



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN**

**Previo a la obtención del título de psicóloga**

**TEMA:**

**Sistematización de experiencias prácticas sobre la evaluación a las y los usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional del Centro Municipal de Apoyo para Personas con Discapacidad Visual "Cuatro de Enero" en la ciudad de Guayaquil.**



**NOMBRE DE LA ESTUDIANTE:**

Nelly Segunda Burgos Valle

**NOMBRE DEL TUTOR:**

Psic. Javier Óscar Mogrovejo Gualpa Mg.

Guayaquil, 2016

## **1. DEDICATORIA**

A mis hijos, por ser fuente de inspiración para no desmayar ante las diversas dificultades con las que tropecé en el proceso del logro de esta meta.

## **2. AGRADECIMIENTO**

A Dios por la fortaleza que necesité para no rendirme y continuar.

A los usuarios del Servicio de Rehabilitación Básica Funcional del Centro Municipal de Apoyo para Personas con Discapacidad Visual “Cuatro de Enero”. Quienes con sus experiencias enriquecieron las mías.

A la Universidad por su participación en mi formación profesional.

A los docentes de la Facultad de Ciencias Psicológicas que colaboraron para la culminación de esta meta.

Al Psicólogo Javier Mogrovejo Gualpa, supervisor del trabajo de titulación, por sus oportunas sugerencias para la elaboración de este trabajo.

A mi familia y esposo por la ayuda y paciencia que me brindaron durante mi proceso de formación académica.

A Cristina Torres y Martha Andrade: Compañeras, amigas, confidentes y apoyo incondicional en mi vida.

### 3. RESUMEN

Las causas por las cuales las y los adultos obtienen ceguera o baja visión son diversas (glaucoma, retinopatía diabética, desprendimiento de retina), el objetivo de la evaluación psicológica fue contribuir al desarrollo integral de las personas que adquirieron la discapacidad visual en la adultez participantes del servicio de rehabilitación básica funcional, mediante evaluación diagnóstica por medio de la aplicación de instrumentos metodológicos, para que tengan funcionalidad en su entorno, usuarios del Centro Municipal de Apoyo para Personas con Discapacidad Visual “Cuatro de Enero”. Se utilizó la noción de configuración de la personalidad propuesta por el Dr. Fernando González Rey y el enfoque Histórico Cultural desarrollado por Lev. Vigotsky. Desde lo metodológico hay una aproximación al enfoque cualitativo cuyas vivencias han sido recopiladas y descritas por medio de: entrevista abierta, entrevista semiestructurada, composiciones, test de completamiento de frases de Sacks para adultos. La muestra fue no probabilística, tipo intencional de 10 usuarios de ambos sexos que acudían al Centro. Las edades de los participantes oscilaban entre 20 y 79 años. Resultados Obtenidos: Aspectos estructurales y funcionales de la personalidad. Estructurales: Unidades psicológicas primarias: Necesidades superiores de trascendencia, aceptación, pertenencia y afectivas por parte de sus familiares y amigos. Intereses: A nivel personal y laboral. Carácter: se registran rasgos de persistencia hacia el aprendizaje, introversión, sociabilidad limitada al grupo de compañeros del Centro. Actitud: valoraciones positivas frente al reaprendizaje, concepción del mundo, aspecto más relevante, el sistema de creencias. Aspectos funcionales: Capacidad de reestructurar el campo, flexibilidad frente a rigidez: esfuerzo volitivo y autodeterminación. La actividad adquiere gran significación.

## 4. ÍNDICE

1. DEDICATORIA .....	2
2. AGRADECIMIENTO.....	3
3. RESUMEN .....	4
4. ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN .....	8
1. CONTEXTO TEÓRICO.....	10
1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD VISUAL.....	10
1.1.1 Concepto de Ceguera y Baja Visión .....	12
1.1.2 Principales causas de la discapacidad visual.....	12
1.1.3 Datos y Cifras de Discapacidad Visual en el Mundo .....	14
1.1.4 Respuesta Mundial para prevenir la Discapacidad Visual.....	15
1.1.5 Situación actual de las personas con discapacidad visual en el Ecuador. ....	16
1.1.6 La discapacidad visual adquirida en la adultez .....	18
1.2 CONCEPCIÓN DE LA REHABILITACIÓN.....	19
1.2.1 Modalidades de rehabilitación .....	19
1.2.2 Conceptualización de la Rehabilitación Básica Funcional.....	21
1.2.3 Propuesta de un Modelo Mínimo Indispensable ante la RBF proporcionado por el Manual Técnico de Rehabilitación de la Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC). ....	22
1.2.4 Contenidos generales del proceso de la RBF .....	23
1.2.4.1 Área psicosocial y médica: Programa de psicología .....	23
1.2.5 Perfiles del rehabilitador y rehabilitando.....	24
1.2.6 Definición de Orientación y Movilidad. ....	26
1.2.7 Fases de la intervención de la RBF según la ONCE .....	27
1.2.8 Lo histórico cultural (categoría vivencia y actividad), en la comprensión psicológica de la persona con discapacidad visual.....	29

1.2.9	La Configuración Psicológica de la Personalidad y su relación con la significación ante la Ceguera o Baja Visión. ....	30
1.2.10	La evaluación clínica como medio para conocer los aspectos funcionales y estructurales de las personalidades de las y los usuarios del servicio de RBF. ....	31
2.	METODOLOGÍA DE SISTEMATIZACIÓN.....	32
2.1	Abordaje de Elementos contextuales del proceso de sistematización	32
2.2	Articulación del Enfoque Metodológico de Abordaje e Instrumentos para la Realización de Procesos de Sistematización Participativa de Experiencias de Desarrollo. ....	33
2.3	Valoración general del proceso e instrumentos de sistematización.....	35
2.4	Evaluación cualitativa y cuantitativa.....	35
3.	DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	36
3.1.	La descripción del proyecto o programa. ....	36
3.2	Descripción del producto a sistematizar .....	38
3.3.	Descripción del proceso de implementación según fases definidas. ....	41
4.	RECUPERACIÓN DEL PROCESO.....	42
4.1	Elementos de Reconstrucción Histórica .....	42
4.3	Elementos para la Interpretación Crítica.....	45
4.4	Métodos e Instrumentos a Utilizar.....	47
5.	ANÁLISIS Y REFLEXIÓN.....	49
5.1	Lecciones aprendidas .....	49
5.1.1	Beneficios tangibles .....	49
5.1.2	Beneficios no tangibles .....	50
5.1.3	Factores del contexto que limitaron la ampliación de los efectos o el número de beneficiados.....	51
5.1.4	Dificultades superadas.....	52
5.1.5	Situaciones de Éxito.....	53
5.1.6	Errores Identificados .....	55
6.	RECOMENDACIONES.....	56
6.1	Autoridades del Centro.....	56
6.1.1	Psicólogos responsables del Centro “Cuatro de Enero”.....	56

6.2	Usuarios .....	57
6.3	Familiares de los usuarios.....	57
6.4	Práctica profesional.....	57
6.5	Divulgación del trabajo .....	58
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59
	ANEXO A. GLOSARIO .....	61
	ANEXO B .....	69

## INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo de la presente sistematización, se da a conocer la necesidad de funcionalidad en el entorno de las personas con discapacidad visual, que adquirieron la misma en la adultez, usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional en el Centro Municipal de Apoyo para Personas con Discapacidad Visual” Cuatro de Enero”.

Esta situación de vulnerabilidad condicionó a dicho colectivo a experimentar un desajuste tanto a nivel cognitivo como emocional y la revalorización de las posibilidades de una vida independiente, situándoles con la pérdida de la visión en dependencia de los otros, para realizar actividades como: caminar, explorar espacios y hasta reconocer su propio esquema corporal. Se ha identificado en el contexto rehabilitador la necesidad de que las y los usuarios se incluyan como sujetos activos en el proceso de rehabilitación básica funcional que reciben como parte del programa que ofrecen el Centro Municipal” Cuatro de Enero”.

La importancia de este estudio reside en los efectos de la pérdida de la capacidad visual, puesto que interrumpió estilos de vida y funciones dentro de dinámicas familiares. Se considera relevante que la sociedad conozca que una persona que nace con una disminución visual, o con ceguera total, no tiene parámetros para hacer comparaciones. No sabe cuánto ve, y mucho menos, lo que no ve. Por otra parte, la ceguera congénita permite aprender a manejar e internalizar estrategias de afrontamiento individual en las primeras etapas de la vida y no cuando se está ejerciendo roles que demandan la funcionalidad integral de la persona, como ocurre con los adultos que adquieren la discapacidad visual.

El trabajo psicológico dentro del Centro Municipal de Apoyo para Personas con Discapacidad Visual “Cuatro de Enero” conlleva a explorar, evaluar y diagnosticar a los usuarios para que el equipo técnico de la institución tenga una visión integral del usuario y se puedan realizar las oportunas recomendaciones para mejorar la calidad de vida de las personas no videntes, además de, optimizar la forma en que se aplican las técnicas de orientación-movilidad y de comunicación (Braille, Jaws, Cubarritmo), dentro de este proceso se da el servicio de rehabilitación básica funcional, cuyo fin es tratar las emociones y el aspecto cognitivo, este servicio se brinda a partir de los 16 años de edad a los usuarios que obtuvieran la discapacidad visual de diferentes formas (congénita y adquirida), según grados de pérdida (ceguera total, o baja visión), o el ritmo (ceguera repentina, adquisición gradual).

En cuanto a la estructura del trabajo se tomó como eje principal de la sistematización las evaluaciones psicológicas concernientes al área de psicología clínica, aplicadas a un grupo de usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional, para realizar las mismas se consideró las diferencias individuales, el perfil de personalidad, la historia familiar, social, y laboral, todo aquello que permitiera a aportar a sobrellevar la pérdida de la capacidad visual y dar seguimiento al proceso de rehabilitación funcional, cuyo objetivo estuvo encaminado a contribuir al desarrollo integral de las personas que adquirieron la discapacidad visual en la adultez participantes del servicio de rehabilitación básica funcional, mediante la aplicación de instrumentos metodológicos, para que tengan funcionalidad en su entorno.

La metodología adquirió una aproximación al enfoque cualitativo puesto que se buscó describir fenómenos y situaciones que se sometieron a un posterior análisis. La muestra fue no probabilística, de tipo intencional o conveniente, identificada por una persona clave. Para la recolección de los datos se utilizó instrumentos como: Test de completamiento de frases de Sacks para adultos, composiciones sobre el sentido de la Vida y autobiografías, técnicas: Quién soy, Diez Deseos, entrevistas: abierta, y semiestructurada, todo esto contextualizado por la perspectiva del Enfoque Histórico Cultural y de la noción de configuración de la personalidad elaborada por el Dr. Fernando González Rey, que incluye aspectos tanto estructurales como funcionales.

La novedad del trabajo tiene una visión inclusiva, que ha sido impulsada desde el año 2.009 en el Ecuador cuando se conformó la Misión Solidaria Manuela Espejo, estudiando y registrando a todas las personas con discapacidad. Además, la aportación del mismo tiene tres sentidos: Primero, es el metodológico, pues la sistematización aporta con experiencias en forma concreta y argumentada, de modo que las mismas sean valoradas. El segundo, está encaminado a fortalecer las competencias científico humanista del psicólogo respondiendo a las necesidades de nuestra sociedad. Y en tercer lugar, la sensibilización ante las problemáticas sociales de realidades antes desconocidas por la autora.

## **1. CONTEXTO TEÓRICO**

No son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social (Palacios, 2008, p.103).

Teniendo en cuenta la cita de Palacios, se destaca que las limitaciones surgen en la desigualdad de oportunidades para obtener dentro de una sociedad los mismos derechos partiendo de la concepción de igualdad en el sentido de humanidad.

### **1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD VISUAL**

Arias (2010) menciona que la discapacidad visual “forma parte del grupo de discapacidades sensoriales, junto a los problemas de comunicación”. Ya que, junto con la discapacidad auditiva y de lenguaje se encuentran vinculadas con la disminución o afectación de los órganos de los sentidos (p.8).

También se puede considerar a la discapacidad visual como:

Afectación, en mayor o en menor grado, o en la carencia de visión. En sí misma no constituye una enfermedad, al contrario es la consecuencia de un variado tipo de enfermedades, la merma, o pérdida de la visión tiene, a su vez, consecuencias sobre el desarrollo, ya que es necesario aportar, por medios alternativos, las informaciones que no se pueden obtener a través del sentido de la vista (Castejón, 2007, p. 227).

La Organización Nacional de Ciegos Españoles, señala:

Discapacidad visual: Ausencia o disminución de la capacidad para ver que dificulta o impide la realización normal de las tareas visuales, provocando dificultades de interacción entre el sujeto afectado y su entorno. Incluye la ceguera total y la baja visión en sus distintos grados (ONCE, 2011, p. 866).

Otra definición que se ha tomado es la que refiere:

Desde un aspecto descriptivo se puede precisar que la discapacidad visual es la carencia, disminución o defectos de la visión. Para la mayoría de la gente, el significado de la palabra ciego, corresponde a una persona que no ve, con ausencia total de visión, sin embargo, dentro de la discapacidad visual se pueden establecer categorías (Maciel, 2011, párr.2).

A partir de estas concepciones se considera que la discapacidad visual, está relacionada con la dificultad en la adquisición de información del entorno, a partir de la afectación de la visión, o carencia, la misma tiene consecuencias en el desarrollo integral de los usuarios del Centro de Apoyo Municipal “Cuatro de Enero”.

Se puede comprender la importancia del entrenamiento sensorio perceptual en las personas con baja visión o ceguera, para permitir la asimilación o interiorización de su situación social de desarrollo, con la finalidad de aumentar la agudeza de los sentidos restantes.

Quiroz (2013) refiere que “cuando se dice que una persona tiene discapacidad visual, puede tratarse de una persona ciega o de una persona con disminución visual. La discapacidad visual incluye: ceguera y baja visión” (p.29).

Quiroz (2013), concibe desde un sentido más amplio a la discapacidad visual y menciona que abarca dos categorías principales: Ceguera y Baja Visión.

### **1.1.1 Concepto de Ceguera y Baja Visión.**

De acuerdo a Arias (2010) “la ceguera se refiere específicamente a aquella afectación de la vista en la que la persona no es capaz de percibir luz, color, forma o tamaño de los objetos” (p.9).

La Organización Mundial de la Salud refiere en Bangkok y en Tailandia definiciones desde el criterio funcional expuestas por Ardite y Rosenthal según ellos, la baja visión es una limitación de la capacidad visual que afecta a la persona en la ejecución de algunas actividades o tareas que caen en el campo funcional, funcionamiento que no mejora con corrección refractiva, tampoco con medicación o con cirugía (Arias, 2010, p.5.).

Ambos criterios, estaban presentes, en los usuarios del servicio de rehabilitación funcional del Centro Municipal. Por un lado están aquellos cuya percepción de objetos es deficiente, conservando una visión residual, lo cual les permite realizar sus actividades diarias, aunque con mucha dificultad. La vivencia de baja visión puede o no ser progresiva según las causales de la disminución visual, y de las patologías asociadas que pueda tener o adquirir una persona.

Por otro lado, están las personas carentes totalmente de visión, por lo tanto sin posibilidad de ver en absoluto, ni formas, ni tamaños, más que el “blanco hielo” que describen, debido a que perdieron la visión en la adultez, y tienen la referencia de las representaciones mentales de los colores.

