



REVISTA INTERNACIONAL DE
**HUMANIDADES
MÉDICAS**

VOLUMEN 6
NÚMERO 1
2017

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

VOLUMEN 6, NÚMERO 1, 2017



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

<http://lascienciashumanas.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2017 en Madrid, España

por Global Knowledge Academics

www.gkacademics.com

ISSN: 2254-5859

© 2017 (revistas individuales), el autor (es)

© 2017 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <soporte@gkacademics.com>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Consejo editorial

Renato D. Alarcón, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Rosario De Arce Cordón, Univesidad Autónoma Madrid, España

Ángel Asúnsolo del Barco, Universidad de Alcalá, España

Emilio Balaguer, UMH, España

Victoria Camps, Universidad Autónoma Barcelona, España

Josefa Cantero, Asociación Juristas de la Salud, España

Josep M. Comelles, Universidad Rovira i Virgili, España

Fernando Lolas, Universidad de Chile, Chile

José Morgado Pereira, Universidad de Coimbra, Portugal

Andrés Pandiella, Universidad Autónoma Madrid, España

Ana Leonor Pereira, Universidad de Coimbra, Portugal

Héctor Pérez-Rincón, UNAM, México

Wilza Vieira Villela, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Índice

Enfermedades músculo-esqueléticas por agentes ergonómicos en trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social, México	1
<i>Sergio Adalberto Franco Chavez, Mario Salazar Páramo, Maria Olivia Peña Ortiz, María de los Angeles Aguilera Velasco</i>	
Incidencia de morbi-mortalidad materna con alteración hipertensiva en el embarazo: hospital provincial general docente Riobamba	7
<i>Byron Geovanny Hidalgo Cajo, Wilson Lizardo Nina Mayancela, Diego Patricio Hidalgo Cajo, Angel Gualberto Mayacela Alulema, Luis Gerardo Satan Gunza, Ivan Mesias Hidalgo Cajo</i>	
Psicopatología e Identidad: Extrañamiento y estigma de personas diagnosticadas con trastornos mentales.....	13
<i>Laura Huerta Muñoz</i>	
Práctica de balonmano adaptado en un grupo mixto en silla de ruedas: desde la mirada del modelo de bienestar psicológico de Ryff	23
<i>Katherine Aristizabal Gómez, María Elena Díaz Rico</i>	



Table of Contents

Musculoskeletal Diseases caused by Ergonomic Agents on Workers Affiliated to the Mexican Institute of Social Security, Mexico	1
<i>Sergio Adalberto Franco Chavez, Mario Salazar Páramo, Maria Olivia Peña Ortiz, María de los Angeles Aguilera Velasco</i>	
Incidence of Maternal Morbidity and Mortality with Hypertensive Alteration in Pregnancy: General Provincial Teaching Hospital Riobamba	7
<i>Byron Geovanny Hidalgo Cajo, Wilson Lizardo Nina Mayancela, Diego Patricio Hidalgo Cajo, Angel Gualberto Mayacela Alulema, Luis Gerardo Satan Gunza, Ivan Mesias Hidalgo Cajo</i>	
Psychopathology and Identity: Stigma in People Diagnosed with Mental Disorders.....	13
<i>Laura Huerta Muñoz</i>	
Practice of Handball Adapted in a Mixed Group in Wheelchair: from the Look of the Psychological well-being Model of Ryff	23
<i>Katherine Aristizabal Gómez, María Elena Díaz Rico</i>	





ENFERMEDADES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS POR AGENTES ERGONÓMICOS EN TRABAJADORES AFILIADOS AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MÉXICO

SERGIO ADALBERTO FRANCO CHÁVEZ ¹, MARIO SALAZAR PARAMO ¹, MARÍA OLIVIA PEÑA ORTIZ ¹,
MARÍA DE LOS ÁNGELES AGUILERA VELASCO ¹

¹ Universidad de Guadalajara, México

PALABRAS CLAVE

*Enfermedades
Músculo-esqueléticas
Agentes ergonómicos*

RESUMEN

Las enfermedades músculo-esqueléticas (MSD) representan problemas importantes de salud. Objetivo: identificar la prevalencia de desórdenes músculo esquelético en trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, durante el período 2012-2014. La investigación fue cuantitativa, retrospectiva y comparativa. Resultados: según datos estadísticos del IMSS, la distribución de MSD's reportada fue: tenosinovitis radial de De Quervain, la afectación más frecuente con 58 casos; seguido del síndrome de túnel carpiano, 46 eventos; entesopatías, 39 casos y con menor frecuencia, lesiones del hombro, 25 eventos y epicondilitis 11 casos. Conclusión: Tener especialistas de salud ocupacional, para disminuir el riesgo de padecer (MSD's).

KEY WORDS

*Musculoskeletal
Diseases
Ergonomic agents*

ABSTRACT

Musculo-skeletal diseases (MSDs) present serious health issues. Objective: identify the prevalence of musculo-skeletal disorders among workers registered in the Mexican Institute of Social Security (IMSS), México during the 2012-2014 period. This was a quantitative, retrospective and comparative research. Results: According to statistical data from the IMSS, MSDs distribution was as follows: De Quervain's radial tenosynovitis, the most frequent illness, 58 cases, followed by carpal tunnel syndrome with 46 cases; enthesopathies 39 cases and less frequently, shoulder lesions 25 cases and epicondylitis 11 cases. Conclusion: Having occupational health specialists is a must to reduce the risk of MSDs.

Introducción

Según datos de la Organización Internacional del Trabajo OIT los trastornos músculo-esqueléticos (TME o MSD) son uno de los problemas más importantes de salud en el trabajo, tanto en los países desarrollados industrialmente como en los que están en vías de desarrollo (OIT, 2001), lo que implica costos elevados e impacto en la calidad de vida (Muñoz, 2010). Existe una gran variedad de lesiones y enfermedades ocupacionales asociadas a factores de riesgo producidos por las condiciones y circunstancias en las cuales se desarrolla el trabajo (Márquez, 2010).

