

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



El rechazo paterno hacia un hijo o hija con discapacidad física
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Luisa Andrea Mazariegos Recinos

Guatemala, octubre 2015

El rechazo paterno hacia un hijo o hija con discapacidad física

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Luisa Andrea Mazariegos Recinos

M.A. Rebeca Ramírez de Chajón (**Asesora**)

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín (**Revisor**)

Guatemala, octubre 2015

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos Licda. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría
PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO:

Luisa Andrea Mazariegos Recinos

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil catorce

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

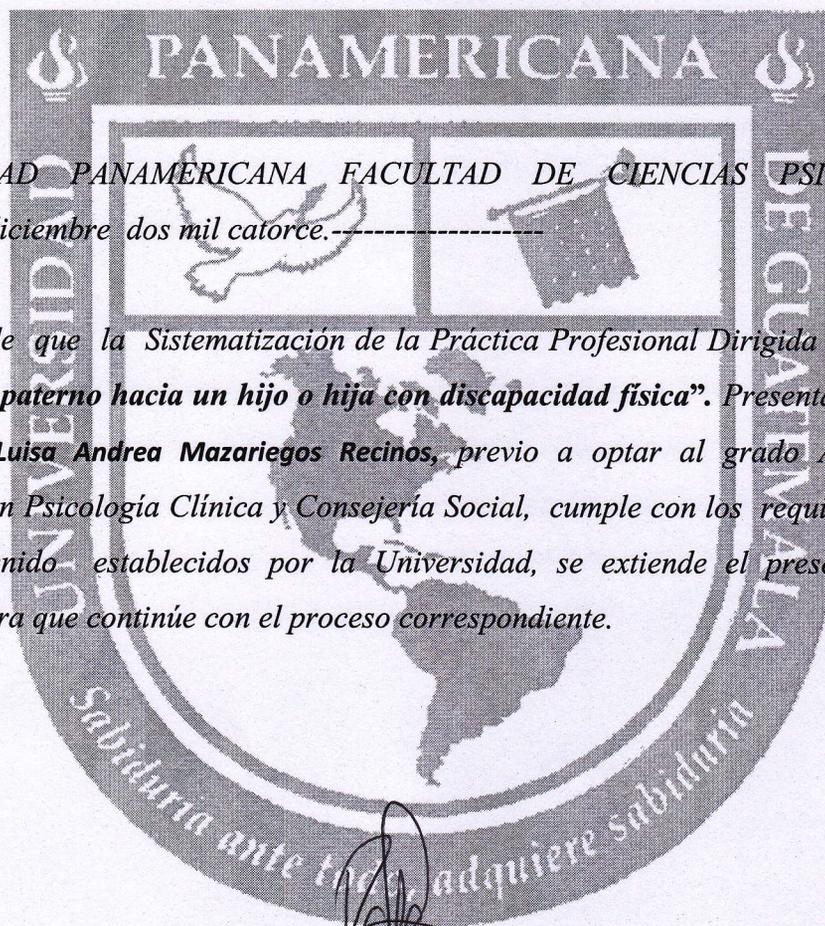
1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: **Luisa Andrea Mazariegos Recinos** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


M.A. Elizabeth Herrera

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas

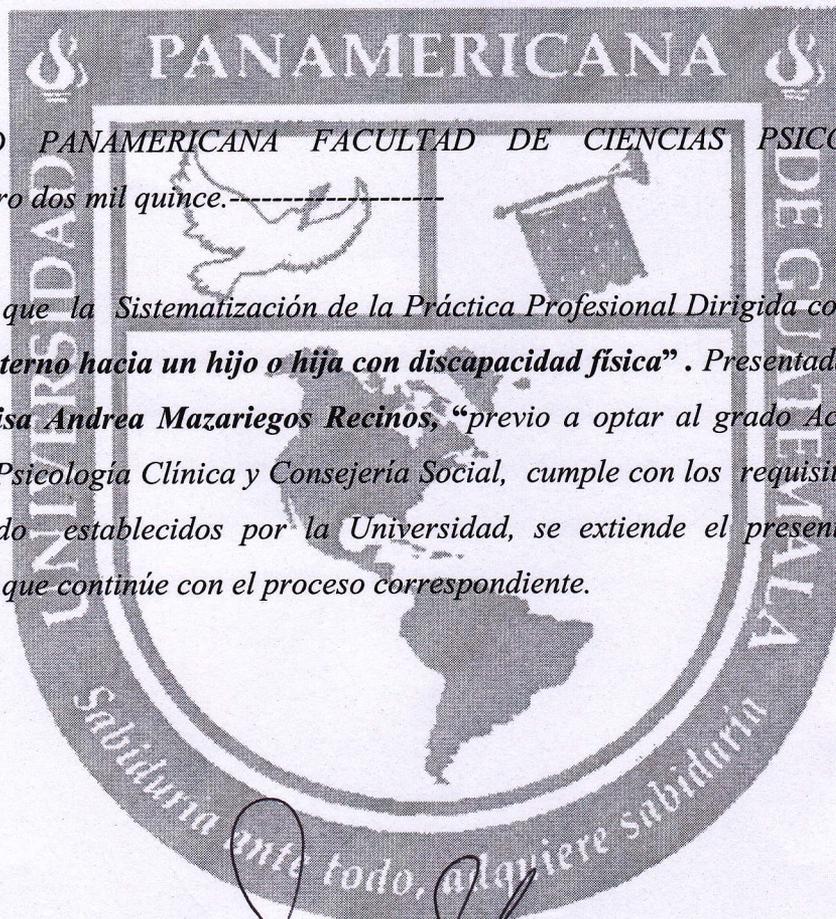




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala diciembre dos mil catorce.-----

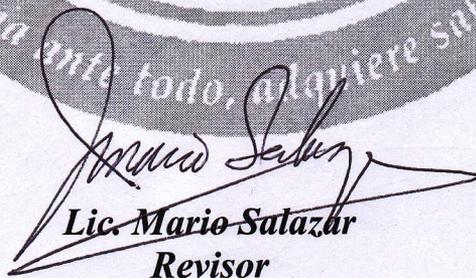
*En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “El rechazo paterno hacia un hijo o hija con discapacidad física”. Presentada por el (la) estudiante: **Luisa Andrea Mazariegos Recinos**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


M.A. Rebeca de Chajón
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala enero dos mil quince.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
“El rechazo paterno hacia un hijo o hija con discapacidad física” . Presentada por el (la)
estudiante: **Luisa Andrea Mazariegos Recinos**, “previo a optar al grado Académico de
Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos
y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen
favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Salazar
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala
septiembre dos mil quince.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "El rechazo paterno hacia un hijo o hija con discapacidad física" Presentada por el (la) estudiante: Luisa Andrea Mazariegos Recinos, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*

M.A. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del presente trabajo.

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | i |
| Introducción | ii |
| Capítulo 1 | 1 |
| Marco de Referencia | 1 |
| 1.1. Antecedentes | 1 |
| 1.2. Descripción | 2 |
| 1.3. Ubicación | 2 |
| 1.4. Organigrama | 3 |
| 1.5. Programas establecidos | 4 |
| 1.6. Visión | 4 |
| 1.7. Misión | 4 |
| 1.8. Justificación de la Investigación | 5 |
| Capítulo 2 | 6 |
| Marco teórico | 6 |
| 2.1. ¿Qué es la discapacidad física? | 6 |
| 2.1.1. Origen de la discapacidad física | 6 |
| 2.1.2. Clasificación de los tipos de discapacidad física | 7 |
| 2.1.3. Prevención de la discapacidad física | 10 |
| 2.2. Efectos emocionales en el círculo familiar | 11 |
| 2.2.1. Reacción del padre | 12 |
| 2.2.2. Reacción de la madre | 12 |
| 2.2.2.1. Sobre protección y prejuicio | 13 |
| 2.2.3. Dinámica familiar | 13 |
| 2.3. Función del padre dentro del hogar | 14 |
| 2.3.1. Importancia de la figura paterna | 14 |
| 2.3.1.1. Validación paterna | 14 |
| 2.3.1.2. Seguridad | 15 |
| 2.3.2. La madre en el papel de padre | 15 |

| | |
|--|----|
| 2.4. El rechazo paterno | 15 |
| 2.4.1. Abandono | 16 |
| 2.4.2. Conducta y pensamiento del padre | 16 |
| 2.4.3. Inestabilidad en el hogar | 16 |
| 2.5. Efectos emocionales en los hijos o hijas con discapacidad física | 17 |
| 2.5.1. Conflictos paterno-filiales | 17 |
| 2.5.2. Desafío a la autoridad | 18 |
| 2.5.3. Falta de identidad | 18 |
| 2.5.4. El lado positivo del camino | 18 |
| 2.5.4.1. Resiliencia | 19 |
| 2.6. Abordaje psicoterapéutico | 19 |
| 2.6.1. Psicoterapia individual | 19 |
| 2.6.2. Psicoterapia familiar | 22 |
| 2.7. Abordaje en Consejería | 24 |
| 2.7.1. Orientación en establecimiento de límites conductuales | 24 |
| 2.7.2. Orientación en cuidados en el hogar | 24 |
| 2.7.3. Orientación en encausamiento a la independencia y validación personal del hijo o hija con discapacidad física | 25 |
| Capítulo 3 | 26 |
| Marco metodológico | 26 |
| 3.1. Planteamiento del problema | 26 |
| 3.2. Pregunta de investigación | 26 |
| 3.3. Objetivos | 27 |
| 3.3.1. Objetivo General | 27 |
| 3.3.2. Objetivos Específicos | 27 |
| 3.4. Alcances y límites | 27 |
| 3.4.1. Alcances | 27 |
| 3.4.2. Límites | 28 |
| 3.5. Metodología (Como se llevó a cabo la investigación en los estudios de casos) | 28 |

| | |
|---|----|
| Capítulo 4 | 31 |
| Presentación de resultados | 31 |
| 4.1. Sistematización de los Estudios de Caso | 31 |
| 4.1.1. Anamnesis | 31 |
| 4.1.1.1. Datos generales | 31 |
| 4.1.1.2. Pruebas aplicadas/ Instrumento y fecha de aplicación | 31 |
| 4.1.1.3. Motivo de consulta | 32 |
| 4.1.1.4. Historia del problema actual | 32 |
| 4.1.1.5. Historia Clínica | 33 |
| 4.1.1.6. Historia Familiar | 34 |
| 4.1.1.7. Examen del estado mental | 35 |
| 4.2. Análisis de Resultados de los Estudios de Caso | 36 |
| 4.2.1. Resultado de pruebas | 36 |
| 4.2.2. Impresión diagnóstica | 36 |
| 4.2.3. Evaluación multiaxial | 37 |
| 4.2.4. Plan de tratamiento | 38 |
| Conclusiones | 41 |
| Recomendaciones | 43 |
| Referencias | 44 |

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Psicoterapias sugeridas para trabajar de manera individual | 20 |
| Tabla 2 Psicoterapias sugeridas para trabajar con la familia | 23 |

Resumen

El presente informe incluye diversos temas en relación a cómo la discapacidad física afecta las relaciones emocional y de qué manera se ve afectado el niño o niña con capacidades diferentes y su relación específicamente con el núcleo familiar en el área paterna, tomando como base el trabajo realizado en el centro de práctica y las necesidades que dicho centro reflejó, durante el proceso de la práctica y esta investigación.