### **1.1.2 Principales causas de la discapacidad visual**

Valdés (2010) menciona que “las causas de la discapacidad visual, son variadas y extensas se destacan aquellas que afectan el globo ocular” (p.11):

- Las Hereditarias:
  - Albinismo (carencia de pigmento)
  - Aniridia (ausencia o atrofia del iris)
  - Atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa)
  - Cataratas congénita (cristalino opaco)
  - Coloboma (deformaciones del ojo)
  - Glaucoma congénito (lesiones por presión ocular)
  - Miopía degenerativa (pérdida de agudeza visual)
  - Queratótomo (córnea en forma de cono)
  - Retinitis pigmentaria (pérdida pigmentaria de retina)
  
- Las Adquiridas /Accidentales:
  - Avitaminosis (insuficiencia de vitaminas)
  - Cataratas traumáticas (cristalino opaco)
  - Desprendimiento de retina (lesión retinal)
  - Retinopatía diabética (dificultad para metabolizar la glucosa)
  - Éstatis papilar (estrangulamiento del nervio óptico)
  - Glaucoma adulto (lesiones por presión ocular)

De las causas hereditarias más frecuentes en el Centro de Apoyo “Cuatro de Enero” están la Atrofia del nervio, Glaucoma congénito, Miopía degenerativa y Retinitis pigmentaria. Entre las mencionadas se destaca el glaucoma. Este término visto desde la perspectiva médica indica lo siguiente:

“La Glaucoma es un aumento de la presión interna del ojo, se debe a la acumulación excesiva de líquido en las cámaras anterior y posterior. El globo se vuelve entonces duro y el glaucoma evoluciona hasta la ceguera”. (Busquet, 2008, p.39).

Las Adquiridas o Accidentales: Desprendimiento de retina y Retinopatía diabética. De las dos, la de mayor incidencia es la Retinopatía diabética.

“La Retinopatía diabética, es una de las causas más frecuentes de discapacidad visual. Está causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina, que puede resultar en la aparición de lesiones que afectan directamente a la visión (Valdés, 2011.p14).

Las características que se presentan alrededor de esta causa, está dada por un lado de forma hereditaria y por otro adquirirla en alguna etapa de la vida.

Cuando se presenta de forma hereditaria, cuando se conoce el origen, existe la tendencia de culpar al miembro de la familia del cual se recibe; sin embargo si en la persona no hubo cuidado en el aspecto nutricional, se culpa a sí misma por este hecho, es decir de ambas maneras la culpa está presente en la concepción de la explicación del déficit o ceguera.

### **1.1.3 Datos y Cifras de Discapacidad Visual en el Mundo**

En el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión. Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países de ingresos bajos. El 82% de las personas que padecen ceguera tienen 50 años o más. En términos mundiales, los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en los países de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera. El número de personas con discapacidades visuales atribuibles a enfermedades infecciosas ha disminuido considerablemente en los últimos 20 años. El 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar (OMS, 2014, párr.1).

Estos porcentajes, investigados por la Organización Mundial de la Salud (2014), manifiestan características como la edad, los errores de refracción, y la prevalencia en los países de bajos ingresos. Además se reconoce como una causa frecuente, la catarata, denotando la posibilidad de un 80% de evitar o curar casos de discapacidad visual.

#### **1.1.4 Respuesta Mundial para prevenir la Discapacidad Visual**

- En Brasil viene facilitando desde hace más de diez años servicios de atención oftalmológica a través del sistema nacional de seguridad social;
- Una campaña pública puesta en marcha por Marruecos para controlar el glaucoma.
- Desde 2009, China ha invertido más de 100 millones de dólares en intervenciones de cataratas.
- En el último decenio, Omán ha integrado plenamente la prestación de servicios de oftalmología dentro del sistema de atención primaria; y
- La India, viene asignando desde 1995 fondos a la prestación de servicios de atención oftalmológica para las personas más pobres, a nivel de distrito (OMS, 2014, párr.8).

Se observa que la tendencia existente en los diversos países es de prevención de la baja visión y ceguera, además de que existe una disminución de las mismas en las dos últimas décadas, debido a la atención prioritaria en las áreas de salud pública alrededor del mundo. En los hospitales del Ecuador se promueve la atención oftalmológica a los pacientes, tratando de crear una cultura de salud que deje atrás la atención curativa, para dar paso a la preventiva.

En Ecuador, la Ley Orgánica de Discapacidades promulga desde el año 2012 que, el artículo 47 de la Constitución de la República dispone que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social, reconociendo sus derechos, como el derecho a la atención especializada, a la rehabilitación integral y la asistencia permanente, a las rebajas en servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos, a exenciones en el régimen tributario, al trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, a una vivienda adecuada, a una educación especializada, a atención psicológica, al acceso adecuado a bienes, servicios, medios, mecanismos y formas alternativas de comunicación, entre otros (Del Pozo,2012,p.6).

En el Ecuador, se realizan gestiones de tipo gubernamentales a partir de la atención en los diversos servicios de salud, inclusión educativa y establecimientos de rehabilitación, es decir que, actualmente se comprende al ser humano de modo integral ante sus necesidades.

#### **1.1.5 Situación actual de las personas con discapacidad visual en el Ecuador.**

Según el Registro Nacional de Discapacidades (2015), en el Ecuador existe un total de 416.177 habitantes con la condición legal de personas con discapacidad, la discapacidad visual consta de un total de 48.695. Estas cantidades son indicadores precisos de la vulnerabilidad existente

en la población del Ecuador, lo cual está siendo atendido a través de la promoción de los derechos para las personas con discapacidad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015, p.9).

El Registro Nacional de Discapacidades evidencia que las provincias con mayor número de personas con discapacidad visual son: Guayas con 10.596, Guayaquil 6.909, Pichincha 7.048, y en Quito 6.329 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015, pp. 4 - 8).

La Constitución de la República del Ecuador, reconoce y garantiza los derechos de las personas con discapacidad a través de 21 artículos y una disposición transitoria que tienen como fin; promover la igualdad e equiparación de oportunidades frente a la sociedad, así como, garantizar el derecho a una atención especializada y, a una educación que les permita desarrollar sus habilidades y capacidades (Allán, Sáenz y Romero, 2012, p.3).

En este sentido, los usuarios del servicio de rehabilitación funcional del Centro de Apoyo “Cuatro de Enero” hacen uso de sus derechos al recibir atención especializada potenciando las habilidades que poseen, aprovechando la concienciación que tiene la sociedad ecuatoriana en general, por medio de la difusión masiva que se observa mediante los medios de comunicación y las estrategias orientadas a la prevención y detección temprana de alguna anomalía en la salud, que conlleve a la discapacidad visual. Cabe destacar que, dentro de este cuidado al que tienen acceso las personas con Ceguera y Baja Visión, desde lo que contempla la Constitución de la República del Ecuador, reciben apoyo técnico, el mismo que consiste en acoger el Bastón Blanco, símbolo de que la persona que lo porta tiene discapacidad visual, esta ayuda la toman en el Centro de Salud, del Ministerio de Salud Pública, según al distrito que corresponda, de acuerdo al domicilio de la persona.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, fue aprobada el 13 de diciembre de 2006. Esta Convención es el resultado de un largo proceso, en el que participaron

varios actores: Estados miembros de la ONU, Observadores de la ONU, Cuerpos y organizaciones importantes de la ONU, Relator Especial sobre Discapacidad, Instituciones de derechos humanos nacionales, y Organizaciones no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias (ONU,2008,párr.1).

Las Naciones Unidas, fue la entidad que promovió y defendió los derechos de las personas con discapacidad. La Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo, se basa en otorgar “visibilidad” a las personas que presentan vulnerabilidad ante el reconocimiento de la dignidad y valor a los derechos inalienables en igualdad de seres humanos, tal como se lo acogió en el año 1948 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En este sentido en el Ecuador, el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONDIS), desde 1966 hasta la fecha viene atendiendo la necesidad de evaluar y carnetizar a nivel nacional a las personas con discapacidad, este accionar les permite el acceso a la atención en los servicios de salud, educación, hasta los básicos donde reciben subsidios.

#### **1.1.6 La discapacidad visual adquirida en la adultez**

Para la Organización Nacional de Ciegos Españoles. La aparición de un déficit visual grave en la vida de una persona tiene unos importantes efectos desorganizadores, que en el caso de la edad adulta se caracterizan por afectar a áreas tan importantes en el desarrollo de la persona como la consecución de un puesto de trabajo, la constitución de un proyecto de vida independiente, y el establecimiento de otros proyectos de vida (Checa, Díaz, y Pallero (2003), 2003, párr.1).

Desde la perspectiva psicológica la pérdida de la visión en la adultez constituye una crisis paranormativa, que afecta no solo a persona que la tiene y/o adquiere, sino con quienes convive. También se pueden presentar dificultades a nivel interpersonal como en la familia, entre pares, empleo, pareja, y a nivel personal pueden aparecer estados depresivos, ansiosos, culpas, entre otros, según la configuración de la personalidad.

La disminución visual o la ceguera colocan a la persona afectada ante los cuestionamientos del manejo de habilidades y capacidades que posee, todo esto lo vive desde una situación de dependencia, que no solo es económica, sino porque pasan a ser objeto de atención y cuidado de los otros.

## **1.2 CONCEPCIÓN DE LA REHABILITACIÓN**

Es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes (Ipiates,2011,p.26).

Se puede comprender que la rehabilitación, en el sentido general, es un conjunto de instrucciones que se llevan a la práctica, con el fin de cambiar una situación que este presentando a alguna persona afectada, por algún tipo de discapacidad, ya sea de tipo sensorial, intelectual, psíquico o social.

### **1.2.1 Modalidades de rehabilitación**

**Rehabilitación basada en la comunidad (RBC).** Son procesos o acciones de rehabilitación que tienen base, motivación y respaldo de autoridades comunales, entidades públicas o privadas, que se interesan en poner en funcionamiento programas de este tipo, financiando profesionales u organizando voluntariados. La

participación del centro especializado en tales intervenciones está referida a la capacitación del personal que labora en dichos proyectos, pues brinda asesoría técnica y entrega materiales específicos.

**Rehabilitación institucional.** Es la atención que se presta a jóvenes y adultos ciegos o con baja visión, en la propia sede de la institución especializada, esta modalidad deberá reunir todas las características recomendadas, para entregar un real “proceso de rehabilitación integral”, puesto que se efectúa en instalaciones adecuadas para ello, con personal capacitado, con los materiales y el equipo específico, con recursos pensados o adaptados para una labor tan particular como esta.

**Programas de extensión. Acciones de rehabilitación Por extensión.** Se entiende por acciones de rehabilitación a través de proyectos de extensión, aquellos programas que son efectuados por miembros del equipo de trabajo del centro especializado. Es decir, son los expertos los que se desplazan hacia la comunidad. No se trata de procesos completos de rehabilitación, ya que se ofrecen sólo algunas áreas, generalmente orientación y movilidad, actividades de la vida diaria y apoyo psicosocial. El concepto de extensión incluye los programas de atención domiciliaria, en los cuales se atiende en sus propios domicilios a las personas ciegas o con baja visión que viven relativamente cerca del Centro (Lopera, Aguirre, Parada y Baquet, 2010, p.12).

Las acciones que realizan en el Centro de Apoyo “Cuatro de Enero” se orientan bajo la modalidad de la rehabilitación institucional, puesto que cuenta con los recursos necesarios para brindar el apoyo y capacitación a las personas con discapacidad visual que acuden a ella.

### **1.2.2 Conceptualización de la Rehabilitación Básica Funcional.**

Lo primero que se hará para conocer sobre el tema de la RBF es definirla, ante lo cual se puede mencionar que comprende:

El conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar , mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional , física, psicológica, mental, o social, previniendo, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la edad, la enfermedad o los accidentes, que puedan reducir o alterar la capacidad funcional de las personas con discapacidad para desempeñarse adecuadamente en su ambiente físico, familiar, social, y laboral (Ipiales, 2011, p.26).

Es la primera etapa del proceso de rehabilitación integral. Permite a la persona ciega o con baja visión retomar hasta donde sean posibles las funciones afectadas, disminuir las dificultades para ejecutar las actividades habituales y evitar su marginación del medio al cual pertenece. Para cumplir con el objetivo de la rehabilitación básica funcional, los servicios de rehabilitación deben considerar como modelo mínimo indispensable las áreas que permiten desarrollar en el participante el máximo de independencia, tendiente a lograr la mayor inclusión social y normalización como legítimo miembro de una comunidad determinada. Además abarca medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar (Lopera et al., 2010, p.17).

La RBF es vista como un medio, conformado por fases sucesivas, a partir de las cuales se puede trabajar un fenómeno complejo como es la discapacidad visual en la adultez, hecho que afrontan las y los usuarios del Centro Municipal de Apoyo “Cuatro de Enero”. Una realidad que implica responsabilizarse por las acciones que se emprenden para alcanzar ese estado de funcionalidad, dentro una variedad de entornos de la que forman parte, donde están estrechamente relacionados factores personales, interpersonales y ambientales.

### **1.2.3 Propuesta de un Modelo Mínimo Indispensable ante la RBF proporcionado por el Manual Técnico de Rehabilitación de la Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC).**

Para la ULAC el modelo de atención que se considera de mayor importancia en la rehabilitación básica funcional está compuesto por cinco áreas que se encuentran interrelacionadas entre sí, por si sola ninguna de ellas podría rehabilitar a una persona ciega y/o con baja visión. (Lopera et al, 2010, p.22).

#### **Área psicosocial y médica**

Comprende:

- Atención en psicología
- Atención en el área social y familiar
- Atención médica

#### **Área física**

Comprende:

- Orientación y movilidad
- Educación física y/o aprestamiento físico

#### **Área de actividades de la vida diaria**

Comprende:

- Manejo personal
- Manejo del hogar

#### **Área de la comunicación**

Comprende:

- Braille
- Escritura manuscrita
- Dactilografía o digitación-computación
- Cálculo matemático

#### **Área del desarrollo de habilidades manuales:**

Comprende:

- Aprestamiento manual
- Desarrollo de habilidades
- Programas opcionales (maderas, cerámica, fibra, etc.)

De todos los sentidos, la visión es el medio por el cual se recibe más información del entorno físico, familiar, social y laboral. Cualquiera sea la causa, el grado de disminución, carencia, o pérdida, la visión tiene gran importancia en el desenvolvimiento dentro de la vida en sociedad.

Una de las formas de ayuda para quienes cursan por estas circunstancias es la rehabilitación básica funcional, la misma que supone en gran medida el compromiso de la persona inserta en este servicio. Por otro lado está el trabajo de los profesionales capacitados para brindar este tipo de atención, aportan con técnicas y el conocimiento; sin embargo en última instancia quienes determinan el logro de la independencia, seguridad y autonomía, frente a las limitaciones que presenta la ceguera o la baja visión, son los mismos usuarios.

#### **1.2.4 Contenidos generales del proceso de la RBF**

##### **1.2.4.1 Área psicosocial y médica: Programa de psicología**

La presencia del psicólogo en el proceso de rehabilitación de personas ciegas o con baja visión es fundamental, por todas las dificultades a nivel emocional, cognitivo, social y laboral que presentan las personas ante la pérdida o disminución de la visión. El psicólogo debe actuar en todo el proceso, desde el ingreso hasta la salida del participante de la institución, ofreciendo apoyo profesional no sólo a la persona ciega o con baja visión, sino también a su familia. Para resumirlo en una metáfora, el psicólogo es como el «aceite en el motor» de la rehabilitación. (Lopera et al, 2010, p.23).

El procedimiento inicia con el diagnóstico mediante la aplicación la entrevista y evaluaciones iniciales de pre ingreso (Lopera et al, 2010, p.23). Además de:

- Entrevista clínica con el participante (primer contacto).
- Entrevista inicial con la familia.

- En caso de ser necesario, aplicación de batería de test psicométrico (Evaluación de capacidad intelectual, personalidad, autoestima, ansiedad, depresión, otros).
- Elaboración del informe del psicólogo.
- Admisión del participante.

El psicólogo tiene un desempeño muy importante en la identificación de factores que participan en la rehabilitación de las personas con discapacidad visual y de elaboración de plan terapéutico en el que debe estar considerado el apoyo familiar.

### **1.2.5 Perfiles del rehabilitador y rehabilitando**

Lopera et al. (2010), hacen referencia al perfil que tiene tanto la persona que busca la rehabilitación y quién está capacitado para colaborar en ella.

El Rehabilitando, es la persona que llega a un servicio de rehabilitación. Por lo general es alguien que manifiesta inseguridad, temor, angustia, vergüenza, baja autoestima, pobre autoimagen. Es una persona que del rol de sujeto ha pasado a ser objeto de atenciones; de ser capaz de decidir su propia vida ha pasado a que otros decidan por él; es presa de los prejuicios sociales que pesan sobre la ceguera y las personas ciegas o con baja visión, prejuicios que le han hecho sentir una condición de invalidez, de incapacidad y de objeto de compasión. Normalmente no conoce la forma de vencer o de salir de allí. Muchas veces tiene un profundo sentimiento de muerte, muerte que se ve como una salida a esa situación que siente poco digna.