Se define como trastorno músculo-esquelético (TME) al conjunto de lesiones asociada a sobreesfuerzos o fatiga tendinosa que afectan a: huesos, músculos, tendones y nervios que representan la principal causa de enfermedad profesional en la población laboral mundial. En general, las mujeres refieren más síntomas que los hombres cualquiera que sea la región del cuerpo que se estudie. Una de las explicaciones puede ser que la percepción del dolor difiere entre hombres y mujeres. Pareciera que la percepción de dolor por presión es más desarrollada en la mujer que en el hombre, lo mismo pasa con la percepción de calor o frío, sin embargo, queda aún mucho por investigar en este campo (Pons Alonso, 2009).

Los TME relacionadas con el trabajo son cada vez más frecuentes. Son lesiones que afectan a ligamentos o discos intervertebrales, además de músculos, tendones y huesos. La mayoría de los TME no se producen por accidentes o agresiones únicas o aisladas, sino como resultado de traumatismos pequeños y repetidos, como:

- Incrementos en el ritmo de trabajo.
- Concentración de fuerzas en las manos, muñecas y hombros.
- Posturas forzadas y mantenidas causantes de esfuerzos estáticos en diversos músculos.

Estos factores son los causantes de numerosos problemas en brazos, cuello y hombros. El manejo de cargas pesadas y en condiciones inadecuadas es por otro lado, uno de los principales causantes de lesiones de espalda. Las posturas, fuerzas o cargas inadecuadas pueden deberse tanto a las condiciones del puesto de trabajo y las características de la tarea (ritmo, organización, etcétera), como a las condiciones de salud personal, los hábitos de trabajo u otros factores personales.

De acuerdo a las bases de datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), entre los años 2012 a 2014, se detectaron las enfermedades del trabajo señaladas en la tabla 1.

Tabla 1: Enfermedades de trabajo. Trastornos músculo esqueléticos en estadísticas del IMSS (2012-2014).

Entesopatías.	Columna vertebral: cuerpos y discos. Por traumas acumulados.
Síndrome del túnel carpiano.	Muñeca.
Lesiones de hombro.	Luxaciones y esguinces.
Tenosinovitis de Estiloides Radial de (Quervain).	Compresión del nervio radial.
Epicondilitis.	Cara externa del codo.
Artrosis.	Patología reumática el cartílago articular.

Fuente: Elaboración propia.

Los TME asociadas a problemas ergonómicos tienen una gravedad añadida con respecto a otros problemas del puesto de trabajo: las molestias y problemas no se presentan inmediatamente, sino que tardan un tiempo. Estas lesiones son generalmente de aparición lenta y de carácter inofensivo en apariencia, por lo que se suele ignorar el síntoma hasta que se hace crónico y aparece el daño permanente.

En una primera etapa se manifiesta dolor y cansancio durante las horas de trabajo, desapareciendo fuera de éste; no se reduce el rendimiento en el trabajo, puede durar semanas e incluso meses, y es una etapa reversible. En fases posteriores, los síntomas aparecen al empezar el trabajo y continúan por la noche, alterando el sueño y disminuyendo la capacidad de trabajo repetitivo; llega a aparecer dolor incluso con movimientos no repetitivos y se hace difícil realizar tareas, incluso las más triviales. Si los problemas se detectan en la primera etapa, pueden solucionarse generalmente mediante medidas ergonómicas; en etapas más avanzadas, se hace necesaria la atención médica.

Material y método

La siguiente investigación es cuantitativa y se caracteriza por ser retrospectiva y comparativa. La exploración incluye a todos los trabajadores que se encuentran en el régimen de seguridad social, de los que fueron catalogados como enfermedad de trabajo según la naturaleza de la lesión, con afectación músculo-esquelético.

Criterios de inclusión:

Todos los trabajadores bajo seguro de riesgo de trabajo que sufrieron una enfermedad de trabajo, músculo esquelético debido a trauma crónico.

Criterios de exclusión:

Todos los trabajadores que sufrieron enfermedad de trabajo que no se localizó en el sistema músculo esquelético por trauma acumulado.

Variables:

Número de empresas, trabajadores bajo seguro de riesgo de trabajo, riesgos de trabajo, accidentes de trabajo, accidentes de trayecto, enfermedades de trabajo y defunciones.

Operacionalización de las variables:

La información mínima necesaria para el análisis en una investigación proviene de la

operacionalización de variables, ya que los instrumentos de relación de recolección de los datos se construyen a partir de las dimensiones e indicadores de la variable. Las variables tomadas en cuenta en el análisis estadístico en este estudio están señaladas en la tabla 2.

Tabla 2. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición operativa	Dimensión	Indicador
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Biológica	Femenino Masculino
Riesgo de Trabajo	Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.	Laboral, daño, tiempo y lugar.	Accidentes y enfermedades de trabajo
Enfermedad de trabajo	Es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.	Laboral, daño, tiempo y lugar.	Enfermedad de trabajo
Muerte	Extinción de la vida.	Laboral, daño, tiempo y lugar.	Muerte
Patología	Lesión descrita en la que justifica la expedición de incapacidad para el trabajo.	Área anatómica corporal.	Trauma acumulado

Fuente: Elaboración propia.

La concentración e interpretación de la información se realizó, utilizando los programas; de Micro-soft Word para Mac Versión 15.18 y Microsoft Excel para Mac Versión 15.19.1.

