

**LA PERCEPCIÓN CORPORAL COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA ADQUIRIDA**

Monografía

**Jherly Marcela Estrella Ortiz
Id: 273834.
Adriana Marcela Reyes Carvajal
Id: 271701
Viviana Coronado
Id: 274777**

**Universidad Cooperativa de Colombia
Programa de Psicología
Bogotá
2015**

**LA PERCEPCIÓN CORPORAL COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA ADQUIRIDA**

Monografía

**Jherly Marcela Estrella Ortiz
Id: 273834.
Adriana Marcela Reyes Carvajal
Id: 271701
Viviana Coronado
Id: 274777**

**Hernán David Romero
Psicólogo Asesor**

**Universidad Cooperativa de Colombia
Programa de Psicología
Bogotá
2015**

CONTENIDO

RESUMEN	1
JUSTIFICACIÓN	1
MARCO LEGISLATIVO	4
Ámbito internacional	4
Ámbito nacional	5
CONCEPTOS BÁSICOS	8
Discapacidad	8
Tipos de discapacidad	8
Consecuencias de la discapacidad	9
Percepción	9
Percepción Corporal	9
Formación de la imagen corporal negativa	10
Estrategias de afrontamiento	10
Adaptación	11
Adaptación a la realidad	12
Tipos de afrontamiento	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
Pregunta Problema	13
OBJETIVOS	13
MÉTODO	14
PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN	15
PERCEPCIÓN CORPORAL COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	16
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	24
Sistema de atención a personas con Discapacidad Física Adquirida	25
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS	28
ANEXOS	30

Anexo 1	31
Anexo 2	34
Anexo 3	38

RESUMEN

El afrontamiento como instancia de la recuperación y adaptación de las personas con discapacidad física adquirida y como terapia de recuperación, incluye la percepción corporal que el individuo ha aprendido y acumulado durante su vida anterior al evento que causó la discapacidad y que ahora debe adaptar a su nueva condición. Existe un marco normativo internacional y local suficiente para reforzar la atención y perfeccionar la acción terapéutica a las personas con discapacidad física adquirida. A partir de dicho marco legal, la capacitación, la infraestructura y la atención directa a las personas pueden orientarse al mejoramiento de dicho tratamiento. El presente estudio consistió en una revisión de estudios en los que el afrontamiento y la percepción corporal aporta elementos y referentes para verificar que el proceso terapéutico y de recuperación pueden hacerse más efectivas si se profundiza en la atención psicológica para lograr una percepción corporal adoptada a la nueva condición. Por lo anterior, la rehabilitación implica un refuerzo en la asistencia psicológica para que la persona cuente con un respaldo emocional y psíquico suficiente para el afrontamiento a partir del reconocimiento, aceptación y adaptación de las novedades que se presentan en su organismo.

JUSTIFICACIÓN

La discapacidad física adquirida significa un trauma físico para la persona y simultáneamente un acontecimiento que la afecta emocional y psíquicamente, trasladando dicha afección a su familia y su entorno social durante el resto de sus vidas.

En Colombia, especialmente como consecuencia del conflicto armado, la población afectada por discapacidad física adquirida aumenta en número preocupante. Ya en 2005 existían 6.000 personas discapacitadas sobrevivientes de mina antipersonal, sin tener en cuenta personal de la fuerza pública afectada en dichos eventos (U. del Rosario, 2007). Hoy en día el conflicto armado, los accidentes de tránsito y otros tipos de eventos, dejan cientos de víctimas de las cuales muchas han recibido heridas severas que les han impedido la movilidad, dentro de este grupo de víctimas encontramos militares, población civil y

personas de cualquier condición y edad. “según el Dane, en el Censo del 2005, de cada 100 colombianos 6,4 tienen una limitación permanente” (U. del Rosario, 2007)

Aún cuando la legislación colombiana ha acogido los tratados y avances internacionales en materia de derechos y atención a personas con discapacidad, es notoria la falta de una política y una gestión estatal e institucional más eficientes para la recuperación y adaptación de dichas personas. “En este marco demográfico, la evaluación sobre la atención a la población con discapacidad en Colombia es muy fragmentada; los sectores todavía no cuentan con indicadores sobre cobertura, calidad o impacto de los servicios que son orientados hacia este segmento” (U. del Rosario, 2007). El presente estudio aborda el tema de la discapacidad, el cual a pesar de los intentos por consolidar unas políticas públicas para ser aplicadas por parte de las entidades del Estado y manifiestas en la reciente normatividad, es en muchas ocasiones relegado por el sistema de salud y, en general, por la sociedad, lo cual se comprueba con la labor que ejercen organismos y entidades no gubernamentales a partir de proyectos y donaciones, generalmente promovidas por fundaciones y personas voluntarias. “Las personas con discapacidad sufren de desigualdad; por ejemplo, cuando se les niega igualdad de acceso a la atención de salud, empleo, educación o participación política a causa de su discapacidad.” (OMS., 2011 p10)

Se busca establecer la importancia de la percepción corporal como estrategias de afrontamiento; para lo cual se parte de las percepciones del individuo y sus auto-esquemas, ya que de la percepción que la persona discapacitada asuma de su cuerpo, depende la manera en que afronta y le da solución a su situación.

Un concepto integral de la discapacidad física adquirida, asociada a los efectos sobre la percepción corporal, la encontramos en un estudio sobre el proceso “...desde la negación hasta la asimilación”, realizado por Jair Vargas en 2012: “La discapacidad física es la expresión de una actividad limitada causada por la pérdida total o parcial de una estructura corporal o de la función de alguno de sus órganos. Pero además la discapacidad física compromete la imagen corporal de sí mismo, lo cual transforma la subjetividad, las interacciones sociales y todas las relaciones con el mundo social”. (Vargas 2012)

La discapacidad hace presencia en la cotidianidad del ser humano que la padece y en la relación con su entorno. Adquirir la discapacidad requiere que la persona sea atendida con cuidados diferentes y especializados, además, se presentan restricciones de la persona a su vida social, lo cual lleva a aislamiento, distanciamiento, alteraciones emocionales, dificultades en la comunicación con otros, dependencia para realizar labores domésticas y personales así mismo implicaciones en su desarrollo personal, sexualidad y calidad de vida.

Las estrategias de afrontamiento que tiene cada persona es diferente y su desenvolvimiento tiene que ver con la manera como se comporta y adapta a cada una de sus diferentes emociones y a la forma como asume la vida en términos de disposición o indisposición frente a las dificultades. De acuerdo a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿es la percepción corporal una estrategia básica para el tratamiento y adaptación de las personas con discapacidad física adquirida?

Existen pocos estudios específicos de la temática planteada pero su profundización y aportes a la problemática de los discapacitados será posible en la medida en que se aporte al intercambio académico y profesional en relación con la experiencia de campo, los estudios previos y la disposición para el ejercicio interdisciplinario; que para el presente caso ofrece la oportunidad a la Medicina y a la Psicología para complementarse en torno a una realidad evidente.

Así nos lo confirma la OMS en su informe Mundial sobre la Discapacidad: “Las pruebas sobre la eficacia de las intervenciones y los programas son sumamente beneficiosas para lo siguiente: orientar a las autoridades para que establezcan servicios adecuados; permitir que los profesionales de la rehabilitación recurran a intervenciones adecuadas; apoyar a las personas con discapacidad en la toma de decisiones.” (OMS 2011)

Como relevancia social, se presenta una investigación que enfatiza en una situación que se vive en el país, que a pesar de ser ajena a los ojos de muchos, implica el nivel de involucramiento de la sociedad, familia y amigos como entes portadores e inmersos en la rehabilitación de las personas pertenecientes a dicha población.

El objetivo fundamental del estudio es el de Identificar y valorar la asistencia psicológica en la percepción corporal y diferenciar las instancias del afrontamiento como parte del proceso de recuperación y adaptación de parte personas con discapacidad física

adquirida; así como identificar y diferenciar otros tipos de estrategias de afrontamiento. Aportando a la cualificación profesional del personal tratante y asistente de las personas afectadas. “Los trabajadores de la salud muchas veces carecen de las aptitudes y los conocimientos adecuados en relación con las condiciones primarias, secundarias y concurrentes vinculadas a la discapacidad, y desconocen cómo abordar eficazmente las necesidades de salud de las personas con discapacidad.” (OMS, 2011 P87)

MARCO LEGISLATIVO

Ámbito Internacional

Como parte de los avances de la humanidad en materia de reconocimiento a la diversidad y superación de la segregación y marginalidad, existe un progreso notorio en los acuerdos y declaraciones a nivel internacional, relacionado con el tema de la discapacidad física, que respalda y permite aumentar los esfuerzos a nivel local en las naciones y jurisdicciones.

