓSTICO.

La recuperación espontánea o atribuible al tratamiento, depende mucho del grado de espasticidad y de la celeridad con que ésta se instale (Bobath, 1989). Casi todos los pacientes hemipléjicos tienen cierta espasticidad. La espasticidad severa imposibilita los movimientos, la espasticidad moderada que se presenta en la **hemiparesia** permite algunos movimientos lentos, pero con excesivo esfuerzo y

coordinación anormal, en tanto que la espasticidad leve permite realizar movimientos gruesos con una coordinación bastante anormal mientras que los movimientos físicos y selectivos de segmentos de una extremidad no se pueden ejecutar o se ejecutan con torpeza.

La flacidez también plantea problemas al paciente, en particular en las primeras semanas consecutivas al ictus; en algunos casos dura pocos días, en otras semanas, y en unos pocos puede persistir por tiempo indefinido (Bobath, 1989).

A nivel de los hemisferios cerebrales la lesión se encuentra localizada en el hemisferio contralateral de la patología manifiesta, dependiendo los síntomas y signos de esta localización, así por ejemplo: si la lesión se ubica en el hemisferio derecho los signos se manifiestan en el hemicuerpo izquierdo y viceversa.

6.5. AUTOESTIMA:

6.5.1. DEFINICIONES DE AUTOESTIMA:

William James, en su libro "Principios de Psicología" de 1890, decía que basa su autoestima en cómo se compara con los demás, en cualquier tema que elige. Si nadie más puede estar a la par de su pericia, su autoestima queda satisfecho. Si alguien lo supera se destruye, esto le generó el interés creado de rodearse de inferiores (Branden, 1998).

Stanley Coopersmith, en su libro "Los Antecedentes de la Autoestima" decía que la autoestima es un juicio personal de dignidad que se expresa en las actitudes del individuo hacia sí mismo (Branden, 1998).

Actualmente otros autores tienen la siguiente definición:

Richard L. Bednar, M. Gawain Wells y Scott R. Peterson, en su libro "Paradojas e Innovaciones: Teoría y Práctica Clínica". Definieron la autoestima como un sentido subjetivo de autoaprobación realista. Refleja como el individuo ve y valora al uno mismo en los niveles fundamentales de la experiencia psicológica (Branden, 1998).

En el seminario: "Hacia el Estado de la Autoestima: Reportaje Final del Seminario Para Promover la Autoestima Personal y Responsabilidad Social" la autoestima se define como: apreciar mi propio mérito e importancia y tener el carácter para responder por sí mismo y actuar de forma responsable con los demás (Branden, 1998).

6.5.2. DEFINICIÓN:

Según Nataniel Branden (1995), las definiciones están en un contexto, se relacionan con un determinado nivel de conocimiento y a medida que crece el conocimiento tienden a convertirse en más precisas. Y lo define así: "La autoestima, es la confianza en nuestra capacidad de pensar y de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. La confianza en nuestro derecho a ser felices, a triunfar, el sentimiento de ser respetados, de ser dignos y tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias y gozar del fruto de nuestros esfuerzos". Por tanto el nivel

de nuestra autoestima influye en nuestra forma de actuar y nuestra forma de actuar influye en el nivel de nuestra autoestima (Branden, 1995) y por ende en la rehabilitación física del paciente con hemiparesia.

En 1954, Los índices de los libros de Psicología no mencionaban la palabra autoestima.

Sigmund Freud (1900 / 1953), sugiere que la causa del poco "amor propio" era que el niño descubría que no podía tener relaciones sexuales con su madre o padre y esto conducía al sentimiento de impotencia (Branden, 1995).

Alfred Adler (1931 / 1958), Sugiere que todos experimentamos desde el comienzo sentimientos de inferioridad porque, en primer lugar venimos al mundo con una desventaja física o "inferioridad orgánica", porque los demás son mas grandes y fuertes.

Culturalmente la autoestima cobro fuerza en la década de los 80, época en la que no sólo empezaron a publicarse artículos sobre la autoestima. Sin embargo, en la actualidad aún no hay consenso en cuanto a qué significa el término.

6.5.3. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA AUTOESTIMA:

Nadie nace con autoestima, esta se va construyendo progresivamente como cualquier otro aprendizaje (Céspedes — Escudero, 1996).

El concepto del yo y de la autoestima se desarrolla gradualmente durante la vida empezando en la infancia y pasando por diversas etapas. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e incluso complicados razonamientos sobre el yo. El resultado es un sentimiento generalizado de valía o incapacidad ([www. ciudad futura.com](http://www.ciudadfutura.com)).

La mayoría de las personas pertenecemos a hogares caracterizados por señales contradictorias, negaciones de la realidad, mentiras de los padres y falta de respeto adecuado a nuestra mente y persona.

No se quiere sugerir que la forma como nos tratan nuestros padres determinan el nivel de nuestra autoestima. El proceso es complejo, porque somos sujetos causales, por derecho propio, competidores activos en el drama de nuestras vidas; creadores y no simplemente individuos que reaccionan o responden (Céspedes — Rosell, 1996). Es decir la autoestima se desarrolla en relación con las experiencias y sentimientos que vivamos. Observándose en los actos de nuestras vidas según el nivel de autoestima que hayamos logrado desarrollar.

No obstante el medio familiar puede dejar huellas para bien o para mal. Los padres pueden alimentar la confianza y el amor propio o colocar barreras en el camino del aprendizaje, creando un ambiente en que el niño se sienta seguro o un ambiente de temor; colaborando de esta manera en el surgimiento de una buena autoestima o hacer lo contrario.

Por nuestras experiencias personales resulta difícil llegar a adultos con una adecuada autoestima, debido a numerosos factores que pueden ocasionar sentimientos de inferioridad como (Céspedes Rosell, 1996):

- Experiencias infantiles negativas, violencia en la casa o en la escuela.
- Bajos niveles de tolerancia de los padres y maestros, al tratar a los niños con castigo físico y moral, la crítica negativa en vez del estímulo o la persuasión.

Actualmente hay millones de hombres y mujeres que han tenido experiencias negativas en su infancia que buscan como curar sus heridas (Branden, 1995).

Tener una autoestima positiva es de suma importancia para la vida personal, profesional y social del individuo (www.ciudadfutura.com). Con una autoestima alta es probable que el sujeto se esfuerce ante las dificultades y persista en su tarea; pero con una autoestima baja, lo más probable es que renuncie a enfrentarse a las dificultades o que lo intente pero sin dar lo mejor de sí mismo (Branden, 1995).

Una persona con baja autoestima suele ser alguien inseguro, que desconfía de sus propias facultades y no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse. Además necesita de la aprobación de los demás pues tiene muchos complejos. Suele tener una imagen distorsionada de sí mismo, tanto de su rasgo físico como de su valía personal. Todo esto le produce un sentimiento de inferioridad y timidez a la hora de relacionarse con otras personas. Le cuesta hacer amigos nuevos y está pendiente del que dirán o pensarán sobre él, ya que tiene temor excesivo al rechazo, a ser juzgado mal y a ser abandonado (www.psicoadactiva.com). Por todo lo expuesto la

autoestima es importante para el ser humano, siendo indispensable para el desarrollo normal y sano.

Si el sujeto se respeta y exige a los demás que le traten con respeto se mostrará y comportará de manera de que aumente la probabilidad de que los demás respondan de manera apropiada: si el sujeto no se respeta así mismo y acepta la falta de respeto, el abuso, o acepta que los demás le exploten de forma natural, transmite inconscientemente este trato y algunas personas le tratarán de la misma forma. Si esto sucede y se resigna, el respeto a su persona se deteriora todavía más.

6.5.4. ADULTO MAYOR Y AUTOESTIMA.

Muchos Adultos mayores llegan a la edad de la jubilación y se sienten todavía en plenitud para la realización de sus trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos y mujeres amas de casa, etc., aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a la vejez, sienten sin embargo que su mente sigue lúcida, y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas. A pesar de que ellos se ven así de bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otras señales que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva y que deben retirarse.

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido perteneciente a algo y a alguien, sentimientos estos en que se

basa la autoestima. Pero una de las primeras dificultades de la edad madura es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el adulto mayor al verse, de pronto, no aceptado. Esta crisis se ve agudizada por la pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes a los que deja de frecuentar y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo. Si estas pérdidas no se compensan por medio de un buen manejo del campo afectivo — emotivo no será nada raro que el adulto mayor se sienta invadido de sentimientos negativos, que afectaran su autoestima (www.ubiobo.cl.vitrina).

6.6. FASES DE AJUSTE PSICOLÓGICO.

Así mismo, el paciente con esta patología llega a padecer una especie de muerte emocional, experimentando añoranza y nostalgia de su vida pasada. Pero lo que mas daño hace al sujeto es la apatía, el adormecimiento de las emociones y el sentimiento de que a uno no le importa ya nada. Sin embargo la apatía es considerado como un mecanismo de defensa donde las emociones se concentran en la conservación de la vida (Frankl, 1996). Los pensamientos retrospectivos es como una forma de contribuir apaciguar al presente haciéndolo menos real.

Todo ser humano sano o enfermo se enfrenta a su destino y tiene siempre oportunidad de conseguir algo por vía del sufrimiento. En el caso de un enfermo se presenta una incertidumbre el de conocer la fecha en que será dado de alta en su proceso de rehabilitación, entonces esto hace que experimenten una existencia sin futuro.

Estas personas olvidan que muchas veces es precisamente una situación extrema excepcionalmente difícil lo que da al hombre la oportunidad de crecer espiritualmente más allá de sí mismo, es decir en vez de probar su fuerza interior no toman su vida en serio y la desdeñan como inconsecuente. Sin embargo vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna, continuamente a cada individuo (Frankl, 1996).

Según David W. Kruger (1981 / 1982) "no son solo los niños y los viejos quienes han de lidiar por dominar sus cuerpos; también han de hacerlo los incapacitados físicos, quienes atraviesan por fases normales y de adaptación en un momento de traumatismo e incapacidad físicos".

Los obstáculos para la rehabilitación física suele manifestarse a través de dificultades para hacer frente a una de esas fases o de la persistencia de alguna de ellas que impida avanzar hacia los resultados. Se pueden conceptualizar como cinco fases (Krueger, 1988).

6.6.1. SHOCK.

Es la reacción inmediata ante un traumatismo. Es un estado caracterizado por una evidente falta de integración de un número excesivo de impulsos. Al inicio el paciente es incapaz de asumir o comprender la magnitud o gravedad de lo sucedido o sus consecuencias. Tal estado de embotamiento puede ser emocional, como físico y durar desde unos instantes hasta varios días (Krueger, 1988).

6.6.2. RECHAZO.

Es una reacción a la no aceptación de los hechos, inicialmente es bastante lógica, ya que experimentar un cambio corporal tan repentino y riguroso en su imagen corporal y en el concepto que el paciente tiene de sí mismo. El rechazo puede incluir la idea de que la recuperación será completa ante la imposibilidad del paciente de comprender que permanecerá incapacitado para siempre. Este periodo de rechazo puede prolongarse durante unos pocos días o varias semanas, donde el paciente actúa como si nada hubiese cambiado en su organismo, como si no hubiera sufrido pérdida alguna. Hasta este momento de la fase de respuesta no hay depresión porque no hay conocimiento consciente de la permanencia o gravedad de la pérdida, la depresión se demora hasta que el paciente se da cuenta del alcance de su dilema y reconoce que ha sufrido una pérdida irreparable (Krueger, 1988). En otras palabras el paciente hemipléjico en esta fase de rechazo presenta ignorancia de la existencia de su enfermedad o de su miembro afectado de parálisis -anosognosia- (www.famma.org).

6.6.3. REACCIÓN DEPRESIVA.

La fase de rechazo da paso paulatinamente a un reconocimiento y una comprensión de la gravedad y alcance de la enfermedad. En este momento el paciente experimenta duelo y depresión. Se trata de una respuesta normal, acompañado de ansiedad, tristeza e ira como reacciones apropiadas y esperables ante una enfermedad grave o ante la pérdida de una parte del cuerpo o de una función. La ausencia de depresión indica que no se ha reconocido emocionalmente la realidad de la pérdida (Krueger, 1988).

6.6.4. REACCIÓN CONTRA LA INDEPENDENCIA.

Durante el proceso de su rehabilitación física y a medida que el paciente va haciendo progresos en su rehabilitación y en el cuidado de sí mismos hasta el punto de lograr independencia y ser dado de alta, puede producirse una reacción que tiende a oponerse a dicha independencia, ante la incertidumbre de volver a casa y dejar el ambiente hospitalario (Krueger, 1988).

6.6.5. ADAPTACIÓN.

Después de un proceso de recuperación física y tras la ansiedad y el duelo por las pérdidas experimentadas en su organismo el paciente progresa hasta dejar de lado toda esperanza de recuperación total y que puede alcanzar nuevos papeles basados en los potenciales que acaban de descubrirse y hacer frente a esta situación (Krueger, 1988).

6.7. AUTOIMAGEN.

La autoimagen se refiere a la concepción de uno mismo, de cómo es o cree ser.

Generalmente la autoimagen se asocia con la apariencia física que es uno de los primeros elementos al compararnos con el entorno social.