En el capítulo uno se presentan una descripción general del centro de práctica cómo su meta, objetivos, población a la cual se dirige y con la cual colaboran. Incluyendo el encause y motivación principal de esta investigación la cual se encamino en base al sistema operativo y administrativo del centro de prácticas.

El capítulo dos se incluye las diferentes temáticas para obtener la base teórica para la Práctica Profesional Dirigida, se describe los tipos de discapacidad, origen y prevención. Desarrollando temas útiles sobre los problemas paternos filiales que se desatan en un hogar con un hijo o hija con capacidades diferentes, al igual que las diversas psicodinámicas que se manejan en dichos hogares y las maneras psicoterapéuticas, individual y familiar, que se pueden abordar.

En el capítulo tres se muestra la metodología que se utilizó en la práctica y sus procesos durante la Práctica Profesional Supervisada. La delimitación y población atendida en el centro se encuentra dentro de este mismo capítulo, el cronograma de actividades realizadas, tiempo de duración y horario de dicha práctica.

En el capítulo cuatro se presentan los resultados obtenidos de la Práctica Profesional Dirigida, muestra el análisis de resultados y la presentación del caso psicológico el cual motivó la investigación, desglosado el desarrollo paso a paso. Se adjuntó los logros obtenidos y las limitantes que surgieron durante el proceso de práctica.

Introducción

La paternidad es un lazo que se debe forjar por medio de experiencias, convivencia, comunicación, afecto y aceptación de los padres hacia los hijos, sin embargo, esto tiende a ser un desafío para quienes no cumplen o buscan cultivar esta relación. Esto provoca desapego emocional por parte del hijo o hija hacia su padre, refugiándose en la madre, dando como resultado una dinámica familiar relacional disfuncional.

En ocasiones los embarazos no deseados, relaciones disfuncionales previas al embarazo, escasez económica o el que el hijo o hija nazca con capacidades diferentes, son factores que provocan que la relación paterno-filial no sea exitosa, dando como resultado el abandono de hogar, rechazo, negligencia y discriminación por parte del padre.

Para los paciente en rehabilitación física es necesario el tener un hogar con una dinámica relacional estable y adecuada, permitiéndole incrementar el nivel de creencia en la recuperación en progreso, para esto se debe orientar de manera adecuada a los padres de familia del paciente y al paciente o la paciente en rehabilitación. Esto ayudará a que el progreso sea de manera integral en todas las áreas del paciente y su familia.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Antecedentes

La rehabilitación es un tema que para muchos es solo algo físico y que involucra algún lazo emocional en los pacientes o en los familiares del círculo primario de apoyo, estando dentro de la institución era notoria la presencia de la madre de los pacientes, sin embargo, la presencia del padre era casi nula, al hablar con las madres y pacientes dentro de la clínica de psicología era claro que en la mayoría de los casos la relación padre-hijo era distante y en ocasiones no existía ningún tipo de relación ya fuera por que el padre de familia abandonará el hogar luego del nacimiento del paciente con discapacidades diferentes o sencillamente ignoraba al paciente.

Tomando en cuenta que la mayoría de casos de discapacidad física era por descuido en el periodo de gestación y en otros era debido a un gen hereditario, esto causaba un patrón de desintegración familiar en el área relacional haciendo latentes diferentes acciones, emociones y sentimientos, tanto en el paciente como quien estuviera a cargo del mismo, tales como el enojo, la rivalidad entre hermanos, la sobre protección, negligencia, descuido, poca identidad con el sexo opuesto en el caso de las niñas y la identificación con su mismo sexo en el caso de los niños.

Así mismo el mejoramiento del paciente dentro de la terapias de habilitación y rehabilitación física, son debido al apoyo familiar tanto físico como emocional, dando un cabida a un entorno familiar en el hogar de armonía, aceptación, comprensión y tolerancia, así mismo facilitando la integración del paciente con la sociedad de manera sutil y eficiente.

1.2. Descripción

La práctica supervisada se realizó en: Fundación para el Bienestar del Minusválido (Fundabiem). Es una fundación, que tiene un sistema nacional profesional de rehabilitación abierto a la atención de cualquier persona con discapacidad física que lo necesite, independientemente de su origen social, económico o cultural. Cuenta con 24 centros y clínicas de rehabilitación en toda Guatemala. Trabaja con niños, adolescentes, adultos y adulto mayor.

1.3. Ubicación

Km. 18.5 Carretera Panamericana, Guatemala

1.5. Programas establecidos

Fundabiem, es un centro de rehabilitación para personas con discapacidades diferentes, actualmente cuentan con 23 centros y clínicas de rehabilitación funcionando en toda Guatemala. Pertenece a la Organización Internacional de Teletones, esta es la red de rehabilitación más grande a nivel mundial, es por eso que las colectas anuales para esta entidad son bajo la cobertura del nombre “TELETON”.

Brinda terapias a los usuarios con diferentes tecnologías y variedades, entre ellas Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia Educativa, así mismo cuentan con equipo Lokomat, laboratorio de Análisis de Marcha, los cuartos de Estimulación Sensorial (CEMS), y los Equipos de Rehabilitación Virtual (IREX)

Más de 650,000 guatemaltecos han sido beneficiados por los diferentes programas a los largo de 26 años (hasta el 2015), así mismo se han brindado más de 8 millones de servicios integrales de rehabilitación. Durante los primeros meses del año 2015, Teletón ha donado 420 sillas de ruedas, que ha logrado en conjunto con la Iglesia Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

1.6. Visión

Brindar de forma accesible y eficiente, servicios integrales de habilitación y rehabilitación a nivel nacional a persona con discapacidad física neuromusculoesquelética, para volverlos parte de una sociedad inclusiva con una operación honesta y una administración responsable.

1.7. Misión

Ser referente a nivel mundial en el campo de emprendimiento social siendo reconocidos por aplicar las mejores prácticas de gestión en el área médica, psicológica, financiera, administrativa, operativa y de recaudación.

Nuestras buenas prácticas nos permitirán atender para el 2030 a más de 30 mil personas con discapacidad física neuromusculoesquelética, quienes serán atendidas con los mismos estándares de calidad y tecnología en cualquiera de nuestros centros de atención y que gracias a nuestra labor pro-activa de sensibilización, podrán ser parte activa de una sociedad inclusiva.

1.8. Justificación de la Investigación

Durante el desarrollo de la investigación sobre “el rechazo paterno hacia un hijo o hija con discapacidad física“, que se realizó en conjunto con la Práctica Profesional Dirigida, se observaron diferentes tipos de conductas en los pacientes como la desmotivación, desgano, mala actitud, llanto excesivo, enojo, frustración y otro tipo de actitudes negativas, en la mayoría de casos era por el sentimiento de inutilidad dentro de casa, así como el rechazo que sufrían por parte de compañeros de estudio, parientes cercanos, padre o madre de familia, aunque por lo general era por parte del padre, así mismo por los hermanos y hermanas.

Se indago el por qué había conexión entre una rehabilitación exitosa y la estructura familiar en las relaciones, tomando como muestra a diversos pacientes con distintos trasfondo de vida y situación socioeconómica. Dando como foco de alerta un patrón similar de relación parental.

Debido a la poca integración familiar de los y las pacientes con discapacidades diferentes, se buscó la manera en la cual, desde el inicio de las diversas terapias ambos padres llevarán una guianza sobre la manera adecuada de fortalecer los lazos relacionales entre padre- hijo o hija y madre-hijo o hija, así como la importancia que tiene las relaciones sanas dentro del núcleo familiar para la motivación del paciente al estar dentro de la diversas terapias.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. ¿Qué es la discapacidad física?

“La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.” (Chasquinet, 2004). Las personas con discapacidad física pueden llegar a tener una independencia personal, sin embargo, existen mitos sobre la discapacidad en la sociedad, a pesar de la información que ha circulado durante años.

La mala información ha circulado de manera natural en la sociedad, se ha dicho que la discapacidad física es una enfermedad, esto es mentira y por ende se puede prevenir; se ha dicho que es algo genético o hereditario, esto no es cierto, “en la mayor parte de los casos, resulta de la falta de saneamiento básico que ocasiona infecciones, falta de asistencia pre-natal y al parto y, principalmente, los accidentes de automóvil y la violencia por arma de fuego.” (Chasquinet, 2004)

Se debe recalcar también que una persona con discapacidad física, puede llegar a tener una vida sexual activa como cualquier otra persona, se pueden enamorar, casarse e incluso formar una familia. La discapacidad física no solo se da en la sociedad con escasos recursos, estas afecciones pueden darse en cualquier nivel socioeconómico.