En 1975 la Organización de Naciones Unidas ONU, promulgó la Declaración de los Derechos de los Impedidos, mediante la resolución 3447. Posteriormente en 1982 creó el Programa de Acción mundial para las personas con discapacidad. Con los cuales se creó un marco global que sirvió a las regiones y países para el reforzamiento de sus políticas locales.

En 1983 la Organización Internacional del Trabajo OIT, firmó el Convenio 159, sobre la Readaptación profesional y el empleo de personas inválidas. Con ella se avanza en el reconocimiento de los derechos y posibilidades laborales de las personas con discapacidad. (OIT, 1983).

Posteriormente, a nivel del continente, en 1996 se estableció el Compromiso de Panamá con las personas con discapacidad en el continente Americano. (OEA, 1996)

Ya en 1999 se suscribe en Guatemala la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

Ámbito Nacional

En Colombia la Constitución Nacional de 1991 reconoce los derechos y le otorga protección de parte del Estado, específicamente a las personas, que como el caso de la discapacidad física adquirida, pudieran tener limitaciones físicas y, por ende, amenaza de que sean vulnerados sus derechos.

“ARTÍCULO 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.” (Constitución Nacional, 1991)

En relación con el desarrollo de la personalidad y con el derecho al trabajo de los ciudadanos colombianos, la Constitución Nacional puntualiza:

“ARTÍCULO 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico

...ARTÍCULO 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.” (Constitución Nacional 1991)

Específicamente en el caso de personas con discapacidad y su posterior atención y recuperación se establece:

“ARTÍCULO 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran...

ARTÍCULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.” (Constitución Nacional 1991)

La Ley 762 de 2002 acoge en su totalidad y aplica en el país, la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. (Ver Anexo 1). Sin embargo la Ley colombiana se limita a la transcripción de dicha Convención, sin complementar aspectos que la enriquezcan y la fortalezcan para hacerla adaptable a las condiciones locales o a circunstancias propias del propio sistema de salud y de atención.

En 2007 se promulga el Plan Nacional de Salud Pública para el período 2007 -2010, mediante el decreto 3039; que establece: “Para ello se articulan los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población. 1. Enfoque poblacional. Se entiende por enfoque poblacional, las intervenciones en salud simples o combinadas, dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad”.(Decreto 3039 de 2007)

También dicho Plan establece “estrategias para la recuperación y superación de los daños en la salud. Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:… g. Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.”

La Discapacidad ha alcanzado un nivel de reconocimiento y valoración en la esfera legal y administrativa del sistema de salud que le es favorable a las personas que afrontan dicha afección. “Como base para el abordaje de los principales problemas de salud priorizados en el Plan Nacional de Salud Pública, se ha tenido en cuenta el conjunto de efectos y daños codificados como categorías de salud, enfermedades, trastornos o lesiones, disfunciones o discapacidades…”(Decreto 3039 de 2007)

En el Plan Nacional de Salud Pública, un avance notorio en la denominación de las personas en discapacidad es el de aplicarles el concepto de “población vulnerable”; dado que dicha vulnerabilidad es la que le da derecho a la atención, tratamiento y acogida de

parte del estado y la sociedad. En consecuencia, entre los objetivos de dicho Plan se encuentra el de disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades

Posteriormente en 2008 se expide la Resolución 425, que establece la metodología para la aplicación del Plan Nacional de Salud 2007 – 2010 y en su Eje Programático de Promoción Social: “Incluye las siguientes áreas subprogramáticas:

a) Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales como, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven... c) Acciones educativas de carácter no formal dirigidos a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social, tales como, entornos saludables, participación social, discapacidad...”(Resolución 425 2008).

Ley 1438 de 2011 Reforma al sistema de salud

Entre sus Principios se establece el de enfoque diferencial que “reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.”

En su Artículo 18, se establece: “Servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas certificadas. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2.” (Ley 1438 de 2011).

CONCEPTOS BÁSICOS

Discapacidad

La organización mundial de la salud (OMS) basada en la CIF (clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad) define la discapacidad como un “Término genérico que incluye déficit, deficiencias o alteraciones en las funciones y/o

estructuras corporales, limitaciones en la actividad del individuo y restricciones en su participación” (OMS, CIF. 2001)

Tipos de Discapacidad.

En el 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace una modificación en sus estatutos y genera la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), dentro de la cual encontramos la siguiente clasificación:

Discapacidad visual: ambliopía, ceguera, glaucoma, hemianopsia, retinopatía, retinosis pigmentaria.

Discapacidad física: Acondroplasia, enfermedad de Fahr, paraplejia, tetraplejia, hemiplejia, síndrome de Gilles de Tourette, enfermedad de Strumpell, poliomiелitis, mielitis Transversa, osteogénesis Imperfecta (Huesos del Cristal), síndrome de Guillain Barré, displasia, corea de Huntington, ataxia de Friedreich, distonía Muscular, espina Bífida, parálisis Cerebral, mal de Parkinson, esclerosis Múltiple.

Discapacidad mental: Síndrome de PraderWilli, Síndrome de Down, Autismo, Síndrome X Frágil Fenilcetonuria, Alzheimer

Discapacidad auditiva: Alteración de la audición, presbiacusia, síndrome de Usher, hipoacusia, sordera.

Para efectos de esta investigación trabajaremos con el término de discapacidad física, la cual se divide en adquirida y de nacimiento, siendo la discapacidad física adquirida la más relevante para esta investigación; se define la discapacidad física como aquella que afecta principalmente las funciones motoras y requiere de algún tipo de ayuda técnica (silla de ruedas, muletas, entre otras).

Consecuencias de la Discapacidad.

La discapacidad hace presencia en la cotidianidad del ser humano que la padece y en la relación con su entorno. Adquirir la discapacidad conlleva a que la persona requiera cuidados diferentes y especializados, además se presentan restricciones de la persona a su

vida social, lo cual lleva al aislamiento, distanciamiento, alteraciones emocionales, dificultades en la comunicación con otros, dependencia para realizar labores domésticas y personales, así mismo implicaciones en su desarrollo personal, sexualidad y calidad de vida.

En cualquier momento en que aparezca el trastorno y el diagnóstico del mismo, este tendrá un impacto sobre la familia. Este impacto se producirá en el orden de lo previsto desde lo imaginado y esperado. Lo imaginado se encontrará contrariado por algo inesperado (Urbano, C & Yuni, J. 2009)

Percepción

La percepción desde el punto de vista de la psicología se define como “Complejo o integración psíquica que tiene como núcleo experiencias sensoriales. Acto de darse cuenta de datos presentes, ya sea externos, ya intraorgánicos.” (Warren, 1956). La percepción de las personas con discapacidad física adquirida alcanza otras dimensiones al enfrentar su nueva condición

Percepción Corporal

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente” (Raich, 2000 en Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007) y “la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999 en Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

La imagen corporal se compone de diferentes variables:

Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc. (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007)

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987 en Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007):

Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

Formación de la imagen corporal negativa

En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponente y factores de mantenimiento. (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007). Los factores predisponentes están enmarcados dentro de lo cultural y las exigencias de la sociedad, se refieren al ideal estético que ha sido impuesto como manera de competencia dentro de la sociedad, el cual es influyente en la autoestima de la persona, como parte de estos factores se encuentran también las características de cada persona a nivel físico y los modelos impuestos por familiares y amigos que hacen referencia a cuerpos perfectos con medidas perfectas. Los factores de mantenimiento son aquellos que mantienen la situación como suceso activante dentro de estos se ve reflejada la influencia de las opiniones de otros hacia la imagen que se tiene de sí mismo, lo cual genera malestar y necesidad de cambio.

Estrategias de Afrontamiento

De acuerdo con Martín, Jiménez y Fernández, (s.f.), citando a Lazarus y Folkman, (1986), “Las estrategias de afrontamiento constituyen herramientas o recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas, externas o internas. Estos recursos pueden ser positivos al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, y perjudicar su bienestar biopsicosocial.”

Según lo anterior, las reacciones emocionales no son provocadas por las situaciones sino por la manera en que las personas asumen dicha situación, cada persona tiene sus

propias formas y estrategias para afrontar los diferentes tipos de situaciones, siendo estas de forma negativa o positiva.

“Por otro lado, Everly (1989) define el afrontamiento “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. En la misma línea, Frydenberg y Lewis (1997) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”. (Martín, et al, s.f.)