La construcción de la autoimagen es producto de experiencias pasadas, como los éxitos y fracasos, humillaciones y triunfos. Ofensas como: tonto, inútil, desastre, torpe, etc. sufridas durante la infancia van siendo anotadas en nuestro diario

intimo, y el modo como otras personas reaccionan respecto a nosotros. A su vez acciones como los sentimientos, comportamiento e incluso las capacidades, son la consecuencia directa de esta "Autoimagen" que se va forjando, es decir que se actúa como la clase de persona que imaginamos ser; es mas, no se puedes actuar de otra manera, pese a nuestros esfuerzos conscientes y a nuestra voluntad (www.asistenciapsicológica.com).

La buena autoimagen desempeña un papel dinámico en el sentido de contribuir a la personalidad.

6.8. DEPRESIÓN.

Ningún ser humano esta libre de sufrir en el transcurso de su vida una depresión que ocurre a cualquier edad, y puede manifestarse con síntomas primarios que no abarcan cambios manifiestos del estado de ánimo, pero la edad promedio de comienzo es a los 40 años. En general, cuanto más temprana sea la edad de inicio más probable es que haya recurrencias. Los síntomas se desarrollan de manera gradual durante muchos meses o durante un período más breve, en muchos casos despues de una pérdida importante o una crisis de estrés (Goldman, 1996).

En el caso de un enfermo éste siempre está preocupado con sus ideas tristes y siente la necesidad de cavilar mucho. Somete su pasado personal a un escrupuloso examen, desfigurando bajo los efectos de la depresión. Como consecuencia de la desorbitada preocupación personal, se encuentra muy disminuida la capacidad del paciente para ejecutar los que hacer diarios y su trabajo profesional. Existe una grave inhibición depresiva y un fracaso en cuanto a las ocupaciones profesionales,

tareas domésticas y solicitud para con la familia. Sin embargo los depresivos no son indiferentes y sufren con su fracaso y con este abandono de sí mismos que les lleva al desamparo, la tristeza si es leve, les mueve al llanto, pero si es profunda, no le es posible llorar (Alarcón, 1990).

6.8.1. ETIOLOGÍA.

En el diario vivir de un ser humano existen muchos factores que podrían desencadenar, una alteración del estado de ánimo quien posteriormente presentará sintomatología depresiva. Entre los factores que pueden inducir a la alteración del estado de ánimo están los sentimientos vinculados a los sucesos del mundo real relacionados con la importancia que tienen esos hechos para la vida de cada ser humano por ejemplo: la depresión que acompaña a la pérdida de un ser querido es normal, pero la depresión que se convierte en un estilo de vida y que no responde al esfuerzo de amigos y familiares por simpatía, ni siquiera a la psicoterapia, es patológica (Carlson — Prentice,1996).

6.8.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.

6.8.2.1. DEPRESIÓN REACTIVA.

Casi todos los seres humanos experimentan de vez en cuando cierta depresión que en la mayoría de los casos es ocasionada por hechos que entristecen, esta forma de depresión se conoce como Depresión Reactiva ya que ocurre en respuesta a los hechos de la vida. No obstante algunos autores como Goldman no están de acuerdo que las depresiones reactivas y no reactivas o endógenas sean

precipitadas por estrés psicosocial y que más bien dependería la manera en que se obtenga la historia detallada y el valor que asignen el paciente o el clínico (Goldman, 1996).

6.8.2.2. DEPRESIÓN ENDÓGENA.

Se la denomina así a la depresión observada en los desordenes afectivos mayores que es muy diferente: más que una reacción al ambiente parece ser una característica de la persona. Se presentan dos tipos de desordenes afectivos mayores:

a) TRASTORNO BIPOLAR.

Un criterio esencial para el diagnóstico de trastorno bipolar es el antecedente o la ocurrencia actual de crisis maníaca, que se puede subdividir según el estado de ánimo que presente o del más reciente, como ser maníaco, deprimido o mixto (Goldman, 1996). Según Carlson (1996), este trastorno se presenta en varones y mujeres aproximadamente por igual.

b) DEPRESIÓN MAYOR.

Se denomina a la ausencia de antecedentes de crisis maníaca y si se presentan signos y síntomas con criterios de gravedad. Esta depresión se subclasifica según se trata de una primera crisis o una recurrencia además se deberán observar aspectos clínicos adicionales como presencia de ideación psicótica con cambios de

función endógena o vegetativa es decir alteraciones del sueño, apetito y libido. A veces se acepta el término de unipolar a este trastorno (Carlson, 1996)..

6.8.2.3. SÍNTOMAS Y SIGNOS.

La gente severamente depresiva usualmente se siente en extremo indigna y tiene fuertes sentimientos de culpa. Los desórdenes afectivos son peligrosos, una persona que sufre depresión endógena tiene un riesgo considerable de muerte por suicidio. Las personas deprimidas tienen muy poca energía, se mueven y hablan lentamente, en ocasiones se vuelven casi aletargadas. Otras veces se mueven de un lado a otro de manera nerviosa y sin propósito. Pueden llorar mucho, les resulta imposible experimentar placer, pierden el apetito por la comida y el sexo, presentan perturbaciones del sueño, usualmente concilian el sueño con rapidez, pero se despiertan pronto y les resulta difícil volver a dormir; sin embargo las personas con depresión reactiva suelen tener problemas para conciliar el sueño y no se despiertan pronto, incluso sus funciones corporales se deprimen, a menudo se constipan y disminuye la secreción de saliva (Carlson — Prentice,1996).

La investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades como las cerebro-vasculares, los ataques al corazón, el cáncer la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales puede llevar a una enfermedad depresiva (www.stayingshape.com).

6.8.2.4. FACTORES BIOQUÍMICOS:

Según los estudios genéticos y los efectos secundarios de los antidepresivos específicos permitieron la hipótesis de que la mayor parte de la depresión mayor recurrente tiene cierta base biológica.

Las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar el mecanismo real del trastorno del estado de ánimo se orientan a las alteraciones de la regulación de los sistemas neurotransmisores monoamínicos, en particular los de la noradrenalina y serotonina (5-hidroxitriptamina). Más recientemente se emitió también la hipótesis de que la depresión se acompaña de regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo. Además, se ha sugerido que la dopamina disminuye desde el punto de vista funcional en algunos casos de depresión mayor. Como los sistemas neurotransmisores monoamínicos del sistema nervioso central se encuentran distribuidos con amplitud y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas como excitación, movilidad, sueño, agresividad y otras, se prestan perfectamente bien para esta función hipotética (Goldman, 1996).

Como se verá, la clasificación de los estados de ánimo no se llegó a profundizar detalladamente, porque la depresión que más nos interesa es la depresión secundaria como resultado de una enfermedad orgánica del cerebro, por ejemplo: infarto cerebral.

6.9. ENFOQUE RACIONAL EMOTIVO.

La rehabilitación emocional deberá iniciarse inmediatamente después que los pacientes salen de su crisis apopléjico. Estos pacientes mientras se encuentran en tratamiento medicamentoso y con terapia física, requieren un tratamiento psicológico. Una teoría que se puede tomar en cuenta en estos pacientes hemiparéticos es la Terapia Racional Emotiva, la cual se apoya en la hipótesis de que nuestras emociones provienen de nuestro sistema de creencias e interpretaciones y nuestras reacciones a las situaciones que nos suceden.

Uno de los objetivos de la Terapia Racional Emotiva es el cambio de las reacciones emocionales perturbadoras ante las situaciones a las que nos enfrentamos (Zaldivar, 1998).

Según Ellis: "las personas contribuyen a sus propios problemas psicológicos, así como también a sus síntomas específicos, por la forma en la cual ellos interpretan los sucesos y situaciones de la vida".

Por tanto la finalidad de este proceso es "inducir a la persona a que reconozca lo absurdo de sus creencias, a que los abandone y a que adopte otros nuevos y mas apropiadas" (Ellis — Russell, 1981). Esta premisa se la puede representar en un esquema.

6.9.1. EL ABC DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

El planteamiento psicoterapéutico de la Terapia Racional Emotiva, parte de los siguientes elementos (Zaldivar, 1998).

A — Evento o suceso activante.

B — Sistema de creencias (rationales e irracionales).

C — Consecuencias (trastornos emocionales y conductuales).

Cuando un sujeto presenta en "C" determinadas perturbaciones emocionales o comportamentales, tiende atribuir esto a alguna causa que se encuentra en "A", suceso o evento activante, dejando de reconocer que las consecuencias en "C" no se deben en sí al evento en "A" sino a la evaluación que el sujeto hizo de tal evento a partir de "B", sistema de creencias.

Así por ejemplo, si un sujeto tiene una fuerte discusión con su esposa (evento activante) y posteriormente se siente ansioso, deprimido presenta trastornos emocionales en "C", pero en realidad estos síntomas son consecuencia de la evaluación que hizo del suceso en "B", (sus sistemas de creencias), por ejemplo: pensar que es terrible discutir con su esposa, "ella no me quiere, desea separarse de mí" (Zaldivar, 1998).

Según Epícteto: "Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas".

Entonces, ¿cómo descubrir las creencias irracionales?.

Las creencias irracionales descritas por Ellis y que según el mismo, son una consecuencia de la acción de las personas significativas sobre el niño, de las propias fantasías que el sujeto se crea y la acción de la auto-sugestión y el auto-discurso.

Entonces, la tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente a darse cuenta de la presencia de estos pensamientos irracionales, la forma en que estos influyen sobre sus emociones, sobre su comportamiento y al mismo tiempo ayudarlo a reconocer la responsabilidad que él tiene en su situación y la posibilidad de cambiarla (Ellis — Russell, 1981).

Después de logrado lo anterior con el ABC, el terapeuta pasa a la segunda etapa conocida como "D", el acto de definir y "E", el efecto, de la Terapia Racional Emotiva (Ellis — Russell, 1981).

El método de Terapia Racional Emotiva, consiste en varias clases de reestructuras cognitivas, incluyendo la averiguación de tus irracionalidades, el debate contra ellos, la distinción entre el pensamiento lógico e ilógico donde el paciente debe confrontarlo y preguntarse: ¿por qué tiene que ser así o debe ser así? (Zaldivar, 1988).

Realizado el anterior paso, el paciente debe en "E" dar importancia a las nuevas consecuencias que desde el punto de vista emocional y conductual se presentan como resultado de la confrontación en "D".

Con esta clase de efecto "E", el paciente llega al final del proceso de la Terapia Racional Emotiva, porque junto con el Efecto cognitivo o nueva filosofía si verdaderamente cree en él y sigue lo que cree, llegará a tener un nuevo Efecto emotivo y también un nuevo Efecto conductual . Así se sentirá sin depresión, aunque triste aún y sin ansiedad, aunque afectado aún por mantener un empleo por ejemplo (Ellis — Russell, 1981).

Por tanto, la teoría y la práctica de la Terapia Racional Emotiva afirma contundentemente, que solamente practicando tus A-B-C- y tus D-E muchísimas veces y de forma emotiva y orientada a la acción probablemente te permitirá deshacer tus creencias irracionales y mantenerlas controladas permanentemente (Ellis — Russell, 1981).

7. RESULTADOS:

Los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario y formulario fueron:

CUADRO N° 1

NÚMERO Y PORCENTAJE DE NIVELES DE AUTOESTIMA
EN PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO
DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

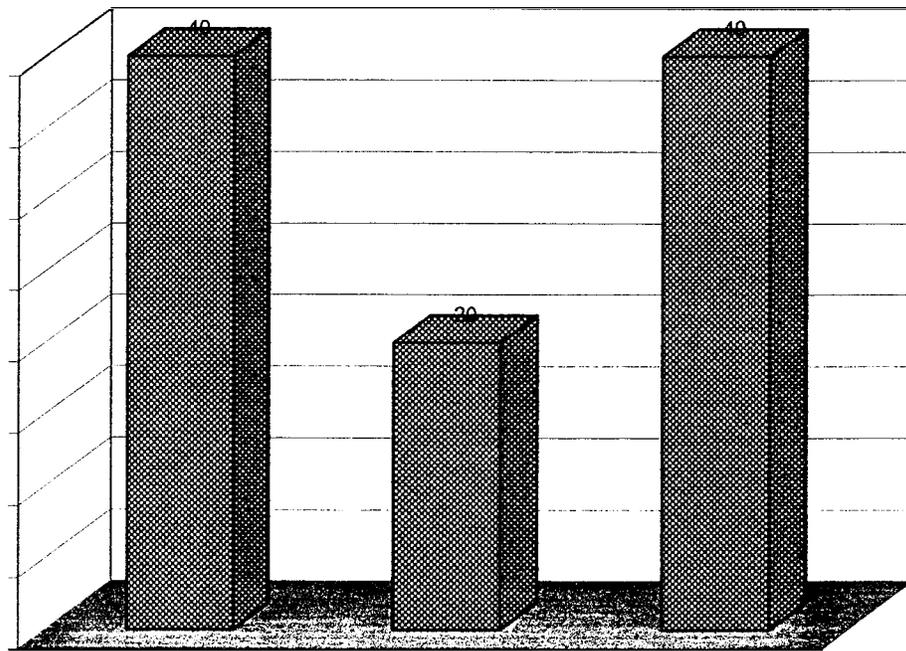
	Número	Porcentaje
Baja autoestima	4	40
Adecuada autoestima	2	20
Alta autoestima	4	40
Total	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 1 muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujetos del estudio, un 40 % presenta baja autoestima, al igual que otro 40 % que presenta alta autoestima, seguido de un 20 % con adecuada autoestima.