El rehabilitando, se ve físicamente se ve rígido, de movimientos torpes, falta de coordinación y dependiente de los demás. A través del proceso de rehabilitación esta persona irá asumiendo y

logrando gradualmente el reto de su propia autonomía; se vuelve capaz de ponerse metas, tomar decisiones, resolver sus propios problemas, buscar ayuda y reconocer sus capacidades y limitaciones (Lopera et al., 2010, p.17).

Asimismo los factores socio económicos y el nivel de instrucción, permiten que los pensamientos y concepciones sean más flexibles al momento de emitir valoraciones que van desde apreciar sus habilidades, poder replantearse metas que vislumbren aspiraciones bien sean de tipo personal o profesional, las mismas están orientadas de acuerdo a la concepción del mundo que tienen cada uno, el aspecto más relevante es la creencia en un Dios generoso, quién les permitirá recuperar la capacidad de la visión. Esta misma entelequia superior de quién reciben la fortaleza para continuar la existencia de sus vidas, de acuerdo a su sistema de creencias.

Para definir el perfil del rehabilitador es necesario ubicar claramente el contexto, los protagonistas y las circunstancias que se presentan en un proceso de esta índole. Diremos en primer lugar, que en todo proceso de rehabilitación vamos a encontrar un rehabilitando, un rehabilitador y un ambiente particular. A partir de este esquema nos centraremos en aquellas características del rehabilitador que favorecen la eficacia de esta tarea (Lopera et al., 2010, p.17).

En términos generales el rehabilitador debe fundamentar su actuar en el logro de las siguientes situaciones:

- Crear un ambiente de confianza entre el rehabilitador y el rehabilitando.
- Enseñarle a valorarse, para lograr que aumente su autoestima y la confianza en sí mismo.
- Reforzar positivamente cada uno de sus logros.
- Saber transmitir sus sentimientos positivos sobre el rehabilitando, estimulándolo a hacer lo mismo.

- Saber escuchar los sentimientos negativos del rehabilitando, reflexionando sobre la manera de fortalecer seguridad y entregar apoyo; esto surge de la calidez afectiva entre ambos.
- Crear un ambiente libre de prejuicios y estereotipos.

Los recursos personológicos, que posee el rehabilitador son una fuente de apoyo, la confianza que se establece por medio del compartir de logros, avances y también de retrocesos. Estos procesos se asumen con responsabilidad, entrega al trabajo y por sentido de humanidad, que no es lo mismo que sentir compasión o pena.

El trabajo de esta persona refleja conocimientos técnicos, teóricos y prácticos, que buscan en todo momento, los medios para incluir en la sociedad a las y los usuarios, de una forma digna a la que todo ser humano tiene derecho al encontrarse ante esta situación de limitación y dependencia. El rehabilitador desarrolla experticia en el contexto rehabilitador en cuanto a orientación y movilidad (OYM).

#### **1.2.6 Definición de Orientación y Movilidad.**

Considérese a la Orientación y Movilidad como:

Proceso cognitivo que permite establecer y actualizar la posición que se ocupa en el espacio a través de la información sensorial, mientras que la movilidad, en el sentido amplio es la capacidad para desplazarse de un lado a otro.

La Orientación y Movilidad implican un cambio en la conciencia del cuerpo en el espacio, ya que supone el reaprendizaje de la marcha y de la decodificación de estímulos del medio, no suele enfocársela desde el punto de vista de autoconciencia corporal (Llorente y Armas, 2012, p.29).

Se puede destacar de acuerdo a lo antes citado que la Orientación es una de las facultades que se ve afectada en las personas que adquieren la discapacidad visual en la adultez, evidencian miedo hacia aquello que no conocen, porque las referencias que existían visualmente, ya no están más,

éstas personas se vuelven presa de la inseguridad, el desplazamiento en su entorno físico, se muestra con movimientos lentos, sin una adecuada coordinación motora, muestran dificultad para localizar su cuerpo en función de los objetos tropezando con ellos a cada paso.

Siguiendo el criterio de Llorente y Armas, quienes mencionan un reaprendizaje en referencia a la orientación y movilidad, ambas categorías están intrínsecamente relacionadas, puesto que ésta se aprende en etapas tempranas (orientación), el niño se desplaza hasta el lugar que le despierta su interés para satisfacer sus necesidades básicas y esto lo practica durante el transcurso su vida. Los usuarios que han ganado seguridad se movilizan con su bastón blanco, desde sus domicilios, utilizando transporte público, hasta llegar al Centro “Cuatro de Enero”, lo cual es admirable; sin embargo están aquellos que luego de su pérdida transitaron por experiencias negativas tales como: caídas de escalera, de las aceras en las calles, entre otros y por ende no quieren hacer uso de su bastón, caminan tomados del brazo de su familiar o representante legal, ésta situación obstaculiza el logro de autonomía e independencia, ideal que se debe cumplir para obtener funcionalidad.

El proceso de rehabilitación básica funcional que se observa en el Centro de Municipal de Apoyo “Cuatro de Enero” se ajusta a lo que menciona la Organización Nacional de Ciegos (ONCE) para llevar a la praxis con personas con Ceguera total o con Baja Visión.

### **1.2.7 Fases de la intervención de la RBF según la ONCE**

Fase Nº 1: Recogida y análisis de la información. Es sobre aspectos personales, sociales, familiares, de salud, psicológicos, etc., debe contrastarse y completarse en una entrevista, en la que se le ofrecerán a las personas interesadas, también se hacen las aclaraciones necesarias para que conozca de forma ajustada su deficiencia visual, sus capacidades, posibilidades, etc., perfilando un boceto de los contenidos a trabajar. Fase Nº 2: Evaluación funcional. El objetivo es conocer las capacidades sensoriales y el desarrollo de conceptos que posee el alumno. Fase Nº3: Diseño del programa. Los objetivos y las actividades que configurarán el

programa de entrenamiento se diseñan con la información de las dos fases anteriores. Es necesario definir, junto con el alumno, las áreas en las que se intervendrá y los entrenamientos necesarios, siempre en función de sus necesidades e intereses. Fase N°4: Entrenamiento. Está encaminado a conseguir los objetivos mediante la realización de diferentes actividades. La preparación de la sesión se realiza teniendo en cuenta los contenidos a impartir, las estrategias a desarrollar, los materiales más idóneos, el tiempo y el tipo de instrucción. La evaluación continua es fundamental en esta fase para confirmar la idoneidad tanto de los contenidos como de la metodología empleada. Fase N°5: Resultados y seguimiento. La intervención finaliza con el logro de los objetivos, pero es fundamental su integración en la vida diaria. La Discapacidad visual y autonomía personal. Ello requiere contactos esporádicos para comprobarla, una vez finalizado el entrenamiento, para constatar que se han afianzado los aprendizajes (Ortiz y Matey, 2011, p.115).

El diseño del programa se planifica con el equipo técnico de la institución, el mismo que se encarga de la evaluación y diagnóstico (psicólogo rehabilitador no clínico) de cada usuario. Estas permiten elaborar un programa que se aplica de modo general. A todos los usuarios se les enseña lo mismo, no se consideran las características personalógicas, particularidades únicas e irrepetibles, de cada sujeto.

En el Centro de Apoyo “Cuatro de Enero” este primer encuentro lo realiza la trabajadora social, persona que recoge los datos socios demográficos y quién recibe las expectativas de rehabilitación que trae consigo el usuario y su familia. Este profesional además informar los servicios a los que tiene acceso, las normas de convivencia y compromisos que se establecen entre la institución, el rehabilitando y la familia.

En este proceso es relevante el trabajo del psicólogo clínico, para identificar las dificultades emocionales, cognitivas, sociales y laborales de la persona con ceguera o con baja visión. Para ello el profesional de psicología debe trabajar con la red de apoyo de las y los sujetos involucrados, funcionarios de la institución rehabilitadora y buscar oportunidades laborales en la sociedad.

El contenido del entrenamiento consta de técnicas de orientación y movilidad, tales como: Apoyo de su mano en el codo del guía, Desplazamientos con el guía. Ascenso y descenso de escaleras. Cierre y apertura de puertas. Protección alta, protección baja, asimismo está el vendaje de ojos. En comunicación: Aprendizaje del sistema de lectoescritura Braille. Computación: Programa Jaws (convierte el contenido de la pantalla en sonido).

El equipo técnico, integrado por la trabajadora social, psicóloga educativa, y orientadora familiar realizan entrevistas para evaluar a las personas que requieren el servicio del Centro al solicitar el ingreso a la institución. No se evidencia seguimiento o acompañamiento por parte de la psicóloga en la fase rehabilitadora y evaluación de logros.

#### **1.2.8 Lo histórico cultural (categoría vivencia y actividad), en la comprensión psicológica de la persona con discapacidad visual.**

EL enfoque histórico cultural refiere que:

La determinación histórico - social de lo psíquico y el principio de la actividad entendido como la forma en virtud de la cual lo social se transforma en psicológico en un tránsito de lo externo a lo interno a través de la interiorización. Además, propone la categoría *vivencia* como unidad psicológica de análisis de la vida psíquica en la cual se expresa lo que el sujeto experimenta en función de las influencias que recibe y lo que propio sujeto aporta en función del nivel de desarrollo que ha alcanzado su personalidad (Fernández, L., 2009, p. 71).

Los usuarios al llegar a la institución se encuentran desorientados, presentan tristeza marcada, interactúan poco, se muestran desanimados para

realizar las actividades, algunas veces asisten obligados por sus familiares, todo esto hasta que la influencia social que reciben en este nuevo contexto donde también se encuentran con otras personas en circunstancias parecidas se toman como referentes, identificando su problemática como una experiencia compartida experimentando sentido de pertenencia grupal.

La actividad, entendida desde el punto de vista de Vigotsky, adquiere gran significación para quienes se encuentran en el proceso de aceptación de la situación actual de pérdida. Es notable la importancia que adquieren las interrelaciones desempeñadas por los usuarios en el Centro “Cuatro de Enero”, por medio de éstas se comprueban la unidad de lo cognitivo y afectivo, procesos inseparables en el ser humano.

A partir del sentido psicológico que las personas le van otorgando, tanto al conjunto de técnicas empleadas por los diferentes profesionales a cargo de la RBF, como las posibilidades de desarrollo que se encuentran en el entorno, van otorgando respuestas a necesidades que se les presentan en su diario vivir.

### **1.2.9 La Configuración Psicológica de la Personalidad y su relación con la significación ante la Ceguera o Baja Visión.**

Fernández (2009) citando a González, F. refiere una noción de configuración de la personalidad, que incluyen aspectos estructurales como funcionales. La configuración de la personalidad está presente, las unidades psicológicas primarias, las formaciones motivacionales, y las síntesis reguladoras, es decir la forma en que dichos contenidos se expresan en dinamismo, de forma dialéctica (2009, p.146).

Las configuraciones psicológicas de las y los usuarios que se encuentran en el servicio de rehabilitación básica funcional se relacionan con los estímulos del entorno rehabilitador entre otros profesionales que pueden influir o no en la regulación y auto regulación de los mismos, además cada experiencia en el medio actual en el que participan, es percibida de modo diverso, de acuerdo a la caracterización de personalidad. Las motivaciones con las que cuentan dichas personas al momento del ingreso a la institución rehabilitadora se basan en encontrar la forma de encajar en un grupo, de escuchar a otras personas en

situación similar y saber que no son los únicos cursando la pérdida, sintetizando de este modo sus necesidades superiores.

#### **1.2.10 La evaluación clínica como medio para conocer los aspectos funcionales y estructurales de las personalidades de las y los usuarios del servicio de RBF.**

La evaluación clínica con propósitos de identificación, diagnóstico de trastornos de la conducta y cognoscitivo, para la planeación de tratamientos u otros procedimientos de intervención, tiene lugar en una variedad de escenarios. Estos incluyen oficinas privadas, clínicas de salud mental, hospitales mentales, centros médicos (Aiken, L, 2003, p.326).

Las entrevistas aplicadas a las y los usuarios del Centro se realizaron con el objetivo de explorar e identificar el área donde se encontraban las dificultades y recursos personológicos que facilite que las personas se integren al proceso rehabilitador como sujetos activos en el mismo. Además, permitió brindar ciertas pautas a modo de ayuda con respecto a las dudas que se despejaban en el transcurso de la entrevista. Sin embargo el espacio físico para realizar las consultas, no fue el más adecuado.

Aiken (2003) expresa que “los resultados de la evaluación cualesquiera que sean las razones para realizar un examen psicológico, por lo regular se requiere algún tipo de informe escrito de los resultados” (p.324).

Los informes se realizaron como medio de sugerencias que pudieran fortalecer las estrategias ya existentes en el proceso de rehabilitación, el formato utilizado para la presentación del mismo consta de los datos personales o de identificación, el motivo de consulta, historia personal, historia del problema, signos y síntomas observados, posible etiología, diagnóstico presuntivo y recomendaciones según el caso.

## **2. METODOLOGÍA DE SISTEMATIZACIÓN**

### **2.1 Abordaje de Elementos contextuales del proceso de sistematización**

El Centro de Apoyo Municipal para Personas con Discapacidad Visual “Cuatro de Enero” tiene la labor de educar y rehabilitar a personas no videntes, los procesos educativos se dan acuerdo a la programación del Ministerio de Educación del Ecuador, la misma que tiene adaptaciones curriculares acorde a las competencias que se desean desarrollar en los formandos; la institución también brinda asesoría a otras instituciones de instrucción regular por medio de las y los docentes itinerantes, contribuye en la rehabilitación básica funcional de las personas adultas que presentan ceguera o baja visión bajo la certificación del CONADIS, constituyéndose éste en el principal requisito para el ingreso a la organización.

El Centro de Apoyo Municipal para Personas con Discapacidad Visual “Cuatro de Enero” no cuenta con visión, misión ni valores institucionales propios puesto que es una organización coordinada y supervisada por la Dirección de Acción Social y Educación (DASE), la misma que tiene a su cargo políticas, estrategias y acciones con las demás Direcciones y departamentos del Municipio de la ciudad de Guayaquil.

Otro aspecto a considerar del Centro “Cuatro de Enero” es su estructura organizacional, la misma que se evidencia en el poder de decisión en forma de pirámide, es decir, es una organización de línea, puesto que los reportes de las acciones son de tipo vertical, no sistémica. Lo cual permite comprender que el estilo de comunicación es vertical ascendente, el subordinado reporta a un superior.

Sin existir objetivos organizacionales, misión o visión propios que estén direccionando las acciones del Centro, éste aporta de una manera práctica a la sociedad, educando y rehabilitando a las personas que nacen con discapacidad visual o la adquieren en el proceso de algún ciclo de la vida, es decir, existe un enfoque inclusivo e integral.

Los procesos psicológicos que se realizan en la institución están a cargo de la psicóloga educativa, inician luego de la entrevista de pre ingreso que práctica la trabajadora social, la misma que recoge datos socios demográficos, entrevistando al familiar o representante legal. Al término de la apreciación de la psicóloga educativa, ésta mantiene una reunión con el equipo técnico, conformado por la orientadora familiar, la coordinadora de

evaluación y diagnóstico, para crear un informe consolidado en el cual se muestra una síntesis integradora, posterior a ello, se reúnen con la directora para socializar la información, situación que ocurre solo cuando necesitan de dicha información para enviar a alguna instancia superior.

Para la realización de las prácticas pre profesionales se tuvo acceso limitado a las carpetas donde reposan las valoraciones de cada profesional con respecto a los usuarios, lo cual dificultó un poco el desarrollo de las tareas del plan de trabajo aprobado por la psicóloga del Centro. Sin embargo se contó con la aportación de las fuentes directas, tales como, familiares, la orientadora familiar, psicóloga del Centro, la coordinadora del servicio de rehabilitación básica funciona, familiares y los propios usuarios.