Resultados

En el Estado de Jalisco México, durante los años 2012 al 2014 se tuvo un registro promedio de 76,932 empresas, con 1,372, 942 trabajadores bajo seguro de riesgo de trabajo, donde se registraron 59,653 riesgos de trabajo, con 45,846 accidentes de trabajo, 13,447 accidentes de trayecto, 360 enfermedades de trabajo y 107 defunciones.

Tabla 3. Empresas, trabajadores, riesgos de trabajo, 2012–2014 afiliados al IMSS, Jalisco, México.

Años	2012	2013	2014
Empresa	75,730	77,056	78,011
Trabajadores bajo seguro de riesgo de trabajo	1,316,186	1,365,537	1,437,105
Riesgos de trabajo	61,480	58,246	59,234
Accidentes de trabajo	47,762	44,340	45,437
Accidentes de trayecto	13,342	13,675	13,324
Enfermedades de trabajo	376	231	473
Defunciones	130	98	94

Fuente: Coordinación de Salud en el Trabajo (CST), ST5; División de Información en Salud.

Enfermedades de trabajo, según la afectación músculo-esquelético:

De acuerdo a los datos obtenidos de las estadísticas del IMSS para enfermedades de trabajo entre 2012 y 2014, según se informa en la tabla 3, la distribución de TME en los mismos años se encontró como sigue: Tenosinovitis radial de (Quervain) como la afectación más frecuente con 58 casos; seguido de síndrome del túnel carpiano 46 eventos; entesopatías en 39 casos y menor frecuencia de lesiones del hombro 25 eventos y epicondilitis 11 casos.

Discusión

En la investigación que realizó Ortega González, en trabajadores de un casino sugieren que el ámbito de trabajo es el óptimo para el desarrollo profesional de este colectivo y que su jornada laboral repercute de manera negativa sobre su descanso. Además indican que las piernas, la zona lumbar y la zona dorsal son las regiones predominantes con dolor, seguidas por el cuello y los miembros superiores (Ortega, 2015).

En nuestra investigación la exploración nos indicó que las partes afectadas del cuerpo son columna vertebral, codo, antebrazo, mano, hombro, dedo de la mano y codo.

En la industria del tabaco en la Habana 2008, en un estudio transversal, la afectación con TME, fue mayor en el sexo masculino (Margenat & Faulin, 2011). En nuestro estudio la afectación músculo-esquelética fue mayor en género femenino.

En trabajadores de una empresa de construcción civil, se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, existe una elevada prevalencia de síntomas musculoesqueléticos en los trabajadores de la empresa estudiada, lo que orienta hacia la necesidad de realizar la evaluación ergonómica de los puestos de trabajo y desarrollar estrategias de reducción y prevención de riesgos a fin de minimizar el desarrollo de lesiones músculo-esqueléticas (Bellorín, Rincón & Amortigui, 2007). En nuestra investigación no se tipificó a las empresas ni se tomó en cuenta el giro empresarial.

Cojo y colaboradores, identificar la prevalencia de desórdenes músculo-esquelético DME, en funcionarios administrativos de una Alcaldía. Se evidenció que del total de la población de la Alcaldía que había cursado con incapacidad laboral, el 11% está diagnosticado con algún tipo de DME, entre los cuales prevaleció el lumbago y la radiculopatía (Cojo, Romero & Martínez, 2013). En nuestro reporte los TME más frecuentes fueron; entesopatías, epicondilitis, lesiones del hombro, síndrome del túnel carpiano y tenosinovitis de Estiloides Radial de Quervain.

Pueyo Burrel, enfocó la investigación hacia las enfermedades profesionales causadas por riesgos físicos, recogiendo a lo largo de los ocho últimos años la evolución y cuantificación de los diferentes agentes y subagentes que existen, TME y enfermedades profesionales en la construcción (Pueyo, 2015).

Naranjo y Silva, realizaron una investigación en lo referente a los DME que se pueden describir como una de las causas más frecuentes de patologías de origen laboral. El estudio de corte transversal, para evaluar la presencia de síntomas musculoesqueléticos. Los síntomas musculoesqueléticos presentaron una frecuencia muy alta en los trabajadores de la institución prestadora de servicios (IPS), pero su relación con el ausentismo laboral no dio resultados estadísticamente significativos; tampoco la relación entre síntomas y la realización de actividad física. Los resultados no fueron similares a la literatura dado la alta prevalencia (95.1% vs 43%) en este estudio comparado con otros estudios similares (Naranjo & Silva, 2014).

Conclusiones

Es importante diseñar programas de educación para el empresario y trabajadores, en los principios ergonómicos, así como sensibilizar a los empleadores sobre la importancia de llevar a cabo acciones dirigidas a prevenir y reducir el riesgo de enfermedades músculo-esqueléticas por agentes ergonómicos y de esta manera garantizar trabajadores sanos y productivos. Tener especialistas de salud ocupacional, puede ayudar a disminuir el riesgo de padecer TME, en los trabajadores de las diversas empresas, ya que estos

especialistas podrán capacitar sobre las malas posturas que pueden desencadenar enfermedades musculoesqueléticas y el trabajador a su vez, puede hacer extensivo este conocimiento a sus familiares y con ello promover la prevención de dichas enfermedades.

Recomendaciones

La ergonomía trata de adaptar las máquinas, los productos, las tareas, las herramientas, los espacios y el entorno en general a la capacidad y a las necesidades de los trabajadores para prevenir los riesgos de trabajo. En cuanto a los problemas ergonómicos y los TME, los trabajadores realizan movimientos al agacharse, levantarse, mover los brazos, los pies o levantar objetos pesados sin que tengan una capacitación, lo que puede ocasionar una enfermedad de trabajo, al corto, mediano o largo plazo.

Se recomienda que a todos los trabajadores de instituciones o empresa (en sus diferentes ramas económicas o giros empresariales), se les dé una capacitación constante y que éstos utilicen su equipo de protección personal, así como también que las máquinas herramientas cumplan con las protecciones necesarias.