Teniendo en cuenta las definiciones anteriores, se evidencia cómo dichas estrategias surgen del sujeto en el momento en que las necesita, siendo éstas el medio para disminuir, enfrentar o adaptarse a una determinada situación. Las estrategias de afrontamiento hacen que los sujetos, como en el caso de discapacidad física, generen mecanismos por los cuales puedan hacer frente a la situación y salir adelante con la misma, aprendiendo a soportar la discapacidad que hace parte de su día a día.

Estos estilos de afrontamiento son diferentes para cada persona y tienen mucho que ver con la competencia emocional. El ponerlos adecuadamente en marcha depende, en gran medida, de dos variables, por un lado el talante personal o repertorio de comportamientos, creencias, actitudes, desempeñados o aprendidos con anterioridad que definen el estilo de afrontamiento y por otro, las estrategias, es decir, la capacidad de dar una respuesta o gama de respuestas variadas y apropiadas ante el estrés. (Rueda y Aguado, 2003 p11)

Adaptación

Se parte del concepto de adaptación por parte de la persona, a su nueva condición, como aspecto básico del afrontamiento. Desde la perspectiva de la psicología la adaptación se asume como “Cualquier cambio en un organismo, ya sea en su forma, ya en sus funciones, que lo hace más capaz de conservar su vida o perpetuar su especie”. (Warren, 1956)

Adaptación a la realidad

También en el plano psicológico la adaptación a la realidad se asume como la “Capacidad de un individuo para enfrentarse con, y reaccionar ante las situaciones reales de la vida sin falsificar las condiciones del medio ni sus propias relaciones mediante la

imaginación, el soñar despierto, la racionalización u otras formas de autoilusión.”. (Warren, 1956)

Tipos de Afrontamiento.

El afrontamiento es un factor clave en la recuperación del discapacitado, por tanto el tipo de afrontamiento y la intervención psicológica aplicada en dicho momento garantizarán una adaptación efectiva. “Lazarus y Folkman plantean dos tipos de afrontamiento: Estrategias orientadas al problema, son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar y estrategias orientadas a la regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema” (Lazarus RS, Folkman S. en Vásquez, Crespo y Ring, 2000); es decir, orientadas a provocar un cambio en cómo es percibida y vivida la situación de estrés, regulando de manera más efectiva las reacciones emocionales negativas.

Por su parte Carver, Scheier y Weintraub presentan quince estrategias: el afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, la postergación de afrontamiento, el soporte social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, el acudir a la religión, la expresión de las emociones, el uso de alcohol o drogas y el compromiso conductual y cognitivo. (Carver, Scheier y Weintraub 1989, en Solís, C y Vidal, A).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe una normatividad y legislación a nivel global y a nivel nacional suficiente para que la política de atención a personas con discapacidad física adquirida, sea reforzada y se haga más eficiente en cuanto a la atención psicológica y en cuanto a la logística humana, física y administrativa orientada a dicha atención. El trauma generado por la discapacidad adquirida se aumenta si a la persona no se le proporcionan recursos terapéuticos suficientes para la fase de afrontamiento. Una de las consecuencias del trauma es el desarrollo de una autoimagen corporal negativa que se acrecienta si se permite el aumento de los factores que la determinan. Entre las estrategias de afrontamiento probadas por los autores y estudios

consultados, la asistencia psicológica en la percepción corporal, puede alcanzar un mayor nivel de relevancia para que se convierta en estrategia clave de adaptación a la nueva condición.

Pregunta de investigación

¿Es la asistencia psicológica para la percepción corporal, una estrategia básica para el afrontamiento y adaptación de las personas con discapacidad física adquirida?

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar y valorar la asistencia psicológica en la percepción corporal y diferenciar las instancias del afrontamiento como parte del proceso de recuperación y adaptación de parte personas con discapacidad física adquirida

Objetivos Específicos

Revisar el ámbito legal y normativo a nivel internacional y nacional, para correlacionarlo con las posibilidades de mejoramiento de la asistencia psicológica a personas con discapacidad física adquirida

Diferenciar las estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad física adquirida a fin de verificar la relevancia de la asistencia psicológica en la percepción corporal.

Estudiar la psicología de la rehabilitación como fundamento del tratamiento de percepción corporal y afrontamiento del discapacitado.

MÉTODO

La presente Monografía se fundamenta en el método de investigación bibliográfica, que se corresponde con la investigación cualitativa o interpretativa; consistente en una exploración racionalizada de la temática y de la hipótesis planteada, que se confirma o se descarta en la medida en que los trabajos de investigación previa permitan establecer una comprobación metódica de lo planteado. Los avances que en la temática estudiada ha alcanzado la comunidad científica y las personas, entidades e instancias investigadoras, hasta el momento de realizar la investigación bibliográfica, permiten correlacionar dichos estudios para aclarar, reafirmar o descartar nuevas preguntas de investigación que surgen de la dinámica social y ambiental en la que se desenvuelve la problemática estudiada.

Se acoge lo propuesto por la OMS en cuanto a la metodología de investigación teniendo en cuenta que los estudios estadísticos rigurosos, aunque entregan estados cuantitativos de la problemática y generalmente son asociados con la relación costo – beneficio de cada factor en estudio, poco han aportado al avance en la calidad de los servicios de asistencia e intervención a las personas con discapacidad: “Son aconsejables metodologías de investigación alternativas y rigurosas, en particular la investigación cualitativa, el diseño de cohortes de observación futuras...” (OMS 2011)

Los momentos del proceso son:

1. Diseño del proyecto de investigación.
2. Formulación de una pregunta de investigación, a manera de hipótesis o postulado previo que se quiere corroborar.
3. Selección de obras, autores y fuentes apropiadas para la fase de consulta. Teniendo en cuenta estudios realizados con anterioridad en relación con el proceso psicológico de afrontamiento y de percepción corporal e personas con discapacidad física adquirida.
4. Acopio, correlación y aplicación de información. Se procura retomar los análisis y resultados de estudios que permitan evidenciar la necesidad del refuerzo en la intervención psicológica al momento de la percepción corporal para el afrontamiento.
5. Consolidación del documento final.

PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN

Desde la antigüedad y en los nacimientos de la medicina, se registra preocupación por el tratamiento y cuidados de las discapacidades, sin embargo en la mayor parte de la historia la atención se concentró en los asuntos puramente físicos, médicos y hasta de “ingeniería”, más no tanto, en los de la atención psíquica y la contribución del paciente en su propio proceso recuperativo y adaptativo. “Hipócrates (460-377 a.C.), padre de la Medicina, ofrece también una descripción bastante precisa de la paraplejia, sus complicaciones y algunos de sus remedios, entre ellos los relativos a la ingesta de líquidos y la dieta adecuada. Así mismo, este autor describe métodos como la reducción por tracción y el banco de extensión para el tratamiento de las dislocaciones vertebrales.” (Rueda y Aguado, 2003 p11)

Durante siglos, la discapacidad fue un pretexto para la discriminación, burla y hasta la eliminación. Especialmente a partir del desarrollo del capitalismo preindustrial e industrial, cualquier tipo de discapacidad marcaba a la persona como menos “productiva” o “improductiva” y, por tanto, víctima del desprecio familiar y social.

Solamente hasta el Siglo XX se alcanzó un nivel de atención en los aspectos relativos a la estabilidad psíquica del paciente afectado por discapacidad adquirida. En dicho contexto se complementan la ciencia médica y la psicológica para alcanzar un tratamiento holístico de los pacientes.

El nacimiento de la psicología de la rehabilitación se produce durante la II Guerra Mundial, con la toma de conciencia de la incidencia e importancia de los factores psicológicos y sociales en la rehabilitación y la entrada de nuevos profesionales procedentes de las ciencias sociales y de la conducta (Lofquist, 1979; Fraser, 1984; Aguado, 1995). Los recursos dedicados a la participación y a la formación de los psicólogos para su intervención en este campo en el entorno norteamericano van configurando una especialidad con entidad propia. Su desarrollo y expansión en los Estados Unidos han dado lugar a la creación de la División 22 (Rehabilitation Psychology) de la American Psychological Association (APA), cuyos principios aparecen proclamados en las Actas de los Congresos de 1972 y 1975, y pueden encontrarse en los clásicos manuales editados por Garrett (1953), Wright (1959),

Lofquist (1960), Garrett y Levine (1962/1973), Neff (1971), Golden (1984) y Bolton (1987). (Rueda y Aguado, 2003 p11)

Específicamente para el caso de la discapacidad física adquirida y a los pacientes con lesión medular, también los grandes conflictos armados del siglo XX estimularon el desarrollo médico y la interacción con la psicología:

Pero es al finalizar la II Guerra Mundial, con las investigaciones del médico inglés Ludwig Guttmann (1901-1981), una autoridad en lesionados medulares y fundador del Centro de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, cuando se producen espectaculares avances en el estudio, el tratamiento y la rehabilitación de la Lesiones Medulares. Este autor establece las bases para la concepción de la rehabilitación integral de los lesionados medulares, reconociendo de forma explícita la importancia de los factores psicológicos. (Rueda y Aguado, 2003 p11)

PERCEPCIÓN CORPORAL COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO

En términos modernos el afrontamiento equivale a la resiliencia, asumida como “el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras. Significa "rebotar" de una experiencia difícil, como si uno fuera una bola o un resorte.” (APA, 2015).