GRAFICO 1

**NIVELES DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



BAJA AUTOESTIMA ADECUADA AUTOESTIMA ALTA AUTOESTIMA

NIVELES DE AUTOESTIMA

CUADRO N° 2

NÚMERO Y PORCENTAJE DE NIVELES DE AUTOESTIMA SEGÚN CATEGORÍA
 JUBILADO - TRABAJA EN PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO
 DE REHABILITACIÓN CAJA NACIONAL DE SALUD
 FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

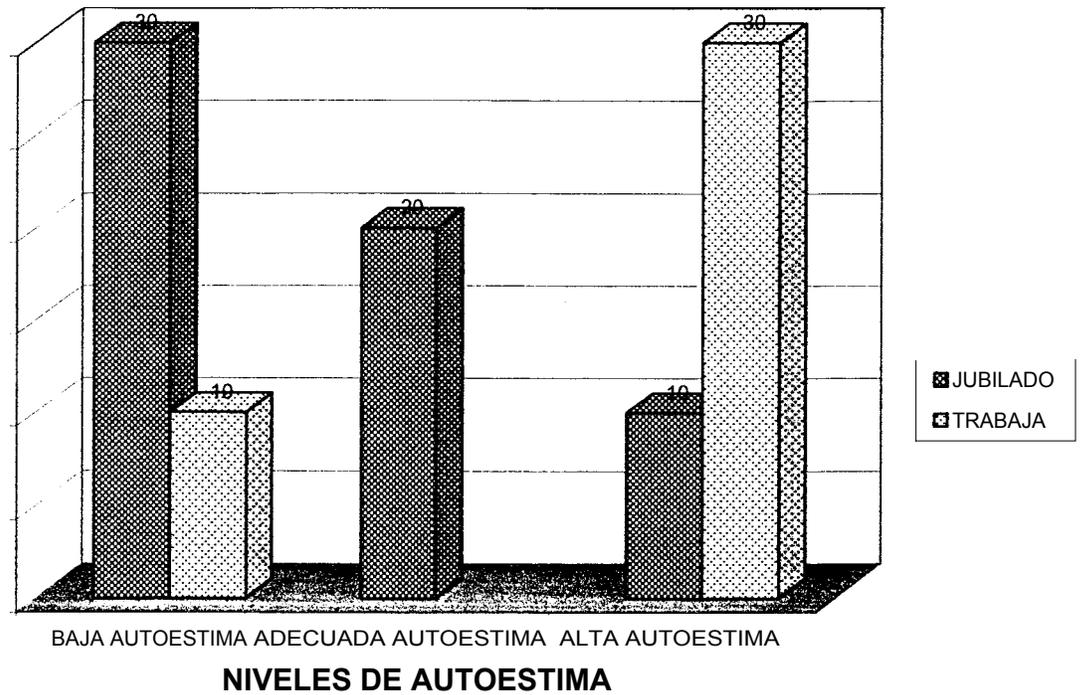
		CATEGORÍA				Total	
		Jubilado		Trabaja			
		N°	%	N°	%	N°	%
Niveles de Autoestima	Baja autoestima	3	30	1	10	4	40
	Adecuada autoestima	2	20	-	-	2	20
	Alta autoestima	1	10	3	30	4	40
Total		6	60	4	40	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 2 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujeto de estudio, 40 % presenta baja autoestima correspondiendo 30 % a la categoría jubilado y otro 10 % a la categoría trabaja. Al igual que otro 40 % presenta alta autoestima correspondiendo 30 % a la categoría trabaja y otro 10 % a la categoría jubilado. Seguido de un 20 % con adecuada autoestima en la categoría jubilado.

GRÁFICO 2

**NÚMERO Y PORCENTAJE DE NIVELES DE AUTOESTIMA
SEGÚN CATEGORÍA JUBILADO - TRABAJA EN
PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO
DE REHABILITACIÓN - FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



CUADRO N° 3

NÚMERO Y PORCENTAJE DE NIVELES DE AUTOESTIMA SEGÚN SEXO
 EN PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO
 DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
 FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

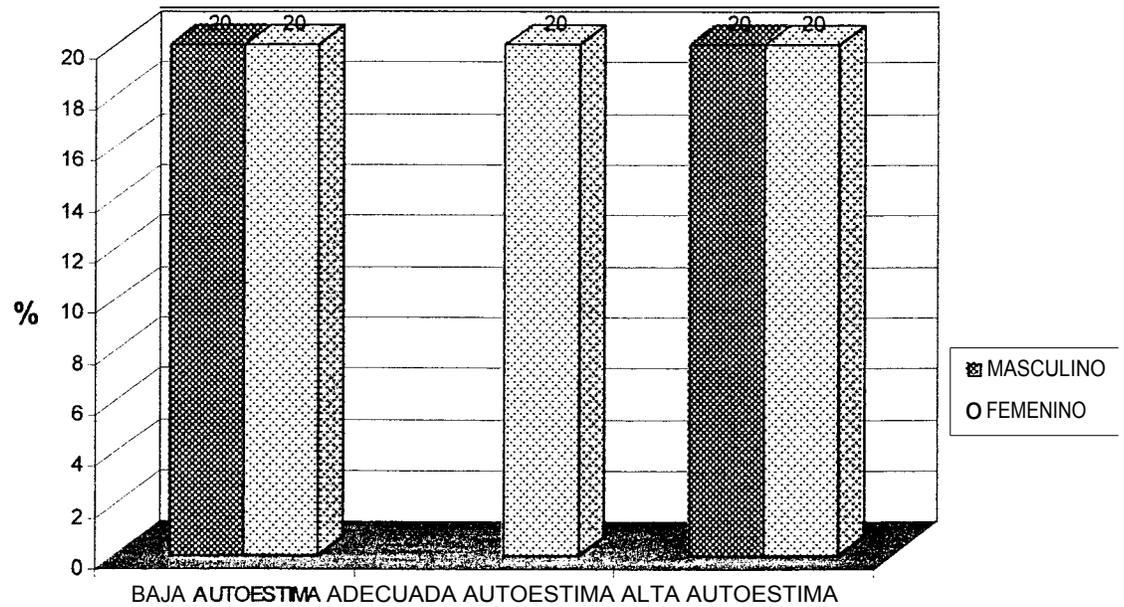
		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino			
		N°	%	N°	%	N°	%
Niveles de Autoestima	Baja autoestima	2	20	2	20	4	40
	Adecuada autoestima	-	-	2	20	2	20
	Alta autoestima	2	20	2	20	4	40
Total		4	40	6	60	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 3 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujetos del estudio, un 40 % presentan baja autoestima correspondiendo 20 % al sexo masculino y otro 20 % al sexo femenino, al igual que otro 40 % presentan alta autoestima correspondiendo 20 % al sexo masculino y otro 20 % al sexo femenino, seguido de un 20 % que presentan adecuada autoestima pero en el sexo femenino.

GRAFICO 3

**AUTOESTIMA SEGÚN SEXO
EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



NIVELES DE AUTOESTIMA

CUADRO N° 4

NÚMERO Y PORCENTAJE DE NIVELES DE AUTOESTIMA
 SEGÚN CATEGORÍA CON PAREJA Y SIN PAREJA EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
 DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
 FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

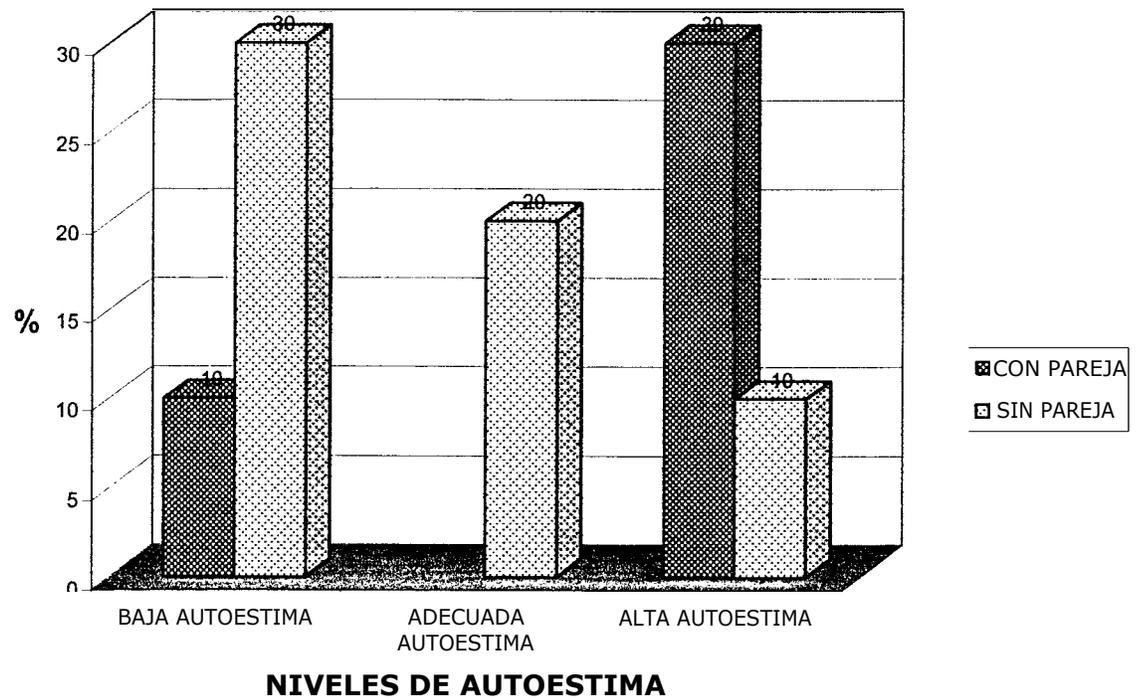
		CATEGORÍA				Total	
		Con pareja		Sin pareja			
		N°	%	N°	%	N°	%
Niveles de Autoestima	Baja autoestima	1	10	3	30	4	40
	Adecuada autoestima	-	-	2	20	2	20
	Alta autoestima	3	30	1	10	4	40
Total		4	40	6	60	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 4 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujetos de estudio, un 40 % presentan baja autoestima correspondiendo un 30 % a la categoría sin pareja y un 10 % a la categoría con pareja, al igual que otro 40 % que presenta alta autoestima correspondiendo 30 % a la categoría con pareja y un 10 % a la categoría sin pareja, seguido de un 20 % con adecuada autoestima en la categoría sin pareja.

GRÁFICO 4

**AUTOESTIMA SEGÚN CATEGORÍA CON PAREJA Y SIN PAREJA
EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



CUADRO N°5

NÚMERO Y PORCENTAJE DE NIVELES DE AUTOESTIMA SEGÚN
GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO
DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

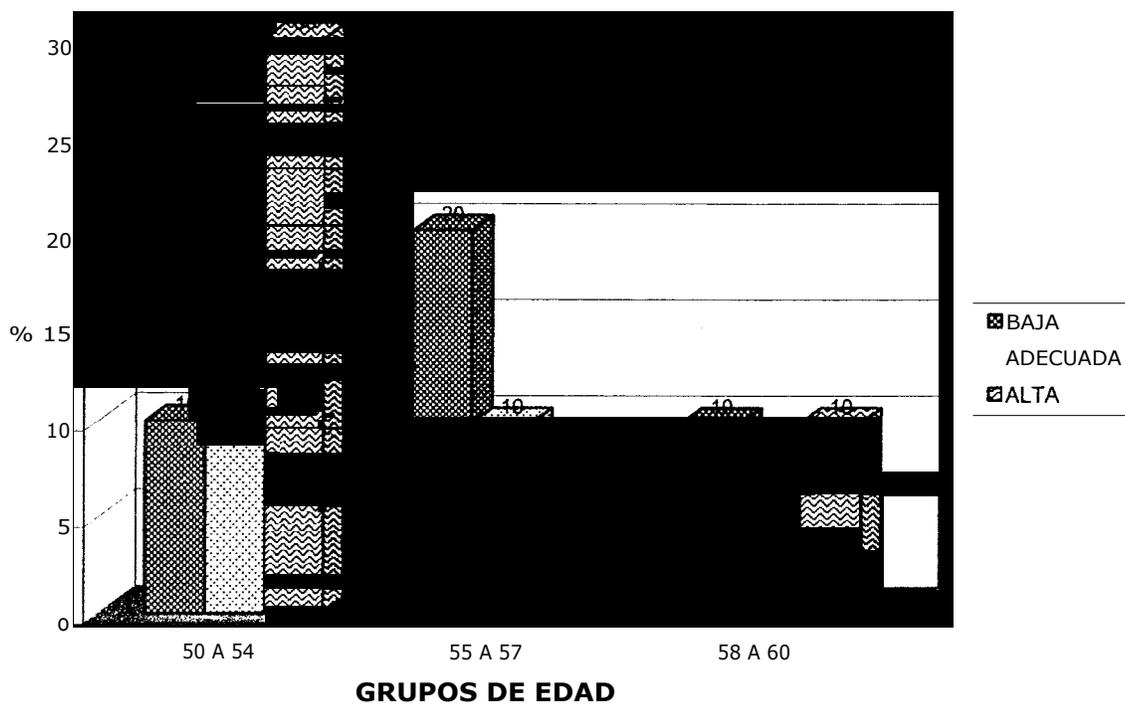
		GRUPOS DE EDAD						Total	
		50 a 54		55 a 57		58 a 60			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Niveles de Autoestima	Baja autoestima	1	10	2	20	1	10	4	40
	Adecuada autoestima	1	10	1	10	-	-	2	20
	Alta autoestima	3	30	-	-	1	10	4	40
Total		5	50	3	30	2	20	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 5 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujeto del estudio, un 40 % presentan baja autoestima dentro de los cuales un 20 % corresponde a la edad de 55 a 57 años, 10 % a la edad de 50 a 54 años y otro 10 % a la edad de 58 a 60 años. Al igual que otro 40 % que presentan alta autoestima dentro los cuales un 30 % corresponde a la edad de 50 a 54 años y un 10 % a la edad de 58 a 60 años. Seguido de un 20 % con adecuada autoestima de los cuales 10 % corresponden a la edad de 50 a 54 años y otro 10 % a la edad de 55 a 57 años.