Se recomienda un estudio de tiempos, movimientos y posturas a los puestos de trabajo de cada tipo de empresa. Sin embargo no es suficiente contar con un buen puesto de trabajo sino también se debe capacitar sobre la importancia de mantener una adecuada postura, ya que también por las malas posturas que adoptan los trabajadores, éstos resultan afectados.

Referencias

- Bellorín M, Sirit Y, Rincón C, Amortigui M. 2007. *Síntomas Músculos Esqueléticos en trabajadores de una empresa de construcción civil*. Salud de los Trabajadores 2007; 15(2): 89-98.
- Cojo-Camacho C, Romero-Vargas L, Martínez-León J. 2013. *Prevalencia de desórdenes músculo esqueléticos en funcionarios administrativos de la Alcaldía de Chía, en el período 2009-2011*. Trabajo final de grado. Bogotá: Universidad de la Sabana. Instituto de Biomecánica de Valencia (13B). Documentos de formación. Disponible en: <http://ergodep.ibv.org/documentos-de-introduccion/504-las-lesiones-musculo-esqueleticas.html>.
- Luaces-Margenat M, Sarduy-Faulin M. 2008. *Trastornos músculo esqueléticos en trabajadores de una empresa de tabaco*. La Habana. Revista Cubana de Tecnología de la Salud 2011; 2(3): jul-sept.
- Márquez M. Ergonomía. 2009. *Fundamentos de ergonomía industrial. Guía práctica*. San Cristóbal. Fondo Editorial UNET, Feunet.
- Muñoz C. Vigilancia. 2010. *Epidemiológica de los Desórdenes Músculo-Esqueléticos (TME) Relacionados con el Trabajo: ¿Una Oportunidad para la Investigación Epidemiológica?* Ciencia & Trabajo. Abr-Jun, 12(36): 324-331.
- Naranjo-Restrepo D, Silva-Castaño I. 2014. *Relación entre el ausentismo laboral y los síntomas músculo-esqueléticos en trabajadores de la salud de una institución prestadora de servicios de salud sexual y reproductiva*. MEDICINA (Bogotá) 2014; 36(1): 45-55.
- Organización Internacional del Trabajo. 2001. *Sistema músculo-esquelético*. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Tercera ed.
- Pons, Alonso José A. 2009. Trastorno músculo-esquelético. Recuperado de 08 de junio de 2016: <http://www.monografias.com/trabajos91/trastorno-musculo-esqueletico/trastorno-musculo-esqueletico.shtml#ixzz4D822XcJW>
- Pueyo, Burrel A. 2015. *Trastornos musculo-esqueléticos y enfermedades profesionales en la construcción*. Trabajo final de grado. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya.
- Simón, Ortega M. 2015. *Alteraciones músculo-esqueléticas relacionadas con la profesión del croupier de casino*. Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Ciencias de la Salud.



INCIDENCIA DE MORBI-MORTALIDAD MATERNA CON ALTERACIONES HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO

Hospital Provincial General Docente Riobamba

BYRON GEOVANNY HIDALGO CAJO^{1y2}, WILSON LIZARDO NINA MAYANCELA¹,
DIEGO PATRICIO HIDALGO CAJO¹, ÁNGEL GUALBERTO MAYACELA ALULEMA¹, LUIS GERARDO SATAN GUNZA¹,
IVÁN MESÍAS HIDALGO CAJO²

¹ Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

² Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador

PALABRAS CLAVE

*Preeclampsia
Trastornos hipertensivos
embarazo
Eclampsia
Síndrome de HELLP*

RESUMEN

La investigación identifica la incidencia de la morbi-mortalidad materna con trastornos hipertensivos en el embarazo. Se realizó un estudio Retrospectivo, descriptivo, correlacional y transversal con una muestra de 205 embarazadas. El 94,6% presentaron preeclampsia y 4,8% desencadenaron con eclampsia; con relación a la edad el 76% constan entre 18 y 34 años, 51,7% presentaron complicaciones antes, durante y después del parto, 45% con síndrome de HELLP, 9% retención de restos placentarios y hemorragia postparto y 3% llegaron a la muerte materna. Se concluye que una buena atención primaria de salud disminuirá la incidencia de alteraciones hipertensivas en el embarazo.

KEY WORDS

*Preeclampsia
Pregnancy Hypertensive
Disorders
Eclampsia
HELLP syndrome*

ABSTRACT

Research identifies the incidence of maternal mortality morbi with hypertensive disorders in pregnancy. A retrospective, descriptive, correlational and cross-sectional study with a sample of 205 pregnant was performed. 94.6% had pre-eclampsia and eclampsia 4.8% triggered with; with respect to age comprise 76% between 18 and 34 years, 51.7% had complications before, during and after childbirth, 45% with HELLP syndrome, 9% retention of placental remains and postpartum hemorrhage and reached 3% maternal death. We conclude that a good primary health care will decrease the incidence of hypertensive disorders in pregnancy.

Introducción

La preeclampsia es un problema médico de gran importancia debido a su alta morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial. Su etiología se desconoce, no obstante se sugiere que posee una base genética e inmunológica que resulta en un trastorno multisistémico caracterizado por hipertensión, bien sea sistólica, diastólica o ambas.