Pero también desde la psicología y el psicoanálisis tiene que ver con la resistencia, entendida como “reacción de un organismo a la estimulación, en que la dirección del movimiento o actividad es opuesta a la dirección de la fuerza aplicada... oposición instintiva, en el sentido dinámico, hacia cualquier intento para traer a la conciencia algún material inconsciente, o para dejar éste al desnudo, excluyendo así de la conciencia todo material reprimido y todas las tendencias que le son ingratas”. (Warren, 1956). Con base en dichos fundamentos, el afrontamiento es un nivel de preparación y disposición de la persona para asumir situaciones traumáticas y continuar sus procesos vitales.

Los Terapeutas Gálvez, Godoy y Lagos de la Universidad de Chile, desempeñándose específicamente en el campo de la Terapia ocupacional, han desarrollado

un estudio respecto de las relaciones entre las percepciones del discapacitado y la discapacidad propiamente dicha, sobre la base de una premisa investigativa: “qué significados de experiencia de cuerpo construyen las personas en situación de discapacidad física adquirida?”. (Gálvez, 2015). Su gran preocupación es la distancia establecida entre los postulados bio-médicos, que obligan a un tratamiento estrictamente desde la aplicación de lo fisiológico, y la opción integradora de un tratamiento que parta de las sensaciones y percepciones del paciente afectado e involucre la totalidad del complejo.

Otro postulado del que partió dicha investigación fue: “La adquisición de una discapacidad física actúa como dispositivo que produce un quiebre en la construcción de la experiencia de cuerpo” (Gálvez, 2015)

La relevancia teórica es contribuir a un cambio de abordaje paradigmático en la disciplina, que incorpore nuevos elementos desarrollados por otras disciplinas humanistas, produciendo un punto de encuentro, que contribuyan a un abordaje psicosocial y subjetivo del cuerpo y discapacidad. Con ello pretendemos promover la discusión en torno al concepto de cuerpo, y poner en juego la mirada biológica y mecanicista que la terapia ocupacional ha establecido en relación al cuerpo, versus la valoración subjetiva del mismo. La relevancia práctica se centra principalmente en aportar a la posibilidad de contribuir a la transformación práctica de la T.O. (Terapia Ocupacional), introduciendo una nueva mirada del sujeto, favoreciendo la necesidad de concebir las experiencias personales y corporales. Además a partir de los resultados se pueden constituir ideas relacionadas con los significados de cuerpo que pueden transformarse en una nueva forma de abordaje terapéutico. (Gálvez, 2015)

La estrategia de afrontamiento basada en la percepción corporal de parte de la persona, implica una novedad traumática como es la de descubrir que su autoimagen orgánica y estética de cuerpo, y todo lo que ello implica, se ha derrumbado y se enfrenta a una novedad que conlleva cambio, pérdida, dificultad, señalamiento, limitación, entre otras situaciones adversas. “Al adquirir una discapacidad se inicia un proceso de darse cuenta, de reconocerse a sí mismo en términos naturales y subjetivos, es decir, es aprehender a conocer un cuerpo nuevo.” (Gálvez, 2015)

La situación traumática puede llegar a ser tan extrema que las personas afectadas alcanzan a rechazar y a considerar como accesorio la lesión; así nos lo explican los

terapeutas investigadores: “Uno de los temas trascendentes y transversales en todas las narraciones, y de carácter fundamental para nuestra investigación, es lo que denominamos Cuerpo Disociado. Lo entendemos como el proceso en que las personas con discapacidad tienden a valorar a su cuerpo, o la parte afectada como algo externo a ellos.” (Gálvez, 2015). Por lo anterior el proceso de afrontamiento, desde una perspectiva psico-física también resulta traumático si no se cuenta con los recursos profesionales que complementen e integren otros tipos de tratamientos.

A continuación de la situación traumática, el individuo se enfrenta a una nueva etapa en la vida que lo traslada a instancias infantiles al verse obligado a asumir su corporeidad modificada o afectada y adaptarla a sus necesidades. Existe una construcción de la nueva integridad corporal, nacida del aprendizaje que el individuo experimenta de su nueva realidad y de su adaptación al medio:

En todas las construcciones se dota al cuerpo natural con una visión de exterioridad, valorando al cuerpo de manera distanciada del sujeto, estableciéndose una relación particular de la persona con el segmento corporal dañado. Esta relación evidencia una disociación mente y cuerpo dada por el quiebre en la construcción de las experiencias de cuerpo. Entonces mente y cuerpo, no son vivenciados como elementos inextricables, sino que el cuerpo se vive como liberado de la mente, es decir, no tiene control, se expresa cómo quiere y cuándo quiere, por ejemplo, a través de espasmos, o erecciones involuntarias. (Gálvez 2015)

Otro factor que tiene mucho que ver en el proceso de recuperación y adaptación del paciente con discapacidad adquirida, a su nueva condición física y psíquica, es el momento o la edad en la que se sucede el trauma de la discapacidad, por cuanto las expectativas, los sucesos, la rutina de la cotidianidad y la realidad, pasadas y futuras de la persona, le ponen en condición distinta dependiendo del momento por el cual transcurre su vida al momento de sufrir el evento.

...la edad o ciclo vital se convierte en un punto de inflexión en la construcción de experiencias de cuerpo. Para cada ciclo vital existe un espacio social que lo identifica, se expresa como las personas están configuradas socialmente en relación a qué cosas deberían hacer y en qué espacio deberían desempeñarse en una situación o experiencia de vida normal, sin embargo, en el relato se comunica que se ha vivido una experiencia contraria a lo socialmente esperado, viviéndose como

un sujeto socialmente diferente y coartado por la experiencia de la discapacidad, como un cuerpo ilegítimo. De este análisis y otros elementos emerge otro punto vinculado a lo social es la experiencia de discriminación que de manera transversal se hace presente. (Gálvez, 2015)

La perspectiva de género también hace parte de la compleja trama de circunstancias y factores que intervienen en la situación del discapacitado. Para la mujer, un trauma en su cuerpo, que le genera salir del formato establecido por la sociedad de consumo y por el prototipo sociocultural en el que se le ha involucrado obligatoriamente, genera un mayor grado de descompensación entre lo que estéticamente debe cumplir una mujer y lo que por efecto de la discapacidad tendrá que asumir en adelante la persona afectada. “Un punto de inflexión que emerge espontáneamente en la construcción de los relatos dice relación con el género... La estética si bien es un factor que se aprecia visualmente en el cuerpo natural, es la cultura y el contexto social el que lo produce y lo hace relevante.” (Gálvez, 2015)

Según la mirada de Butler hay discursos y prácticas instaladas repetidamente en el escenario social cotidiano que tiene el efecto de que lo nombrado se hace efectivo, se materializa. Respecto a esto, el discurso y la práctica en torno a lo estético está instalado en el escenario social y lo hace perteneciente principalmente a lo femenino, siendo las mujeres performadas en torno a lo estético, llegando a hacerse obvio. (Butler, 2002, citado por Gálvez, 2015)

El tiempo de dedicación a las estrategias de adaptación es clave para el éxito de la misma. Si no se dedica el tiempo suficiente a cada momento y se pretende que inmediatamente el paciente asuma su nueva realidad, se puede agravar la situación de frustración: “Eventualmente el hecho de someterse a un tratamiento de manera tan acelerada interfiere en este proceso de autoconocimiento al adquirir una discapacidad, o simplemente la intervención se centra tanto en recuperar las funciones corporales que se despersonaliza la intervención, transformándose en un proceso de intervención ahistórico, situación que se presenta habitualmente en la intervención práctica de la Terapia Ocupacional en Salud Física.” (Gálvez, 2015)

En la situación descrita entra a mediar la eficiencia, calidad y responsabilidad de la empresa que atiende al paciente; por cuanto en el actual esquema de asistencia en salud, las empresas contratistas tienden a disminuir los costos lo cual generalmente repercute en la calidad y tiempo de atención al paciente.

Sea cual sea la calidad del servicio, la intervención del propio paciente en su proceso de recuperación es trascendental para su adaptación. El afrontamiento le da a la persona esta opción que también puede relacionarse con el nivel de autocuidado que el paciente pueda asumir para mejorar la calidad de recuperación y adaptación.