2.1.1. Origen de la discapacidad física

Existen varias razones por las cuales una persona puede tener discapacidad física, no siempre es de nacimiento o se presenta a temprana edad, en ocasiones puede ser una enfermedad progresiva como la distrofia muscular la cual comienza a dar señales malignas desde los 5 años en adelante, otras enfermedad que surge repentinamente es la esclerosis múltiple o el síndrome de guillian

barre, entre otras, suelen ocurrir sin previo aviso, atrofiando músculos y tendones en las personas. Los accidentes domésticos, laborales, automovilísticos, dentro del deporte, o una caída, pueden causar una parálisis parcial del área motora superior o inferior y en algunos casos puede ser una parálisis total.

La discapacidad física de nacimiento puede ser por la mala alimentación de la madre, la falta de nutrientes como el ácido fólico, los pocos cuidados por parte de la madre al ingerir medicamento no apto para embarazadas, ingesta de alcohol o drogas, accidentes domésticos, automovilísticos, violencia intrafamiliar o intento de aborto. “En Guatemala hay prevalencia de 2.35 casos de afecciones en el tubo neural —espina bífida, hidrocefalia, anencefalia y encefalocele— por cada mil niños nacidos vivos, muchos de los cuales se registran en la provincia, cifra considerada alta en comparación con el 1 por ciento en el resto del mundo, explica la ginecóloga Linda Valencia, del Observatorio en Salud Reproductiva (Osar).” (Martinez, 2013)

También existe la discapacidad física de origen neurológico, esta aparece como consecuencias³⁴ “de un accidente cerebrovascular, una lesión medular, un traumatismo craneoencefálico y otros trastornos del desarrollo neurológico, como la parálisis cerebral. La irrupción de una gran discapacidad física en la vida de una persona es devastadora; genera una drástica limitación funcional, que dificulta su participación en actividades y su vida cotidiana. Se estima que los individuos con discapacidad realizan una actividad física moderada y la mitad de las actividades de ocio que las personas sin discapacidad. (Coll-Fernández, 2013)

2.1.2. Clasificación de los tipos de discapacidad física

Lesión Medular: Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina pérdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad, estas pérdidas se presentan por debajo del lugar donde ocurrió la lesión. Una lesión en la medula espinal ocurre cuando esta se comprime o al obstruir su flujo sanguíneo, esto ocurre cuando se fractura una o más vértebras o cuando las vértebras se deslizan una hacia las otras apretando así la medula espinal, esto se llama subluxación.

Los síntomas de una lesión medular dependen de la ubicación y la gravedad de la lesión, es decir entre más alta sea la lesión mayor es el área de funcionamiento que se ve afectada, existe lesión medular completa o parcial, cuando la lesión es completa no existe ningún funcionamiento por debajo del lugar de la lesión y la lesión parcial indica que existe algún funcionamiento por debajo del lugar de la lesión. (Fundación Unicornio, 2007)

- Paraplejía: Es una lesión completa en el área dorsal, produce parálisis completa en las piernas pero no afecta los brazos.
- Tetraplejía: Una lesión completa entre la vértebra cervical 4 y cervical 7 produce debilidad en los brazos y parálisis completa en las piernas.

Esclerosis Múltiple (EM): Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una suerte de alergia de una parte del sistema nervioso central, afectando los nervios que están recubiertos por la capa de mielina. Se llama *esclerosis* porque hay endurecimiento o cicatriz del tejido en las áreas dañadas y *múltiples* porque se afectan zonas salpicadas del sistema nervioso central, donde los síntomas pueden ser severos o leves, los cuales pueden manifestarse con una periodicidad impredecible y errática, diferente en cada paciente. Existen dos formas básicas de EM: La más corriente se manifiesta con brotes (síntomas) espaciados que pueden durar días o semanas. Los brotes no son necesariamente acumulativos y entre uno y otro pueden pasar meses o años. La segunda es crónica, más compleja, con brotes progresivos. (Fundación Unicornio, 2007)

Parálisis Cerebral: Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal, pero también puede producirse justo antes, durante o poco después del nacimiento, como también por situaciones traumáticas (accidentes). Existen diversos grados de parálisis cerebral. Tradicionalmente se distinguen cuatro tipos:

- Espástica
- Disquinética

- Atáxica
- Mixta

(Fundación Unicornio, 2007)

Mal de Parkinson (MP): Entre las enfermedades neurológicas, el Mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. Es una de las afecciones más antiguas que conoce la humanidad y recibe su denominación del médico londinense James Parkinson, quien la padeció y la describió en 1817. De causa desconocida, es una enfermedad crónica y progresiva, que causa una lenta pérdida de la capacidad física en la época de la vida que se creía llegar a un merecido descanso. (Fundación Unicornio, 2007)

Espina bífida: Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal, lo que sucede durante el primer mes de embarazo. Las investigaciones indican que una de sus causas es la falta de ácido fólico en el organismo de la madre.

Existen tres tipos:

- Espina bífida oculta
- Meningocele
- Mielomeningocele

(Fundación Unicornio, 2007)

Distonía muscular o distrofia muscular (DM): Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas. Además, presenta tics regulares o irregulares y afecta a una o varias partes del cuerpo. Estos desórdenes musculares no afectan las otras funciones del cerebro, como la personalidad, la memoria, las emociones, los sentidos, la capacidad intelectual y la actividad sexual se mantiene absolutamente normal. Existen diversas clasificaciones de la distonía, las cuales dependen según donde estén ubicadas en el cuerpo:

- Distonía primaria o idiopática.
- Distonía secundaria.
- Distonía generalizada.
- Distonía focal.
- Hemidistonía.
- Distonía segmental.

(Fundación Unicornio, 2007)

Acondroplasia o enanismo: La acondroplasia es debida a un cambio en la información genética que recibe el factor receptor de crecimiento de fibroblastos, células que hacen que los huesos crezcan a lo largo. Esto produce una malformación en el desarrollo de los cartílagos, con una calcificación acelerada que impide el crecimiento normal de los huesos. Las personas con acondroplasia tienen un torso de medida normal, las extremidades cortas y la cabeza ligeramente más grande, además de otras características fenotípicas más o menos regulares. Aparece como una mutación espontánea, que tiene lugar por azar cada veinte mil nacimientos aproximadamente. Alrededor del noventa por ciento de los niños con acondroplasia no tienen historia de ella en sus familias. (Fundación Unicornio, 2007)

2.1.3. Prevención de la discapacidad física

La discapacidad física genética o congénita no puede prevenirse, sin embargo, la de tipo neurológico por desnutrición, malos cuidados o accidentes después de nacimiento, pueden prevenirse.

La madre debe descartar enfermedades o agentes infecciosos que pueden causar malformación. Estas enfermedades pueden ser:

- Rubeola: Causa cataratas, glaucoma, defectos cardiacos y sordera.
- Virus el Herpes Simple: Causa microftalmía, microcefalia y displasia retiana.

- Toxoplasmosis: Causa hidrocefalia, calcificaciones cerebrales y microftalmía.
- Sífilis: Causa discapacidad intelectual y sordera.

La madre no debe tener contacto con agentes físicos como los rayos X, esto puede causar microcefalia, espina bífida, fisura del paladar, defectos en los miembros del cuerpo del feto. No es recomendado el automedicarse, ya que algunos medicamentos contienen químicos los cuales pueden ser altamente dañinos para el feto, puede causar malformaciones cardiacas, defectos del tubo neuronal, hidrocefalia, labio leporino, fisura en el paladar, defectos faciales, discapacidad intelectual, anomalías urogenitales y esqueléticas. Evitar el consumo de drogas o bebidas alcohólicas.

Sobre todo la madre debe tomar ácido fólico ante de la concepción durante el primer trimestre de embarazo para prevenir defectos relacionados con el cerebro y la medula espinal del bebé. Al nacer el bebé debe llevar una adecuada alimentación para evitar desnutrición, debe de vacunarse en el tiempo establecido por el médico o pediatra, al no vacunarse puede estar expuesto a enfermedad que pueden causarle discapacidades neurológicas o físicas. Se debe tener cuidado con los accidentes en casa o en medio del juego, la ingesta accidental de tóxicos o medicamentos no recomendados, al incurrir en cualquiera de estas situaciones se debe llevar al médico para descartar secuelas que puedan causar dificultades físicas o neurológicas a futuro. (bbmundo direct, 2012)

2.2. Efectos emocionales en el círculo familiar

Toda pareja, al tener la noticia sobre la llegada de un nuevo ser humano a su hogar, tiene la ilusión de llenarle de amor, que será saludable, podrán enseñar un oficio e incluso sueñan con los días en que él vaya al colegio a estudiar, en otras ocasiones existe un rechazo hacia el bebé, ya que no fue planificado y alguno de los padres muestra inconformidad, cuando se le agrega el “ingrediente” de una discapacidad física, los sueños y anhelos de los padres o familia, pueden venirse abajo. La psicóloga Patricia de Polanco refiere “Lo primero, en su mayoría no acepta, rechaza, van con diferentes doctores para que el diagnostico sea rectificado.”

Este sentimiento es completamente normal, ningún padre está preparado para recibir una noticia, se entra en un estado de Shock y luego surge la crisis. En ocasiones puede manifestarse culpabilidad, rechazo a la situación, al hijo o hija con discapacidad física, favoritismo por los demás hijos, abandono. P. Polanco refiere que los efectos emocionales pueden intensificarse según como lo diga el medico ya que algunos “suelen ser muy drásticos” al dar la noticia a los padres de familia, esto puede causar mayor frustración, desesperanza e incluso la desmotivación de buscar rehabilitación para el hijo o hija con discapacidad física. Al tener la información adecuada sobre la discapacidad física y rehabilitación, los padres durante el proceso, se logra mantener la esperanza de realización personal para el hijo o hija con discapacidad física.

2.2.1. Reacción del padre

Para un padre puede llegar a ser un orgullo el desempeño su hijo o hija, pero cuando este es diagnosticado con discapacidad física, el padre tiende a rechazar al hijo o hija, en ocasiones suele negarlo y en otras puede culpar a la madre sobre la situación física del hijo o hija. Se manifiestan sentimientos de frustración, enojo y tristeza. Piensa que toda su vida va a cambien y en ocasiones, el padre, suele refugiarse en el trabajo u otras actividades fuera de casa.