GRÁFICO 5

**NIVELES DE AUTOESTIMA SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN
PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE
REHABILITACIÓN - FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



CUADRO N° 6

NÚMERO Y PORCENTAJE DE ÍNDICE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN
CAJA NACIONAL DE SALUD - FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

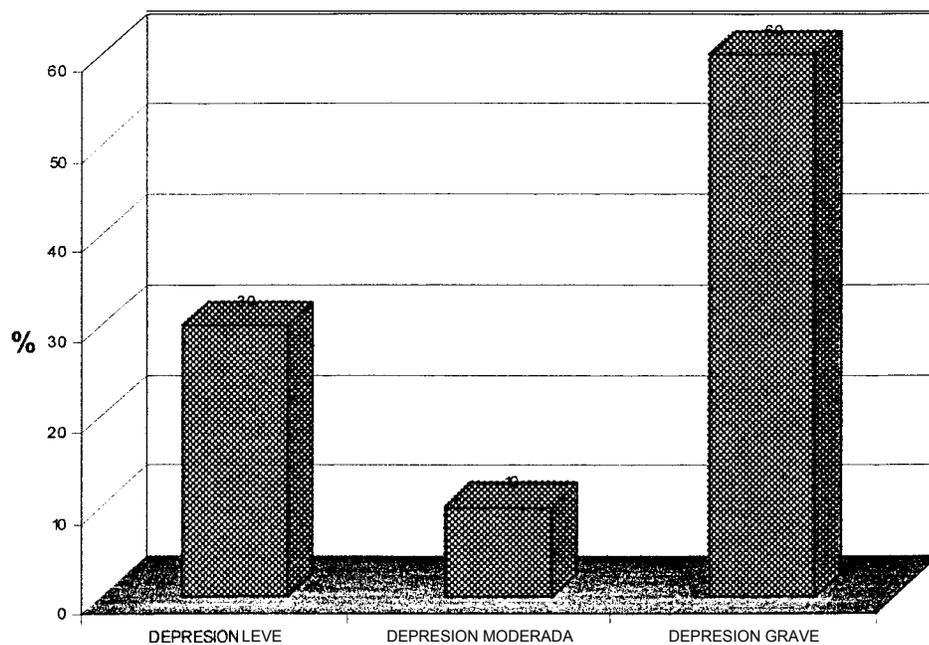
ÍNDICE DEPRESIÓN	Número	Porcentaje
Depresión leve.	3	30
Depresión moderada	1	10
Depresión grave	6	60
Total	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 6 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujetos del estudio, un 60 % presenta depresión grave, otro 30 % depresión leve, seguido de un 10 % que presentan depresión moderada.

GRÁFICO 6

**PORCENTAJE DE ÍNDICE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE
REHABILITACIÓN - FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



ÍNDICE DE DEPRESIÓN

CUADRO N° 7

NÚMERO Y PORCENTAJE DE INDICE DE DEPRESIÓN SEGUN CATEGORÍA
 JUBILADO - TRABAJA EN PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL
 INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
 FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

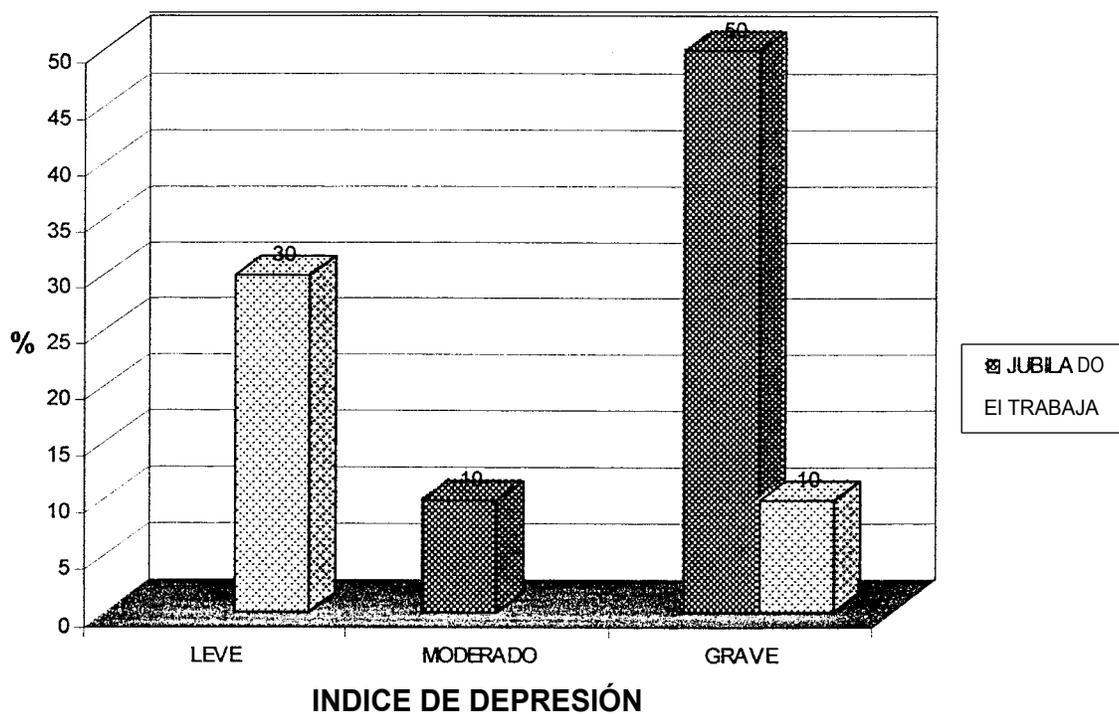
		CATEGORÍA				Total	
		Jubilado		Trabaja			
		N°	%	N°	%	N°	%
Índice de Depresión	Leve	-	-	3	30	3	30
	Moderado	1	10	-	-	1	10
	Grave	5	50	1	10	6	60
Total		6	60	4	40	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 7 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujetos del estudio un 60 % presenta depresión grave correspondiendo 50 % a la categoría jubilado y otro 10 % a la categoría trabaja. Otro 30 % presenta depresión leve en la categoría trabaja y un 10 % presenta depresión moderada en la categoría jubilado.

GRAFICO 7

**DEPRESIÓN SEGÚN CATEGORÍA JUBILADO - TRABAJA EN
PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO
DE REHABILITACIÓN - FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



CUADRO N° 8

NÚMERO Y PORCENTAJE DE ÍNDICE DE DEPRESIÓN
 SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO
 BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
 FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

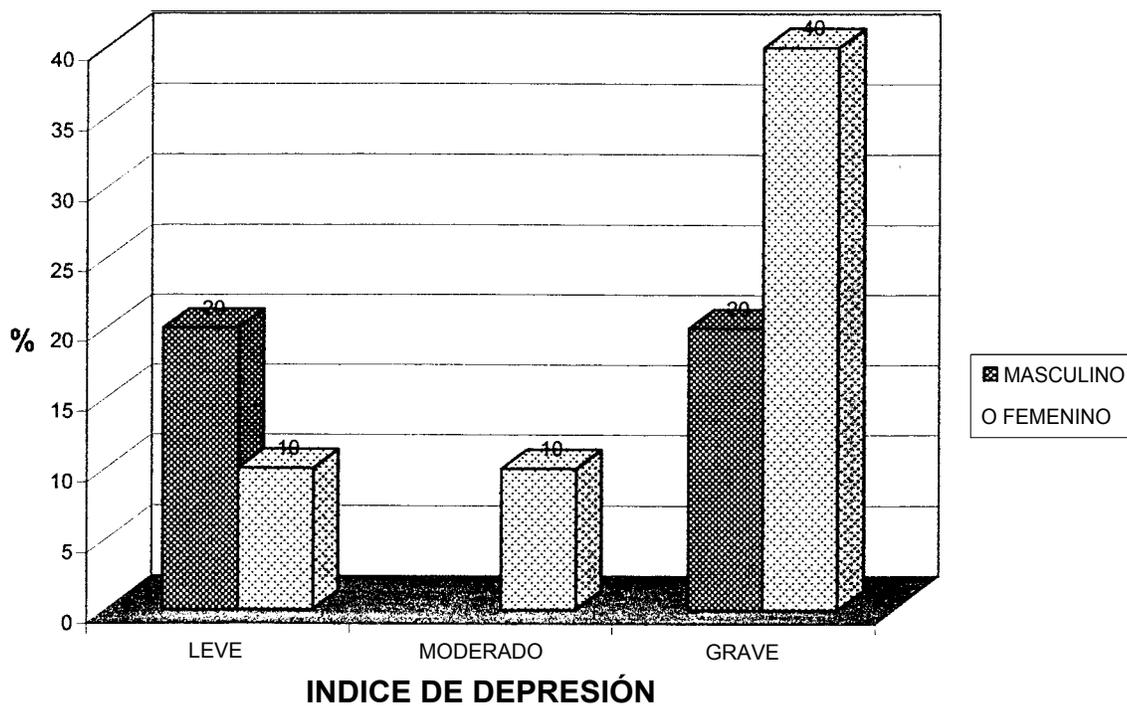
		SEX O				Total	
		Masculino		Femenino			
		N°	%	N°	%	N°	%
Índice de Depresión	Leve	2	20	1	10	3	30
	Moderado	-	-	1	10	1	10
	Grave	2	20	4	40	6	60
Total		4	40	6	60	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 8 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujetos del estudio, presentan depresión grave un 60 % correspondiendo 40 % al sexo femenino y un 20 % en el sexo masculino. Presentan depresión leve un 30 % correspondiendo 20 % al sexo masculino y otro 10 % al sexo femenino. Seguido de un 10 % de depresión moderada en el sexo femenino.

GRAFICO 8

**DEPRESIÓN SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



CUADRO N° 9

NÚMERO Y PORCENTAJE DE ÍNDICE DE DEPRESIÓN SEGÚN
CATEGORÍA CON PAREJA Y SIN PAREJA EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

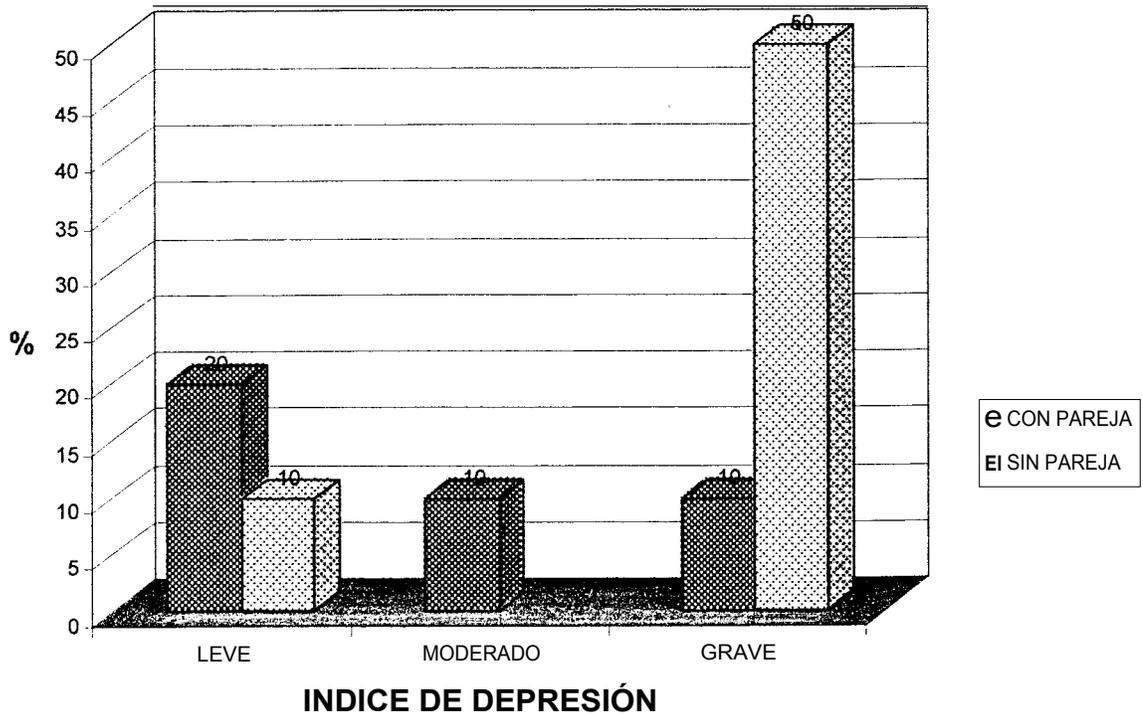
		ESTADO CIVIL				Total.	
		Con pareja		Sin pareja			
		N°	%	N°	%	N°	%
Índice de Depresión	Leve	2	20	1	10	3	30
	Moderado	1	10	-	-	1	10
	Grave	1	10	5	50	6	60
Total		4	40	6	60	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 9 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujetos del estudio, un 60 % presentan depresión grave, de los cuales 50 % corresponden a la categoría sin pareja y un 10 % a la categoría con pareja. Seguido de un 30 % con depresión leve de los cuales 20 % corresponden a la categoría con pareja y un 10 % a la categoría sin pareja. Y un 10 % que presenta depresión moderada correspondiendo a la categoría con pareja.