## **2.2 Articulación del Enfoque Metodológico de Abordaje e Instrumentos para la Realización de Procesos de Sistematización Participativa de Experiencias de Desarrollo.**

El abordaje se realizó desde una aproximación al enfoque cualitativo puesto que se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados también se incluye evidencia desde una lectura sociológica en cuanto se recopilan datos socio demográficos y el elemento psicológico dado en las interacciones de los actores participantes cuyas vivencias han sido recopiladas en esta sistematización, un estudio de alcance descriptivo de corte no experimental, buscó describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y que como se manifestaban. Además especifican características y perfiles de las personas, la comunidad o contexto y procesos. La muestra fue no probabilística, de tipo intencional o conveniente, representada por 10 usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional, identificada por una persona clave. Para la recolección de datos se aplicó instrumentos como: Test de completamiento de frases de Sacks para adultos, entrevistas: abierta y semiestructurada. Composiciones: El sentido de la vida y autobiografía, para su posterior análisis.

Herramientas:

- Composiciones: Constituyen un método de recolección de datos indirectos, pues el sujeto desconoce los diferentes aspectos sobre el cual es evaluado. Así estos instrumentos facilitan conocer la subjetividad de la persona evaluada por medio del contenido de las vivencias y la elaboración personal, el grado de implicación, además de que el sujeto se define como sujeto activo. Facilita encontrar indicadores para caracterizar la personalidad. Supone

extraer pensamientos, sentimientos y conductas del sí mismo de la persona investigada.

- El sentido de la vida: Narración a partir de un título en la cual el sujeto hace una valoración subjetiva de su vida y el futuro. En el contenido se observan reflexiones, se exponen conflictos en las diversas áreas de la vida de la persona.
- Autobiografía: útil para conocer la historia de la vida del sujeto y del desarrollo de su personalidad. En ella se refleja su pasado, presente y su futuro, a partir de sus recuerdos, organiza y registra no solo los hechos que han vivido, sino la imagen que tiene de sí en relación con los objetos y las personas implicadas en esos hechos.
- Técnicas: Ofrecen frases que permiten la estructuración de juicios, valoraciones, manifestar necesidades, ideales, entre otros.
- Quién soy: ¿Quién soy? Valora el concepto social del yo. Cómo cree el, que lo valoran los otros. Temores. Necesidades. Expresión de juicios críticos y reflexiones de sus habilidades y capacidades.
- Los Diez deseos: Detectar aspectos que constituyen problemas o conflictos en la vida afectiva del examinado. Se explica la técnica al usuario, y se procede a reproducir de forma textual lo que ha expresado la persona. Entrevistas individuales:
- Abiertas: entrevista se la realiza con objetivos, para conocer aspectos que se obtuvieron mediante la entrevista semi estructurada. La duración de la entrevista fue de 45 a 50 minutos por usuario.
- Semi estructuradas: Su ventaja es la posibilidad de adaptar las preguntas a los sujetos, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. Está compuesta por áreas: familiar, personal, laboral, y aspectos funcionales (sueño, alimentación, movilidad).
- Test Completamiento de frases Sacks para Adultos: Se lo utilizó para obtener material clínico en 4 áreas representativas de la adaptación del sujeto (familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto).
- Mini Mental (examen mental) de los adultos mayores: La Mini prueba del estado mental, es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos.

## **2.3 Valoración general del proceso e instrumentos de sistematización**

En general la aportación de los instrumentos fue buena, permitió obtener indicadores con los cuales se pudo caracterizar la personalidad de las y los usuarios. No llegó a ser excelente por cuanto se hizo adaptaciones a los instrumentos para poder utilizarlos con personas con discapacidad visual, además en el Centro no cuentan con baterías psicológicas de área clínica, se destaca la psicología rehabilitadora y la educativa, situación que no le ha permitido a la institución buscar los medios para aplicar evaluaciones desde la psicología clínica.

## **2.4 Evaluación cualitativa y cuantitativa**

Evaluación cualitativa: Se pretendió a través del análisis objetivo de los instrumentos aplicados, los comportamientos relevantes de las y los usuarios, cada uno con sus niveles de complejidad e historia propia de vida, así como también un único sentido de vida y recursos personológicos que permiten mantener los aspectos estructurales y funcionales de la configuración de la personalidad.

El grupo meta fue asignado mediante una selección, la persona responsable fue la coordinadora del servicio de rehabilitación, entregó un listado de usuarios al departamento de psicología, el mismo que fue remitido a la practicante. Se les comunicó y consultó si estaban de acuerdo con la evaluación prevista para ellos, manifestaron su total agrado y aceptación, constituyéndose en una muestra no probabilística, de tipo intencional o conveniente de 10 usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional del Centro.

Se considera que la intervención psicológica aportó de forma positiva, se evidenció en la participación activa de los usuarios en las diferentes actividades que se realizaban en el Centro con motivo cívico o culturales, sus comportamientos eran bajo conductas más asertivas que lo que existía antes.

Se realizó orientación psicológica, a pesar de que la función asignada fue evaluar a los usuarios, está situación se dio por la necesidad de atención psicológica en el área clínica que existe en el Centro, la profesional a cargo de estas funciones es psicóloga educativa, con 20 años de antecedentes como docente, además no se identifica con el rol de psicóloga, ante tales circunstancias manifestó sentir impotencia, frustración al recibir memorándum por su práctica fallida.

Se considera necesario planificar desde el inicio las respectivas orientaciones psicológicas, de acuerdo al caso, o elaborar un plan terapéutico

para cada usuario según sea la necesidad. Puesto que las orientaciones que se dieron fue por la demanda existente en el contexto. La utilización de las diversas técnicas presentó un bajo nivel de complejidad al ser aplicadas, estas fueron leídas a los usuarios y se tomó nota textualmente de lo manifestado.

Evaluación Cuantitativa:

El 100% de las citas programadas con las y los usuarios fueron realizadas de manera oportuna.

El 100% de acuerdos y compromisos estuvieron en relación al encuadre establecido con cada usuario, respetando horarios y actividades planificadas en la institución.

### **3. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA**

#### **3.1. La descripción del proyecto o programa.**

La razón social de la institución es Centro Municipal de Apoyo para Personas con Discapacidad Visual “Cuatro de Enero”. Su tamaño, de acuerdo al conjunto de Pequeñas y Medianas Empresas de Ecuador (PYMES) el Centro Municipal se constituye como una pequeña empresa puesto que cuenta con 34 empleados.

Su nacionalidad y localización: Es una empresa Pública Municipal, que obedece al ejercicio de las competencias de un gobierno autónomo descentralizado de Guayaquil, coordinado por la Dirección de Acción Social y Educación (DASE). Está ubicado al sur de la ciudad de Guayaquil, en las calles Machala y Bolivia esquina. La propiedad tiene una composición de capital con las siguientes características: Derecho público, Personería jurídica y patrimonio propio, es decir autonomía presupuestaria, financiera, económica, administrativa y de gestión sujeta a la Ley Orgánica de empresas públicas.

Objetivos organizacionales: Comparte los de la Muy Ilustre Municipalidad de Guayaquil. Sus servicios o Productos con los que cuenta son: Orientación familiar, trabajo social, psicología, escolaridad, rehabilitación básica funcional, terapia física y de lenguaje, retos múltiples y expreso escolar.

La tecnología existente es mediadora, porque representa la centralización de amplias habilidades y especializaciones en un único cliente, las y los usuarios con discapacidad visual, los mismos que forman parte del servicio de Rehabilitación Básica Funcional, conformado por las siguientes áreas:

- Psicosocial y médico: atención en psicología, social, familiar y médica.
- Física: Orientación y movilidad y Educación Física.
- Actividades de la vida diaria: Manejo personal y manejo del hogar.
- Comunicación: Braille- sistema de lecto escritura, dactilografía, digitación en computación.
- Desarrollo de habilidades manuales: Aprestamiento manual, desarrollo de habilidades, trabajos especiales con madera, cerámica y fibra.

El tipo de organización según la autoridad ejercida es lineal, siendo la división del trabajo y la especialización sus principales características. La departamentalización es por servicio por cuanto las actividades y tareas están encaminadas y coordinadas con el fin de la institución, prestar servicio a las y los usuarios con discapacidad visual, lo cual se evidencia en la aplicación de los conocimientos de los profesionales encargados de cada área, permite intensificar los esfuerzos para optimizar los recursos humanos y materiales para obtener los resultados deseados, facilitar la adaptación e incorporación de las personas carentes de visión ante las oportunidades existentes en la sociedad para esta población, permite que se visibilice la igualdad en acceder a los derechos amparados en la Constitución de la República del Ecuador.

Los mecanismos de control que se pudieron observar están en función del poder, van en escala jerárquica. Por tal motivo las decisiones de la directora del Centro “Cuatro de Enero” son centralizadas, puesto que raramente tiene contacto con las personas y situaciones involucradas. La jerarquía existente se establece según los cargos y funciones, es decir a través de la unidad de mando.

Las reglas y reglamentos internos conocidas por los empleados les permite apoyarse para hacer ciertas exigencias de tipo laboral. Además existe impersonalidad en las relaciones entre empleados, ésta se rige a través de la asignación de cargos y funciones, el personal antiguo muestra resistencia ante la obediencia a la directora del Centro, ante esta situación se emiten memorándum para que las actividades fluyan de acuerdo a lo previsto, dando lugar a un modelo de organización de tipo racional y burocrático, puesto que se adecuan los medios a los fines, siendo su sistema de administración autoritario-benevolente, el proceso decisorio se lleva a cabo en la Dirección de Acción Social y Educación (DASE) la cual reúne a las autoridades de la cúpula, esta delega poder de decisión menor a las competencias de mandos medios. Esto también se lo puede apreciar en el tipo de comunicación vertical ascendente,

existiendo cierta apertura para los mandos inferiores; sin embargo ésta no es fluida y existen distorsiones.

### **3.2 Descripción del producto a sistematizar**

Se desarrollaron evaluaciones psicológicas dirigidas a las y los usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional, con el objeto de identificar aspectos estructurales y funcionales de la configuración de la personalidad. En los estructurales se encontraron las unidades psicológicas primarias tales como: necesidades, intereses, carácter y actitud, en las formaciones motivacionales: la concepción del mundo.

Necesidades superiores: trascendencia, aceptación, pertenencia y afectivas por parte de sus familiares y amigos. Intereses: A nivel personal: Orientados mantener la amistad de sus compañeros, compartir y participar en el proceso de su rehabilitación. A nivel laboral en aprender y llevar la práctica las destrezas manuales en la que son adiestrados con el fin de obtener recursos económicos.

Carácter: se registran los rasgos de persistencia (hacia el aprendizaje), introversión-timidez (al exponer sus necesidades e intereses), sociabilidad (limitada al contacto con grupo de compañeros del Centro). Actitud: se observa valoraciones positivas frente al reaprendizaje que les tocó experimentar. Sus emociones y comportamientos van acompañados de un sentido psicológico en función de sus sistemas de creencias.

La formación motivacional: concepción del mundo, siendo la creencia su aspecto más relevante, un Dios, quién según sus propias reflexiones les provee de fortaleza para enfrentar la prueba de fe que están cursando, explicación que se dan a sí mismos ante la pérdida de su capacidad sensorial.

En los aspectos funcionales, se encontró: la capacidad de reestructurar el campo, ésta se denota en la organización de las alternativas ante situaciones nuevas que se les presentan a las y los usuarios frente a la disfuncionalidad de tipo sensorial, como lo es la pérdida parcial o total del sentido de la vista.

Flexibilidad- rigidez: La toma de decisiones y el esfuerzo volitivo estable de mantenerse en el proceso de aprendizaje tanto de técnicas como a realizar actividades de la vida diaria que les permiten un mejor desenvolvimiento a nivel personal frente a las demandas dentro de lo que les demanda sus estilos de vida actual.

Se observa la autodeterminación ante la dimensión temporal en perspectiva, en alcanzar la independencia que se perdió, adquiriendo conocimientos en los

diversos sistemas de enseñanza – aprendizajes implementados en el servicio de rehabilitación, los mismos les permiten comunicar sus necesidades, satisfacerlas por sí mismo y plantearse metas valorando las dificultades que se les presentan de un modo positivo.

La población: La edad de las y los usuarios oscila entre 20 y 79 años. Sexo: El 70% fueron mujeres y 30% hombres de un total del 10 usuarios. Nivel de Instrucción: El 20% de un total de 10 usuarios terminaron la instrucción primaria y secundaria, y avanzaron hasta la superior. El 80 % no culminó la secundaria, coinciden en que tuvieron un inicio temprano en la actividad laboral.

Tipo de discapacidad: El 70% tienen Ceguera Total y el 30% Baja Visión de un total de 10 usuarios. Permanencia en el Centro de Apoyo: Oscila entre 1 mes a 1 año y medio. Causa de la discapacidad: El 70% tiene Glaucoma, con un desarrollo progresivo, el 30% restante de un total de 10 usuarios es por retinopatía diabética y desprendimiento de retina.

Las condiciones socio económicas que presentan los usuarios que asisten a recibir este servicio son de escasos recursos económicos. Aquellos a los que más se les dificulta llegar hasta el establecimiento lo recoge el servicio de expreso que ofrece el Centro “Cuatro de Enero”.

## Fases de evaluación con sus respectivas áreas de exploración

Inicio	Desarrollo				Cierre
Sesión 1	Sesión: 2	Sesión: 3	Sesión: 4	Sesión: 5	Sesión: 6
Presentación del profesional Encuadre Consentimiento informado	Identificar elementos Familiares	Conocer aspectos personales: interés, motivación	Saber si hay funcionalidad Sexual	Laboral y Social	Cierre Devolución de resultados

INSTRUMENTOS APLICADOS por fases					
Inicial	Desarrollo				Cierre
Entrevista Exploratoria	Entrevista semiestructurada	Técnica el Sentido de la Vida	Guión temático respecto al área.	Entrevista abierta.	Redacción de informes
Técnica ¿Quién soy?	Test de Sacks adultos	Composición : Mis principales defectos y virtudes	Técnica los 10 deseos Test de California	Autobiografía	Socializados con psicóloga, usuarios, y familiares.

### 3.3. Descripción del proceso de implementación según fases definidas.

Fecha	Actividades
7-10 /Julio /2015	Formalizar pasantías. Identificar el contexto.
13 -17/Julio/2015	Elaborar, revisar y ajustar plan de trabajo.
20-24/Julio/2015	Conocer a usuarios del SRBF. Revisar de antecedentes de usuarios. Aplicar entrevista semiestructurada
03-07/Agosto /2015	Se sigue con entrevista semiestructurada
11-14/Agosto/2015	Aplicar Test 1: Diez Deseos.
17-21/Agosto/2015	Aplicar Test 2: Mini Mental
25-28 /Agosto/2015	Aplicar Test 3: Completamiento de Frases Redactar Composición: El Sentido de vida.
31 de Agosto - 4 Septiembre/2015	Aplicar Test 4: Quién Soy. Entrevista a familiares.
14-18 de Septiembre/2015	Sesiones de cierre y devolución a usuarios
21-25 de Septiembre/2015	Devolución resultados a psicóloga del Centro.

## **4. RECUPERACIÓN DEL PROCESO**

### **4.1 Elementos de Reconstrucción Histórica**

#### **4.1.1 Acciones que se realizaron en el Centro de Apoyo Municipal 4 de Enero**

- Se realizó entrevistas abiertas y semiestructuradas
- Se empleó el test de completamiento de frases de Sacks para adultos.
- Se elaboró composiciones: Sentido de la vida, subjetivación y género, autobiografías.
- Se usó técnicas abiertas: Diez deseos, Quién soy.
- Se aplicó Mini Mental
- Se realizó la interpretación de la información que se obtuvo mediante la recogida de datos.
- Se identificó los aspectos estructurales y funcionales de la personalidad de los usuarios

#### **4.1.2 Temporización de las actividades**

La limitación temporal de la ejecución de las actividades de evaluación de las y los usuarios del Centro tuvo inicio desde 07 de julio hasta el 30 de septiembre del 2015. Las entrevistas exploratorias empezaron en julio 27 y culminaron de la segunda semana de agosto, en el transcurso de este tiempo también se iban aplicando técnicas abiertas como: Los diez deseos, el sentido de mi vida, quién soy, entre otras. Todo esto hasta llegar a la cuarta semana del mes de septiembre que fue cuando culminaron las prácticas pre profesionales del área clínica.