2.2.2. Reacción de la madre

Cuando es un embarazo deseado se puede tener una mejor aceptación hacia el bebé, pero cuando es un embarazo no deseado en ocasiones existe el abandono y sede su custodia a otra institución o un familiar. La madre vuelca toda su atención en el hijo o hija con discapacidad física y aísla parcial o totalmente la participación del padre en el proceso de rehabilitación.

2.2.2.1. Sobre protección y prejuicio

La madre suele sobre proteger y dejar de lado el establecimiento de límites, esto crea una mala actitud en el hijo o hija como agresividad, enojo, impulsividad, irrespeto a las autoridades y autoritarismo. Maneja diversos prejuicios de sobre la independencia motora del hijo o hija, puede incapacitar completamente al hijo o hija, porque cree que su impedimento físico no lo dejará ir al baño, comer solo, sentarse, caminar o tener actividades sociales, educación o tener alguna ocupación u oficio. (bbmundo, 2012)

2.2.3. Dinámica familiar

“El hecho de que cada hijo tiene una madre y un padre, no es una casualidad. Hace falta un esfuerzo conjunto para criar a los niños. Todo niño necesita que sus dos padres modelen en él la dinámica de una vida equilibrada.” (Henrichsen, 1981). La dinámica familiar es variable, según la información que los padres de familia manejen sobre el tema de discapacidad física y su rehabilitación, la comunicación de la pareja, la estabilidad económica, estabilidad emocional, y en la mayoría de las ocasiones, la estabilidad espiritual.

Existen 2 tipos de hogares: integrados y desintegrados. Los hogares integrados suele existir una alta probabilidad de estabilidad emocional en el hijo o hija con discapacidad física y se logra obtener mejores resultados en la rehabilitación del mismo.

Los hogares integrados físicamente en ocasiones suelen estar desintegrados emocionalmente, debido a la ausencia del padre para con los hijos, también puede que ambos padres trabajen y una cuidadora o enfermera se haga cargo del hijo o hija con discapacidad. El hogar desintegrado puede ser por divorcio y abandono, en ocasiones el padre al irse del hogar, no vuelve y el hijo o hija no llega a conocerle.

2.3. Función del padre dentro del hogar

El padre cumple un papel fundamental en las etapas tempranas de desarrollo: actúa como soporte emocional de la madre a la vez que representa el elemento separador de la díada madre-niño al insertarse precozmente entre ellos. La función paterna permite al hijo individualizarse separándolo de la madre, introduce al hijo en la cultura y el lenguaje. (Lupica, 2009)

En este caso, el padre más que una fuente de dinero, es uno de los pilares emocionales del ser humano y sobre todo dentro de la familia.

2.3.1. Importancia de la figura paterna

Recientemente, los científicos que estudian el comportamiento han comenzado a comprender el papel fundamental que el padre desempeña en el desarrollo saludable tanto en los niños como en las niñas. De acuerdo con la siquiátrix Kyle Pruett, “los padres son tan importantes para los hijos como las madres, pero de maneras diferentes.” (Dobson, 2002) el autor refiere que al no estar presente la figura paterna “los hombres y mujeres se vuelven más y más indefensos y actúan más y más como niños grandes.” Los padres son parte fundamental en el crecimiento de los hijos sin importar si este tiene una discapacidad física o no, el padre es quien da diversos valores que la madre no puede dar al hijo.

2.3.1.1. Validación paterna

La validación es la afirmación de identidad por parte del padre para con los hijos. Tanto el niño como la niña, necesitan al padre, dicha validación toma un papel importante en el desarrollo psico-sexual de la persona.

“La niña necesita la figura paterna porque formará la idea de qué es un hombre, traspasando sentimientos provenientes de la relación con su padre a la relación con su esposo y ella necesita que el padre establezca activamente normas en su vida. El niño necesita del padre porque a través de él, logrará la tipificación de género, aprenderá lo que es apropiado y esperado por la sociedad respecto a los papeles del género, el padre es que el ayuda al niño a lograr la autonomía, afecta el desarrollo cognoscitivo y sobre todo lo prepara para formar parte de una sociedad, marca pautas morales, establece límites “. (Alvaréz & Maggio, 2010)

2.3.1.2. Seguridad

La seguridad paterna, en ocasiones se puede mal interpretar como una seguridad económica, eso es un error, los padres no solo proveen dinero sino seguridad de amor y aprobación del carácter del hijo o hija. “El padre también debe saber comunicarse, por supuesto con el hijo, dándole seguridad con su amor, con su palabra.” (Hernando, 2009)

2.3.2. La madre en el papel de padre

Cuando una madre es soltera, vive en un hogar monoparental, esto puede darse debido a una separación, abandono o muerte del padre de familia. Cuando la madre está sola, esta debe tener un doble papel dentro del hogar, Polanco refiere que son personas con mucha fortaleza y fe. Sin embargo, suelen olvidarse de sí misma, sobre exigiéndose, viéndose como una madre cansada y envejecida, ya que en muchas ocasiones solo la madre debe encargarse de la provisión económica y del cuidado todo el día todos los días.

2.4. El rechazo paterno

El rechazo paterno, surge por la infirmitad de tener un hijo o hija no deseada. Pero cuando se habla de un hijo o hija con discapacidad física, el rechazo paterno suele surgir luego del diagnóstico confirmado de cualquiera de los tipos de discapacidad física, el rechazo no siempre

es verbalizado por parte del padre pero se confirma al no querer participar en las actividades del hijo o hija con discapacidad física. Según Polanco, las madres en la mayoría de los casos, aprueban dicha actitud y buscan realizar solas las actividades que el hijo o hija deben de realizar a lo largo de su proceso de rehabilitación y vida.

2.4.1. Abandono

El abandono del hogar no ocurre en todos los casos, en ocasiones es solo un distanciamiento físico con el hijo o hija con discapacidad específicamente, el padre se centra en otras actividades que eviten la convivencia con el hijo no sano y si hay más hijos que no tengan discapacidad vuelca su atención a ellos.

2.4.2. Conducta y pensamiento del padre

Cuando el padre no está conforme con el hijo en suele ser mar duro en su corrección y es frío al contacto físico. La inconformidad del padre para con el hijo o hija con discapacidad suele ser alta, existen sentimientos de culpa y en ocasiones se desvía la culpa hacia la madre, los pensamientos más comunes hacia la mujer son: “ella no se cuidó bien.”, “su familia heredó el gen”, “si no se hubiera embarazo esto no estaría pasando”. Estos pensamientos provocan una conducta, para Rohner, el rechazo parental queda definido como la usencia o retirada significativa del calor, afecto o amor del padre, el padre puede ser hostil y agresivo, indiferente y negligente y puede rechazar indiferenciadamente. (Rohner, 1986)

2.4.3. Inestabilidad en el hogar

La inestabilidad en un hogar donde hay un hijo o hija con discapacidad física, surge principalmente por la falta de comunicación de los padres, el tener diferentes perspectivas, prioridades, compromisos y diferencias no resuelta, pueden ocasionar problemas.

La pareja LaHaye dice que “ignorar temas difíciles o áreas problemáticas no soluciona nada y complica el problemas. Cuando se incrementa el problema en el matrimonio, los hijos recienten dicha discordia, esto puede causar, en el hijo o hija, sentimientos de culpa, favoritismo, inseguridad, baja autoestima, enojo, frustración y desadaptación en el círculo familiar. (LaHaye, 1978)

2.5. Efectos emocionales en los hijos o hijas con discapacidad física

Según Polanco, los efectos emocionales en el hijo o hija con discapacidad física suelen ser muy profundos, ya que la razón por la que son rechazados no puede cambiarse fácilmente, lleva un proceso largo y en ocasiones nunca llega a cumplirse la meta establecida, y cuando la dificultad física lleva de la mano la dificultad cognitiva, es complicado trabajar en clínica estos problemas emocionales

El rechazo paterno causa un pobre concepto de sí mismo en el hijo o hija con discapacidad, es tímido, introvertido, no puede decir “no” con facilidad, tiene dificultad para expresar sus sentimientos, sentimientos de odio, celos, duda, culpa, desconfianza generalizada, auto-desvalorización, debilidad emocional, sensación de incapacidad, criterios de estados depresivos, pensamientos suicidas y homicidas, agresividad y desafío a la autoridad. (Settecase, 2008)

2.5.1. Conflictos paterno-filiales

Se toma como un problema relacional el cual puede ser como motivo de consulta si tiene un deterioro clínicamente significativo. De ser así se cataloga bajo el código Z63.6 Problemas paterno-filiales [V61.20], este problema relacional está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos. (Comité Elaborador del DSM- IV TR, 1995)

2.5.2. Desafío a la autoridad

Esto conlleva desobediencia por parte del hijo o hija con discapacidad hacia una figura de autoridad no específica, dicho comportamiento puede verse reflejado en la institución educativa, en el hogar y si asiste a alguna iglesia, podrán notarlo. Este comportamiento puede ser por la falta de límites establecidos en el hogar, la ambivalencia de la autoridad en casa y la inestabilidad emocional de los padres. El rechazo paterno puede ser una causa de bastante peso en esta clase de comportamientos, si el padre muestra hostilidad y agresividad hacia el hijo o hija, este solo será el reflejo en el comportamiento hacia los que le rodean. (Carrasco, 2012)

2.5.3. Falta de identidad

La identidad del individuo se establece por el padre. El padre es responsable de proveer o establecer la identidad de todos los que vienen de él. Los hijos naturales y espirituales que crecen sin padres son inseguros e inconscientes de su identidad. (Maldonado, 2007), esto puede causar confusión sobre la manera de actuar y relacionarse con otros, en el medio familiar, laboral, profesional y social.

2.5.4. El lado positivo del camino

A pesar del rechazo paterno, hay quienes escogen ser el cambio en medio de la vida “difícil” que viven, cuando aceptan las oportunidades que vienen pueden tener una realización personal óptima. Los logros de una persona con discapacidad física son mayormente alabados por el mundo, que los que no tienen ningún impedimento físico, muchos han llegado a escribir libros, dan pláticas motivacionales e impulsan a otros a ser igual a ellos.