GRÁFICO 9

**DEPRESIÓN SEGÚN CATEGORÍA CON PAREJA Y SIN PAREJA
EN PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO
BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN - FEBRERO A DICIEMBRE
DEL 2000**



CUADRO N° 10

NÚMERO Y PORCENTAJE DE ÍNDICE DE DEPRESIÓN SEGÚN
GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

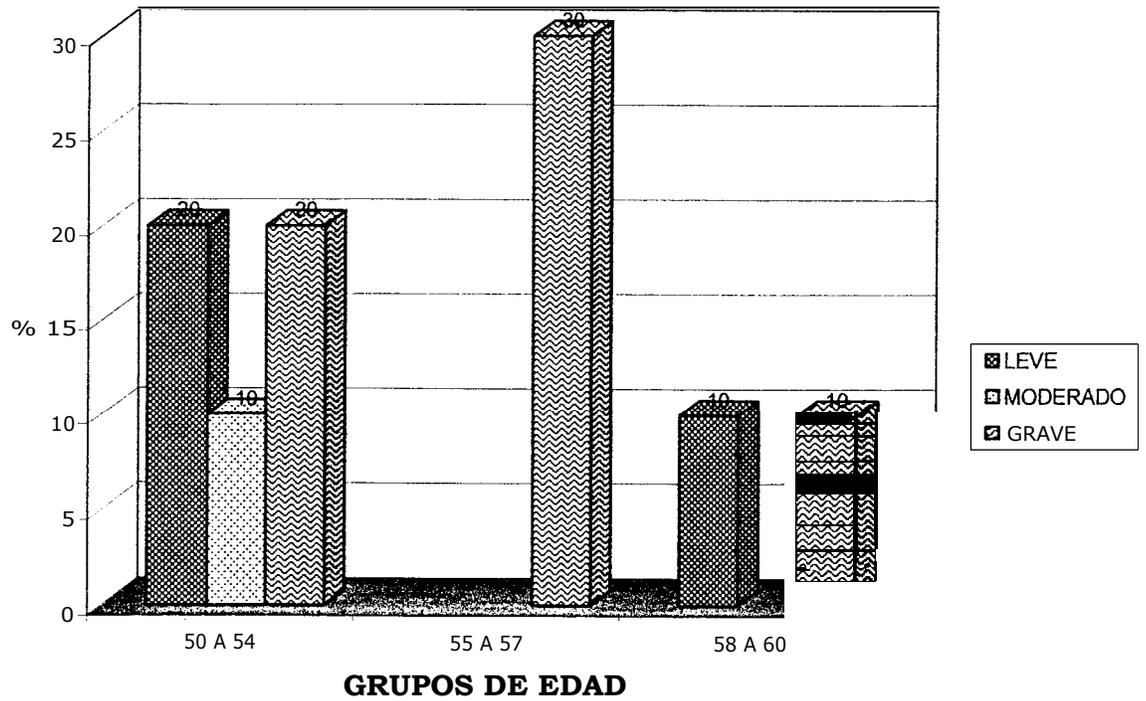
		GRUPOS DE EDAD						Total	
		50 a 54		55 a 57		58 a 60			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Índice de Depresión.	Leve	2	20	-	-	1	10	3	30
	Moderado	1	10	-	-	-	-	1	10
	Grave	2	20	3	30	1	10	6	60
Total		5	50	3	30	2	20	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 10 nos muestra que del 100 % de los pacientes que fueron sujetos del estudio un 60 % presentan depresión grave dentro de los cuales un 30 % corresponde a la edad de 55 a 57 años, un 20 % a la edad de 50 a 54 años y un 10 % a la edad de 58 a 60 años. Seguido de un 30 % que presentan depresión leve dentro de los cuales 20 % corresponde a la edad de 50 a 54 años y un 10 % a la edad de 58 a 60 años. Otro 10 % presenta depresión leve correspondiendo a la edad de 50 a 54 años.

GRAFICO 10

**ÍNDICE DE DEPRESIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN
PACIENTES CON HEMIPARESIA DEL INSTITUTO BOLIVIANO
DE REHABILITACIÓN - FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000**



CUADRO N° 11

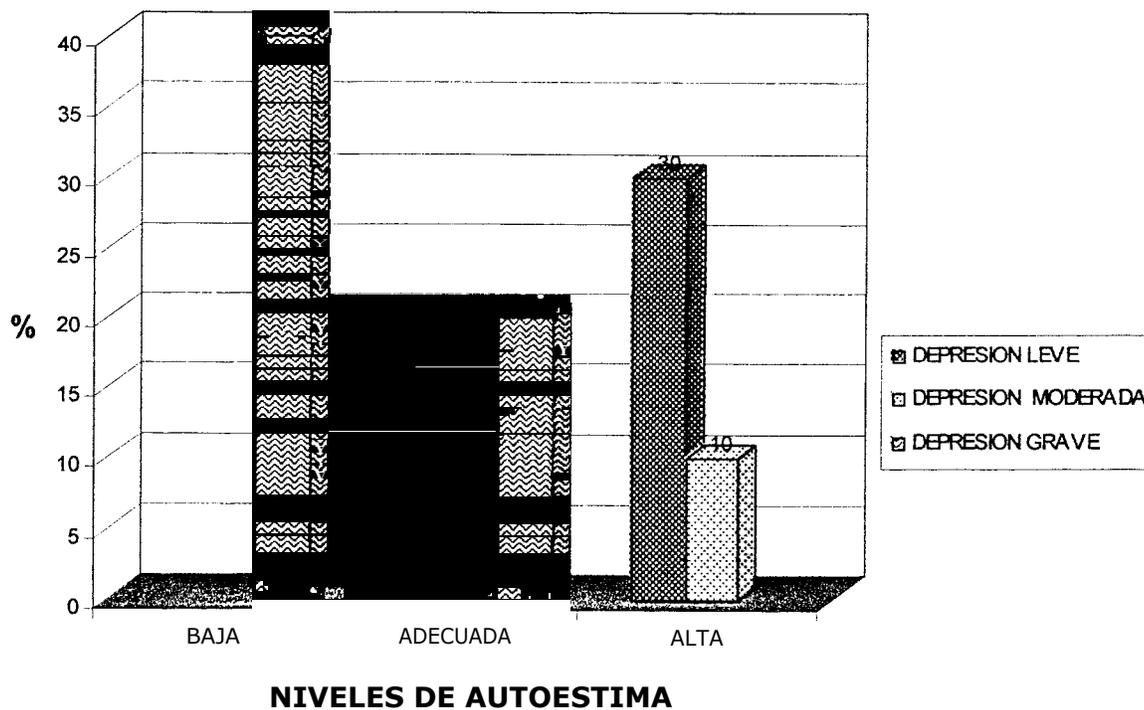
NÚMERO Y PORCENTAJE DE NIVELES DE AUTOESTIMA
E ÍNDICE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN - CAJA NACIONAL DE SALUD
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000

		Niveles de Autoestima						Total	
		Baja Autoestima		Adecuada Autoestima		Alta Autoestima			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Índice de Depresión	Leve				-	3	30	3	30
	Moderado	-	-	-	-	1	10	1	10
	Grave	4	40	2	20	-	-	6	60
Total		4	40	2	20	4	40	10	100

FUENTE: Datos de elaboración propia.

El cuadro N° 11 nos muestra que del 100 % de pacientes que fueron sujetos del estudio, un 60 % presentan depresión grave dentro de los cuales un 40 % presentan baja autoestima y un 20 % adecuada autoestima. Seguido de un 30 % que presenta depresión leve dentro del cual el mismo porcentaje corresponde a un alta autoestima. Finalmente un 10 % presenta depresión moderada dentro del cual el mismo porcentaje corresponde a una alta autoestima.

GRAFICO 11
PORCENTAJE DE NIVELES DE AUTOESTIMA E ÍNDICE DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HEMIPARESIA
DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN
FEBRERO A DICIEMBRE DEL 2000



8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico demuestra que las dos variables, autoestima y depresión se correlacionan entre sí.

De los pacientes con diagnóstico de hemiparesia que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación, a sesiones de Fisioterapia algunos de ellos presentan mayor autoestima concomitante a una depresión leve y otros presentan baja autoestima acompañado de una depresión grave (ver anexos, diagrama de dispersión — gráfico N° 1).

En ambos casos el diagrama de dispersión muestra una relación inversa que está corroborada por el Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson -0.779 con una significancia de $0.008 < 0.05$.

El encuentro estadístico muestra en suma que a mayor autoestima menor depresión.

En este trabajo se utiliza el Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson debido a que las medidas de autoestima y depresión son consideradas variables aleatorias continuas.

Así mismo el Alfa de Cronbach tiene un valor de $0,6387$ dándonos a conocer que el cuestionario es consistente, es decir que las preguntas del cuestionario son adecuadas para lo que se quiere investigar, siendo a su vez las preguntas del cuestionario independientes entre sí, no estando correlacionadas.

9. CONCLUSIONES:

De acuerdo al presente trabajo de investigación realizado en el Instituto Boliviano de Rehabilitación en pacientes con síntomas y signos de hemiparesia se llega a las siguientes conclusiones:

El cuestionario de autoestima aplicado a los pacientes con hemiparesia, determina que los mismos son afectados presentando: baja autoestima, alta autoestima y adecuada autoestima según avances en evolución de su patología (ver cuadro 1).

Los diferentes niveles de autoestima presentes en los pacientes con hemiparesia influyen en sus expectativas sobre el futuro cuando toma en cuenta el proceso de su rehabilitación física y el equilibrio emocional (ver cuadro 2).

Según los estudios y el análisis estadístico realizado se concluye que existe correlación entre la autoestima y la depresión, porque la correlación no es causa — efecto sino simple relación de variables, es decir que a mayor autoestima la depresión es menor y a menor autoestima la depresión es mayor, (ver anexos, diagrama de dispersión).

Así mismo la discapacidad se caracteriza por una diversidad de cuadros clínicos, dentro de estos la hemiparesia implica un menos cabo de la autoestima. El paciente con esta patología deberá realizar un proceso difícil y complejo de integración de sí mismo.

La autoestima es fundamental al enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida, influye en la percepción del mundo, en la salud mental del paciente, en las relaciones interpersonales y en su adaptación al medio en general.

Los niveles de autoestima influyen en forma positiva o negativa en la rehabilitación física del paciente y por ende en sus expectativas sobre el futuro que se irán modificando de acuerdo a los progresos en su rehabilitación física y el equilibrio emocional del paciente.

La hemiparesia al instalarse en el paciente provoca un shock, quien antes de su enfermedad llevaba una vida normal, realizando actividades laborales, compartía con su familia y participaba en su círculo social sin ningún obstáculo, llevando el sustento diario para su familia o para su manutención personal y presentando expectativas sobre su futuro. Sin embargo una vez que presenta este cuadro patológico el paciente es embargado por una incertidumbre sobre su proceso de recuperación física, el tiempo en que estará enfermo y si logrará rehabilitarse en su totalidad. Pensamientos que inducen al paciente a deteriorar su autoestima y autoimagen que no es tomado en cuenta por el paciente ni aún para ir a su control médico, lo importante para el paciente en estos momentos es la recuperación física del hemicuerpo enfermo, en la que presenta etapas de flacidez y posteriormente espasticidad; de acuerdo a este último signo y a la terapia física el paciente recupera paulatinamente.

Según los estudios realizados en pacientes con hemiparesia, estos presentan signos evidentes de la enfermedad con una autoimagen deteriorada por la incoordinación motora presente al deambular y más aún al inicio de su patología donde después de

salir de su crisis y de acuerdo al grado de espasticidad que se presente, el paciente se ve en silla de ruedas ante la imposibilidad de realizar movimientos articulares normales tanto en sus miembros inferiores como superiores del hemicuerpo afectado y ante la falta de una bipedestación que es afectada por el desequilibrio que se manifiesta en el organismo.

Estos síntomas y signos que presentan y la percepción anticipada de quienes rodean al paciente, deterioran aún más la autoimagen del paciente.

Los pacientes que cursan hemiparesia presentan una influencia negativa en relación a su autoestima que se ve deteriorada, perdiendo el interés por verse presentable descuidando de esta manera su autoimagen, lo cual deteriora aún más su autoestima; la autoimagen que percibe el paciente influye cognitivamente en forma negativa en sus expectativas sobre el futuro, esperando recuperarse completamente y no deseando hacer planes para el futuro.