La preeclampsia leve se define como presión arterial mayor o igual a 140 mmHg y diastólica mayor o igual a 90 mmHg, mas proteinuria menor a 5 gr en 24h. la preeclampsia severa se define como presión sistólica mayor o igual a 160 mmHg y diastólica igual o mayor a 110 mmHg, mas proteinuria mayor o igual a 5 gr en 24 horas, o con daño de órganos diana y alteraciones en los exámenes de laboratorio. Al momento actual, no se dispone de una prueba de detección o una intervención preventiva que sea universal, reproducible y costo-efectiva. El manejo se fundamenta en el diagnóstico y tratamiento oportuno, la prevención de las convulsiones y la interrupción del embarazo. La Preeclampsia es una de las entidades más frecuentes que complica al embarazo, variando su incidencia entre 2% y 25% en diferentes partes del mundo, siendo causa contribuyente para numerosas complicaciones graves durante el embarazo, entre ellas el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, mortalidad fetal, parto pretérmino; en la madre ocasiona consecuencias muy graves, tales como la insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, coagulación intravascular diseminada y shock, entre otros. Los riesgos asociados a las convulsiones son la hipoxia severa por las recurrencias, el trauma materno y la neumonía por aspiración. Durante o inmediatamente después del episodio convulsivo deben instalarse medidas de apoyo para evitar lesiones maternas graves y aspiración: proteger la lengua, minimizar el riesgo de aspiración, mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno.

En América Latina la morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado.

Numerosos trabajos científicos hablan de factores epidemiológicos que predisponen a padecer la enfermedad durante el embarazo, tales como las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia-eclampsia, obesidad y mujeres delgadas por debajo de su peso normal para la talla.

En el Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR) existen escasa información estadísticas de esta patología:

Como la enfermedad hipertensiva del embarazo aún no se puede evitar, el objetivo de este trabajo es identificar la tasa de incidencia de morbimortalidad materna con alteraciones hipertensivas en el embarazo.

Metodología

Tipo De Estudio

Este trabajo es un estudio Retrospectivo, descriptivo, correlacional y transversal porque describe los casos encontrados de Preeclampsia y la morbi-mortalidad materna producida por esta patología.

Área De Estudio

Comprende el área de Ginecología perteneciente al HPGDR en el periodo Enero – Diciembre 2014

Universo

El universo del estudio fue seleccionado a través de datos estadísticos de mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia existente en el HPGDR.

Muestra

La muestra fue de 205 casos de mujeres con preeclampsia, considerando los criterios de exclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes que cuenten con diagnóstico de preeclampsia.
Pacientes quien acude a la consulta externa de embarazo de alto riesgo.
Pacientes que acepten participar en el estudio.
Pacientes con y sin antecedentes de preeclampsia.

Criterios de exclusión

Pacientes que no acepten participar en el estudio.
Pacientes con trastorno psiquiátrico.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de los datos de investigación se elaboró un formulario donde se recogió toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados; utilizando como fuente al departamento de Estadística del HPGDR, se elaboró el listado de las historias clínicas de las embarazadas con diagnóstico de Preeclampsia, en el período establecido.

Variables

Identificación

Incidencia mortalidad

- Preeclampsia leve.
- Preeclampsia severa.
- Eclampsia.
- Síndrome de HELLP.

Operacionalización de las variables

Variables	Escala	Indicador
Incidencia mortalidad	Preeclampsia leve	Número de muerte en mujeres con preeclampsia leve.
	Preeclampsia severa	Número de muerte en mujeres con Preeclampsia severa
	Eclampsia	Número de muerte en mujeres con eclampsia
	Síndrome de HELLP	Número de muerte en mujeres con Síndrome de HELLP.

Resultados

Tabla 1: Edad De La Madre Con Trastorno Hipertensivo Enero - Diciembre 2014

Edad	Número de casos	Porcentaje
<18	23	11,2
18 -34	156	76,1
35 ->35	26	12,7
Total	205	100,0

Fuente: Historias Clínicas – Servicio de Ginecología del HPGDR, 2015.

Gráfico 1: Edad De La Madre Con Trastorno Hipertensivo Enero - Diciembre 2014



Fuente: Historias Clínicas – servicio de ginecología del HPGDR, 2015.

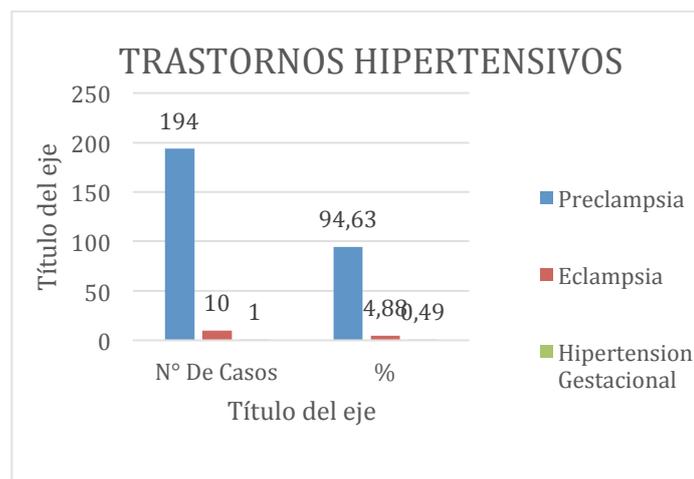
En el HPGDR se encontraron 205 madres que presentaron algún trastorno hipertensivo del embarazo, de los cuales 23 casos son menores de 18 años, con un porcentaje de 11 %; 156 casos de 18 a 34 años con un porcentaje 76 %, 26 casos son mayores a 35 años con un porcentaje de 13%. Lo que indica que existe mayor incidencia en mujeres entre 18 a 34 años; que presentan trastornos hipertensivos.

Tabla 2: Tipo De Trastorno Hipertensivo Enero-Diciembre 2014

Tipo de trastorno	Nº de casos	Porcentaje
Preeclampsia:	194	94.63%
Eclampsia	10	4.88%
Hipertensión gestacional	1	0.49%
Total	205	100%

Fuente: Historias Clínicas – servicio de ginecología del HPGDR, 2015

Gráfico 2: Tipo De Trastorno Hipertensivo Enero-Diciembre 2014



Fuente: Historias Clínicas – servicio de ginecología del HPGDR, 2015.