...el papel cada día más activo de las personas con discapacidad en su proceso de rehabilitación e integración supone también una demanda creciente de servicios y programas para la mejora de su calidad de vida. Ello plantea nuevos retos a los que la psicología de la rehabilitación y los profesionales que en ella trabajamos tenemos que responder. Un mayor conocimiento de las variables psicológicas y de los procesos de afrontamiento de la Lesión Medular aportará información muy valiosa para guiar los programas de intervención en esa línea. (Rueda y Aguado, 2003)

Los autores se reafirman en la necesidad de imprimir la perspectiva y la práctica del tratamiento psicológico integral como parte de la fase de afrontamiento. Se tiene en cuenta una fuente investigativa sobre lesión medular por ser tan común en los casos de paraplejia, como una de las consecuencias de las Discapacidades físicas adquiridas:

El contacto directo con personas con Lesión Medular de larga evolución nos reafirma en la creencia, implícita en el concepto de psicología de la rehabilitación que defendemos, de potenciar la intervención desde el momento de la aparición de la lesión y durante todo el proceso, desde los principios de prevención y rehabilitación integral, y no esperar la aparición de dificultades manifiestas en el proceso de adaptación. (Rueda y Aguado, 2003)

Se hace evidente la importancia de la asistencia psicológica en la totalidad del proceso, desde el evento traumático hasta las etapas de adaptación. Igualmente se requiere de la participación y disposición de la persona afectada para hacer más eficiente el afrontamiento y la adaptación

En este contexto rehabilitador, en el que se fomenta la participación activa de la persona con Lesión Medular, queremos resaltar la importancia del afrontamiento durante el proceso de rehabilitación y la relevancia que se deriva de la intervención en dichos procesos de afrontamiento para los resultados de la rehabilitación a largo plazo. (Rueda y Aguado, 2003)

El paciente asume así, a partir de su nueva percepción corporal, una disposición y una actitud consecuentes con la necesidad de su recuperación y

adaptación. El afrontamiento deja de ser traumático y, aún con la dificultad natural que implica, se convierte en propositivo.

RESULTADOS

Se tiene en cuenta el estudio realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, con mujeres que enfrentan los efectos de la mastectomía para evidenciar la incidencia del evento en el desarrollo de percepción corporal negativa y la necesidad de la asistencia psicológica en la fase de afrontamiento:

La población estuvo constituida por 46 pacientes mastectomizadas que fueron intervenidas quirúrgicamente entre agosto – diciembre 2007. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue un formulario tipo Escala de LicKert Modificada. En cuanto a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal del 100% (46), 54.35% (25) tienen una percepción desfavorable y 45.65% (21) favorable. En cuanto a la percepción desfavorable está determinada por los aspectos físico y social, lo favorable por el psicológico. Respecto a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico tenemos que 58.7% (27) tiene una percepción desfavorable y 41.3% (19) favorable. En cuanto al aspecto psicológico evidenciamos que 45.65% (21) tienen una percepción desfavorable, 54.35% (25) favorable. Con respecto al aspecto social 60.87% (28) tiene una percepción desfavorable y 39.13% (18) favorable. Por lo que la percepción de las pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal es en su mayoría desfavorable referida en el aspecto físico por no aceptar su nueva apariencia física, sentir que han perdido su lado femenino, no desear ver la zona, en el aspecto psicológico piensan que puede cambiar su relación de pareja, son más reservadas, y en el social por no agradarle recibir visita de amigos, no sentirse preparadas para asistir a actividades sociales. (Escobar Evelyn, 2008).

Las cifras evidencian un alto efecto del evento en la percepción corporal. Aunque el aspecto psicológico fue valorado específicamente, para los tres aspectos estudiados que son el físico, el social y el psicológico, también se requiere de la asistencia psicológica, lo que contribuirá a que el afrontamiento se suceda en forma más viable y adaptable a las circunstancias. Por tratarse de un tema relacionado con el aspecto estético de la mujer y por

la gran influencia del entorno se deben reforzar los aspectos de la percepción corporal para avanzar en el afrontamiento.

Al respecto de los efectos de la intervención quirúrgica sobre la percepción corporal en las mujeres consultadas, se concluye: “la mastectomía radical genera un sentimiento de ambivalencia emocional ya que protege el estado de salud de la mujer y al mismo tiempo es un fuerte estresor que provoca reacciones de miedo a la muerte, a la alteración de la imagen corporal y al dolor... las mujeres con imagen corporal con conflicto profundo tienden a emitir un mayor número de respuestas de afrontamiento potencialmente disfuncionales.” (Escobar Evelyn, 2008).

Por otro lado, el Informe Mundial de la Salud, publicado en el 2011, revela los siguientes problemas sustentados en una evaluación realizada en Gaza en el año 2009:

Complicaciones y discapacidad a largo plazo ocasionadas por heridas traumáticas, por falta de seguimiento.

Complicaciones y mortalidad prematura en personas con enfermedades crónicas, como consecuencia de la suspensión del tratamiento y el retraso en el acceso a servicios de atención de salud.

Problemas de salud mental a largo plazo, como resultado de la constante inseguridad y la falta de protección.

La mitad de los 5000 hombres, mujeres y niños que sufrieron lesiones durante las primeras tres semanas del conflicto podrían tener deficiencias permanentes, agravadas por el hecho de que los trabajadores de rehabilitación carecían de medios para realizar una intervención temprana.

Posteriormente, se encuentra una investigación titulada *Diseño y Validación de un Cuestionario de Imagen Corporal Para Personas en Situación de Discapacidad Física*, realizada en el 2014 y publicada en el 2015 por Paula Botero y Constanza Londoño de la Universidad Católica de Colombia, quienes observaron que “la mayor parte de las personas incluidas en este estudio refiere una valoración positiva de su imagen corporal, especialmente en la esfera de la satisfacción con el cuerpo.” (Botero Soto, P. A. & Londoño Pérez, C. 2015).

En relación con el tipo de discapacidad, se encontró que el 27.2% de los participantes tiene una discapacidad en los miembros inferiores; el 18.4%, en los miembros superiores; el 15.8%, en los miembros superiores e inferiores; el 16.7% tiene una lesión o trauma medular parcial o total que afecta significativamente la movilidad de los miembros inferiores; el 15.8% reporta problemas de columna o cadera; el 4.4% presenta hemiparesias o hemiplejías. (Botero Soto, P. A. & Londoño Pérez, C. 2015).

Otro caso relevante se toma a partir de la Crónica “LA GRAN AVENTURA DEL MES DE DICIEMBRE”, realizada por María Paula Espitia Argüello. Estudiante de Comunicación Social y Periodismo. UNIMINUTO Girardot (2015). En éste trabajo se evidencia la importancia de una buena percepción corporal, que hace satisfactorio el proceso de recuperación y adaptación a la nueva situación, como estrategia de afrontamiento, acompañado del apoyo y cuidado de sus familiares.

DISCUSIÓN

La aplicación de la normatividad existente y los ajustes administrativos y de logística que ello implica, permitirían un reforzamiento del proceso integral de asistencia psicológica a personas afectadas por discapacidad física adquirida; sin descartar que nuevos avances en materia de normatividad perfeccionen el proceso de atención y recuperación. Así lo confirman los estudios de la OMS para su Informe Mundial sobre la Discapacidad, al verificar que a pesar de la existencia de una normatividad, de todas formas incompleta, no es aplicada ni favorece debidamente a las personas afectadas.