El paciente después de iniciado su tratamiento y cuando presenta leves movimientos y coordinación en sus extremidades, si mantiene una adecuada autoestima se preocupa por su imagen personal y hace un mayor esfuerzo en su rehabilitación física, si al contrario presenta una baja autoestima, su autoimagen se ve deteriorada manifestando "sentir vergüenza de encontrarse con sus amigos por la incapacidad de realizar movimientos normales y por lo humillante que es caminar con secuelas de la hemiplejia", estos pacientes colaboran muy poco en su rehabilitación física por sentirse derrotados.

Mientras los pacientes asisten a sus sesiones de rehabilitación física sus expectativas están frustradas a la espera de una pronta rehabilitación física, pero si el paciente pese a su patología aun es tomado en cuenta para decidir en su actividad laboral, sus expectativas sobre el futuro se mantienen porque se sienten importantes y útiles aún, favoreciendo de esta manera a una adecuada autoestima (ver cuadro N° 2).

Los pacientes, en quienes el cuadro no reviste gravedad ya que la espasticidad que presentan es moderada, pone de manifiesto de parte de los pacientes una actitud cooperadora con su tratamiento, poniendo mayor empeño en su recuperación física. Esta enfermedad que no es muy discapacitante para algunos pacientes hace que su autoestima se mantenga en equilibrio al igual que su autoimagen y mantenga expectativas sobre el futuro una vez rehabilitado completamente. Aunque cabe destacar que los cuadros patológicos de la hemiparesia como secuela de la hemiplejia no llegan a una recuperación total y como es de conocimiento la rehabilitación dependerá del grado de espasticidad que presente al inicio de su patología.

En los pacientes con espasticidad moderada y que aún trabajan puede presentarse una baja autoestima, en la que sus estados emocionales se van deteriorando paulatinamente ante la incertidumbre de una completa rehabilitación física y ante la percepción de una leve mejoría en su tratamiento y mas que todo por la exigencia en su fuente laboral de un estado físico saludable para cumplir satisfactoriamente su trabajo, como es en las instituciones militares y ante el temor de perder su empleo además de presentar una autoimagen negativa a causa de los síntomas y signos de la hemiparesia (ver cuadro N° 2).

Son muy pocos los empleadores que valoran al trabajador como persona y por la experiencia en su fuente laboral, de quien tratan que continúe prestando sus servicios laborales pese a su limitación física, para lo cual a veces el empleador está presto a colaborar incluso con la designación de otro personal para que colabore a su empleado, estas actitudes del empleador influyen positivamente en la autoestima del paciente (ver cuadro N° 2).

También ocurre lo contrario, pese a que el empleado aún trabaja en la empresa ya no es considerado como tal, siendo "removido de su nivel ocupacional a otro nivel inferior, perdiendo bonos de producción y realizando tareas livianas"; pese a estas actitudes del empleador el paciente mantiene una alta autoestima (ver cuadro N° 2) con la esperanza de volver a percibir los bonos de producción una vez rehabilitado, manteniendo de esta manera expectativas en el futuro. En otros casos cuando el paciente es jubilado se resigna a su suerte, deteriorando aun más su autoestima. No obstante algunos pacientes mantienen equilibrio emocional si pese a su jubilación es un persona capaz de realizar y responder a la solicitud de trabajos particulares siempre y cuando su cuadro patológico este en proceso de recuperación.

Contribuye a una alta autoestima, la situación económica que atraviesa el paciente, además porque aún se encuentran desempeñando sus funciones laborales, asistiendo en forma regular a sus sesiones de rehabilitación para una pronta recuperación.

Presentan una alta autoestima pacientes que mantienen una autoimagen positiva debido a que presentan una secuela moderada que les permite realizar sus

actividades con leves limitaciones funcionales lo cual les permite mantener expectativas en el futuro además de ser valorados por sus familiares y/o empleadores como personas que pueden dar mucho de sí.

La mayoría de los pacientes que manifiestan esta enfermedad, son jubilados a causa de su patología, presentando como una primera reacción emocional una baja autoestima por haber sido jubilado antes de tiempo y porque sus expectativas del futuro están frustradas ante la incapacidad de continuar ejerciendo su profesión u ocupación en forma adecuada.

Presentan una adecuada autoestima aquellos pacientes jubilados que comprendieron que pueden realizar sus actividades basados en los potenciales que acaban de adquirir y que tienen en cuenta sus distintas limitaciones. Afrontando su propia situación con conductas estratégicas destinadas a solucionar sus problemas (cuadro N° 2). Sin embargo los pacientes jubilados presentan una baja autoestima por que la sociedad los hace sentir que no son útiles ya, y peor aún si presentan una patología como la hemiparesia que hace que el paciente pierda expectativas en el futuro.

El sexo masculino y femenino pueden presentar una baja autoestima debido a una autoimagen negativa, al presentar el sujeto incoordinación en su marcha y algunas limitaciones en sus movimientos articulares que le dificultan realizar sus actividades de la vida diaria u otros signos evidentes como la marcha incoordinada en el hemicuerpo afectado.

En el sexo femenino la adecuada autoestima puede estar presente debido a su rol de género, manteniéndola ocupada e indirectamente coadyuvando a su rehabilitación física por las diferentes actividades que realiza en el hogar. En el caso del sexo masculino no ocurre lo mismo ya que si es casado está a la espera de que sus hijos o esposa le atiendan, haciendo que el paciente se postre mas tiempo en cama, siendo esta actitud un obstáculo en su rehabilitación física y deteriorando aún mas su autoestima, autoimagen y sus expectativas en el futuro (cuadro N° 3).

El estado civil es muy importante en los pacientes hemiparéticos para equilibrar su autoestima, sin embargo el estudio nos demuestra que los pacientes con pareja pueden presentar baja autoestima debido a la falta de apoyo emocional de parte del cónyuge quien a veces no llega a comprender la sintomatología y el estado emocional del paciente no sabiendo como colaborar al enfermo. En ocasiones los pacientes del sexo femenino que viven en matrimonio pueden presentar una baja autoestima cuando sus familiares no comprenden el proceso patológico que la paciente atraviesa, llegando en algunas oportunidades uno de los cónyuges especialmente el esposo a denigrarla verbalmente con palabras que hacen sentir mal al paciente o cuando los hijos no desean colaborar en algunas actividades del hogar (ver cuadro N° 4).

Influye en una baja autoestima el hecho de que el paciente no salga a distraerse por no tener quien le acompañe ya que a veces los hijos manifiestan estar avergonzados de su progenitor por la patología que conlleva o también por la falta de recuperación y coordinación en su ambulación o ante la falta de recursos económicos que impiden que el paciente salga a distraerse.

Presentan una alta autoestima aquellos pacientes que reciben apoyo emocional y económico de su cónyuge (ver cuadro N° 4) y de sus familiares quienes colaboran brindando un ambiente familiar en armonía no solo de parte de la esposa sino de los hijos quienes incluso acompañan al paciente a sus sesiones de rehabilitación física. Ocurre esto en el núcleo familiar del paciente con formación profesional y una situación económica sin problemas o porque uno de los cónyuges percibe un sueldo fijo que les permite vivir cómodamente además de percibir el paciente su jubilación mensual. Los miembros de su familia manifiestan preocuparse por la recuperación de la enfermedad y tratan de distraer a su familiar para que la patología no afecte su estado emocional manteniendo así una adecuada autoestima.

Algunos pacientes presentan una baja autoestima por no tener con quien comunicarse en su diario vivir ya por falta del cónyuge (ver cuadro N° 4) o porque sus hijos hicieron su propia vida dejándole solo y olvidándose de su progenitor quien siente la necesidad de comunicarse, que no le es satisfecho por la soledad en que vive. Esta situación influye en el paciente a presentar una baja autoestima, mayor sintomatología depresiva y a la vez descuido de su autoimagen que es muy evidente cuando el paciente llega al centro de rehabilitación.

Presentan adecuada autoestima aquellas personas que pese a su cuadro patológico aún mantienen el sentido a su vida porque tienen hijos a quienes educar, atendiéndolos no solo en sus necesidades materiales sino emocionales, también colabora a estas actitudes los recursos económicos que perciben de una u otra forma además de la renta de su jubilación (ver cuadro N° 2).

Esta presente la alta autoestima en aquel paciente que presenta una patología moderada de hemiparesia y que aún mantienen relaciones sociales o participan de grupos religiosos donde le ayudan a comprender y sobrellevar sus actitudes emocionales.

La edad, es también uno de los factores que influyen en el nivel de autoestima pero mucho dependerá de la situación económica, social y laboral que el sujeto esté atravesando ya que la baja autoestima se manifiesta mas en pacientes con recursos económicos limitados que son jubilados a causa de su patología, estar viviendo solos lejos de sus hijos o ser pacientes que pese a la edad avanzada aún se mantiene trabajando por un sueldo que solo le permite subsistir.

En la edad comprendida entre los 50 a 60 años las parejas se encuentran en una etapa de la vida en la que ya no tienen mayores responsabilidades como el cuidado de sus hijos, dedicándose a pasar el resto de su vida en pareja, realizando viajes de distracción de acuerdo a los ingresos económicos de su jubilación; pero al presentar uno de los cónyuges la patología de la hemiparesia trae a la pareja de esposos alteraciones emocionales que puede llevar al abandono emocional por uno de los cónyuges quien al no comprender el proceso patológico de la enfermedad no toma en cuenta a su pareja , manifestando con esto una actitud de desagrado hacia su pareja enferma, actitudes que deterioran la autoestima del paciente.

Todos los pacientes discapacitados pasan por las fases de rehabilitación emocional quienes al inicio de su hemiparesia rechazan conscientemente su patología, presentando posteriormente síntomas depresivos que se manifiestan en la falta de colaboración a su terapeuta físico en el momento de su tratamiento o en la ausencia

a sus correspondientes sesiones de terapia física, lo cual fue superan paulatinamente hasta aceptar que su cuadro patológico presenta signos y síntomas de hemiparesia que le impedirán una locomoción normal.

Los estudios superiores o la formación del sujeto en el momento del inicio de su patología es muy importante para la comprensión del mismo. El paciente con una profesión suele sobrellevar su enfermedad, a comparación del paciente con educación media y algunos profesionales quienes llegan a desesperarse por la rehabilitación de su cuadro patológico.

La baja o alta autoestima no es consecuencia de la enfermedad que padece el sujeto sino del nivel de autoestima estructurado en el sujeto desde su infancia y en el transcurso de su vida, que puede ser alterado por diferentes circunstancias , como el cuadro de la hemiparesia, produciendo deterioro de la autoestima del paciente de acuerdo a la percepción del mismo individuo, pronóstico de su enfermedad y la incertidumbre sobre su rehabilitación puede llevarle a una baja o alta autoestima dependiendo también esto del grado emocional y el apoyo de su familia mientras dure el tratamiento.

De acuerdo al estudio realizado en el Instituto Boliviano de Rehabilitación en pacientes que presentan el cuadro patológico de la hemiparesia se puede concluir que la hipótesis planteada fue comprobada con el presente estudio, concluyéndose que la patología de la hemiparesia influye en la autoestima, autoimagen y expectativas en el futuro.

Los cuadros de análisis en la depresión demuestran lo siguiente:

El índice de depresión fue obtenido mediante el cuestionario de Pierre Pichot para valorar el estado emocional del sujeto y no para su diagnóstico, además para demostrar que existe correlación entre la depresión y la autoestima, y de acuerdo a los estudios realizados en pacientes que cursan hemiparesia la correlación concluye que "a menor autoestima mayor depresión y a mayor autoestima menor depresión", (ver anexos, gráfico de correlación) dándonos a comprender que esta patología al instaurarse en el sujeto le lleva a un deterioro de su autoestima y concomitante a este se manifiesta los síntomas depresivos ante la disminución parcial de sus capacidades físicas, presencia de tristeza por su cuadro patológico y por ende descenso del buen humor.

En este caso la sintomatología depresiva puede manifestarse o incrementarse en un sujeto, posterior al inicio de su patología, por que al presentar una enfermedad discapacitante hace que el sujeto posea pensamientos e ideas negativas al inicio de su enfermedad, presentando perdida de interés en su rehabilitación y falta de sentido a la vida. Al igual que la autoestima la sintomatología depresiva puede o no estar ya presente en el individuo antes de su enfermedad por diversos motivos en su vida diaria: como problemas en el trabajo, en las relaciones sentimentales que pudieran predisponer esta sintomatología y ser agravado su estado emocional por una enfermedad como la hemiparesia.

Llama la atención el escaso conocimiento de las consecuencias y alteraciones psicológicas que acarrea el poseer una discapacidad física en nuestro medio, en una sociedad que valora y sobredimensiona la belleza física y asocia a ella el éxito.

El paciente con hemiparesia al ir creando sentimientos y actitudes desfavorables acerca de sí mismo, muestra dificultades en la aceptación de su condición la que es reforzada con la creencia de que lo ven como una persona discapacitada.

La presente investigación permite un primer acercamiento al mundo de los pacientes con hemiparesia. El Servicio de Psicología del Instituto Boliviano de Rehabilitación contará con un instrumento que le permitirá valorar el nivel de autoestima y favorecer de esta manera el diagnóstico e intervención psicoterapéutica mas adecuada. La valoración de la autoestima permitirá identificar dificultades emocionales que presenta el paciente con hemiparesia en el proceso de su rehabilitación física.