El tiempo total de asistencia para la realización de las practicas pre profesionales fue de cinco meses, los mismos que abarcan desde julio hasta diciembre de 2015.

#### **4.1.3 Participantes involucrados en el proyecto**

Los actores principales fueron:

- Usuarios de ambos sexos del servicio de rehabilitación funcional que adquirieron la discapacidad en su adultez. Sus edades oscilan entre 20 y 79 años.

- Orientadora Familiar, cuando hubo que citar algún familiar.
- Psicóloga educativa del Centro, con información respecto al contexto.
- Trabajadora social, proporcionó los datos socio demográficos.
- La Directora de la entidad, quién siempre estuvo presta a atender las sugerencias.
- La practicante de psicología propiamente dicha.

#### **4.1.4 Proceso de la investigación**

Al inicio se realizó una entrevista exploratoria a cada participante, dicha entrevista se tenía el objeto de identificar la problemática, o la demanda real de la persona, que no es el motivo de consulta por el cual fueron derivados al departamento de psicología, además se estableció el número de sesiones, el día, hora y lugar de los encuentros. Posteriormente, se elaboró una entrevista semiestructurada que contribuyó a determinar las áreas que eran foco de atención para profundizar posteriormente. Se realizaron 6 sesiones. Una exploratoria, 4 para levantamiento de información, la última se realizó la respectiva devolución al usuario de los principales resultados.

#### **4.1.5 Recursos que aportaron al desarrollo de las actividades**

##### **Humano**

Directora del Centro  
 Psicóloga del Centro  
 Orientadora Familiar  
 Trabajadora Social

##### **Materiales**

Batería de test, técnicas, entre otros.  
 Computadora  
 Test/ Baterías psicológicas  
 Historia clínica de los y las usuarios  
 Material didáctico (hojas de papel A4, lápices, bolígrafos)

#### **4.1.6 Factores del contexto o elementos influyentes favorecieron las posibilidades de acción local**

- La necesidad de la práctica psicológica en el área clínica, existente en el Centro, para efectuar evaluaciones a usuarios adultos del servicio de rehabilitación básica funcional.

- La formación de la profesional a cargo del departamento de psicología (psicóloga educativa).
- La psicóloga de Centro, ha ejercido como docente 20 años, no se identifica con la práctica psicológica en tanto a conocimiento teórico – práctico.
- Las evaluaciones, exploraciones e informes diagnósticos que se realizaban en la institución fueron acogidos por el departamento de psicología.
- El prestigio de la Universidad de Guayaquil y de la Facultad de Ciencias Psicológicas en cuanto al desempeño de sus practicantes.
- Se recibió apoyo del departamento de Orientación Familiar. Brindó referencias y prestó su colaboración para socializar información con los familiares la situación de los usuarios.
- Colaboración del departamento de Trabajo Social, la licenciada a cargo tenía varios años de labor en la institución, conocía a la historia familiar de cada usuario.
- Contribución de la Coordinadora del servicio de rehabilitación básica funcional al cual acudían las y los usuarios que fueron sujetos de evaluaciones.

#### **4.1.7 Factores del contexto o elementos influyentes limitaban las posibilidades de acción local**

- No se contó con el espacio propicio para el desarrollo de las consultas, esto dificultaba la expresión de emociones. Se las realizó en el patio, en el pasillo, en aulas que no estaban siendo ocupadas, mientras los escolares estaban en su horario de recreo, en el auditorio, pocas veces se asignó un lugar adecuado.
- La falta de experticia de la psicóloga hizo que los procesos de levantamiento de información fueran más lentos, debía explicarse más de una vez cual era el propósito de aplicar los instrumentos, esto ocurrió cuando se estaba elaborando el plan de trabajo y luego en la puesta en práctica.
- La falta de instrumentos adaptados para evaluar a personas con discapacidad visual.

- Calendario mensual de la Dirección de Acción Social y Educación (DASE) el mismo que interfiere con las actividades previstas en el Centro.
- El horario de las actividades planificadas semanalmente por la coordinadora del servicio de rehabilitación básica funcional, para las y los usuarios.

#### **4.2 Elementos para Ordenar y Clasificar la Información**

- Se considera que fallaron los recursos de afrontamiento ante la crisis paranormativa.
- Falló la resiliencia
- Existencia de creencias irracionales frente a la concepción de la discapacidad.
- Existencia de emociones emergentes de enojo, miedo, desesperación, frustración e impotencia.
- Disminución de la autoestima, lesión la autoimagen y autoconcepto.
- Percepción de discapacidad varía según forma y causa de adquirir la misma.
- Grado de discapacidad, influye en el modo en que se presentan las vivencias, frente a las limitaciones, como consecuencias de la ceguera o disminución visual.

#### **4.3 Elementos para la Interpretación Crítica**

La percepción de la discapacidad visual varía de acuerdo al grado de pérdida, disminución, o carencia de la visión, es decir un proceso progresivo de glaucoma que ha sido diagnosticado con anterioridad a la ceguera, pudo haber construido una representación cognitiva del desenlace de la enfermedad en ceguera y de este modo los recursos de afrontamiento se adecuan a las circunstancias actuales de la persona.

Padecer de glaucoma, o retinopatía diabética, cuya característica común es un proceso progresivo y es más lento su avance a la ceguera, en dependencia de los cuidados que la persona disponga, haciendo una analogía con una persona que experimenta pérdida de la visión por desprendimiento de retina, de forma repentina tarda más en adoptar una postura de colaboración, por cuanto no hubo un conocimiento previo de enfermedad y las personas que tienen ceguera total, frente a las que tienen baja visión, se sienten en desventaja, porque éstas últimos al menos pueden distinguir la silueta de las personas y/o objetos que se encuentran a su alrededor, los que tienen bajan visión a causa de una enfermedad como retinitis pigmentaria muestran tristeza

y temor porque conocen por medio del adiestramiento que reciben en el servicio de RBF (colocan un antifaz oscuro en los ojos para simular la ceguera) que es la ceguera total y que es un desenlace que no pueden evitar. Dicha situación pudiera no ser tan favorable para quienes experimentan estas vivencias como negativas, pudieran estar bajo el acompañamiento psicológico de un psicólogo clínico al inicio, intermedio y desarrollo del programa de rehabilitación básica funcional, para que la experiencia no sea abrupta y se proyecten a obtener logros en torno lo que las y los usuarios necesitan.

Entorno a esto, se comprende que las vivencias en cada usuario alcanzan una significación diferente en la configuración estructural y funcional de la personalidad, además influye la etapa de la vida en la cual se encuentran en el momento de la pérdida y las funciones que desempeñaban en lo familiar, lo social y en lo laboral.

Se observan vivencias de frustración frente al cese laboral, de forma intempestiva. La actividad laboral está relacionada con la autoestima, con los logros donde se reafirma el ser humano, adquiriendo así un sentido de lo que hace, en relación con el medio con el cual lo obtiene. La visión representa una importante fuente de información del mundo que nos rodea, por lo tanto al quebrantarse o romperse esta posibilidad, se aleja todo lo conocido, para entrar en algo desconocido, motivo por el cual les invade la inseguridad.

Frente a este proceso de pérdida se puede presentar además la ansiedad como estado, como forma de afrontamiento ante las situaciones desconocidas. El temor a fallar, de equivocarse, de sufrir un cambio en la coordinación sensoria motriz, no comprender la causa de la discapacidad de un punto objetivo (glaucoma, retinopatía diabética, desprendimiento de retina) sino desde una cosmovisión que existe un Dios bondadoso, y que también castiga los comportamientos inapropiados. Por un lado es un aliciente, por el otro ofrece la vivencia de la culpa.

Los efectos más importantes que han causado, tanto la ceguera como la baja visión, en las personas, son: el desajuste del funcionamiento de la personalidad y la dependencia de la que son objetos ante sus familiares, espacio donde antes eran proveedores ante necesidades instrumentales, ahora son motivo de preocupación para los otros.

Por otra parte, la falta de experticia de la psicóloga educativa frente a los problemas de corte emocional y cognitivos que se presentan en los usuarios, no se atiende de forma satisfactoria la demanda que se mantiene en el contexto.

#### 4.4 Métodos e Instrumentos a Utilizar

Desde la perspectiva psicológica se escogieron varios instrumentos que se ajustaban al perfil de los usuarios y que por su formato aportaban directamente a la elaboración de este trabajo. Estos instrumentos metodológicos incluían:

El Test de Frases Incompletas de Joseph M. Sacks (FIS), aparece en 1948, con el fin de obtener material clínico en 4 áreas representativas de la adaptación del sujeto (familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto). Se inicia con la explicación breve del contenido del test, luego se lee cada una de las frases incompletas, se anota las respuestas textualmente. El tiempo que se toma la aplicación es de 45 a una hora. Para la interpretación de los resultados se utiliza las hojas de corrección del propio test.

Test de Personalidad California. Objetivo de la prueba evaluación de la personalidad normal y predictor de comportamientos. Su aplicación es individual o colectiva. Tiempo, de 45-60 min. Edad. 13, 14 años adolescentes y adultos. Ámbitos: Clínico, educativo, social y laboral. Material: Manual, cuadernillo, protocolo de respuestas, hojas de perfiles de personalidad

Técnica de los diez deseos. Técnica elaborada por D. González Serra, reconocido psicólogo cubano, permite conocer las necesidades, motivaciones y aspiraciones fundamentales del sujeto, así como detectar aspectos que constituyen problemas o conflictos en la vida afectiva del examinado. Se explica la técnica al usuario, y se procede a reproducir de forma textual lo que ha expresado la persona. El tiempo de 15 a 20 minutos. Material: hojas de papel tamaño A4. Se hace análisis de contenido de las respuestas.

Entrevista Abierta: El entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para sus intervenciones, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso en particular. Sin permitir que el usuario divague, la entrevista se la realiza con objetivos, para conocer aspectos que se obtuvieron mediante la entrevista semi estructurada. La duración de la entrevista fue de 45 a 50 minutos por usuario. Material que se utilizó, hojas de papel tamaño A4 y bolígrafo.

Entrevista Semiestructurada: Presenta mayor de flexibilidad en las preguntas, pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptar las preguntas a los sujetos, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. Está compuesta por áreas como: familiar, personal, laboral, y aspectos funcionales (sueño, alimentación, movilidad). Su aplicación fue de 1 hora. Por usuario. Material que se utilizó varias hojas de papel tamaño A4 impresas y bolígrafo.

Técnica de la composición. Este tipo de técnica ofrece un punto de partida, para la expresión libre del sujeto. Las composiciones constituyen una valiosa fuente de información acerca de la personalidad de los sujetos. Para su aplicación se explicó la consigna de la elaboración, y luego se procedió a anotar textualmente lo expresado por el usuario. Material utilizado una hoja de papel en blanco A4, y un bolígrafo. Su interpretación se la realiza mediante el análisis del contenido, se crea categorías.

Técnica de la autobiografía. Técnica sumamente útil para conocer la historia de la vida del sujeto y del desarrollo de su personalidad. En ella se refleja su pasado, presente y su futuro, a partir de sus recuerdos, organiza y registra no solo los hechos que han vivido, sino la imagen que tiene de sí en relación con los objetos y las personas implicadas en esos hechos. Se explica inicialmente el objetivo de la técnica. Se procede a escribir textualmente lo que expresa el usuario, tipo dictado. Los resultados se hacen visibles por medio del análisis del contenido, según las categorías encontradas. Tiempo de aplicación es de 35 a 40 minutos. Materiales, una hoja de papel tamaño A4 y bolígrafo.

Técnica el sentido de mi vida. Es una narración a partir de un título en la cual el sujeto hace una valoración subjetiva de su vida y el futuro. Centra su atención en la aceptación de sí mismo. Ofrece una información muy valiosa. Inicialmente se explica la forma en que se va aplicar la técnica. Luego se procede a tomar el dictado de la narración del usuario con respecto a su vida, sin interrumpir, se respetan sus silencios. Se realiza análisis de contenido. El tiempo invertido fue de 45 a 50 minutos, por usuario. Materiales, una hoja de papel tamaño A4 y bolígrafo.

Técnica: ¿Quién soy? Valora el concepto social del yo. Cómo cree el que lo valoran los otros. Temores. Necesidades. Expresión de juicios críticos y reflexiones de sus habilidades y capacidades. Se explica brevemente al usuario de que se trata la técnica. Una vez el usuario acepta, se anotan las respuestas donde corresponde según la figura de la persona impresa en la hoja. Tiempo de aplicación es de 35 a 40 minutos por usuario. Materiales, una hoja de papel tamaño A4 y un bolígrafo.

Mini Mental: La Mini prueba del estado mental (también llamado Mini Examen del Estado Mental, en Inglés Mini-Mental es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Se explica inicialmente al usuario lo que mide el test. Luego se procede a llenar el test según las respuestas. Material, el mismo test y un bolígrafo. Tiempo de aplicación: 20 a 30 minutos por usuarios.

## **5. ANÁLISIS Y REFLEXIÓN**

### **5.1 Lecciones aprendidas**

Desde una visión global, se puede mencionar que la situación inicial partió considerando dos aspectos fundamentales: Un problema por atender y el otro una oportunidad. Por un lado, la práctica académica exigió poder reconocer y reconocerse en un espacio en que la pretensión inicial era dar continuidad a la formación académica y por otro, dar inicio a las prácticas pre profesionales, lo cual implicó una serie de responsabilidades y la adquisición de compromisos para la psicóloga practicante de acuerdo a los parámetros de la ética profesional del quehacer psicológico. Se puso de manifiesto, lo que se sabía, lo que se desconocía y valoración de lo que se estaba en posibilidad de aprender.

Hubo varios elementos contextuales que fortalecieron la oportunidad, una de las principales, la necesidad de la práctica psicológica en el área clínica, lo cual permitió hacer la planificación de las evaluaciones a las y los usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional, conjuntamente con la psicóloga del Centro, quién forma parte del equipo de evaluación y diagnóstico de la institución; sin embargo cabe mencionar que la realización de las respectivas actividades planificadas ,estuvieron bajo exclusiva responsabilidad de la autora de este trabajo.

La situación actual, refiere los hechos ya realizados, desde la orientación de un objetivo general a corto plazo, por cuestión de tiempo. La nueva situación que estuvo encaminada a contribuir al desarrollo integral de las y los usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional, se logró evidenciar en la satisfacción de las personas involucradas, en cuanto al afrontamiento de dificultades presentes en su diario vivir y en participación como sujetos activos en el proceso de rehabilitación que experimenta cada uno de los participantes.

#### **5.1.1 Beneficios tangibles**

- Los resultados de acuerdo a: Número de sesiones e instrumentos aplicados y de acuerdo al área que se exploró.
- La elaboración de informes diagnósticos de forma individual.
- Las recomendaciones, tomadas en consideración por la institución y su equipo técnico de evaluación y diagnóstico.
- Acta de entrega y recepción, elaborado por la psicóloga de la institución, por informes diagnósticos recibidos de parte de la autora de esta sistematización.
- Certificado de asistencia a seminario de sordoceguera realizado en la Universidad Salesiana Domingo Comín en Guayaquil, organizado por la Dirección de Acción Social y Educación (DASE).

### 5.1.2 Beneficios no tangibles

- La liberación de emociones en el proceso de las entrevista por parte de las y los usuarios.
- La capacidad de escucha activa aplicada a cada usuario.
- Las percepciones de bienestar por parte de los beneficiarios en el proceso de las evaluaciones.
- El reconocimiento por parte de la directora de la organización, a partir del momento de recepción de los informes en forma física.
- El afianzamiento de la formación académica, a partir de la praxis, desde un espacio laboral.
- Evidenciar la formación teórica, metodológica y estratégica ante aquellos aspectos de mayor dificultad.
- Un conjunto de aprendizajes sobre la discapacidad visual: ceguera y baja visión para la autora.
- La satisfacción del trabajo realizado por parte de la autora, tanto de las evaluaciones, como del trabajo de sistematización.

Los principales beneficiarios fueron las y los usuarios del servicio de rehabilitación básica funcional, además de sus familiares, los funcionarios de la institución y la autora de este trabajo de titulación.

Factores del contexto que favorecieron la ampliación de los efectos o el número de beneficiados.