Las experiencias de estudios y autores relacionados con la discapacidad física adquirida, permiten corroborar las premisas en relación con la importancia de la asistencia psicológica a las personas afectadas; especialmente en la atención a la percepción corporal, pues de ella depende que el afrontamiento se suceda para beneficio del afectado. Así lo verifican las cifras de la OMS cuando confirma que en un estudio de 4 países en vía de desarrollo, la asistencia psicológica está por debajo del 20% del mínimo requerido. (OMS, 2011 p 47)

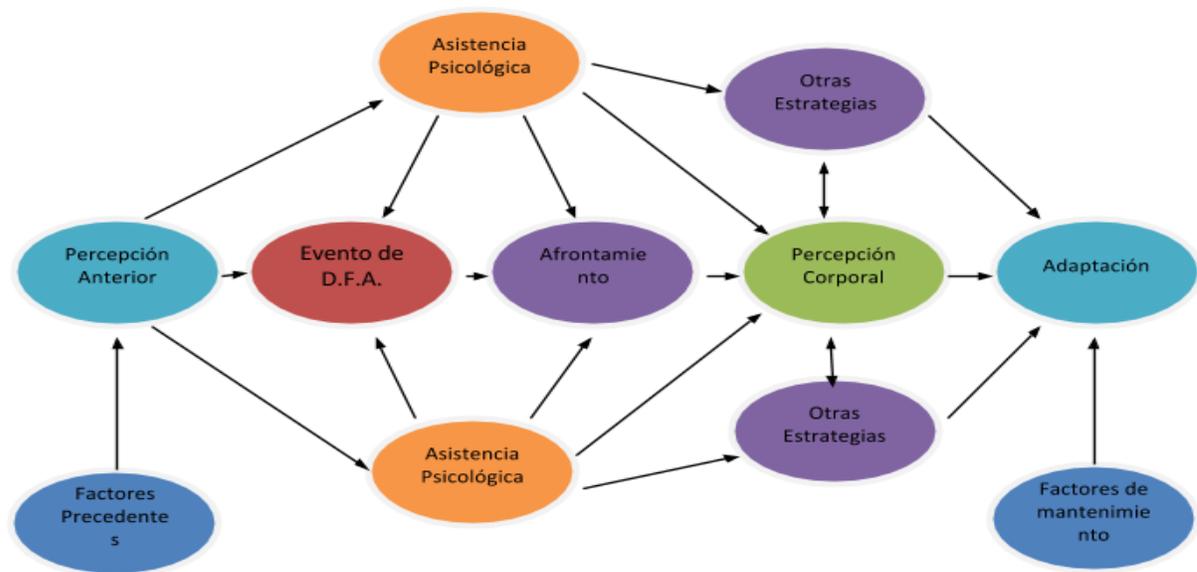


Figura 1. Sistema de atención a personas con Discapacidad Física Adquirida. Autoras

La anterior gráfica muestra la secuencia de eventos y factores que intervienen, asumidas en forma integral. Nótese cómo la percepción corporal es interactuante con las demás estrategias de afrontamiento. La asistencia psicológica se hace permanente, integrando los factores antecedentes y los de mantenimiento, y atiende la percepción corporal en interacción con las demás estrategias.

Los distintos factores que intervienen en el proceso del afrontamiento, como los familiares, culturales, educativos, ambientales, por edad, por género; desarrollan en la persona afectada una percepción corporal específica y generalmente negativa, susceptible de replantear y adaptar, para hacer más efectivo dicho afrontamiento. La correlación de dichos factores por parte del profesional tratante, permitirán realizar una asistencia más integral para agilizar y mejorar el tratamiento. Así se comprueba en el análisis de la información sobre el estudio de mujeres con mastectomía donde el entorno social tan centrado en el aspecto físico de la mujer, influye en la percepción corporal negativa y, por

ende, el papel del tratante se debe concentrar en dichos factores sociales y culturales para mejorar el afrontamiento.

Igualmente en el caso del joven Cristian David, su entorno familiar se ha consolidado como un factor que contribuye con la percepción corporal adecuada a las nuevas circunstancias y a generar un optimismo permanente que se destaca en las expresiones y en la actitud de la persona. Dicho factor puede mitigar otros factores de los llamados de mantenimiento que pretendan recaer en una percepción negativa contraproducente para el proceso de adaptación.

Aún analizando la intervención tan solo desde la relación costo –beneficio, se ha detectado que una intervención multidisciplinaria en la que se incluya los aspectos psicológicos, disminuye los costos posteriores del tratamiento o asistencia. “Se ha comprobado que la utilización del planteamiento de equipo para mejorar la participación social de los jóvenes con discapacidades físicas es eficaz en función de los costos” (OMS, 2011 p130)

CONCLUSIONES

La asistencia psicológica en la percepción corporal, puede ser considerada como la estrategia fundamental de afrontamiento de la discapacidad física adquirida, pues a partir del reconocimiento, valoración y adaptación a los cambios sufridos el individuo alcanza unos niveles de superación suficientes para soportar el trauma, el duelo y la posterior gestión de sus rutinas vitales

El Estado debe atender en forma integral el proceso de atención inicial, rehabilitación adaptación y reincorporación de las personas afectadas por discapacidad física adquirida. Consolidando una infraestructura suficiente para la atención, acompañamiento y adaptación del entorno; así como propiciando la gestión profesional interinstitucional e interdisciplinaria. La legislación y normatividad existentes deben ser aplicadas y complementadas en forma integral para consolidar y ejecutar una política más eficiente para la atención a personas con discapacidad.

Las estrategias de afrontamiento están directamente relacionadas con un proceso de aprendizaje para el discapacitado, en el que cuentan los saberes previos, lo aprendido en la percepción de la nueva situación y su capacidad para asumir esa nueva realidad. Es el aprendizaje de la llamada resiliencia o nivel de adaptación y superación de situaciones traumáticas. Pero también cuenta la disposición o nivel de disposición para el aprendizaje por parte de la persona en su proceso de adaptación. Es la llamada aprendibilidad, de las cuales el profesional en psicología se afianza para los propósitos de la intervención y la rehabilitación.

El tratamiento clínico – psicológico para la adaptación y promoción de las personas con discapacidad física adquirida puede concentrarse en la percepción corporal como estrategia terapéutica que conlleva el afrontamiento, la autoestima, el autocuidado y adaptación a la nueva realidad, controlando los factores que permanentemente intentarán avivar la imagen corporal negativa.

Con las definiciones dadas anteriormente se puede deducir que las estrategias de afrontamiento están relacionadas de manera positiva con la discapacidad ya que aquellas que van dirigidas al problema pueden hacer que la persona en tratamiento tenga una visión diferente acerca de la misma y pueda hacer de su discapacidad un elemento aliado para su cotidianidad, así mismo, las estrategias orientadas a la regulación emocional le permiten al individuo afrontar de manera más tranquila su situación.

Es importante investigar sobre los protocolos requeridos para hacer de la atención a discapacitados un proceso integral en lo educativo, lo médico, lo psicológico, lo histórico-cultural y lo socioeconómico, como soportes de la percepción corporal y el afrontamiento.

REFERENCIAS

APA. American Psychological Association. *Camino a la resiliencia*. Centro de Apoyo. Recuperado Agosto 2015 www.apa.org.

Botero Soto, P. A. & Londoño Pérez, C. (2015). *Diseño y validación de un cuestionario de imagen corporal para personas en situación de discapacidad física*. Revista Colombiana de Psicología, 24(1), 219-233. doi:10.15446/rcp.v24n1.45644

BUTLER, J. (2002). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.

C.I.F. *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. (2001). Recuperado en Septiembre 2015 desde: <http://discapacidadcolombia.com>

Constitución Política de Colombia. Congreso de la República. 1991.

DANE. (2005). Censo general 2005: *Discapacidad personas con limitaciones permanentes*. Recuperado en Octubre de 2015 desde: <http://www.discapacidadcolombia.com/Estadisticas>.

Escobar Rodríguez, Evelyn Yovana. (2008). *Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Programa Cybertesis PERÚ.

Espitia Argüello, María Paula. (2015). *La gran Aventura del mes de Diciembre*. (CD) Crónica. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Facultad de Ciencias de la Comunicación. Girardot.

Lazarus RS, Folkman S. (1996). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca

Macarena Gálvez L., Marcos Godoy L., Alejandra Lagos F. *Construcción de significados de experiencia de cuerpo con personas en situación de discapacidad física adquirida*. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Terapia Ocupacional. PDF.

Martín Díaz, María; Jiménez Sánchez, María; Fernández-Abascal, Enrique (s.f.) *Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de Afrontamiento*. Revista electrónica de motivación y emoción, Volumen: 3 Número: 4. Departamento de Psicología Básica II Universidad Nacional de Educación a Distancia (Spain). Recuperado Octubre 2015 desde <http://reme.uji.es/articulos/agarce>

Ley 1438 de 11 de enero de 2011 *Reforma el sistema general de seguridad social en salud*. Diario Oficial Colombia. 2011.

Ministerio de Protección Social. Decreto 3039 (10 de agosto de 2007) Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. PDF.

OEA. Organización de Estados Americanos. Compromiso de Panamá con las personas con discapacidad en el continente americano. Acuerdo de Panamá. 5 de Junio de 1996. PDF.

OIT. Organización Internacional del Trabajo. Convenio 159. Readaptación profesional y el empleo de personas inválidas. Ginebra. 1 de junio de 1983. PDF.

OMS. Organización Mundial de la Salud.- Banco Mundial. *Informe Mundial sobre Discapacidad*. Malta 2011. PDF.

Rueda Ruiz, María Begoña y Aguado Díaz, Antonio León. (2003) *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Observatorio de la Discapacidad. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Madrid. PDF.