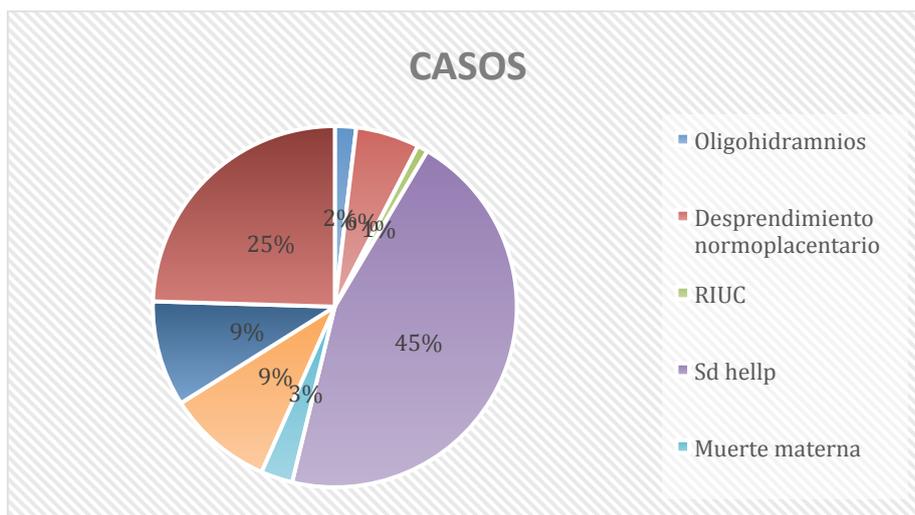
En el HPGDR se encontraron 205 casos totales de madres con trastornos hipertensivos del embarazo de los cuales 194 pertenecen a preeclampsia, el cual representa un porcentaje de 94.63%, 10 casos de pacientes con Eclampsia que representa un porcentaje de 4.88% e Hipertensión gestacional 1 caso el cual representa el 0.49% . Lo que indica que de los trastornos hipertensivos del embarazo destaca con una elevada incidencia la preeclampsia.

Tabla 3: Complicaciones en la pre-eclampsia del HPGDR Periodo enero 2014- enero 2016

Complicaciones	Casos	Porcentaje
Sd help	48	45
Retención de restos placentarios	10	9
Oligohidramnios	2	2
Desprendimiento normo placentario	6	6
RIUC	1	1
Muerte materna	3	3
Hemorragia	10	9
Otros	26	25
	106	100

Fuente: Historias Clínicas – servicio de ginecología del HPGDR, 2015

Gráfico 3: Complicaciones en la pre-eclampsia del HPGDR Periodo Enero Diciembre 2014



Fuente: Historias Clínicas – servicio de ginecología del HPGDR, 2015.

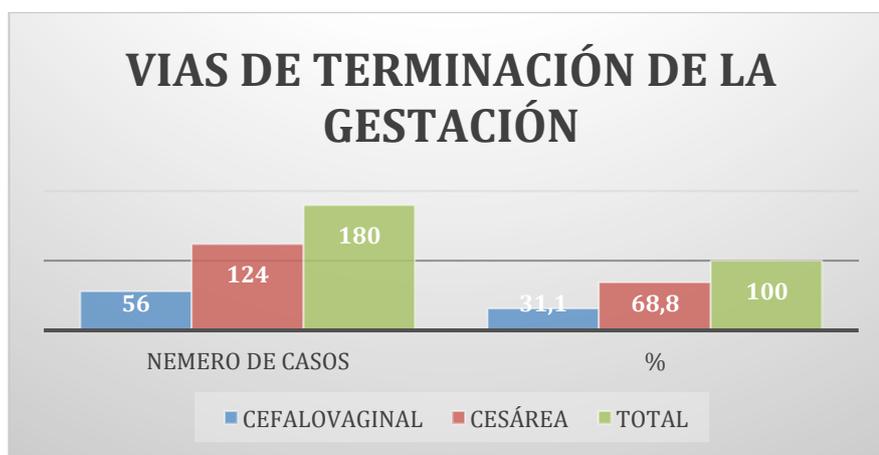
De los datos analizados por complicaciones presentadas en la pre-eclampsia del HPGDR Periodo enero diciembre 2014, solo en un 3% han presentado muerte materna y dentro de los casos más frecuentes es decir 48 de un total de 106 (45 %) es por Síndrome de Hellp, todas las otras complicaciones como son retención de restos placentarios, Oligohidramnios, Desprendimiento normo placentario, RIUC, Hemorragia entre otros se presenta en un porcentaje menor al 10%.

Tabla 4: Vía De Terminación De La Gestación En Pacientes Con Trastornos Hipertensivos Del HPGDR Durante El Periodo Enero Diciembre 2014.

Vía de terminación de la gestación		
Procedimiento	N° casos	%
Cefalovaginal	56	31.1%
Cesárea	124	68,8%
Total	180	100%

Fuente: Historias Clínicas – servicio de ginecología del HPGDR, 2015

Gráfico 4: Vía De Terminación De La Gestación En Pacientes Con Trastornos Hipertensivos Del HPGDR Durante El Periodo Enero Diciembre 2014.



Fuente: Historias Clínicas – Servicio de Ginecología del HPGDR, 2015.

En el HPGDR se encontraron 180 casos de nacimientos en pacientes que presentaron algún Trastorno Hipertensivo en el embarazo, de los cuales 56 de ellos fueron partos normales y 124 nacieron por cesáreas. Esto indica que durante el periodo enero-diciembre 2014 del 100 % de los

casos de embarazo con trastornos hipertensivos, el 68.8 % se tuvo que realizar cesárea para evitar complicaciones para el neonato y la madre y solo el 31,1 % se dio por parto normal, siendo lo óptimo y fisiológico para el neonato y la madre. Por lo tanto la mayoría de los trastornos hipertensivos obligan a

tomar conductas quirúrgicas para salvaguardar la vida e integridad del binomio materno-neonatal.