- La necesidad de la práctica psicológica en el área clínica, la que existe en el contexto es educativa.
- La falta de experticia de la psicóloga, denota desconocimiento teórico – práctico de la disciplina psicológica.
- Las evaluaciones, exploraciones y diagnósticos que se realizaban en la institución, eran rechazados por la directora con memorándum.
- El prestigio de la Universidad de Guayaquil, y de la Facultad de Ciencias Psicológicas. Permitió la apertura desde el inicio de la práctica.
- Apoyo del departamento de Orientación Familiar
- Colaboración de la Trabajadora Social. Permitió la revisión de las carpetas, donde reposa información socio demográfica de los usuarios.
- Contribución de la coordinadora del servicio de rehabilitación básica funcional a quién le corresponden vigilar el cumplimiento de las actividades planificadas por el equipo técnico para la rehabilitación de las personas a su cargo.

### **5.1.3 Factores del contexto que limitaron la ampliación de los efectos o el número de beneficiados**

- No se contó con el espacio propicio para el desarrollo de las consultas, puesto que esto dificultaba la expresión de emociones. Se las realizó en el patio, en el pasillo, en aulas que no estaban siendo ocupadas, mientras los escolares estaban en recreo, en el auditorio, pocas veces se asignó un lugar adecuado.
- La falta de experticia de la psicóloga hacía que los procesos de levantamiento de información fueran más lentos, debía explicarse más de una vez el uso de los instrumentos, cuando estaba elaborando el plan de trabajo.
- La falta de instrumentos adaptados para evaluar a personas con discapacidad visual.
- Calendario mensual de la Dirección de Acción Social y Educación (DASE) el mismo que interfiere con las actividades previstas en el Centro.
- El horario de las actividades planificadas semanalmente, por la coordinadora del servicio de rehabilitación básica funcional, para las y los usuarios.

### 5.1.4 Dificultades superadas

Fase	Dificultades presentadas	Como se superaron	Sugerencias para prevenir
Inicio	El espacio donde se realizaron las consultas no fue el más adecuado.	Se le planteó a la directora utilizar un espacio que estaba desocupado, se lo limpió y ordenó.	Asignar un espacio para las consultas, desde el inicio.
	Poca asistencia de los familiares y representantes de las y los usuarios a las citas asignadas.	Se propuso a la psicóloga del Centro visitar junto con la trabajadora social el domicilio de la persona involucrada en el proceso de evaluación.	Dar a conocer desde el momento del ingreso a la institución los deberes y derechos de los usuarios y de los familiares.
	Demanda de asesoría psicológica en área clínica.	Se comunicó tanto a los usuarios como a los familiares los alcances de la práctica pre profesional.	Tomar en consideración la necesidad del acompañamiento psicológico desde el área clínica.
	Registro incompleto de historias clínicas de usuarios.	Se aclaró la intención específica de información que se necesitaba a la señora directora del Centro.	Facilitar información necesaria ya existente en la historia clínica de las y los usuarios.
	Replanteamientos y cuestionamientos por la forma como se realizó el ejercicio clínico.	Interrogantes exigieron ir de los casos a la revisión de la teoría. Se procuró hallar alternativas ante la aplicación de los instrumentos según el caso.	Reconocer las dudas que movilicen a la búsqueda, y no certezas que sesguen la práctica profesional.

### 5.1.5 Situaciones de Éxito

Fase	Éxitos reconocidos	Como se superaron (estrategias y resultados)	Recomendaciones para fases / procesos futuros
Desarrollo	Asistencia a marcha de concienciación y sensibilización 15/octubre/2016.	Se hizo pancartas con mensajes alusivos a la fecha, día del bastón blanco.	Involucrar a todos los departamentos de la institución en las diversas actividades.
	Reuniones con familiares	Se envió citación escrita solicitando la presencia del familiar	Mantener informado al familiar de las actividades que se realizan en el Centro
	Mayor Participación y asistencia de los usuarios en las actividades que se realizan en el Centro.	Se envió citación escrita solicitando la presencia del familiar	Mantener la inclusión y participación, no solo a nivel recreativo, cultural o educativo sino en el aspecto laboral.
	Fue productivo el fortalecimiento el trabajo en equipo.	Se sugirió mantenerse activos a las y los usuarios en los diferentes eventos que realizan en el Centro.	Considerar la importancia del equipo técnico.
	Se evidenció acogida de parte de los usuarios frente a metodología aplicada.	Interacción de ideas y acciones que fomentaran el respeto por la diferencia.	Tomar en cuenta las particularidades de las personas con discapacidad visual.
	Se pudo identificar fortalezas y dificultades en	Ajustar la metodología para cada usuario. Permitted que los	Es importante generar alternativas y propuestas en la

	diversas áreas: social, familiar, laboral.	participantes expresaran ideas y concepciones libremente.	medida de lo posible para superar dificultades encontradas, además de fortalecer las potencialidades.
	Se fortalecieron vínculos significativos	Se conoció aspectos de la vida familiar, de las relaciones sociales y laborales.	Trabajar aspectos relacionados con las diversas áreas de las y los usuarios.
	Conocer expectativas frente a la RBF que se ofrece en el Centro.	Se incluyó en la entrevista semiestructurada ítems sobre sus expectativas.	No permitir se genere falsas expectativas frente a los logros reales en la RBF.
	Otorgar importancia y validez que portan los conocimientos adquiridos.	Pensar en el abordaje que se debía hacer según cada caso.	Mantener actitud de autocrítica ante la práctica sin perder la sensibilidad ante los usuarios.

### 5.1.6 Errores Identificados

<b>Fase</b>	<b>Errores identificados</b>	<b>Causas del error</b>	<b>Recomendaciones para fases / procesos futuros</b>
Final	Aceptar usuarios remitidos desde la dirección de la institución.	El clima laboral no era idóneo. Poder coercitivo, autoritario.	Mantener informado al personal de las decisiones. No pasar por alto las funciones que les competen a los trabajadores según el cargo que desempeñan.
	Realizar orientaciones psicológicas por solicitud de la directora de la institución.	Desconocimiento de pugnas de poder entre las autoridades del Centro.	Mantener la diplomacia no tomar partido en situaciones ajenas a la práctica profesional.
	Valoración de espacio de práctica	Considerar la práctica académica como ocasión para aprender	Mantener flexibilidad para apropiarse de lo que ofrece el contexto de las PPP.

## **6. RECOMENDACIONES**

### **6.1 Autoridades del Centro**

- Es relevante considerar la presencia de un profesional en psicología clínica para que no se posterguen las consultas psicológicas hasta recibir la atención en el Centro de Salud N° 10.
- Coordinar las actividades encaminadas a la concienciación y sensibilización ciudadana con los departamentos de orientación familiar y trabajo social para lograr mayor alcance.
- Mantener informado al familiar respecto a las dificultades frente a las perspectivas de rehabilitación de las y los usuarios y de este modo fomentar el compromiso entre las partes interesadas.
- Buscar alternativas para alcanzar la inclusión y participación, no solo en el aspecto recreativo, cultural o educativo, sino también a nivel laboral.
- Considerar integrar un profesional en el área psicología clínica como miembro del equipo técnico de la institución.

#### **6.1.1 Psicólogos responsables del Centro “Cuatro de Enero”**

- Propiciar espacios de escucha activa respetando las particularidades de las y los usuarios.
- Planificar estrategias de acción que fomenten el compromiso del rehabilitando en su proceso.
- Realizar seguimientos de los logros de las y los usuarios a partir de la del plan de trabajo integral existente en la institución.
- Brindar acompañamiento a los usuarios antes y durante el proceso de rehabilitación funcional, específicamente en el entrenamiento de las técnicas de orientación y movilidad usando antifaz.
- Generar alternativas y propuestas en la medida de lo posible para superar dificultades encontradas, además de fortalecer las potencialidades de las y los usuarios.

## **6.2 Usuarios**

- Aclarar dudas que se generen respecto a los alcances del servicio de rehabilitación para que no creen falsas expectativas frente a los logros reales que se puede obtener.
- Atender a las diversas alternativas y propuestas por la institución en pos superar dificultades y de fortalecer sus potencialidades.
- Mantener activa su participación en los niveles recreativo, cultural, educativo y laboral en tanto a las actividades coordinadas por el Centro y la DASE.
- Considerar la necesidad del acompañamiento psicológico para superar las dificultades en las áreas que se encuentren afectadas.

## **6.3 Familiares de los usuarios**

- Conocer los deberes y derechos de los usuarios y de los familiares que están respaldados desde la Constitución de la República del Ecuador.
- Asumir el compromiso con su representado y con el proceso de rehabilitación, considerando que son su red de apoyo principal para obtener los logros que los usuarios decidan alcanzar.
- Fortalecer los recursos familiares utilizando como mediadora la asesoría psicológica desde el área clínica.
- Fomentar en su representado el entusiasmo de trazarse metas a corto, mediano y largo plazo según sea el caso.

## **6.4 Práctica profesional**

- Evidenciar el acompañamiento del supervisor en el transcurso de las prácticas pre profesional, pues en ese proceso surgen algunas dudas con respecto al manejo de los estudios de casos.
- Es importante tener presente la pertinencia de conocer métodos e instrumentos para realizar adecuadas evaluaciones a personas con diversidad de capacidades.

## **6.5 Divulgación del trabajo**

- Se sugiere que el presente trabajo se difundido y socializado en las respectivas cátedras en la cual tenga pertinencia
- Se recomienda que el presente trabajo se publicado en alguna revista científica e indexada.
- Es conveniente dar a conocer los principales aspectos de este trabajo posibilitando su contenido al Centro de Apoyo Municipal “Cuatro de Enero”.
- Sería productivo si la experiencia sistematizada quedara como medio de conocimiento para futuros pasantes del Centro de Apoyo Municipal “Cuatro de Enero” u otro establecimiento de similares características.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. (2003). *Test psicológico y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Allán, D., Sáenz F., y Romero, C. (2012). *Libro blanco sobre tic's aplicadas a las universidades del Ecuador*. Recuperado de <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/6212/1/actelecomunicaciones-espe-047020.pdf>
- Busquet, L. (2008). *Osteopatía y Oftalmología*. España: Editorial, Paidotribo.
- Castejón, J. (2007). *Unas bases psicológicas de la Educación Especial*. España: Club Universitario.
- Cebrián, M., y Cantalalejo, J. (1998). *Glosario de términos de rehabilitación básica de las personas ciegas y deficientes visuales*. Recuperado de [www.once.es/...visual/...visual/.../glosarios/09-glosario%20rehabil](http://www.once.es/...visual/...visual/.../glosarios/09-glosario%20rehabil).
- Cebrián, M., y Cantalalejo, J. (1998). *Glosario de oftalmología*. Recuperado de [www.once.es/...visual/...visual/.../glosarios/09-glosario%20rehabil](http://www.once.es/...visual/...visual/.../glosarios/09-glosario%20rehabil).
- Checa, J., Díaz, P. Y Pallero, R. (2003). *Psicología y Ceguera*. España: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Fernández, L. (2009). *Pensando en la Personalidad*. Guayaquil: Departamento de publicaciones de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil.
- Febles, E. M. (2009). *La Adulthood: Una nueva etapa del desarrollo*. Guayaquil: Departamento de publicaciones de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil.
- González, R. F. (2010). *Psicología de la personalidad*. Guayaquil: Departamento de publicaciones de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil.
- Ipiates, N. (2011). *Proyecto de rehabilitación con base comunitaria para personas con discapacidad en la parroquia Malchinguí, cantón Pedro Carbo*. Recuperado de [UPS-QT00073.pdf](http://www.ups.edu.ec/bitstream/123456789/123456789/1/UPS-QT00073.pdf).
- Lopera, G., Aguirre, A., Parada, P., y Baquet, J. (2010). *Manual técnico de servicios de rehabilitación para personas ciegas o con baja visión de rehabilitación en América Latina*. Recuperado de [http://www.foal.es/sites/default/files/docs/39\\_manual\\_de\\_rehabilitaci%26%23243%3Bn\\_0.pdf](http://www.foal.es/sites/default/files/docs/39_manual_de_rehabilitaci%26%23243%3Bn_0.pdf)

Llorente, R., y Armas, F. (2012). *Estudio de la situación actual de las personas adultas con discapacidad visual en la ciudad de Vinces y análisis de factibilidad de la implementación del programa de rehabilitación basada en la comunidad*. Recuperado de file:///c:/users/usuario/downloads/gt000331%20(3).pdf.

Maciel, P. (2011). *Discapacidad visual y esquema corporal*. Recuperado de es.slideshare.net/zurdo2748/discapacidad-visual-y-esquema-corporal

Menchaca, R. (2010). *Ceguera y baja visión*. Recuperado de es.slideshare.net/yeyemoro/ceguera-y-baja-visión.

Ministerio de Salud Pública, (2015). *Registro Nacional de Discapacidades*. Recuperado de: www. Consejo discapacidades. Gob.ec/.../ registro\_ nacional\_ discapacidades.

ONU, (2008). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.convenciondiscapacidad.es>

Ortíz, P., y Matey, M. (2011). *Manual de discapacidad visual y autonomía personal*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles. Recuperado de [sid.usal.es/docs/f8/fdo26230/discap\\_visual.pdf](http://sid.usal.es/docs/f8/fdo26230/discap_visual.pdf)

OMS, (2014). *Ceguera y discapacidad visual*. Recuperado de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es).

ONU, (2008). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.convenciondiscapacidad.es>

Palacios, (2008). *El modelo social de discapacidad*. Recuperado de [www.cermi.es/es-ES/.../Cermi.es/.../Elmodelosocialdediscapacidad.pdf](http://www.cermi.es/es-ES/.../Cermi.es/.../Elmodelosocialdediscapacidad.pdf)

Quiroz, J. (2013). *Guía pedagógica para la Inclusión educativa de las y los estudiantes de bachillerato con discapacidad visual*. Recuperado de [dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5526/1/UPS-QT03880.pdf](http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5526/1/UPS-QT03880.pdf).

Del Pozo. (2012). *Registro oficial de la ley orgánica de discapacidades de Ecuador*. Recuperado de [www.cepal.org /oig/doc/.../2012\\_leyorg.Dediscapacidades\\_ecu.pdf](http://www.cepal.org/.../oig/doc/.../2012_leyorg.Dediscapacidades_ecu.pdf).

Martínez, M. (2013). *Manual de técnicas de exploración psicológica*. La Habana: Pueblo y Educación. Recuperado de [www.ecured.cu /Técnica\\_de\\_los\\_diez\\_deseos](http://www.ecured.cu/Técnica_de_los_diez_deseos)

Valdez, L. (2011). *Discapacidad visual*. Recuperado de [http://www.superabile.it/repository/contentmanagement/information/P987488720/es\\_pana%20visual.pdf](http://www.superabile.it/repository/contentmanagement/information/P987488720/es_pana%20visual.pdf)

## ANEXO A. GLOSARIO

**Albinismo:** ausencia o deficiencia congénita de pigmentación de la piel, cabello e iris del *ojo*, frecuentemente acompañada de baja visión, nistagmus, fotofobia y errores de refracción. No existe cura para el albinismo, pero los síntomas que pueden acompañarle pueden tratarse con terapia, cirugía, lentes correctoras o lentes reductoras de luz.

**Actividades de la vida diaria:** conjunto de tareas corrientes en la vida de las personas relacionadas con: la higiene personal, comportamiento en la mesa, realización de las tareas domésticas.

**Adaptabilidad:** capacidad física y espacial de las viviendas o áreas de uso individual de ser fácilmente remodeladas en caso de necesidad.

**Agudeza visual:** imagen retiniana más pequeña cuya forma pueda apreciarse y que se mide por el objeto más pequeño que pueda verse de lejos.

**Adaptación:** proceso por el cual un determinado individuo se ajusta a una circunstancia o conjunto de circunstancias provenientes del medio en el que se desenvuelve.

**Autonomía:** grado en que la persona incapacitada puede ocuparse de sus asuntos, y que, a su vez, ayuda a determinar su grado de autonomía funcional, social y económica. En esta última influyen factores como las circunstancias locales (v. Gr.: falta de posibilidades de empleo, prejuicios u obstáculos arquitectónicos, etc.).