Salaberria, Rodríguez & Cruz. (2007). *Percepción de la imagen corporal*. Osasunaz. 8, pp. 171-183.

Solís, C y Vidal, A. (2006). *Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes*. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol. VII N° 1. Pp. 33-39.

Universidad del Rosario. Universidad Ciencia y Desarrollo. *Discapacidad creciente por el conflicto*. Tomo II Fascículo 13. 2007

Urbano, Claudio y Yuni, José. *La discapacidad en la escena familiar*. Ed. Encuentro. Buenos Aires. 2008.

Vargas Villegas, Jair. (2012) Discapacidad física adquirida y subjetividad. De la negación a la asimilación. Informe de resultados de investigación. Recuperado en Octubre 2015 de www.prezi.com

Vásquez, Crespo y Ring (2000). *Estrategias de afrontamiento*. Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias de Afrontamiento.pdf

Warren, Howard. Diccionario de Psicología. Fondo de Cultura Económica. México.1956

ANEXOS

ANEXO 1

Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas de la Organización Internacional del Trabajo

Preámbulo

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 1 junio 1983 en su sexagésima novena reunión;

Habiendo tomado nota de las normas internacionales existentes contenidas en la Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos, 1955, y en la Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos, 1975;

Tomando nota de que desde la adopción de la Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos, 1955, se han registrado progresos importantes en la comprensión de las necesidades en materia de readaptación, en el alcance y organización de los servicios de readaptación y en la legislación y la práctica de muchos Miembros en relación con las cuestiones abarcadas por la Recomendación;

Considerando que la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el año 1981 Año Internacional de los Impedidos con el tema de Plena participación e igualdad y que un programa mundial de acción relativo a las personas inválidas tendría que permitir la adopción de medidas eficaces a nivel nacional e internacional para el logro de las metas de la plena participación de las personas inválidas en la vida social y el desarrollo, así como de la igualdad;

Considerando que esos progresos avalan la conveniencia de adoptar normas internacionales nuevas al respecto para tener en cuenta, en especial, la necesidad de asegurar, tanto en las zonas rurales como urbanas, la igualdad de oportunidades y de trato a todas las categorías de personas inválidas en materia de empleo y de integración en la comunidad;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a la readaptación profesional, cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión, y Después de haber decidido que estas proposiciones revistan la forma de un convenio, adopta, con fecha veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres, el presente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas), 1983:

Parte I. Definiciones y Campo de Aplicación

Artículo 1

1. A los efectos del presente Convenio, se entiende por *persona inválida* toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden sustancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida.

2. A los efectos del presente Convenio, todo Miembro deberá considerar que la finalidad de la readaptación profesional es la de permitir que la persona inválida obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo, y que se promueva así la integración o la reintegración de esta persona en la sociedad.

3. Todo Miembro aplicará las disposiciones de este Convenio mediante medidas apropiadas a las condiciones nacionales y conformes con la práctica nacional.

4. Las disposiciones del presente Convenio serán aplicables a todas las categorías de personas inválidas.

Parte II. Principios de Política de Readaptación Profesional y de Empleo para Personas Inválidas

Artículo 2

De conformidad con las condiciones, práctica y posibilidades nacionales, todo Miembro formulará, aplicará y revisará periódicamente la política nacional sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

Artículo 3

Dicha política estará destinada a asegurar que existan medidas adecuadas de readaptación profesional al alcance de todas las categorías de personas inválidas y a promover oportunidades de empleo para las personas inválidas en el mercado regular del empleo.

Artículo 4

Dicha política se basará en el principio de igualdad de oportunidades entre los trabajadores inválidos y los trabajadores en general. Deberá respetarse la igualdad de oportunidades y de trato para trabajadoras inválidas y trabajadores inválidos. Las medidas positivas especiales encaminadas a lograr la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre los trabajadores inválidos y los demás trabajadores no deberán considerarse discriminatorias respecto de estos últimos.

Artículo 5

Se consultará a las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores sobre la aplicación de dicha política y, en particular, sobre las medidas que deben adoptarse para promover la cooperación y la coordinación entre los organismos públicos y privados que participan en actividades de readaptación profesional. Se consultará asimismo a las organizaciones representativas constituidas por personas inválidas o que se ocupan de dichas personas.

Parte III. Medidas a Nivel Nacional para el Desarrollo de Servicios de Readaptación Profesional y Empleo para Personas Inválidas

Artículo 6

Todo Miembro, mediante la legislación nacional y por otros métodos conformes con las condiciones y práctica nacionales, deberá adoptar las medidas necesarias para aplicar los artículos 2, 3, 4 y 5 del presente Convenio.

Artículo 7

Las autoridades competentes deberán adoptar medidas para proporcionar y evaluar los servicios de orientación y formación profesionales, colocación, empleo y otros afines, a fin de que las personas inválidas puedan lograr y conservar un empleo y progresar en el mismo; siempre que sea posible y adecuado, se utilizarán los servicios existentes para los trabajadores en general, con las adaptaciones necesarias.

Artículo 8

Se adoptarán medidas para promover el establecimiento y desarrollo de servicios de readaptación profesional y de empleo para personas inválidas en las zonas rurales y en las comunidades apartadas.

Artículo 9

Todo Miembro deberá esforzarse en asegurar la formación y la disponibilidad de asesores en materia de readaptación y de otro personal cualificado que se ocupe de la orientación profesional, la formación profesional, la colocación y el empleo de personas inválidas.

Parte IV. Disposiciones Finales

Artículo 10

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

Artículo 11

1. Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.
2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
3. Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

Artículo 12

1. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
2. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

Artículo 13

1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.

2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

Artículo 14

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

Artículo 15

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

Artículo 16

1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

(a) la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 12, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;

(b) a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

Artículo 17

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

ANEXO 2

LEY 762 DE 2002

por medio de la cual se aprueba la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999). El Congreso de la República, Visto el texto de la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999), que a la letra dice: (Para ser transcrito: Se adjunta fotocopia del texto íntegro del instrumento internacional mencionado).

CONVENCION INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Los Estados Parte en la presente Convención,

REAFIRMANDO que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanar de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano;

CONSIDERANDO que la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en su artículo 3, inciso j) establece como principio que “la justicia y la seguridad sociales son bases de una paz duradera”;

PREOCUPADOS por la discriminación de que son objeto las personas en razón de su discapacidad;

TENIENDO PRESENTE el Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas de la Organización Internacional del Trabajo (Convenio 159); la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (AG.26/2856, del 20 de diciembre de 1971); la Declaración de los Derechos de los Impedidos de las Naciones Unidas (Resolución número 3447 del 9 de diciembre de 1975); el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 37/52, del 3 de diciembre de 1982); el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (1988); los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (AG46/119, del 17 de diciembre de 1991); la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud; la Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (AG/RES. 1249 (XXIII-O/93)); las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (AG.48/96, del 20 de diciembre de 1993); la Declaración de Managua, de diciembre de 1993,- la Declaración de Viena y Programa de Acción aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (157/93); la Resolución sobre la Situación de los Discapacitados en el Continente Americano (AG/RES. 1356 (XXV-O95)); y el Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (Resolución AG/RES. 1369 (XXVI-O/96)); y

COMPROMETIDOS a eliminar la discriminación, en todas sus formas y manifestaciones, contra las personas con discapacidad,

HAN CONVENIDO lo siguiente:

Artículo I

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por:

1. Discapacidad. El término “discapacidad” significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.
2. Discriminación contra las personas con discapacidad.

a) El término “discriminación contra las personas con discapacidad” significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales;

b) No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación.

Artículo II

Los objetivos de la presente Convención son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

Artículo III

Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados Parte se comprometen a:

1. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, incluidas las que se enumeran a continuación, sin que la lista sea taxativa:

a) Medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración;

b) Medidas para que los edificios, vehículos e instalaciones que se construyan o fabriquen en sus territorios respectivos faciliten el transporte, la comunicación y el acceso para las personas con discapacidad;

c) Medidas para eliminar, en la medida de lo posible, los obstáculos arquitectónicos, de transporte y comunicaciones que existan, con la finalidad de facilitar el acceso y uso para las personas con discapacidad, y

d) Medidas para asegurar que las personas encargadas de aplicar la presente Convención y la legislación interna sobre esta materia, estén capacitados para hacerlo.

2. Trabajar prioritariamente en las siguientes áreas:

a) La prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles;

b) La detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad, y

c) La sensibilización de la población, a través de campañas de educación encaminadas a eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales, propiciando de esta forma el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad.