Discusión

En el presente estudio investigativo se demuestra la incidencia de Preeclampsia en mujeres menores de 18 años con 23 casos, de un universo de 205 pacientes preeclámpicas de todas las edades. La incidencia de esta patología en este grupo de pacientes jóvenes que se atendieron en el HPGDR es del 11 % de casos en comparación con las de mayor edad con un 13%, lo cual contradice la literatura que manifiesta que la Preeclampsia se desarrolla con más frecuencia en pacientes menores de 18 años. Sin embargo el estudio demuestra que pacientes embarazadas que se encuentran en edades extremas como ser menores de 18 años y mayores de 35 años constituye uno de los principales factores predisponentes para desarrollar Preeclampsia, tal es el caso de las pacientes entre 18 y 34 años con el mayor índice en un 76 % de los casos estudiados.

Según este estudio realizado se determinó que los embarazos preeclámpicas coinciden con otros estudios donde la incidencia en estos grupos de edades se debe; a que las pacientes no acuden a los servicios de salud para recibir orientación adecuada acerca de los diferentes métodos de planificación familiar, antecedentes de preeclampsia, presencia de factores de riesgos y la falta de controles prenatales

Con respecto a las principales complicaciones que presentaron las pacientes preeclámpicas, el estudio reportó que el 51.7% de total de embarazadas preeclámpicas presentaron diferentes complicaciones; de las cuales el 45% presentó Síndrome de HELLP, 4,8 % tenían eclampsia, 9% hemorragia postparto y se apreció en un 3% de mortalidad materna por esta patología.

Lo que no coincide con los datos estadísticos de un estudio retrospectivo realizado en preeclámpicas en el HPGDR en el año 2010; en el cual en 77% del total de embarazada

preeclámpicas no presentaron ninguna complicación antes, durante y después del parto. Además en la literatura reporta que tan solo el 4- 9 % de las pacientes deben presentar como principal complicación Síndrome de HELLP. Pero en la actualidad se ha disminuido la mortalidad materna por causa de preeclampsia y sus complicaciones; siendo esta complicación de gran preocupación en todos los países del mundo.

Conclusiones

- En el HPGDR se presentaron 205 casos de pacientes con alteraciones hipertensivas en el embarazo en el periodo de enero - diciembre 2014, de los cuales la mayor incidencia corresponde al 76,1% presente en mujeres entre los 18 a 34 años mientras que el 12,7% fueron pacientes mayores 35 años.
- Según el tipo de síndrome hipertensivo la preeclampsia presenta 94,6% correspondiendo al mayor porcentaje, seguido de la eclampsia 4,8% y 0,4% la hipertensión gestacional.
- En lo referente a la terminación del embarazo en pacientes que desarrollaron preeclampsia, el 68,8% corresponde al parto por cesárea y 31,2 % al parto cefalovaginal expuesto en azul y las pacientes con eclampsia el 100% fue parto por cesárea.
- Las principales complicaciones que se presentaron en la preeclampsia presentes fueron síndrome de HELLP en 45%, retención de restos placentarios y hemorragia post parto en 9%, 6% por desprendimiento normo placentario y 6% mientras que en la eclampsia se manifestaron na de las complicaciones fatales fue en 3% muerte materna.

Referencias

- [University of Virginia Health System]. «La Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE)» (en español). El Embarazo de Alto Riesgo. Consultado el 20 de diciembre de 2007.
- Matthew Warden; B. E. (7 de mayo de 2005). «Preeclampsia (Toxemia of Pregnancy)» (en inglés). eMedicine - Obstetrics/gynecology. Consultado el 20 de diciembre de 2007.
- Hjartardottir, S., Leifsson, B.G., Geirsson, R.T., Steinhorsdottir, V. (2004). Paternity change and the recurrence risk in familial hypertensive disorder in pregnancy. *Hypertens Pregnancy*, 23(2), pp. 219-25.
- Zhang J. (2007). Partner change, birth interval and risk of pre-eclampsia: a paradoxical triangle. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 21(1), pp. 31-5.
- Pacheco Romero, J. (2003). Disfunción endotelial en la preeclampsia. *An. Fac. med.* [online], 64(1), pp.n43-54.
- Burne, J. (2006-01-30). Give Sperm a Fighting Chance. *The Times*.
- Moffett, A., Hiby, S.E. (2007). How does the maternal immune system contribute to the development of pre-eclampsia? *Placenta*, 28(A:S), pp. 51-6.



PSICOPATOLOGÍA E IDENTIDAD

Extrañamiento y estigma de personas diagnosticadas con trastornos mentales

Psychopathology and Identity: Stigma in people diagnosed with mental disorders

LAURA HUERTA MUÑOZ

Universidad Autónoma Metropolitana, México

KEY WORDS

*Psychopathology
Identity
Estrangement
Stigma
Construction of social
knowledge*

ABSTRACT

Science in electronic and printed media allows the dissemination of knowledge among the various sectors of society, making scientific knowledge a stock of social knowledge. This stock of social knowledge can act as a typification or "recipe" for everyday life, and in the case of psychiatric and psychological knowledge, diagnoses of "mental illness" (psychopathology) can serve as a prescription both for behavior and for the definition of identity. Exploring the relationship between knowledge about mental disorders and the construction of identities highlights processes of social estrangement, stigmatization and negative definition of identity.