**Aniridia:** alteración ocular caracterizada por: ausencia parcial o subtotal del iris, aplasia macular con posibles problemas corneales, e hipertensión ocular. Entre sus síntomas está: la escasa visión en exteriores, fotofobia y escasa sensibilidad al contraste. La enfermedad tiene un marcado carácter hereditario (autosómica dominante), pero hay un tipo de aniridia de carácter esporádico. Las alteraciones más frecuentes asociadas a la enfermedad son: nistagmos, cataratas, luxación del cristalino, glaucoma, degeneración corneal, hipoplasia macular, hipoplasia del nervio óptico, estrabismo, ambliopía, tumor wilms, y ataxia cerebelar. El tratamiento consiste en tratar las alteraciones asociadas.

**Anoftalmia:** Ausencia congénita de los globos oculares.

**Astigmatismo:** error de refracción, casi siempre debido a una irregularidad corneal en que la imagen se proyecta de forma distorsionada por la variable potencia refractiva de los distintos ejes de la córnea. Los distintos puntos del objeto ya no se proyectan de forma puntual formando una imagen retiniana nítida, sino que dan lugar a un área de dispersión de forma oval.

**Atención sanitaria ocular:** concepto básico en oftalmología sanitaria pública, que implica no sólo la asistencia a los enfermos crónicos y graves, sino también la detección de casos, la prevención de las enfermedades oculares (que en su fase de prevención primaria incluye también las actividades de control sanitario medioambiental) y de discapacidad debida a las distintas enfermedades que conducen a la ceguera, rehabilitación, mantenimiento de la sanidad ocular y educación sanitaria. La prestación de servicios de sanidad ocular implica la síntesis o integración de las especialidades de muchas profesiones. El personal sanitario ocular, en cooperación con pacientes, familias y comunidades, trabaja para la consecución de objetivos asistenciales de salud ocular, cuya asistencia sanitaria global cubre, sin solución de continuidad, todos los aspectos preventivos, de diagnóstico, pronóstico, curación y rehabilitación de la asistencia sanitaria ocular.

**Atrofia óptica:** degeneración del nervio óptico. Puede ser debida a diversas causas: vasculares (anoxia cerebral consecutiva a falta importante de sangre; trombosis o embolia de la central de la retina), degenerativas (como parte de una enfermedad degenerativa general); inflamatorias (por causas que han producido una compresión permanente sobre el nervio, en alguna porción de su recorrido en la cavidad orbitaria o craneal; tóxica (alcohol, tabaco, alcohol metílico, quinina, salicilatos, etc.); traumática (sección o contusión del nervio óptico); glaucomatosa (atrofia óptica familiar y congénita, con importante daño visual).

**Baja visión:** grado de visión parcial que permite su utilización como canal primario para aprender y lograr información (**sin:** visión residual, visión parcial, ceguera parcial, visión disminuida, visión deficiente, visión subnormal).

**Bastón:** elemento auxiliar a la movilidad que sirve para que las personas ciegas puedan desplazarse con mayor autonomía y seguridad en su vida cotidiana.

**Bastón blanco:** de longitud determinada para cada individuo, que sirve para detectar obstáculos y suministrar información del entorno. Utilizado por los viandantes ciegos. Se caracteriza por su color.

**Cámara anterior:** espacio lleno de humor acuoso, situado en la porción anterior del ojo, limitado anteriormente por la córnea y posteriormente por el iris.

**Catarata:** enfermedad ocular producida por pérdida, total o parcial, de la transparencia del cristalino, y que causa pérdida de agudeza visual. Los síntomas son: visión borrosa, poco contraste, deslumbramiento y fotofobia, percepción defectuosa del color desvaído e incapacidad para leer.

**Ceguera adquirida:** ceguera que se produce con posterioridad al nacimiento.

**Ceguera congénita:** ceguera que se adquiere durante la gestación

**Ceguera total:** ausencia total de percepción de luz.

**Ceguera:** en términos genéricos, la ausencia total de visión o simple percepción lumínica en uno o ambos ojos. No obstante, la OMS establece tres grados de deficiencia: **ceguera profunda** (visión profundamente disminuida o ceguera moderada que permite contar los dedos de una mano a menos de 3 m. De distancia); **ceguera casi total** (ceguera grave o casi total que sólo permite contar los dedos a 1 m. O menos de distancia, o movimientos de la mano, o percepción de luz); **ceguera total** (no hay percepción de luz).

**Conciencia de la imagen corporal:** conceptualización del individuo sobre el tamaño, forma, función y movimiento de las distintas partes de su propio cuerpo y de la relación que entre ellas existe.

**Conciencia del entorno:** facultad de permanecer alerta a los estímulos y a las indicaciones que pueden encontrarse en una zona o situación determinada.

**Conocimiento del entorno:** conceptualización que un individuo posee sobre un determinado ambiente.

**Coordinación:** capacidad de realizar movimientos ajustados a nivel intersegmentario.

**Desplazamiento:** acto y práctica de desplazarse, de evaluar los hechos y lugares conocidos del entorno con el fin de facilitar un movimiento o una movilidad eficaz y ejercitar la propia capacidad de desplazamiento independiente.

**Desplazamiento independiente:** capacidad propia de desplazamiento seguro en el entorno, orientado a un determinado fin.

**Día del bastón blanco:** se denomina así a una jornada que se dedica a campañas de mentalización del público sobre la problemática de los ciegos en sus desplazamientos independientes, e incluso, de manera más general, acerca de sus dificultades y logros en cuanto a la integración social. En la mayoría de los países, coincide con el 15 de octubre.

**Discapacidad:** en el sentido de la clasificación de la OMS, y dentro de la experiencia de la salud, discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se trata de un término muy utilizado en la actualidad en España, impulsado desde las instituciones nacionales que trabajan en el campo de las minusvalías, como término polisémico y comodín que sirve para aludir de forma genérica a los diferentes tipos de disminución de una capacidad y sus consecuencias; la

preferencia por este término se fundamenta en su gran difusión internacional, especialmente en su versión inglesa, dado que el habitual de "minusvalía" no es tan aceptado en algunos países de Latinoamérica. No obstante, los problemas terminológicos detectados en la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, ha llevado a la OMS a adoptar provisionalmente una fórmula por la que el término "discapacidad" pasa a ser sustituido por "incapacidad".

**Discapacidad visual:** término que abarca a todas las dificultades de la vista ocasionadas por patologías congénitas, por accidentes de cualquier tipo y provocados por virus de diferentes orígenes (OMS y ULAC). En España este término se ha impuesto como globalizador de las condiciones de ceguera total y deficiencia visual, en sus distintos grados de pérdida de la visión.

**Enseñanza en orientación y movilidad:** enseñanza que reciben las personas ciegas o deficientes visuales ciegos o deficientes visuales para que puedan desplazarse sin problemas en interiores o exteriores. Dicha enseñanza incluye: adiestramiento de los sistemas perceptivos, desarrollo de conceptos, desarrollo de la motricidad y habilidades de orientación y de movilidad formal.

**Esquema corporal:** conocimiento de las partes del propio cuerpo, de la función de cada una de ellas y de la relación del cuerpo con el espacio, o imagen mental que cada persona tiene de su propio cuerpo y de las relaciones del cuerpo con el espacio.

**Familiarización:** proceso de aprendizaje de la ubicación, disposición y relación entre los objetos y lugares de una determinada zona.

**Edad:** en los países desarrollados, más del 50% de las personas con graves problemas visuales tienen más de 65 años, lo que demuestra que la propia edad es un elemento de riesgo de disminución visual. Entre los cambios que los años introducen en las distintas partes internas y externas del ojo pueden citarse:

- a) Pérdida de tono y elasticidad de los párpados que produce ptosis (con la con-siguiente reducción del área del campo visual), entropión y ectropión.
- b) Inflammaciones crónicas de la conjuntiva que conducen a la aparición de placas inocuas degenerativas en el blanco del ojo.
- c) Problemas en la córnea (como el arco senil y la opacidad corneal), o el cristalino (presbiopia, cataratas, visión de colores, miopía)

**Error de refracción:** defecto del ojo que impide que los rayos luminosos vayan a un único foco, exactamente en la retina.

**Estrabismo:** derivación de un *ojo* de su dirección normal.

**Glaucoma:** afección caracterizada por un defectuoso flujo de salida del humor acuoso, debido a resistencia en los canales de drenaje; la atrofia progresiva del nervio óptico es debida a un aumento de la presión intraocular, siendo una de las principales causas de deficiencia visual y ceguera en los individuos adultos. Sus síntomas son: escasa agudeza, disminución a la sensibilidad al contraste, aumento de la sensibilidad al deslumbramiento tras uso de colirios mióticos. Es una enfermedad de carácter hereditario que se puede heredar como rasgo autosómico recesivo con diferentes grados de penetrancia. Según su etiopatología el glaucoma puede ser primario, secundario, o congénito.

**Humor acuoso:** líquido transparente de consistencia acuosa que llena las cámaras anterior y posterior del ojo.

**Movilidad:** término profusamente definido en el contexto de la rehabilitación de las personas ciegas y deficientes visuales. Entre las distintas definiciones del término encontradas en la bibliografía sobre la materia figuran: capacidad, disposición y facilidad para desplazarse de un lugar a otro; facultad de moverse dentro del propio entorno; conjunto de técnicas que se emplean para enseñar a una persona ciega a caminar en solitario, ya sea valiéndose de bastón o perro guía; habilidad para desplazarse desde la posición fija que se tiene en un momento, a una deseada, en otra parte del entorno; capacidad de la persona discapacitada para desplazarse con autonomía en su entorno, sirviéndose en caso necesario de una ayuda.

**Miopía:** visión defectuosa a distancias grandes. Error en la refracción que consiste en que los rayos de luz que provienen de un objeto lejano enfocan delante de la retina. El ojo no puede compensar esta condición y sólo ve claramente los objetos que se encuentran cerca.

**Miopía degenerativa:** afección ocular que conduce a la progresiva disminución de la agudeza visual de lejos y que, posiblemente, se trasmite como rasgo autosómico recesivo se caracteriza por un error refractivo asociado con: aumento de la longitud anteroposterior del globo ocular y debilitamiento de la esclerótica en el polo posterior, lesión macular pigmentada, degeneración disciforme de miopía, y atrofia peripapilar.

**Oncocercosis:** invasión de la totalidad del revestimiento cutáneo y posteriormente de los ojos por parte de una microfilaria (gusano de tamaño muy pequeño), denominada *onchocerca volvulus*, transmitida por la picadura de la mosca negra (*simulium*) que, en el transcurso de unos cuantos años, produce ceguera. Actualmente es controlable mediante el uso del ivermectín.

## **Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)**

Organización española autogestionada por los propios ciegos, a la que pertenecen como afiliados (miembros) la mayoría de los grandes discapacitados visuales españoles registrados como tales a efectos de la ley. Según las últimas estadísticas, las principales patologías causantes de discapacidad visual entre los afiliados son, por este orden: miopía magna, atrofia óptica, retinopatía diabética, distrofia retiniana pigmentaria, desprendimiento de retina, catarata congénita, degeneración macular senil, opacidad corneal, catarata senil, glaucoma, trastornos degenerativos del globo ocular, otras distrofias retinianas, ceguera cortical, glaucoma congénito, nistagmus, trastornos de quiasma, coriorretinosis, microftalmia, neuritis óptica, fibroplasia retro-cristalina.

**Retinosis pigmentaria:** degeneración primaria del neuroepitelio retiniano por un trastorno enzimático del metabolismo de los fotorreceptores (inicialmente en los bastones). Destaca la hemeralopía escotoma anular y oftalmoscópicamente imagen tapizada por epitelio pigmentado que ha emigrado hacia zonas más internas el e.r.g. Aparece extinguido siendo el componente escotópico el que primero se afecta (**sin:** retinitis pigmentada).

**Orientación:** proceso por el cual la persona discapacitada visual utiliza los restantes sentidos para establecer su posición y su relación con respecto a los elementos del medio.

**Orientación y movilidad (OYM):** conjunto de técnicas que permiten el desplazamiento autónomo de las personas ciegas. Se trata de un concepto muy importante en este contexto, que tiene ya un corpus de conocimientos científicos amplios y una metodología de actuación práctica bien desarrollada.

**Persona con Baja Visión:** sujeto que tiene dificultad para realizar tareas visuales, incluso con lentes de corrección prescritas, pero que puede mejorar su habilidad para realizar tales tareas con ayuda de estrategias visuales compensatorias, dispositivos de baja visión y de otra índole, así como con modificaciones ambientales.

**Persona ciega:** sujeto que carece totalmente de visión o que sólo percibe luz sin proyección (**sin:** persona invidente, ciego, invidente, no vidente, carente de vista, no vidente).

**Percepción de obstáculos:** capacidad para percibir la situación de un objeto por medio del sonido, o percepción de ondas sonoras reflejadas por objetos o superficies próximos.

**Persona Sordociega:** sujeto en el que concurren la deficiencia visual y auditiva, no necesariamente totales, que dificultan en grado sumo sus

posibilidades de comunicación y de desenvolvimiento independientes en la sociedad. Requiere procesos educativos de rehabilitación especiales.

**Referencia:** cualquier objeto, sonido, olor, temperatura o clave táctil que resulten familiares, con una posición exacta y conocida en el medio, que se reconoce fácil e indudablemente.

**Rehabilitación:** proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona deficiente alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

**Rehabilitación basada en la comunidad:** concepto que implica el aprovechamiento de los medios y recursos existentes en la comunidad para los fines especiales de la rehabilitación de las personas ciegas y deficientes visuales.

**Sordoceguera:** condición de la persona sordociega

**Técnica de protección personal alta:** técnica de protección personal que consiste en colocar el brazo extendido a la altura del hombro y flexionado por el codo de modo que el antebrazo quede doblado en el frente con un ángulo un poco superior a 90°.

**Técnica de protección personal baja:** técnica de protección personal empleada exclusivamente para no colisionar con obstáculos que quedan a la altura de la cintura o para encontrar superficies o referencias.

**Técnico de rehabilitación básica:** Denominación que en la organización nacional de ciegos españoles recibe el profesional de la rehabilitación básica orientada a las personas ciegas y deficientes visuales. Sus funciones incluyen: diseño, planificación y aplicación de programas de rehabilitación de habilidades básicas (adiestramiento sensorial, orientación, movilidad, y actividades de la vida diaria), e instrucción sobre aspectos corporales, espaciales, temporales y ambientales. En este sentido, sus competencias son muy amplias y abarcan las tareas que en otros países realizan los especialistas en orientación y movilidad y los profesores de rehabilitación.

**Trabajo en equipo multidisciplinario:** método de trabajo en que dos o más profesionales, para profesionales y/o auxiliares o voluntarios trabajan juntos. Mancomunando sus conocimientos, aptitudes y observaciones se concentran en identificar las necesidades del sujeto y los medios de ayudarlo a satisfacerlas.

**Transporte público:** cualquier forma de transporte accesible a los ciudadanos diferente de los medios de locomoción de uso privado.

**Usuario:** persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o servicio, o que sigue algún curso de entrenamiento en algún centro de rehabilitación (**sin:** cliente, rehabilitando).

**Visión residual:** visión útil remanente como consecuencia de una pérdida de visión, fruto de un defecto congénito, herida, enfermedad, trauma, enfermedad sistémica o patología.

**Vendaje de ojos:** procedimiento seguido en los programas de formación de especialistas en OYM para conseguir que éstos aprecien las dificultades que conlleva el desplazamiento sin visión así como la aplicación de las técnicas de OYM formales.

**Visión:** facultad sensorial de percibir y reconocer formas, tamaños y colores de objetos luminosos o iluminados, lo cual implica percepción de figura y forma, cromática y luminosa.

## ANEXO B



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
PRACTICAS PRE PROFESIONALES

### TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS ADULTOS (M Y F)

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** A continuación hay sesenta frases incompletas. Lea cada una y complétela con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan aprisa como le sea posible. En caso de que no pueda completar una, encierre el número correspondiente en un círculo y termínela después.