2.5.4.1. Resiliencia

Hablar de resiliencia es hablar de la capacidad humana, individual o grupal, de resistir a situaciones adversas, encontrando recursos creativos para emerger de ellas, no podemos menos que considerar los factores de resiliencia que enfrentan el riesgo, puesto que el proceso de resiliencia contempla la adversidad (riesgos entre otras acepciones). El concepto integra puntos de vista basados más en la promoción de la salud que en la expectativa de enfermedad, y está compuesto por un conjunto de factores de resiliencia. (Renzi, 2010)

2.6. Abordaje psicoterapéutico

El apoyo emocional es importante para los padres como para el hijo o hija con discapacidad física, se debe tener una salud mental óptima, junto con una inteligencia emocional y social estable. Los padres deben desarrollar destrezas o habilidades para afrontar los problemas que surjan durante el crecimiento de su hijo o hija con discapacidad física. Los problemas más frecuentes a trabajar en clínica son: problemas conductuales del hijo o hija con discapacidad física, problemas con el círculo primario de apoyo, problemas paterno-filiales, problemas de pareja, inestabilidad familiar por roles cruzados.

2.6.1. Psicoterapia individual

La psicoterapia individual es necesaria para conocer mejor al paciente, al estar solo con el paciente el podrá abrirse con mayor facilidad y fluidez, en ocasiones este proceso puede ser lento o rápido, todo depende de la disposición del paciente para trabajar y el deseo de cambio para una mejor calidad de vida. Para trabajar con una familia que tiene un hijo o hija con discapacidad física es necesario abórdalo por separado, como puede observarse en la tabla 1

Tabla 1 Psicoterapias sugeridas para trabajar de manera individual

| Dirigido a: | Observación | Terapia | Objetivo de la terapia | Descripción de la terapia |
|---|--|--------------------------|---|---|
| Paciente con discapacidad física | Luego de establecer un diagnóstico, se debe tomar en cuenta el nivel cognitivo, edad mental y nivel de comprensión del paciente. | Cognitivo conductual | Trabajar estrategias de afrontamiento. Cambios conductuales del paciente de control de impulsos, conductas negativas. Inteligencia emocional. | Modelo psicoterapéutico, trabaja a nivel cognitivo el inconsciente para luego trabajar a nivel conductual al paciente. Se efectúa bajo cuatro técnicas: “terapia racional-emotiva de Ellis”, “terapia cognitiva de Beck”, “el entrenamiento en inoculación de estrés” y “terapia de solución de problemas”. (Becoña Iglesias, Vásquez, & Oblitas Guadalupe, 2008) |
| | | Centrada en el paciente. | Trabajar de manera lúdica con el niño o niña con discapacidad física. | Modelo psicoterapéutico, en el que se pretende facilitar los factores de cambio en el paciente y hacerlos duraderos, durante el proceso terapéutico teniendo como base tres pilares importante de empatía, aceptación incondicional y autenticidad. (Corona, |

| | | | | |
|---|---|-----------------|--|---|
| | | | | 2008) Al trabajar manera lúdica cuando se trabaja con el niño, (Rogers, 1992) el terapeuta acepta el ritmo elegido por el niño, esto facilitará la confianza y progreso en el proceso terapéutico. |
| Padre y/o madre del paciente con discapacidad física. | Al trabajar con el padre o madre del paciente, se debe trabajar bajo los rasgos encontrados en el paciente incluyendo nuevos rasgos encontrados en los padres, junto con los mecanismos de defensa. | Breve Sistémica | Trabajar y estabilizar las primeras emociones luego del conocimiento del diagnóstico confirmado sobre discapacidad física en el hijo o hija con discapacidad física. | Se trabaja con el problema y la manera en que se ve, busca cambiar la “forma de actuar”, modificar la “forma de ver” y evocar los recursos y capacidades, que se puedan aplicar a la situación que se percibe problemática. (Riveros, 2008) |
| | | Logoterapia | Trabajar en forma de diálogo los problemas referentes a la vida, la muerte, el sufrimiento, trabajo y amor. | Modelo psicoterapéutico que busca las respuestas por medio del debate, sobre la existencia. No a orillando a un pensamiento |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>específico, más bien dando libertad y elección a la hora de decidir sobre dicho propósito existencial.</p> <p>“El hombre es responsable de sus respuestas, elecciones y acciones”. (Atala, 2008)</p> |
|--|--|--|--|---|

Fuente: Elaboración propia.

2.6.2. Psicoterapia familiar

Es importante implementar la terapia familiar, debido a que cuando un hijo o hija tiene discapacidad física afecta todo su entorno, se recomienda trabajar con las personas con las cuales vive sin importar si estas no son el núcleo familiar, idealmente se trabaja con los padres en conjunto con el hijo o hija para crear nuevos lazos en la familia. Como puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2 Psicoterapias sugeridas para trabajar con la familia

| Dirigido a: | Observación | Terapia | Objetivo de la terapia | Descripción de la terapia |
|--|--|--------------------|--|---|
| Familia del paciente con discapacidad física. | Se debe trabajar con las personas que están involucradas directamente con el paciente de no ser los padres, aunque la meta es trabajar con los mismos. | Sistémica familiar | Que quienes estén involucrados en la familia, comprendan que como familia son un sistema el cual debe funcionar de manera adecuada, para alcanza un proceso exitoso. | Modelo psicoterapéutico donde dos o más individuos plantean una problemática y el rol que cada uno de ellos lleva a cabo dentro de la misma. Busca ubicar a cada miembro dentro del sistema al cual pertenecen y como deben actuar dentro del mismo. |

Fuente: Elaboración propia.

2.7. Abordaje en Consejería

En consejería se puede informar de manera directa a los pacientes y de igual manera orientarlo sobre la crianza adecuada del hijo o hija con discapacidad física, no traspasando los aspectos culturales, creencia religiosa o entorno ambiental.

2.7.1. Orientación en establecimiento de límites conductuales

Se debe orientar adecuadamente a los padres de familia sobre el establecimiento de límites conductuales, sin importar si su hijo o hija tiene una discapacidad física, botando la barrera de creencia que por su impedimento sería injusto corregirle. Al establecer límites adecuados se trabajara de manera preventiva, Cloud y Townsend refieren que se debe ayudar al niño a evitar que vivan lo que muchos adultos atravesaron para reparar la falta de límites. (Cloud & Townsend, 1998)

2.7.2. Orientación en cuidados en el hogar

Los cuidados del hijo o hija con discapacidad física, en ocasiones tienen a ser exagerados y pueden caer en sobreprotección, negligencia y crear inseguridad en el hijo o hija. Según Polanco, dicho comportamiento tiende a ser más marcado por la madre al tratarlo o tratarla como bebé la mayor parte del tiempo, esto provoca que el paciente no tenga el progreso adecuado en la rehabilitación del mismo, trayendo dificultades para la vida familiar y el crear conflicto fraterno por el “favoritismo” que pueda crearse en casa.

2.7.3. Orientación en encausamiento a la independencia y validación personal del hijo o hija con discapacidad física

La independencia y la validación personal, no depende solamente del estado físico, según testimonio de personas como Nick Vujicic, un hombre australiano que nació sin brazos ni piernas, en el corto de “el circo de la mariposa”, habla sobre el valor y potencial de las personas con dificultades, a pesar de lo poco que cree una persona alcanzar por su aspecto físico logra comprender que puede ser capaz de todo lo que el desee hacer. (Vujicic, 2009)

Los padres deben entender que su hijo o hija es una persona que puede llegar a valerse por sí misma si su cognición y capacidad mental son adecuadas, pueden aprender un oficio o ayudar con los quehaceres del hogar, ya que en algún momento de la vida pueda que no haya una persona quien les ayude. El ayudar a valerse por sí mismo a un hijo o hija con discapacidad física, da seguridad en sí mismos, felicidad, armonía en el hogar y estabilidad emocional.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1. Planteamiento del problema

La frustración, enojo y culpa son sentimientos “normales” en las familias donde un menor sufre un problema de incapacidad física, en ocasiones estos problemas se presentan por falta de cuidados prenatales o herencia genética. Esto da como resultado un hijo o una hija no sano o sana, y con dificultades de vida. Cuando una familia recibe a un miembro con problemas de discapacidad física, la mayoría de las veces existe rechazo, abandono, divorcio, violencia intrafamiliar, abuso sexual y desintegración familiar. Se tiene un alto índice en que el padre-esposo culpe o haga responsable a la madre-esposa de la situación por la que atraviesa y al no llevar asesoría adecuada por medico expertos y terapeutas, existe una desvaloración gradual en el menor afectado.

Ante estas dificultades familiares en Guatemala, han surgido entidades que coadyuven al beneficio familiar e individual del paciente con incapacidad física, dando apoyo económico, físico y emocional, en otras ocasiones de manera legal y educativa. Se recomienda abocarse a estas entidades para recibir terapia y/ o consejería familiar. Se debe buscar información de médicos especialistas y procurar tener una mejor comunicación entre los padres de familia y la aceptación del hijo o hija con incapacidad física es vital para el progreso del mismo en las terapias correspondientes.

3.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto emocional en los padres y madres de familia con un hijo o hija con discapacidad física?

3.3. Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Investigar el impacto emocional en padres y madres de familia con un hijo o hija con discapacidad física. Así mismo el impacto emocional del hijo o hija con discapacidad física frente al sentimiento del padre o madre.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las principales clasificaciones de discapacidad física.
- Enumerar las diversas psicodinámicas familiares en hogares con un hijo o hija con discapacidad física.
- Describir los efectos emocionales en niños y niñas con discapacidad física.
- Enlistar los principales procesos de abordaje psicoterapéutico para padres y madres de familia con hijos e hijas que presentan discapacidad física.
- Diseñar un documento psicoeducativo, de aporte sobre la temática al centro, donde se realizó la Práctica Profesional Supervisada

3.4. Alcances y límites

3.4.1. Alcances

- Los pacientes tenían horarios específicos de consulta lo cual facilitaba el seguimiento de los mismos.
- Se contaba con herramientas de evaluación estandarizadas para la población del centro.
- La licenciada encargada del área de psicología guío de manera adecuada el proceso de evaluación, reportes y cursos de terapia dentro de la clínica.