Artículo IV

Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados Parte se comprometen a:

1. Cooperar entre sí para contribuir a prevenir y eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad.

2. Colaborar de manera efectiva en:

a) La investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las discapacidades, el tratamiento, la rehabilitación e integración a la sociedad de las personas con discapacidad, y

b) El desarrollo de medios y recursos diseñados para facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad.

Artículo V

1. Los Estados Parte promoverán, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, la participación- de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de

medidas y políticas para aplicar la presente Convención.

2. Los Estados Parte crearán canales de comunicación eficaces que permitan difundir entre las organizaciones públicas y privadas que trabajan con las personas con discapacidad los avances normativos y Jurídicos que se logren para la eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad.

Artículo VI

1. Para dar seguimiento a los compromisos adquiridos en la presente Convención se establecerá un Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, integrado por un representante designado por cada Estado Parte.

2. El Comité celebrará su primera reunión dentro de los 90 días siguientes al depósito del décimo primer instrumento de ratificación. Esta reunión será convocada por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos y la misma se celebrará en su sede, a menos que un Estado parte ofrezca la sede.

3. Los Estados Parte se comprometen en la primera reunión a presentar un informe al Secretario General de la Organización para que lo transmita al Comité para ser analizado y estudiado. En lo sucesivo, los informes se presentarán cada cuatro años.

4. Los informes preparados en virtud del párrafo anterior deberán incluir las medidas que los Estados miembros hayan adoptado en la aplicación de esta Convención y cualquier progreso que hayan realizado los Estados parte en la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Los informes también contendrán cualquier circunstancia o dificultad que afecte el grado de cumplimiento derivado de la presente Convención.

5. El Comité será el foro para examinar el progreso registrado en la aplicación de la Convención e intercambiar experiencias entre los Estados parte. Los informes que elabore el Comité recogerán el debate e incluirán información sobre las medidas que los Estados parte hayan adoptado en aplicación de esta Convención, los progresos que hayan realizado en la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, las circunstancias o dificultades que hayan tenido con la implementación de la Convención, así como las conclusiones, observaciones y sugerencias generales del Comité para el cumplimiento progresivo de la misma.

6. El Comité elaborará su reglamento interno y lo aprobará por mayoría absoluta.

7. El Secretario General brindará al Comité el apoyo que requiera para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo VII

No se interpretará que disposición alguna de la presente Convención restrinja o permita que los Estados parte limiten el disfrute de los derechos de las personas con discapacidad reconocidos por el derecho internacional consuetudinario o los instrumentos internacionales por los cuales un Estado parte está obligado.

Artículo VIII

1. La presente Convención estará abierta a todos los Estados miembros para su firma, en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el 8 de junio de 1999 y, a partir de esa fecha, permanecerá abierta a la firma de todos los Estados en la sede de la Organización de los Estados Americanos hasta su entrada en vigor.

2. La presente Convención está sujeta a ratificación.

3. La presente Convención entrará en vigor para los Estados ratificantes el trigésimo día a partir de la fecha en que se haya depositado el sexto instrumento de ratificación de un Estado miembro de la Organización de los Estados Americanos.

Artículo IX

Después de su entrada en vigor, la presente Convención estará abierta a la adhesión de todos los Estados que no la hayan firmado.

Artículo X

1. Los instrumentos de ratificación y adhesión se depositarán en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.

2. Para cada Estado que ratifique o adhiera a la Convención después de que se haya depositado el Sexto instrumento de ratificación, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que tal Estado haya depositado su instrumento de ratificación o de adhesión.

Artículo XI

1. Cualquier Estado parte podrá formular propuestas de enmienda a esta Convención. Dichas propuestas serán presentadas a la Secretaría General de la OEA para su distribución a los Estados parte.

2. Las enmiendas entrarán en vigor para los Estados ratificantes de las mismas en la fecha en que dos tercios de los Estados parte hayan depositado el respectivo instrumento de ratificación. En cuanto al resto de los Estados parte, entrarán en vigor en la fecha en que depositen sus respectivos instrumentos de ratificación.

Artículo XII

Los Estados podrán formular reservas a la presente Convención al momento de ratificarla o adherirse a ella, siempre que no sean incompatibles con el objeto y propósito de la Convención y versen sobre una o más disposiciones específicas.

Artículo XIII

La presente Convención permanecerá en vigor indefinidamente, pero cualquiera de los Estados parte podrá denunciarla. El instrumento de denuncia será depositado en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Transcurrido un año, contado a partir de la fecha de depósito del instrumento de denuncia, la Convención cesará en sus efectos para el Estado denunciante, y permanecerá en vigor para los demás Estados parte. Dicha denuncia no eximirá al Estado parte de las obligaciones que le impone la presente Convención con respecto a toda acción u omisión ocurrida antes de la fecha en que haya surtido efecto la denuncia.

Artículo XIV

1. El instrumento original de la presente Convención, cuyos textos en español, francés, inglés y portugués son igualmente auténticos, será depositado en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, la que enviará copia auténtica de su texto, para su registro y publicación, a la Secretaría de las Naciones Unidas, de conformidad con el Artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas.

2. La Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos notificará a los Estados miembros de dicha Organización y a los Estados que se hayan adherido a la Convención, las firmas, los depósitos de instrumentos de ratificación, adhesión y denuncia, así como las reservas que hubiesen.

Organización de los Estados Americanos,
Washington, D. C.

Secretaría General

Certifico que el documento adjunto, es copia fiel y exacta de los textos auténticos en español, inglés, portugués y francés de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el 7 de junio de 1999, en el vigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General, y que los textos firmados de dichos originales se encuentran depositados en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Se expide la presente certificación a solicitud de la Misión Permanente de Colombia ante la Organización de los Estados Americanos.

1° de marzo de 2000

Luis F. Jiménez,

Oficial Jurídico Principal

Interinamente a cargo del Departamento de Derecho Internacional.»

RAMA EJECUTIVA DEL PODER PUBLICO

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., 29 de mayo de 2001

APROBADA, sométase a la consideración del honorable Congreso Nacional para los efectos constitucionales.

(Fdo.) ANDRES PASTRANA ARANGO

El Ministro de Relaciones Exteriores,

(Fdo.) *Guillermo Fernández de Soto.*

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébese la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con discapacidad”, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con discapacidad”, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999), que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Carlos García Orjuela.

El Secretario General (E.) del honorable Senado de la República,

Luis Francisco Boada Gómez.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Guillermo Gaviria Zapata.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Angelino Lizcano Rivera.

REPUBLICA DE COLOMBIA – GOBIERNO NACIONAL

Comuníquese y cúmplase.

Ejecútese, previa revisión de la Corte Constitucional, conforme al artículo 241-10 de la Constitución Política.

Dada en Bogotá, D. C., a 31 de julio de 2002.

ANDRES PASTRANA ARANGO

El Ministro de Relaciones Exteriores,

Guillermo Fernández de Soto

ANEXO 3

El caso de Cristian David Vizcaya

Cristian David es un joven de 17 años que ha sufrido la afección de cáncer con “metástasis saltarina”, es decir que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Se le debió amputar su pierna derecha a partir de la rodilla. Habiendo sido futbolista y deportista destacado, el joven se vio muy afectado por dicha intervención. En su recuperación ha contribuido el apoyo permanente y cuidadoso de su familia. Y una fe inquebrantable en su creencia religiosa; manifestando él mismo que “la vida debe vivirse intensamente por ser valiosa y corta”.

Es evidente su aceptación a la nueva situación cuando se esfuerza por adaptarse a una prótesis de la pierna. Su empeño y su optimismo cuando manifiesta que aún así, quisiera participar en deportes para personas con discapacidad, hacen ver que tiene una alta aceptación de su nueva condición y que la percepción de su cuerpo no le impide asumir con alegría y dinamismo su nueva vida.

Cambió su carrera de Educación física por la de Contaduría, la que le ha sido difícil asumir continuamente por los continuos tratamientos y terapias, pero no declina en el esfuerzo por superarse y realizarse como profesional. Con ello demuestra que ha alcanzado un nivel de afrontamiento suficiente para adaptarse y continuar su vida. Su percepción corporal también se hace evidente y con muestras de auto-aceptación y disposición para continuar su tratamiento; manifestando que “todo lo que se le ha presentado y lo que venga lo va a enfrentar con la misma disposición y optimismo”.

Su principal anécdota en relación con el proceso de afrontamiento es la de “una enfermera muy atenta conmigo y con la que hicimos una bonita amistad, un día que me vio deprimido me llevó a

una sala de terapia donde había niños más pequeños que yo, entonces encontré que esos niños estaban dedicados a superarse y a hacer las terapias. Desde ese momento se me mejoró el ánimo para salir adelante con mi situación. Esos niños y esa enfermera me demostraron que cualquiera es capaz de salir adelante a pesar de todo”