- 1.- Siento que mi padre raras veces \_\_\_\_\_
- 2.- Cuando tengo mala suerte \_\_\_\_\_
- 3.- Siempre anhelé \_\_\_\_\_
- 4.- Si yo estuviera a cargo \_\_\_\_\_
- 5.- El futuro me parece \_\_\_\_\_
- 6.- Las personas que están sobre mí \_\_\_\_\_
- 7.- Sé que es tonto pero tengo miedo de \_\_\_\_\_
- 8.- Creo que es un verdadero amigo \_\_\_\_\_
- 9.- Cuando era niño (a) \_\_\_\_\_
- 10.- Mi idea de mujer (hombre) perfecta (o) \_\_\_\_\_
- 11.- Cuando veo una hombre y a una mujer juntos \_\_\_\_\_
- 12.- Comparada con las demás familias, la mía \_\_\_\_\_
- 13.- En las labores me llevo mejor con \_\_\_\_\_
- 14.- Mi madre \_\_\_\_\_
- 15.- Haría cualquier cosa por olvidar la vez que \_\_\_\_\_
- 16.- Si mi padre tan sólo \_\_\_\_\_
- 17.- Siento que tengo la habilidad para \_\_\_\_\_
- 18.- Sería perfectamente feliz si \_\_\_\_\_
- 19.- Si la gente trabaja para mí \_\_\_\_\_
- 20.- Yo espero \_\_\_\_\_
- 21.- En la escuela, mis maestros \_\_\_\_\_
- 22.- La mayoría de mis amistades no saben que tengo miedo de \_\_\_\_\_
- 23.- No me gusta la gente con \_\_\_\_\_
- 24.- Antes \_\_\_\_\_
- 25.- Pienso que la mayoría de las muchachas (os) \_\_\_\_\_

- 26.- Yo creo que la vida matrimonial \_\_\_\_\_
- 27.- Mi familia me trata como \_\_\_\_\_
- 28.- Aquellos con los que trabajo \_\_\_\_\_
- 29.- Mi madre y yo \_\_\_\_\_
- 30.- Mi más grande error fue \_\_\_\_\_
- 31.- Desearía que mi padre \_\_\_\_\_
- 32.- Mi mayor debilidad es \_\_\_\_\_
- 33.- Mi ambición secreta en la vida \_\_\_\_\_
- 34.- La gente que trabaja para mí \_\_\_\_\_
- 35.- Algún día yo \_\_\_\_\_
- 36.- Cuando veo el jefe venir \_\_\_\_\_
- 37.- Quisiera perder el miedo de \_\_\_\_\_
- 38.- La gente que más me agrada \_\_\_\_\_
- 39.- Si fuera joven otra vez \_\_\_\_\_
- 40.- Creo que la mayoría de las mujeres (hombre) \_\_\_\_\_
- 41.- Si tuviera relaciones sexuales \_\_\_\_\_
- 42.- la mayoría de las familias que conozco \_\_\_\_\_
- 43.- Me gusta trabajar con la gente que \_\_\_\_\_
- 44.- Creo que la mayoría de las madres \_\_\_\_\_
- 45.- Cuando era más joven me sentía culpable de \_\_\_\_\_
- 46.- Siento que mi padre es \_\_\_\_\_
- 47.- Cuando la suerte se vuelve en contra mía \_\_\_\_\_
- 48.- Cuando doy órdenes, yo \_\_\_\_\_
- 49.- Lo que más deseo en la vida \_\_\_\_\_
- 50.- Dentro de algún tiempo \_\_\_\_\_
- 51.- La gente a quien yo considero mis superiores \_\_\_\_\_
- 52.- Mis temores en ocasiones me obligan a \_\_\_\_\_
- 53.- Cuando no estoy, mis amigos \_\_\_\_\_
- 54.- Mi más vivido recuerdo de la infancia \_\_\_\_\_
- 55.- Lo que menos me gusta de las mujeres (hombres) \_\_\_\_\_
- 56.- Mi vida sexual \_\_\_\_\_
- 57.- Cuando era niño (a), mi familia \_\_\_\_\_
- 58.- La gente que trabaja conmigo, generalmente \_\_\_\_\_
- 59.- Me agrada mi madre pero \_\_\_\_\_
- 60.- La peor cosa que he hecho \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
PRACTICAS PRE PROFESIONALES**

**REGISTRO DE ENTREVISTA**

Guayaquil, \_\_\_\_\_/del \_\_\_\_\_ N°. Sesión: \_\_\_\_\_

Usuario:

\_\_\_\_\_

Representante:

\_\_\_\_\_

**OBJETIVO DE LA SESIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DESARROLLO DE LA SESIÓN**

<b>NARRATIVAS</b>	<b>COMUNICACIÓN EXTRAVERBAL</b>

**RESUMEN DE LA SESIÓN**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**HIPÓTESIS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ACUERDOS CON EL/LA/LAS/LOS USUARIOS/AS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**TRABAJAR SIGUIENTE SESIÓN**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
PRACTICAS PRE PROFESIONALES**

**MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

**ORIENTACIÓN**

• Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año.....

• Dígame el hospital (o lugar).....

Planta.....ciudad.....Provincia.....Nación.....

**FIJACIÓN**

• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)

**CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO**

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando?

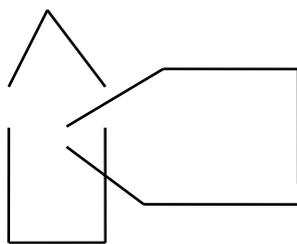
• Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás

## MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

## LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?  
¿Qué son el rojo y el verde?
- ¿Que son un perro y un gato?
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS
- Escriba una frase
- Copie este dibujo\_\_\_\_



*Puntuación máxima 35.*

*Punto de corte Adulto no geriátricos 24*

**Adulto geriátrico 20**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
PRACTICAS PRE PROFESIONALES**

**TEST DE LOS 10 DESEOS**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_ **TIEMPO** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Exprese los 10 deseos más importantes de su vida.

1. Yo deseo
2. Yo deseo
3. Yo deseo
4. Yo deseo
5. Yo deseo
6. Yo deseo
7. Yo deseo
8. Yo deseo
9. Yo deseo
10. Yo deseo



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
PRACTICAS PRE PROFESIONALES

AUTOBIOGRAFÍA

Mi nombre es Victor. Nací el 26 / julio 11. 981.  
Mi mamá es Ángela Molina. Mi papá lo mataron, yo tenía 6 años, eso me dijo mi mamá. Dijo que el saludó a un señor con un "hola cuñado" y eso fue todo, como el era mujeriego, según mi mamá. Lo mataron a machetazos. Tengo 2 hermanos.  
Fui a la escuela a los 6 años, no era el mejor pero era bueno, terminé a los 13 años, repetí un año. Mi mamá ahora dice que yo dejé de estudiar, pero yo recuerdo que ella dijo ya no puedes estudiar porque no hay plata.  
Desde pequeño viví con padrastro, mi mamá tuvo en total 6 hijos. Empecé a consumir base, pasta base cuando tenía 13 a 14 años. Yo siempre he trabajado y eso hace que uno conozca gente. Empecé trabajando en el Mercado vendiendo aballos, también solo pelaba aballos, me pagaban 500 sucres. No era mucho, pero ayuda con la comida eramos muchos, a veces había falta la comida. Yo he trabajado de todo, hago de todo: comerciante, albanil, ebouesta, vendedor de libros, también hubo un tiempo que me embarqué, fui pescador pero me quedé con la pica, no pesque un pez entero.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
PRACTICAS PRE PROFESIONALES

COMPOSICIÓN: EL SENTIDO DE MI VIDA

<sup>reflexión</sup>  
Bueno, entendí que la vida continúa, que al  
evolucionar le puede pasar. <sup>identificación grupo</sup> Niños, jóvenes  
ya sean hombres, mujeres, viejos, en fin.

Seguimos <sup>capacidad</sup> respirando, hasta que el señor <sup>esencia Dios</sup>  
decida. Sé que otras personas me <sup>Sociedad/</sup>  
necesitan. La familia y los nuevos <sup>señor a</sup>  
amigos que he hecho aquí. <sup>otros</sup> <sup>↳ Esencia "Cuerpo"</sup>  
<sup>Emoc"</sup>

Sé que puedo hacer muchas cosas que antes  
no podía hacer. Por ejemplo: cuando yo <sup>Grupo</sup>  
vela no compartía tiempo con mis hijos.

Yo dedicaba mucho tiempo a mis "amigos"  
<sup>\* Planes futuros +</sup>  
Quiero ver a mis hijos graduados, escuela  
los. Sobrellos realizados, profesionales.

Mi prezja: Que me acompañe hasta el fin.  
<sup>↓</sup> Sra. M<sup>a</sup>. Luisa <sup>↓</sup> Solo no se <sup>↓</sup> muerde  
peribe.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
PRACTICAS PRE PROFESIONALES

Quien soy?

LO QUE PIENSO DE MI:  
Lo que quiero estar siempre es estar siempre alegre. Quiero tener amigos, amistades. Me disgusta con facilidad.

constantemente me duele: Neoplasias

MIS RASGOS FÍSICOS:  
Mito mito 175 cm.  
Cintura gruesa  
piel clara  
Puntos gruesos  
Achromato

LO QUE DETESTO:  
la hipocresía  
disonestida  
Apariencia  
Atraves  
Egoísmo  
Falsedad  
Incomprensión.

LO QUE AMO:  
Sin olvidar  
Respeto  
Alagos  
Reconocimiento  
Bondad  
Sencillez  
Paz  
Sinceridad  
Paciencia  
comprensión

MIS 3 MAYORES CALIDADES SON:  
1.- Buen amigo +  
2.- Me gusta ayudar a los demás +  
3.- Colaborador +

MIS NECESIDADES SON:  
Amor  
Sinceridad  
comprensión

LO QUE VALORO DE MI:  
- Sencillez  
- Honestidad  
- Ayudar a los demás

LO QUE ME SOBRA, LO QUE ODO DE MI:  
• Temperamento  
• la impaciencia  
• la Incomprensión

MIS TEMORES:  
• Dejar algo incompleto  
• Soledad  
• Enfermedad que te lleve a la muerte.

MIS 3 MAYORES DEFECTOS SON:  
• No me gusta poder  
• Mal gusto  
• Piedad (quiere decir que me acuerdo a los demás)

MI EXPERIENCIA MAS IMPORTANTE ES:  
Valorar a los demás  
o EE. UU.

MI ASPIRACION MAS GRANDE ES:  
• Siempre tener mas amigos  
• Solucionar

MI MENOS CONOCIDO (o Apodo):  
Eddie.

COMO VEO LA REALIDAD DE MI PAIS:  
Un desastre porque hay pocas cosas, todos mienten.  
Todo esta más caro.

MI GUSTO ES:  
Música pop  
Comedia



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
 FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
 PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES

**FICHA DE OBSERVACION INSTITUCIONAL**

**Nombre de la institución:** Centro de Apoyo para Personas con Discapacidad Visual  
 “Cuatro de Enero”

**Directora:** Psic. Geoconda Soledispa Reyes.

**Dirección:** Machala y Bolivia

**Teléfono:** : 2361279

<b>Tipo de centro</b>		<b>Ubicación</b>		<b>Sector</b>	
Particular	<input type="checkbox"/>	Urbana	<input checked="" type="checkbox"/>	Norte	<input type="checkbox"/>
Fiscal	<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>	Noreste	<input type="checkbox"/>
Fisco misional	<input type="checkbox"/>			Noroeste	<input type="checkbox"/>
Municipal	<input checked="" type="checkbox"/>			Centro	<input type="checkbox"/>
Religiosa	<input type="checkbox"/>			Sureste	<input type="checkbox"/>
Unidocente	<input type="checkbox"/>			Suroeste	<input type="checkbox"/>
Pluridocente	<input type="checkbox"/>			Sur	<input type="checkbox"/>

<b>Jornada</b>		<b>Género</b>		<b>Número de</b>	
Matutina	<input checked="" type="checkbox"/>	Profesores	<input checked="" type="checkbox"/>	Estudiantes	<input type="text" value="32"/>
Vespertina	<input type="checkbox"/>	Profesoras	<input checked="" type="checkbox"/>	Profesores	<input type="text" value="5"/>
Nocturna	<input type="checkbox"/>	Alumnos	<input checked="" type="checkbox"/>	Profesoras	<input type="text" value="24"/>
		Alumnas	<input checked="" type="checkbox"/>	Administrativo	<input type="text" value="5"/>

<b>ADMINISTRACIÓN</b>		<b>PRE-ESCOLAR</b>		<b>LABORATORIO</b>	
Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	Sala de Estimulación	<input checked="" type="checkbox"/>	Idioma	<input type="checkbox"/>
Secretaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Temprana	<input type="checkbox"/>	Ciencias Naturales	<input type="checkbox"/>
		Juegos	<input type="checkbox"/>		

Dpto. Médico	<input type="checkbox"/>	Rincones	<input checked="" type="checkbox"/>	Computación	<input checked="" type="checkbox"/>
Dpto. Psicológico	<input checked="" type="checkbox"/>	Recreación	<input type="checkbox"/>	Audiovisuales	<input type="checkbox"/>
Biblioteca	<input checked="" type="checkbox"/>				
Dpto. Dental	<input type="checkbox"/>				
Sala de Profesores	<input type="checkbox"/>				
Consejería	<input type="checkbox"/>				

#### TIPO DE CONSTRUCCIÓN

De Madera	<input type="checkbox"/>
De Caña	<input type="checkbox"/>
De Cemento	<input checked="" type="checkbox"/>
Mixta	<input type="checkbox"/>
De 1 Planta	<input type="checkbox"/>
De 2 plantas	<input checked="" type="checkbox"/>

#### BATERÍA SANITARIA

Baño de Niños	<input checked="" type="checkbox"/>	Limpios	<input checked="" type="checkbox"/>
Baño de Niñas	<input checked="" type="checkbox"/>	Sucios	<input type="checkbox"/>
Baño Maestros	<input type="checkbox"/>	Suficiente Agua	<input checked="" type="checkbox"/>
Buen Estado	<input type="checkbox"/>		

#### SALONES DE CLASE

Grandes	<input type="checkbox"/>	Pizarra Acrílica	<input type="checkbox"/>	Reloj	<input checked="" type="checkbox"/>
Pequeños	<input checked="" type="checkbox"/>	Pizarra Tradicional	<input type="checkbox"/>		
Cantidad	<input type="checkbox"/>	Anaqueles	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ventilados	<input checked="" type="checkbox"/>	Repisas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cartelera	<input checked="" type="checkbox"/>	Tacho de Basura	<input checked="" type="checkbox"/>		

### ILUMINACIÓN

Escasa	<input type="checkbox"/>	Artificial	<input type="checkbox"/>
Suficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	Luz Blanca	<input checked="" type="checkbox"/>
No Existe	<input type="checkbox"/>	Luz Amarilla	<input type="checkbox"/>
Luz Natural	<input checked="" type="checkbox"/>		

### BANCAS

Individuales	<input checked="" type="checkbox"/>	Mal Estado	<input type="checkbox"/>
Dobles	<input type="checkbox"/>	Suficientes	<input checked="" type="checkbox"/>
De Madera	<input checked="" type="checkbox"/>	Insuficientes	<input type="checkbox"/>
De Metal	<input checked="" type="checkbox"/>	Cómodas	<input checked="" type="checkbox"/>
Buen Estado	<input checked="" type="checkbox"/>	Incomodas	<input type="checkbox"/>

### PATIO

Grande	<input type="checkbox"/>	Juegos Recreativos	<input type="checkbox"/>	Cubierto	<input type="checkbox"/>
Pequeño	<input checked="" type="checkbox"/>	Canchas	<input type="checkbox"/>	Cubierta Parcial	<input type="checkbox"/>
Pavimentado	<input checked="" type="checkbox"/>	Bar	<input checked="" type="checkbox"/>	Aire Libre	<input checked="" type="checkbox"/>
De Tierra	<input checked="" type="checkbox"/>	Arboles	<input checked="" type="checkbox"/>	Limpio	<input checked="" type="checkbox"/>

### DURANTE EL RECREO LOS PROFESORES ESTÁN EN:

Dirección	<input type="checkbox"/>
Bar	<input type="checkbox"/>
Aulas	<input type="checkbox"/>
Patio	<input checked="" type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>

**Observador:** Nelly Segunda Burgos Valle