- Se tenía un trabajo en equipo con las demás áreas de trabajo dentro del centro, las cuales eran Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Terapia Ortopédica, Educación Especial, entre otras. Facilitando la observación de los pacientes en su comportamiento dentro de las mismas y pudiendo recabar información por parte de los terapeutas.
- El espacio de la clínica era adecuado y estaba bien equipado.
- Se tuvo un seguimiento adecuado de casos por parte de las licenciadas a cargo por parte de la Universidad Panamericana.

3.4.2. Limites

- Debido a la demanda de atención dentro de la clínica, el tiempo era corto y las citas debían aplazarse demasiado, haciendo que la empatía y conexión con los pacientes fuera inestable.
- Al estar las madres presentes dentro de la clínica, los pacientes no se expresaban libremente o las madres tendían a regañar o justificar al paciente por el mal comportamiento, provocando que el progreso del paciente se detuviera, incluso que desertarían de la terapia.

3.5 Metodología (como se llevó a cabo la investigación en los Estudios de Casos)

Para llegar a cumplir los objetivos trazados para esta investigación se utilizó el método cualitativo, ya que no se hicieron encuestas u otro tipo de estadísticas, en relación al proceso de Práctica Profesional Dirigida. Se aplicaron los siguientes procesos metodológicos: Observación, entrevista estructurada y no estructurada, aplicación de pruebas proyectivas, psicométricas e historial previamente recopilado por la institución para datos médicos y procesos psicoterapéuticos realizados con anterioridad. Dichas herramientas fueron útiles para la recopilación de la información, la cual fue usada para la elaboración de las diversas fichas clínicas y facilitar el diagnóstico más acertado según la problemática del paciente. Se utilizaron los siguientes test proyectivos:

- Árbol
- Familia
- Figura Humana
- Persona bajo la lluvia

Se utilizaron los siguientes test psicométricos:

- Escala de ansiedad de Zung
- Escala de depresión de Beck
- Escala de desarrollo psicomotor I, A-I y II, Fundabiem
- Guía de observación de autismo, Fundabiem
- Inteligencia infantil de Goodenough
- Pintner de habilidad general: Serie oral, Forma A

Se utilizaron los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSMIV-TR, como metodología para la elaboración psicodiagnósticas.

Como metodología psicoterapéutica se utilizaron los enfoques: cognitivo conductual, cognitivo, logoterapia, terapias de apoyo emocional, en procesos individuales, de pareja y familiares dentro del área clínica de psicología dentro de la fundación para el bienestar del minusválido, Fundabiem.

Se utilizaron las siguientes técnicas:

- Relajación: Abrazo de la mariposa, autógena, progresiva de Jacobson, pasiva.
- Cognitivo conductual: contrato conductual, detección y prevención de pensamientos automáticos, tiempo fuera.
- Estrategias de afrontamiento: expresión emocional abierta, focalización en la situación o problema.

- Gestalt: carta gestáltica.
- Inteligencia emocional: comunicación asertiva, el volcán, el semáforo.

Cualitativas

- Test de la Figura Humana , (Machover, 1997) 30-abril-2013
- Test de la Familia (Porot, 1952) 30-abril-2013
- Test del Árbol (Koch, 1969)7-mayo-2013

Referido por: Trabajo Social, para apoyo emocional.

Fecha de inicio de la evaluación: 10 de abril de 2013

4.1.1.3. Motivo de consulta

“Quiero orientación sobre cómo trabajar con mi hijo y hablarle sobre su problema, sin que le afecte emocionalmente.” Refiere la madre.

4.1.1.4. Historia del problema actual

El paciente fue referido a psicología por la trabajadora social, el padece una Distrofia Muscular Progresiva, la cual se ha presentado desde hace dos años, los doctores han determinado “que es por un gen X malo” el cual es transmitido por la madre y afecta más a hombres que mujeres, esto ha ido afectado poco a poco su capacidad para caminar, actualmente no puede correr o levantarse de la silla. La madre a aceptado asistir a la clínica para recibir orientación sobre cómo trabajar el área emocional del paciente de manera preventiva, actualmente el paciente esta consiente de su discapacidad, sin embargo, lo que le afecta emocionalmente no es su discapacidad sino la situación actual en la familia.

4.1.1.5. Historia Clínica

- Personales no patológicos

a) Historia prenatal:

La madre llevó el control adecuado durante la gestación, alimentación adecuada y vitaminas.

b) Nacimiento: Sin complicaciones, parto normal.

c) Desarrollo psicomotriz, descripción del sueño, dentición y control de esfínteres: Desarrollo Psicomotriz adecuado hasta los 6 años, se vio estancado el aumento de talla regular junto con la estatura. Descripción del sueño, dentición y control de esfínteres: Desconocido.

d) Evolución de lenguaje

Según cuenta la madre, en su evolución fue normal comenzó con los balbuceos antes del año y habló frases más completas a los 2 años.

e) Desenvolvimiento escolar

Bien integrado al grupo actual del colegio, atento con otros y al cumplimiento de órdenes. Ha mantenido un promedio alto de calificaciones.

f) Desenvolvimiento social

Tiene amigos en el colegio y se lleva bien con familiares, sin embargo, no tiene amigos en la vecindad debido al carácter de papá y desde que la enfermedad que presenta el paciente comenzó a afectar su motilidad.

- Personales patológicos

a) Historia Médica: La madre refiere que ha sido un niño que “casi no se enferma”, sin embargo, hace 2 años se le diagnosticó una Disformación Muscular Progresiva, esta se debe a un mal gen (X) el cual es heredado por la madre, aunque la mujer lo padezca rara vez se manifestarán síntomas de la misma, pero en hombre se ve manifiesta a partir de los 5 años de

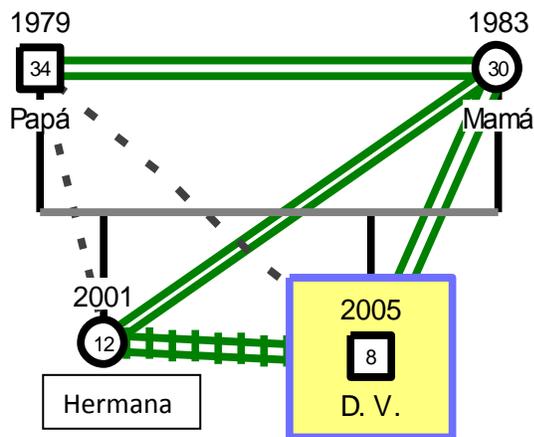
edad comenzando por los tobillos. Esto va progresando hasta dejar sin movimiento el cuerpo, puede regularse o atrasar los espasmos musculares con fisioterapia e hidroterapia, la cual el paciente está comenzando a llevar.

4.1.1.6. Historia familiar

Daniel es el menor de dos hijos, tiene una hermana mayor de 12 años con la cual juega pero en ocasiones se muestra celosa por los cuidados especiales que el paciente solicita, vive con ambos padres y ambos trabajan. Sin embargo, tiene una relación distante con el padre porque según refiere la madre tiene “carácter difícil” y es un poco “machista”, a pesar de tener permiso del trabajo el padre jamás ha asistido a las terapias o consultas médicas actuales. Desde el diagnóstico, hace dos años, se ha vuelto más distante con su familia, actuando de manera explosiva con los hijos y golpeándolos por cosas insignificantes.

Durante la última semana, la madre dice que el padre intento pegarle cuando ella lo despertó de una siesta, él nunca había intentado hacerle este “tipo de cosas”, sin embargo, refiere que siempre ha tenido un carácter difícil y nunca ha demostrado afecto a sus hijos de manera espontánea.

– Genograma



Fuente: Elaboración propia.

4.1.1.7. Examen del estado mental

En la apariencia general el paciente se muestra retraído, no habla mucho y se comunica más con lenguaje gestual, tiene disminución en su actividad psicomotora debido a su enfermedad, es accesible, el nivel de limpieza y arreglo personal son muy buenos, un peso de aproximadamente 50lbs. Talla retraída, pareciera tener la de un niño menor a su edad, vestuario, higiene y moda buenos.

Presenta una minusvalía al caminar, no puede pararse solo o sentarse, necesita el apoyo de una persona más grande que él. Habla es poca y con un todo de voz débil. Su estado de conciencia se mantiene alerta a lo que ve y escucha, se nota desconcertado debido al problema que presenta y no está del todo consiente sobre el mismo. Su estado de ánimo se ve decaído aunque sonríe con facilidad, es apropiado pero en ocasiones cuando se le pregunta directamente se ve restringido. Su actividad motora se ve disminuida en gran manera.

Los mecanismos de defensa que muestra claramente son la represión a expresar lo que pasa en su entorno, se introyecta con facilidad, es evasivo en los temas y prefiere hablar sobre los juguetes que tiene en la mano u otras cosas. Al preguntarle busca utilizar palabras como si fuere adulto y razonar bien su respuesta. La madre refiere que ha bajado el apetito, no tiene el mismo interés en realizar actividades que antes le gustaba hacer, llora con facilidad y no en ocasiones le dice a la madre que no se siente querido por su hermana o su papá.

Está bien orientado en lugar, tiempo y espacio. Su memoria no se ve afectada por la enfermedad o algún medicamento. Tiene un coeficiente intelectual (CI) promedio, según el Test de Inteligencia Infantil, y su pensamiento es abstracto. Maneja un lenguaje coherente. Las ideas por lo general son de frustración debido a que no puede realizar todas las actividades que él desea. Le es difícil conectarse con sus emociones.