10. RECOMENDACIONES:

Es muy importante que el profesional psicólogo de una institución de rehabilitación física posea conocimiento de las diferentes patologías orgánicas que son tratadas en ese nosocomio, esto para no dar falsas expectativas en la evolución de su patología a los pacientes que requieren su servicio y además de ser un profesional con postgrado en Psicoterapia, para estructurar un plan de tratamiento psicoterapéutico de acuerdo a las fases normales y esperables de adaptación en un momento de traumatismo y discapacidad que todo paciente atraviesa. Coordinando tratamiento y evolución con el equipo interdisciplinario del nosocomio.

Es recomendable que el médico, cuando valore al paciente hemiparético tome en cuenta el estado emocional, que es muy importante no solo para detectar problemas familiares sino para un equilibrio emocional que en el momento de su rehabilitación física, juega un papel importante para colaborar en su tratamiento físico ya que sin la ayuda del paciente en su proceso de rehabilitación, el tratamiento puede ser por un tiempo prolongado.

El profesional fisioterapeuta en la rehabilitación física de todo paciente con traumatismo físico debe tener en su formación universitaria conocimientos en el área de la psicología como para poder detectar problemas emocionales en el paciente, brindando así un mejor tratamiento en su especialidad, además dando a conocer y derivar al profesional psicólogo de la institución para lograr un mejor tratamiento multidisciplinario en la rehabilitación física y emocional.

El personal de salud del Instituto Boliviano de Rehabilitación no debe olvidar que la comunicación es muy importante en la relación, profesional de la salud - paciente para conocer el estado emocional del sujeto y recordarle no olvidar las instrucciones de su tratamiento.

El rol de la familia del paciente hemiparético es muy importante durante la rehabilitación física del paciente, no solamente brindándole afecto, seguridad y confianza sino comprendiendo y cooperando en su limitación funcional para una mejor estabilidad emocional del paciente pero cuidando evitar la dependencia del paciente.

Según el estudio realizado la mayoría de los pacientes hemiparéticos que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación deben iniciar terapia psicológica para colaborar en la rehabilitación física y emocional mediante un tratamiento multidisciplinario.

Es importante que los profesionales en psicología continúen investigaciones en el área de la salud, porque al paciente afecto de una enfermedad no solo le preocupa su salud sino los problemas económicos, de pareja, familiares y sus expectativas sobre el futuro. De acuerdo al contexto en que vive el paciente, estos determinantes personales y ambientales interactúan entre sí influyendo en la salud del sujeto.

En futuras investigaciones se recomienda considerar factores como: la edad en la que fue adquirida la hemiparesia, la actividad laboral, el estado civil, la pérdida de funcionalidad como secuela de la hemiparesia y factores de riesgo que predisponen a un discapacitado a realizar un mejor proceso de adaptación y reinserción social, así como la intervención psicoterapéutica en estos pacientes.

Es necesario el estudio de los factores de riesgo que podrían estar dificultando una adecuada integración social del discapacitado.

El profesional psicólogo no solo deberá abocarse a realizar terapia individual en el paciente que es derivado a su especialidad. Deberá utilizar el recurso de la Terapia Familiar Sistémica para un mejor tratamiento no solamente en el paciente sino en los miembros de su familia que también son afectados emocionalmente por la discapacidad de su familiar.

Otro recurso a ser utilizado por el profesional en psicología es la Terapia de Grupo, donde agrupara por ejemplo a todos los pacientes con diagnóstico de hemiparesia, quienes al escuchar a otros pacientes descubren que no es el único ser humano que padece ciertos problemas ya que otros también padecen o pasan casi lo mismo en su persona. Al haber este intercambio de experiencias, en el paciente puede disminuir la ansiedad que le aqueja su discapacidad.

Las carreras de Psicología y Fisioterapia de las Universidades del país no solamente deben abocarse al tratamiento hospitalario sino proyectarse a la comunidad mediante programas como la Rehabilitación Basada en la Comunidad, porque los accidentes generan en las personas, discapacidades de todo tipo con el consiguiente costo social por la disminución de la fuerza de trabajo, pago de asistencia médica y rehabilitación, disminuyendo así el poder económico de la familia y pérdida de salud física y mental del accidentado.

- BRANDEN, N. El Poder de la Autoestima.
Editorial Paidós.
Buenos Aires 1995.
- BUSTAMANTE, J. Neuroanatomía Funcional.
Fondo Educativo Interamericano,
Bogotá 1978.
- CANALES, F. Metodología de la Investigación.
Editorial OMS\OPS.
Washington, D.C. 1994.
- CARLSON, N. R. Fundamentos de Psicología
Fisiológica.
Prentice — Hall Hispanoamericana,
S.A.
México 1996.
- CESPEDES, N. La Autoestima en la Escuela
ESCUDERO F. Asociación de Publicaciones
Educativas.
Lima 1996.
- COTTA, H. Tratado de Rehabilitación.
Editorial Labor.
Barcelona 1991.

- ELLIS, A. y colaborador. Manual de Terapia Racional Emotiva. Editorial Desclee de Brouwer S.A. Bilbao 1981.
- FRANKL, V. E. El Hombre en Busca de Sentido. Editorial Herder. Barcelona 1996.
- HERNANDEZ, R. Metodología de la Investigación. Editorial Mc.Graw — Hill. México 1996.
- KRUEGER, D. W. Psicología de la Rehabilitación. Editorial Herder. Barcelona 1988.
- LURIA, A.R. El Cerebro en Acción. Martínez Roca. Barcelona 1984.
- MCKAY, M. Autoestima, Evaluación y Mejora. Editorial, Martinez Roca. Barcelona 1991.

- VIDAL, G. Psiquiatría.
Editorial Panamericana.
Argentina 1986.

- ZALDIVAR, D. Psicoterapia.
Editorial "Felix Varela".
La Habana 1998.

- DIRECCIONES DE INTERNET:

- MARSELLACH, G. www.ciudad futura.com
1998. La autoestima

www.psycoactiva.com
La autoestima

- YSERN, J.L. www.ubiobo.el/vitrina
1999, Inteligencia emocional en el
adulto mayor.

- MONTERO — MONTES www.sepsiquiatria.org
La vivencia corporal y sus
alteraciones.

- CATALÁN, J.L. [www. Asistencia Psicológica.com](http://www.AsistenciaPsicologica.com)
Autoimagen y autoestima

- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

www.stayingshape.com

2003. Depresión

ANEXOS

Correlación

		Depresión	Autoestima
Depresión	Pearson Correlación	1	-.779(**)
	Sig. (2-colas)		0.008
	N	10	10
Autoestima	Pearson Corelación	-.779(**)	1
	Sig. (2-colas)	0.008	
	N	10	10
** Correlation is significant at the 0.01 level (2- tailed)			

Índice de Depresión — Autoestima (niveles) Crostabulation

		Autoestima (niveles)			Total
		Baja Autoestima	Adecuada Autoestima	Alta Autoestima	
Índice de Depresión	Leve	-	-	3	3
	Moderado	-	-	1	1
	Grave	4	2	-	6
Total		4	2	4	10

Prueba de Chi — Square

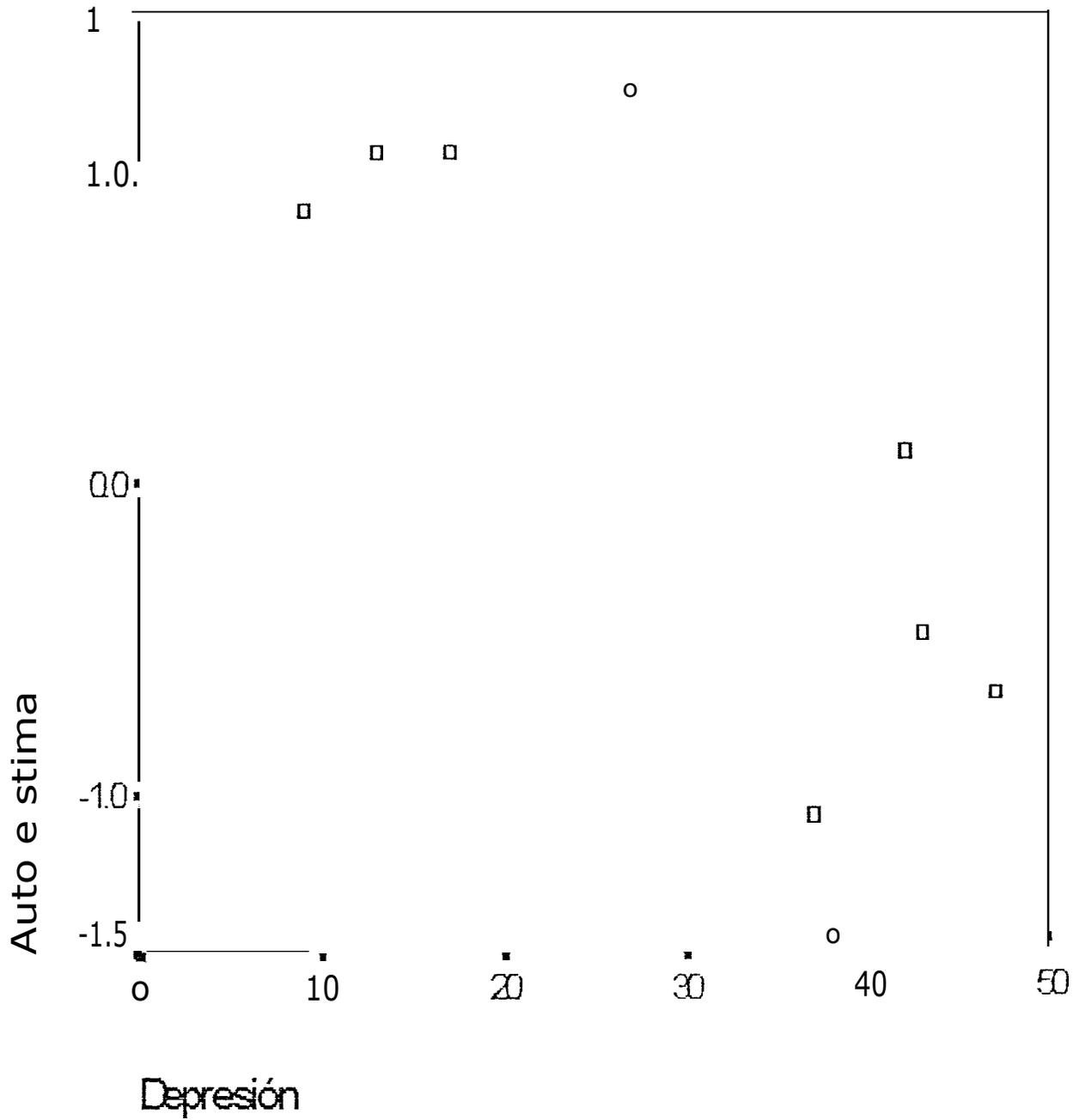
	Valor	df	Asymp. Sig
Pearson Chi Square	10.000(a)	4	0.04
Likelihood Ratio	13.46	4	0.009
Linear -by- Linear	6.806	1	0.009
N of Valid Cases	10		
A 9 cells (100.0%) have expected count less than 5. the minimum			

Symmetric Measures

		Valor	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	1	0.04
Nominal	Cramer's V	0.707	0.04
N of Valid Cases		10	
A Not assuming the null hypothesis.			
B Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.			

GRÁFICO N° 1

CORRELACION ENTRE AUTOESTIMA Y DEPRESION:
"A MAYOR AUTOESTIMA MENOR DEPRESION Y
A MENOR AUTOESTIMA MAYOR DEPRESION"



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD HUMANIDADES
CARRERA PSICOLOGÍA

**CUESTIONARIO A SER APLICADO EN EL
 INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACIÓN
 CAJA NACIONAL DE SALUD**

Actividad laboral que desarrollaba: Edad:
 Estado civil: Número de hijos: Sexo: **M F**

INSTRUCTIVO: El presente cuestionario debe ser llenado por pacientes con diagnóstico de Hemiparesia que asisten al Instituto Boliviano de Rehabilitación - Caja Nacional de Salud.

Seleccione la respuesta correcta que corresponda a su forma de ser, marcando con una **X**.

IMAGEN DE SI MISMO:

1. Siento que he perdido algo muy importante de mi vida.
 - a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

2. Debo estar presentable cuando me encuentre con mis amigos.
 - a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

3. Mi apariencia no es presentable desde que estoy enfermo.
 - a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

4. Pese a mi enfermedad soy una persona presentable.
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

TRABAJO:

- 5.- En el trabajo las personas me respetan.
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

- 6.- Siento que mi jefe no me tomará en cuenta.
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

- 7.- No seré el mejor empleado en mi fuente de trabajo
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

- 8.- En un futuro no muy lejano, ocupare un puesto de importancia.
- a) totalmente de acuerdo()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda()
 - d) en total desacuerdo()
 - e) en desacuerdo()

- 9.- No creo volver a trabajar.
- a) totalmente de acuerdo()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda()
 - d) en total desacuerdo()
 - e) en desacuerdo()

10.- Siento que mis expectativas sobre el futuro están frustradas.

- a) totalmente de acuerdo()
- b) de acuerdo()
- c) en duda()
- d) en total desacuerdo()
- e) en desacuerdo()

11.- Necesitare ayuda económica.