4.2. Análisis de Resultados de los Estudios de Caso

4.2.1. Resultado de pruebas

Se realizaron distintas pruebas proyectivas en las cuales se relacionaron varios aspectos, esto hizo cambiar de curso la terapia. En los cuales reflejó ser un niño consiente de su realidad y que es lo que pasa a su alrededor, incluso cuando jugaba dentro de la clínica lo hacía de manera estereotipada, sin ruidos y solamente observaba. Parecía ser un niño bastante reprimido. También refleja estar sometido a normas muy fuertes y estar preocupado en el área académica, su rendimiento escolar ha disminuido y eso le preocupa, muestra ser introvertido, teniendo dificultades para relacionarse con otros y prefiere no hacerlo.

Es tímido, inseguro, muestra tener un carácter débil y dependiente de la madre, se pudo observar en clínica que solamente hacía algo que la madre dejara que hiciera y en casa ninguno de los dos niños juegan si el padre está presente ya que a él le molesta el ruido, ellos prefieren hacer actividades como jugar o leer para no molestarle. Sin embargo, ha mostrado ser un niño poco sincero con lo que dice, ya que las afirmaciones que hace referente al área emocional y relacional en casa son falsas al decir que no pelean y todos son felices ahí, muestra tener falta de cariño, poco contacto físico, conflicto con el padre, afirmando lo que la madre comentaba sobre el distanciamiento del padre hacia ambos hijos.

4.2.2. Impresión diagnóstica

El paciente aparenta ser estable emocionalmente dentro de la clínica y en los pasillos, la madre dice que siempre sonríe y busca ser sociable con otros, sin embargo, es notorio que las reprime cuando nota que la madre lo observa. Sigue al pie de la letra cada instrucción que la madre le da, refleja venir de un hogar bastante rígido. Durante el proceso de evaluación el paciente no hablaba con frecuencia, respondía de manera cerrada y su tono de voz era débil y poco comprensible, sin embargo, se mostraba cariñoso y buscaba el tener el contacto físico, la espontaneidad era algo

que no ocurría con el paciente al entrar a la clínica a pesar de tener la disposición de agarrar o jugar con cualquier juguete que se encontraba en la clínica, esperaba a que la madre le aprobara en todo momento los movimientos que podía y no podía hacer.

Por lo tanto, es notorio que el paciente ha dejado de ser niño en muchas ocasiones y le ha tocado ser actuar más con la razón en situaciones donde debe ser espontaneo, como la madre refiere “cuando los niños escuchan que su papá llega a la casa, rápido guardan todos los juguetes y se sienta en el sillón sin hacer ruidos para que el que no se enoje, ya no juegan igual y dejan de hacer lo que hacen los niños normales si él está presente”, esto puede ser el motivo por el cual sus relaciones interpersonales se han visto afectadas dentro y fuera del hogar, la madre comenta al respecto que “las maestras lo han visto más distraído en clase y no sigue las instrucciones dadas como solía hacerlo.”

Puede verse que está confundido en lo que le es permitido y en lo que no, creando inseguridad e inestabilidad en su persona, como se ve reflejado en las pruebas y Genograma. Al igual la madre tiende a ser dominante, junto con el padre, posiblemente ocasionan dicha confusión, es necesario disipar la confusión para evitar conflictos en las siguientes etapas de la vida próximas.

4.2.3. Evaluación multiaxial

Eje I: Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I [V71.09]

Eje II: Z03.2 No hay diagnóstico [V71.09]

Eje III: Disformación Muscular Progresiva, extremidades inferiores.

Eje IV: Problemas Paterno-Filiales

Problemas en el área relacional con el círculo primario de apoyo.

Afección el área escolar y relacional con otros.

EJE V: Según la EEAG está en el rango de 75 (Inicial)

80 (Final)

4.2.4. Plan de tratamiento

Trabajar de 2-3 sesiones con el paciente sobre inteligencia emocional.

- Sesión 1: Trabajar “¿Qué son las emociones? ¿Cómo sé yo cual emoción siento en este momento?” esto ayudará al paciente a entender lo que pasa por su cabeza y como debe de actuar referente a lo mismo. El objetivo principal sea que se conozca a sí mismo. (Tomás, 2011)
- Sesión 2: Comunicación asertiva: “¿Cómo puedo decirle a otros de manera adecuada lo que siento?” El objetivo principal de este tema será el comunicarse de manera adecuada con sus padres u otros superiores, esto ayudará a bajar la carga emocional que el paciente pueda estar manejando en ese momento. (Luna, 2012)
- Sesión 3: trabajar carta gestáltica para comunicar a los padres las emociones que ha tenido referente a la situación afectiva actual dentro de la casa. Trabajar el perdón si es necesario. (Tomás, 2011)
- Trabajar con los padres 2 sesiones
- Sesión 1: trabajar la comunicación de padres a hijos, tener una sesión de terapia familiar para la integración de los mismos. (Luna, 2012)
- Sesión 2: Evaluar el avance del paciente según la experiencia de él y de los padres.

Los logros obtenidos fueron:

- a) Tener el apoyo por parte de la madre, para que el paciente tuviese una estabilidad emocional adecuada. Esto es importante ya que la madre en un principio se mostraba escéptica hacia el tratamiento.
- b) Que el paciente logrará romper el silencio y exteriorizara las emociones que guardaba, las cuales comenzaban a afectar su área escolar y relacional con la hermana mayor.
- c) El paciente lograba comunicar sus ideas de manera abierta sin temor a que dijera la madre, ya no era necesario que ella respondiera por él.
- d) Logró ser menos introvertido en sus relaciones interpersonales y entablar amistades con pares que asistían a la institución, según se observó en los pasillos.

- e) Trabajar temores en el paciente durante el proceso terapéutico.
- f) Establecer una mejor comunicación entre la madre y el paciente, él logró exteriorizar lo que sentía hacia su padre.

Las limitantes fueron:

- a) El que la madre estuviera dentro de la clínica cuando se quería trabajar con el paciente, debido a que esta es una norma dentro de la institución. Provoco interferencia en la comunicación con el paciente, ya que cuando se hacía una pregunta directa con el paciente ella respondía por él.
- b) La duración de la cita.
- c) El abandono de la terapia, tomando en cuenta que la decisión cae a responsabilidad del padre de familia o encargado del paciente.

Todo el proceso realizado, buscó el recopilar información, la que en base a las teorías trabajadas, permitieron el análisis de la pregunta de investigación que a un principio se expuso: “¿Cuál es el impacto emocional en los padres y madres de familia con un hijo o hija con discapacidad física?”.

El caso que se utilizó como fuente de idea primaria y motivación para realizar esta investigación es un ejemplo de los muchos casos que ocurren en Guatemala sobre los problemas paterno filiales que se manifiestan en los hogares, con un miembro con discapacidad física sin importar si es hijo o hija, dicha problemática surge luego de no tener a un hijo o hija sano, aunque en ocasiones el apoyo puede ser mayor en la población masculina que en la femenina en cuanto a la rehabilitación física.

Con el paciente D.V.R., surgieron diferentes problemáticas durante el proceso de evaluación y el corto e interrumpido proceso psicoterapéutico como tantos otros casos vistos en Fundabiem, uno de los mayores problemas era la falta de comunicación familiar y sobre todo en la pareja, padres de familia, quienes son los encargados de dar la estabilidad emocional en los hijos e hijas, esto causo que el paciente fuese inseguro, introvertido, poco comunicativo y en algunas ocasiones

mentiroso al querer demostrar que su familia era mejor de lo que pintaba, desarrollo temores de soledad y abandono, al igual que una relación distante y vacía entre el padre y el paciente.

La poca validación y seguridad que el padre brindó, al paciente formo una pequeña bomba de tiempo la cual fue explotando durante el proceso, se manifestó en el área escolar bajando su rendimiento, teniendo roces con la madre e incluso con la hermana mayor. Es importante que el padre apoye al hijo o hija formando una base emocional estable, para que él o ella tengan un desarrollo óptimo relacional interpersonal e intrapersonalmente, alimentando la comunicación en el círculo familia y dando el apoyo necesario para la rehabilitación del paciente o durante este el problema de discapacidad física, comprendiendo que existen diferentes discapacidades.

La madre fue un pilar importante, en el poco acercamiento del padre para con el paciente, aislándole del proceso dando diversas excusas, y apoyando la errónea acusación de ella tener la responsabilidad o “culpa” de la raíz de la discapacidad física del paciente. Dando como resultado una dinámica familiar inestable para el paciente y los demás integrantes de la familia, es necesario fortalecer estos lazos familiares desde el inicio de la noticia del diagnóstico comprobado de discapacidad, se debe tener una guía adecuada de cuidados, manejo de emociones y reestructuración de plan de vida individual y familiar para el óptimo desarrollo emocional y salud mental del hijo o hija con discapacidad física y la familia en general.

Conclusiones

Las principales clasificaciones de discapacidad física s la lesión medular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral (pc) que está en diversos grados, mientras más alto el número más grave es la parálisis, mal de Parkinson (mp), espina bífida, distonía muscular o distrofia muscular (dm) y acondroplasia o enanismo.

Pueden ser provocadas durante el embarazo por enfermedades infecciosas, anoxia o ingesta de alguna sustancia dentro del vientre, puede ser hereditaria o provocada por algún accidente.

Dentro de las diversas psicodinámicas familiares, se muestra el hogar integrado por ambos padres de manera física y emocional, hogar integrado de manera física y desintegrado emocionalmente, hogar desintegrado física y emocionalmente, dando como resultado madres solteras, en ocasiones con más de un hijo.

Los defectos emocionales n niños y niñas con discapacidad física, se manifiestan por la inestabilidad emocional por parte de los padres de familia, puede notarse en el mal comportamiento del niño o niña con discapacidad física, enojo, ira, tristeza, llanto repentino, falta de comunicación con los padres, desinterés por las actividades familiares y poco acercamiento de contacto físico.

Se debe trabajar d manera integral con el hijo o hija con discapacidad física y los padres de familia, trabajando en psicoterapia individual, teniendo como sugerido el enfoque cognitivo conductual y la terapia centrada en el paciente, para trabajar con el hijo o hija con discapacidad física. Con los padres de familia la terapia breve sistémica familiar, teniendo como objetivo el que logren compenetrarse de manera estrecha y estable entre los padres y el hijo o hija. Agregando el abordaje en consejería para la moderación de malas conductas, cuidados y sobre protección del hijo o hija con discapacidad física.

La guía psicoeducativa tiene como objetivo el ser una herramienta útil dentro del área de psicología, para dar a conocer de manera más simple la información sobre la discapacidad física y la importancia del apoyo emocional de la familia para el hijo o hija con discapacidad física dentro del proceso de rehabilitación.

Recomendaciones

Se recomienda dar información completa sobre la posible causa de la discapacidad física sé que haya diagnosticado, para que los padres logren comprender con mayor claridad la situación del hijo o hija con discapacidad física y el hacer partícipe a ambos padres si el caso lo permitiera.

Se recomienda el dar un seguimiento psicológico de los hogares desintegrados ya sea de manera física y/o emocional, al padre de familia encargado y al hijo o hija con discapacidad física, para moderar a tiempo conductas no deseadas que pueden manifestarse a futuro, reduciendo los efectos emocionales que puedan provocar dicha conducta.

Tener un proceso obligatorio de consejería familiar sobre el cuidado adecuado de comportamiento y apoyo familiar de 3 sesiones. La psicoterapia debe realizarse en las sesiones y enfoque que requiera el caso, según lo evalué el psicólogo o psicóloga encargado.

Se recomienda que durante la primera sesión de evaluación para el ingreso o reingreso de pacientes a Fundabiem, se trabaje con los padres de familia con la guía psicoeducativa “La familia: fuente importante de esperanza para la rehabilitación”, como herramienta introductoria informativa sobre la importancia del apoyo integral de la familia hacia el hijo o hija con discapacidad física.

A la institución Fundación en pro del bienestar del minusválido, Fundabiem, realizar actividades familiares para la inclusión de todos los miembros importantes para el paciente.

Formar grupos terapéuticos para el apoyo mutuo entre padres de familia y pacientes, a través del comportamiento de experiencias y técnicas terapéuticas de grupo.

Tener un expediente clínico psicológico independiente, en el área de psicología, al expediente general aunque en el mismo se incluya una breve referencia de la sesión.

Referencias

Bibliográficas

- Atala, E. R. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*, Logoterapia. In L. Oblitas,. Santa Fe Mexico Distrito Federal, Mexico: Cengage Learning Editores, S.A.
- Becoña Iglesias, E., Vásquez, F. L., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*, Terapia Cognitivo-Conductual. In L. Oblitas,. Santa Fe, Mexico Distrito Federal, Mexico: Cengage Learning Editores, S.A.
- Cloud, H., & Townsend, J. (1998). El Futuro hoy. In H. Cloud, & J. Townsend, *Limites para nuestros hijos* (p. 269). Miami , Florida, Estados Unidos: Vida.
- Comité Elaborador del DSM- IV TR. (1995). *DSM- IV TR*. Barcelona, España: MASSON, S.A.
- Corona, J. L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*, Más allá de la psicoterapia tradicional- El enfoque humanista centrado en la persona. In L. Oblitas. Santa Fe, Mexico Distrito Federal, Mexico: Cengage Learning Editores, S.A.
- Dobson, J. (2002). *Cómo criar a los varones* (1era ed.). (C. R. Francesco, Trans.) Miami, Florida, Estados Unidos: Unilit.
- Henrichsen, W. A. (1981). Los padres sientan el ejemplo. In W. A. Henrichsen, *Un hogar para Cristo* (A. Marosi, Trans., p. 41). Miami, Florida, Estados Unidos: Vida.
- LaHaye, T. (1978). *La familia sujeta al espíritu*. Old Tappan, New Jersey, Estados Unidos: Bethania

Maldonado, G. (2007). 5 consecuencias que se derivan de la ausencia de un padre amoroso.- *Faltade identidad*. In ¡. u. padre!, Guillermo Maldonado. Miami, Florida, Estados Unidos: Vida.

Martinez, B. (2013 йил 1-Julio). *Desnutricion a causa de afecciones*. Guatemala, Guatemala, Guatemala.

Renzi, D. (2010). Tesis Paradigma de la Resiliencia . *Trabajo Final de Graduación* . Campana.

Riveros, M. C. (2008). Psicoterapia breve sistémica. In L. Oblitas, *Psicoterapias contemporaneas*. Santa Fe, México Distrito Federal, México: Cengage Learning Editores, S.A.

Rogers, C. R. (1992). *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Barcelona-Buenos Aires: Paidós.

Rohner, R. (1986). *The warmth dimension*. Londres, Reino Unido: Sage.

Fuente de revista o diario

Lupica, C. (Junio de 2009). La función Paterna en la nueva dinamica familiar: de la provisión económica al compromiso emocional. (L. C. Cogliandro, Ed.) *Boletín de Maternidad No.6* (6), p. 2.

Fuentes electrónicas

Alvaréz, M., & Maggio, M. (2010). *angelfire*. Retrieved 8 de Noviembre de 2013 from Psicología: <http://www.angelfire.com/ak/psicologia/padre.html>

bbmundo. (2012). *bbmundo*. Retrieved 7 de Noviembre de 2013 from bbmundo.com:
[http://www.bbmundo.com/article/cuando-nos-enteramos-que-nuestro-hijo-tiene-una
discapacidad](http://www.bbmundo.com/article/cuando-nos-enteramos-que-nuestro-hijo-tiene-una-discapacidad)

bbmundo direct. (20 de Junio de 2012). *10 Tips para prevenir la discapacidad infantil*. Retrieved
7 de Noviembre de 2013 from bbmundo direct.- bbmundo.com:
<http://www.bbmundo.com/article/10-tips-para-prevenir-la-discapacidad-infantil>

Carrasco, I. (17 de Mayo de 2012). *Área de Infancia- Profesionales*. From Cineco- Psicología
clinica y Psiquiatría: [http://www.cinteco.com/profesionales/2012/05/17/problemas-de-
conducta-en-la-infancia/](http://www.cinteco.com/profesionales/2012/05/17/problemas-de-conducta-en-la-infancia/)

Chasquinet, F. (2004). *Telecentro para tod@s*. Retrieved 2013 йил 7-Novimbre from
Conocimiento de las diferencias: [http://www.tele-
centros.org/discapitados/secao=202&idioma=es.html](http://www.telecentros.org/discapitados/secao=202&idioma=es.html)

Coll-Fernández, R. (4 de Septiembre de 2013). *Siete dias médico- Revista de atención primaria*.
Retrieved 7 de Noviembre de 2013 from Rehabilitación:
[http://www.sietediasmedicos.com/index.php/component/k2/item/3232-discapacidad-
fisica-de-origen-neurologico-y-deporte](http://www.sietediasmedicos.com/index.php/component/k2/item/3232-discapacidad-fisica-de-origen-neurologico-y-deporte)

Fundabiem. (3 de Octubre de 2013). *Teletón* . Retrieved 4 de Noviembre de 2013 from Nuestra
Meta- Centros Fundabiem: <https://www.teleton.com.gt/centros-fundabiem/>

Fundación Unicornio. (2007). *La Discapacidad- Tipos de Discapacidad Fisica*. Retrieved 7 de
Noviembre de 2013 from La Discapacidad.com:
[http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/esclerosismultiple/escler-
osismultiple.php](http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/esclerosismultiple/esclerosismultiple.php)

Fundación Unicornio. (2007). *La discapacidad- Tipos de Discapacidad*. Retrieved 7 de Noviembre de 2013 from La Discapacidad.com:

<http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/lesionmedular/lesionmedular.php>

Fundación Unicornio. (2007). *La Discapacidad- Tipos de Discapacidad Fisica*. Retrieved 7 de Noviembre de 2013 from La Discapacidad.com:

<http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/paraliscerebral/paraliscerebral.php>

Fundación Unicornio. (2007). *La Discapacidad- Tipos de Discapacidad Fisica*. Retrieved 7 de Noviembre de 2013 from La Discapacidad.com:

<http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/maldeparkinson/maldeparkinson.php>

Fundación Unicornio. (2007). *La Discapacidad- Tipos de Discapacidad Fisica*. Retrieved 7 de Noviembre de 2013 from La Discapacidad.com:

<http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/maldeparkinson/maldeparkinson.php>

Fundación Unicornio. (2007). *La Discapacidad- Tipos de Discapacidad Fisica*. Retrieved 7 de Noviembre de 2013 from La Discapacidad.com:

<http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/distoniamuscular/distoniamuscular.php>

Fundación Unicornio. (2007). *La Discapacidad- Tipos de Discapacidad Fisica*. Retrieved 7 de Noviembre de 2013 from La Discapacidad.com:

<http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadfisica/acondroplasia/acondroplasia.php>

Hernando, J. L. (2009). *El padre da seguridad*. Retrieved 8 de Noviembre de 2013 from Motivaciones: <http://www.motivaciones.org/MOTIV003/ctoseelpadredaseguridad.htm>

Goonugh, F. (1,951). *Test de Inteligencia Infantil*. Koch, K. (1969). *Test del Árbol*. <http://es.scribd.com/doc/99723718/Test-Del-Arbol-de-Karl-Koch>.

Luna, C. B. (2012). *Técnicas de comunicación asertiva, no violenta y yoica*. <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/tecnicas-comunicacion-asertiva-no-violenta-yoica>.

Machover, K. (1997). *Test de la Figura Humana*. <http://es.scribd.com/doc/61807797/INTERPRETACION-figura-humana-machover>.

Porot, M. (1952). *Test de la Familia*. http://www2.udec.cl/~erhetz/privada/Tecnicas/Dibujo_familia.pdf.

Settecase, C. (2008). *El Dolor del Rechazo- Ayuda*. Retrieved 8 de Noviembre de 2013 from Tiempo de Victoria: <http://www.tiempodevictoria.com.ar/estudios/ayuda/11>

Tomás, U. (2011). *Inteligencia Emocional en niños*. <http://www.elpsicoasesor.com/2011/07/como-desarrollar-de-la-inteligencia.html>.

Otros

Weigel, J. (Director). (2009). *The Butterfly Circus* [Motion Picture]. Estados Unidos.