- a) totalmente de acuerdo()
- b) de acuerdo()
- c) en duda()
- d) en total desacuerdo()
- e) en desacuerdo()

12.- Volveré a trabajar sin importar mis dificultades.

- a) totalmente de acuerdo()
- b) de acuerdo()
- c) en duda()
- d) en total desacuerdo()
- e) en desacuerdo()

RELACION AFECTIVA.

13.- Seré rechazado por las mujeres (varones).

- a) totalmente de acuerdo()
- b) de acuerdo()
- c) en duda()
- d) en total desacuerdo()
- e) en desacuerdo()

14.- No creo que mis familiares me traten como antes.

- a) totalmente de acuerdo()
- b) de acuerdo()
- c) en duda()
- d) en total desacuerdo()
- e) en desacuerdo()

15.- En mi familia no es importante mi presencia.

- a) totalmente de acuerdo()
- b) de acuerdo()
- c) en duda()
- d) en total desacuerdo()
- e) en desacuerdo()

- 16.- Mis hijos me consideran una persona sin responsabilidades.
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()
- 17.- Seré rechazado en mi familia.
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()
- 18.- Mi esposa (esposo) me dejará.
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

SIXUALIDAD.

- 19.- Podré transmitir mis sentimientos a mi pareja.
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()
- 20.- A mi pareja no le interesará tener relaciones sexuales conmigo.
- a) totalmente de acuerdo ()
 - b) de acuerdo ()
 - c) en duda ()
 - d) en total desacuerdo ()
 - e) en desacuerdo ()

21.- Mi esposa (esposo) intercambiará afectos (un beso, un abrazo, una caricia) con mi persona.

- a) totalmente de acuerdo ()
- b) de acuerdo ()
- c) en duda ()
- d) en total desacuerdo ()
- e) en desacuerdo ()

22.- Cree Ud. que su sexualidad (placer sexual y procreación) será afectada.

- a) totalmente de acuerdo ()
- b) de acuerdo ()
- c) en duda ()
- d) en total desacuerdo ()
- e) en desacuerdo ()

23.- Cree usted que su esposa (esposo) le acepte con su problema.

- a) totalmente de acuerdo ()
- b) de acuerdo ()
- c) en duda ()
- d) en total desacuerdo ()
- e) en desacuerdo ()

CUESTIONARIO OD2

Leer cuidadosamente todas las afirmaciones y responder cada una según le parezca con Verdadero **(V)** ó Falso **(F)**.

L- PERDIDA DEL IMPULSO.

- | | |
|---|-------------|
| 1. Actualmente me parece difícil hacer las cosas. | (V) (F) |
| 2. Tengo que preguntar a otras personas sobre lo que debo hacer. | (V) (F) |
| 3. Actualmente no cuido bien de mi apariencia. | (V) (F) |
| • 4. No tengo energía. | (V) (F) |
| • 5. No me agradan como antes hacer las cosas que me gustan o me interesan. | (V) (F) |
| 6. Me siento más cansado que antes, pero no sé porqué | (V) (F) |
| 7. Mi apetito no está tan bueno como antes. | (V) (F) |
| * + 8. Me siento incapaz de actuar, así sea en cosas simples. | (V) (F) |
| 9. Ahora tengo dificultades para fijar mi atención en el trabajo o cualquier ocupación. | (V) (F) |
| 10. Hago las cosas mas lentamente que antes. | (V) (F) |
| 11. Me parece estar más estreñido que lo normal. | (V) (F) |
| 12. Soy incapaz de tomar decisiones con la facilidad que antes tuve. | (V) (F) |
| * + 13. Encuentro difícil hacer las cosas que antes hacia. | (V) (F) |
| 14. Me preocupo por mi salud. | (V) (F) |
| + 15. Las cosas me preocupan y me molesta actualmente. | (V) (F) |
| + 16. Me siento lleno de una sensación de temor. | (V) (F) |
| 17. Encuentro el trabajo menos fácil que antes. | (V) (F) |
| + 18. Me siento en un estado de debilidad general. | (V) (F) |
| * + 19. Me tengo que obligar hacer las cosas. | (V) (F) |

II.- FUNCION INTELECTUAL DISMINUIDA.

- | | |
|--|-------------|
| 1. Tengo que revisar varias veces lo que hago. | (v) (F) |
| • 2. Mi memoria no parece estar tan buena como antes. | (V) (F) |
| • 3. Me siento culpable. | (V) (F) |
| 4. Me siento menos capaz y menos inteligente que el resto de la gente. | (V) (F) |
| 5. Actualmente, con frecuencia deseo estar solo/a. | (V) (F) |
| • 6. Mi mente no está tan clara como antes. | (V) (F) |

HL ANSIEDAD.

- 1. Siento como si tuviera una bola en la garganta. (V) (F)
- * 2. Encuentro difícil librarme de ideas malas que me vienen a la mente. (V) (F)
- 3. Los asuntos sexuales me interesan menos que antes. (V) (F)
- 4. Sudor más que lo usual. (V) (F)
- 5. Me siento particularmente nervioso últimamente. (V) (F)
- 6. Tengo una sensación de pesadez en brazos y piernas. (V) (F)
- 7. Me parece que mi corazón late más rápido y que a veces se quiere desbocar. (V) (F)
- 8. Me siento muy tenso actualmente. (V) (F)
- 9. Mi peso se ha alterado recientemente. (V) (F)
- 10. Estoy más irritable que lo usual. (V) (F)
- 11. Llora con facilidad últimamente. (V) (F)

IV.- ANIMO DEPRESIVO, PESIMISMO.

- 1. No he logrado tanto éxito en mi vida comparándome con los demás. (V) (F)
- 2. Me siento inútil. (V) (F)
- 3. Estoy decepcionado y tengo desagrado de mi mismo/a. (V) (F)
- * + 4. En este momento me siento menos feliz que la mayoría de la gente. (V) (F)
- 5. Me gustaría poner fin a mi vida. (V) (F)
- 6. No tengo esperanzas para el futuro. (V) (F)
- 7. Tengo dolor en la parte baja de la espalda. (V) (F)
- + 8. Ahora evito ciertos lugares, actividades o cosas porque me aterrorizan. (V) (F)
- 9. Me siento harto. (V) (F)
- 10. Actualmente me siento incapaz de estar quieto/a. (V) (F)
- 11. Siento que sería mejor si yo estuviera muerto. (V) (F)
- * + 12. Actualmente me siento triste. (V) (F)
- 13. No duermo tan bien como antes. (V) (F)
- + 14. Me culpo por cosas que pasan. (V) (F)
- 15. Tengo la impresión de que los demás no me comprenden. (V) (F)
- 16. La vida me parece vacía. (V) (F)

La Paz, Septiembre 16 del 2002

Señor:
Dr. Rodolfo Lopez.
DOCENTE CARRERA PSICOLOGIA - U.M.S.A.

Presente. -

Ref: CONFIABILIDAD "CUESTIONARIO AUTOESTIMA"

Distinguido Dr.

Mediante la presente saludo a Ud. muy cordialmente augurando éxitos en el cargo que desempeña.

El motivo de la misma es el de solicitar a su persona me colabore en la Confiabilidad del "Cuestionario de Autoestima" que ya fue validado y utilizado en la elaboración de mi tesis titulada **"AUTOESTIMA Y DEPRESION EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEMIPARESIA QUE ACUDEN AL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACION - CAJA NACIONAL DE SALUD"**

Un Docente Miembro del Tribunal Lector, para dar el visto bueno para la defensa de mi Tesis solicita la Confiabilidad del mencionado cuestionario. Consistiendo en sugerir recomendaciones a las preguntas planteadas en el mismo que consta de 23 items.

Agradeciendo de antemano su deferencia y solicitando por favor me sea devuelto a la brevedad posible me despido de Ud.

Adj. Cuestionario de Autoestima.

Atentamente:


es
EGRESADO DE PSICOLOGIA
C.I. 22995229 L.P.

comentario:
le
d.
las

c.c. a rch .

4. 3. 2.

E S: A0 0E NA E SONE ACI ^{na}
 0N DIA(NO TI ODE S PA E IO O E D. N
 A 3OLIVIANO O ABILI AS ON
AJA NACIO AI A

CUESTIONARIO APLICADO EN EL "INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACION"

1. Siento que he perdido algo muy importante de mi vida,	IMAGEN DE SÍ MISMO	
Debo estar presentable cuando me encuentre con mis amigos.		acuerdo
Mi apariencia no es presentable desde que estoy enfermo.	IMAGEN DE SÍ MISMO	es valida 2 pero 2 2 accion
Pese a mi enfermedad soy una persona presentable.	IMAGEN DE SÍ MISMO	

8.

7.

6.

PREGUNTA	MIDE	
Siento que mi jefe no me tomará en cuenta.	TRABAJO	
No seré el mejor empleado en mi fuente de trabajo.	TRABAJO	
En un futuro un muy lejano ocupare un puesto de importancia.		fae → dad lu acci juuc H descap

PREGUNTA	MIDE	
9. No creo volver a trabajar.	RABAJO	anterior:
10. Siento que mis expectativas sobre el futuro están frías.	TRABAJO	
Necesitare ayuda económica	TRABAJO	anterior (8).
	TRABAJO	Depende de la situación -

16.

15.

14.

13.

PREGUNTA	INMIDE	RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES	
Seré rechazado por las mujeres.	RELACIÓN AFECTIVA		5 m
No creo que mis familiares me traten como antes.		seg	9 re 2 9 eis
En mi familia no es importante mi presencia.			
Mis hijos me consideran una persona sin responsabilidades.		am	D
17. Seré rechazado en mi familia.	RELACIÓN AFECTIVA		
18. Mi esposa (enamorada) me dejara.		a	3

PREGUNTA	MIDE		
9. Ποῦ τὸ ἄνδρ' ἔστιν ἡ ἀρετὴ καὶ ἡ ἀδουλία.	SEXUALIDAD		
20. ἄνθρωπος ἢ ἄνθρωπος εἶναι ἢ οὐκ εἶναι ἀρετὴν ἢ ἀδουλίαν.	SEXUALIDAD		
1. ἄνθρωπος ἢ ἄνθρωπος εἶναι ἢ οὐκ εἶναι ἀρετὴν ἢ ἀδουλίαν.	SEXUALIDAD	N (1.)	
22. ἄνθρωπος ἢ ἄνθρωπος εἶναι ἢ οὐκ εἶναι ἀρετὴν ἢ ἀδουλίαν.	SEXUALIDAD		
3. ἄνθρωπος ἢ ἄνθρωπος εἶναι ἢ οὐκ εἶναι ἀρετὴν ἢ ἀδουλίαν.	SEXUALIDAD	2	•

**TESIS: AUTOESTIMA Y DEPRESION EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE HEMIPARESIA QUE ACUDEN
AL INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACION
CAJA NACIONAL DE SALUD**

CUESTIONARIO APLICADO EN EL "INSTITUTO BOLIVIANO DE REHABILITACION"

PRE CUN	O S O	RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES
no eh•pe o al go m v •ni a n e de mi a.		<i>General.</i>
2 Oeh e tã p esen a w c an d o me nc ñ re con mi s a m l o	IMAGEN DE SÍ MISMO	<i>Adecuado</i>
p p a n c i a n o e s e a e e s o e < e s o y e n	IMAGEN DE SÍ MISMO	<i>Adecuado</i>
P se a n er me g o o ã ona p esenta b w.	IMAGEN DE SÍ MISMO	<i>no completo la idea</i>

8.

7.

6.

5.

PREGUNTA	MIDE	RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES
En el trabajo las personas me respetan	TRABAJO	<i>m je Z</i>
Siento que mi jefe no me tomará en cuenta.	TRABAJO	<i>(je =>) s s'</i>
No seré el mejor empleado en mi fuente de trabajo.	TRABAJO	<i>y ' =></i>
En un futuro un muy lejano ocupare un puesto de Importancia.	TRABAJO	<i>de</i>

16.

15.

14.

PREGUNTA	MIDE	
13. Seré rechazado por las mujeres.	RELACIÓN AFECTIVA	
No creo que mis familiares me traten como antes.	RELACIÓN AFECTIVA	
En mi familia no es importante mi presencia.	RELACIÓN AFECTIVA	<i>de</i>
Mis hijos me consideran una persona sin responsabilidades.	RELACIÓN AFECTIVA	<i>6 etc 2</i>
17. Seré rechazado en mi familia.	RELACIÓN AFECTIVA	<i>2+</i>
18. Mi esposa (enamorada) me dejara.		<i>12 64</i>

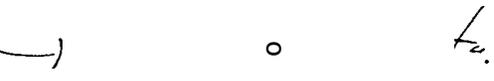
23.

22.

21.

20.

19.

PREGUNTA	MICE)NES Y OBS
Podre transmitir mis sentimientos a mi pareja.	,LIDAD	ce 2 cu
a mi pareja no le interesará tener relaciones sexuales conmigo.	,LIDAD	
Mi esposa (enamorada) intercambiará afectos (un beso, un abrazo, una caricia) con mi persona.	,LIDAD	_____
Cree Ud. que su sexualidad (placer sexual y procreación) será afectada.	,LIDAD	
Cree Ud. que su esposa (enamorada) le acepte con su enfermedad.	,LIDAD	N