PALABRAS CLAVE

*Psicopatología
Identidad
Extrañamiento
Estigma
Construcción del conocimiento*

RESUMEN

La divulgación de la ciencia en medios electrónicos e impresos permite que el conocimiento se difunda con mayor alcance entre los diversos sectores de la sociedad, haciendo del conocimiento científico un acervo del conocimiento social. Este acervo puede funcionar como tipificación o "receta" para la vida cotidiana, y en el caso del conocimiento psiquiátrico y psicológico, los diagnósticos de "enfermedades mentales" (psicopatología), puede servir como prescripción tanto para el comportamiento como para la definición de la propia identidad. Explorar la relación entre el conocimiento sobre los trastornos mentales y la construcción de las identidades pone de relieve procesos de extrañamiento social, estigmatización y definición negativa de la identidad.

Recibido: 01/06/2017

Aceptado: 25/06/2017

Introducción

Los trastornos mentales son estudiados por psiquiatras y psicólogos dedicados al campo de estudio de los comportamientos anormales, la psicopatología. El campo científico moderno de la psicopatología se ha desarrollado desde el siglo XIX; aunque hubo una amplia diversificación de tradiciones y modelos durante los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial que implica una pluralidad de enfoques y niveles de análisis, el estudio de esta disciplina supone la existencia de desviaciones que, en el comportamiento, la afectividad o el pensamiento, se vuelven problemáticas para la persona que los padece o para su grupo de pertenencia.

Tanto la psiquiatría como la psicopatología, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, recibieron críticas en torno a la estigmatización de las personas a partir del diagnóstico psiquiátrico o el internamiento, como el denominado movimiento “antipsiquiatría”, que cuestionó incluso la existencia de las “enfermedades mentales” y acusó al “poder psiquiátrico” de etiquetar a las personas en perjuicio de su identidad.

Si bien estas críticas favorecieron la revisión crítica de los conceptos sobre la psicopatología y la anormalidad, también llevaron a pensar que el estigma es resultado del diagnóstico o la etiqueta psiquiátrica, como si fuera un proceso inmediato en que la experiencia individual y social pasan de una idea respetable de la persona al estigma, de manera automática. Aunque el diagnóstico puede estar relacionado con la estigmatización de las personas, aquí se propone que esta transición se produce a través de mecanismos sociales, que median entre el diagnóstico clínico de un padecimiento psíquico (afectivo, conductual o del pensamiento) y el estigma de la identidad.

Elster (1998: 45) considera que los mecanismos sociales son los procesos que vinculan condiciones iniciales con resultados, como secuencia de pasos o patrones recurrentes cuyas consecuencias son indeterminadas o cuyas condiciones iniciales suelen ser desconocidas. El objetivo de este trabajo es mostrar que entre el diagnóstico y el estigma, median los mecanismos de extrañamiento y estigmatización, que a su vez se vinculan con el conocimiento social acerca de la psicopatología, y que son efectos no buscados de los conceptos construidos por la psicopatología científica y su divulgación.

La producción y divulgación de conocimiento científico en torno a los trastornos mentales

La “salud mental”, como constructo científico, en las sociedades occidentales contemporáneas ha adquirido cada vez mayor visibilidad en términos

de políticas sociales, especialmente a partir de la inserción de ésta como derecho humano, lo que ha llevado al planteamiento de políticas en materia de salud y a la promoción de la divulgación científica sobre este tema. Así, existe “el día mundial de la salud mental” impulsado por la Organización Mundial de la Salud; los gobiernos de distintos países, principalmente adscritos a las políticas de la Organización Mundial de la Salud y miembros de las Naciones Unidas, han desarrollado modelos de intervención clínica y sanitaria para la atención y cuidado de estos padecimientos.

No obstante, la definición de salud mental y por tanto de enfermedad mental, ha sido un proceso articulado con el desarrollo de las ciencias vinculadas al estudio científico moderno de la psicopatología, que especialmente a partir del siglo XIX ha perfilado una manera de entender los trastornos mentales, dando origen a una diversificación de modelos a partir de la Segunda Guerra Mundial que, con diferencias de tipo epistemológico y ontológico, coinciden en entender los padecimientos psíquicos como desviaciones de lo que se considera normal, por consenso moral y de sentido común en las sociedades occidentales.

Tanto disciplinas psicológicas como médicas (principalmente la psiquiatría) han aportado sistemas de inteligibilidad para la comprensión de las psicopatologías, modelos que si bien tienen un fundamento teórico-científico, no son ajenos a discursos valorativos presentes en su contexto de posibilidad de producción del conocimiento, y por tanto incluyen supuestos subyacentes de orden moral. Este es el caso de la psicopatología científica (ya sea que se le llame psicopatología general, clínica, descriptiva, experimental, psicología anormal o psiquiatría descriptiva), que se ocupa del estudio de las psicopatologías o trastornos mentales.

Los antecedentes históricos de la psicopatología científica pueden situarse desde la antigüedad, particularmente en el periodo grecolatino con el pensamiento hipocrático (Millon, 1981); aunque su historia como disciplina científica moderna suele situarse en el siglo XVIII, su desarrollo y consolidación, tal como se le conoce ahora, se llevó a cabo hasta el siglo XIX (Berrios, 2008; Millon, 1981). Debido a que el conocimiento acerca de los trastornos mentales comenzó a sistematizarse según los preceptos científicos decimonónicos, la psicopatología científica se vio influida por el pensamiento empirista de la época, de modo que los modelos que comenzaron a surgir para explicar la “anormalidad” tuvieron como objetivo buscar leyes generales que explicaran los comportamientos desviados y los pensamientos o sentimientos considerados, subjetivamente o socialmente, como anormales o incluso como aberrantes. De tal suerte que, hasta la fecha, el campo de la psicopatología busca explicar la desviación de la norma social a través de leyes universales.

La psicopatología científica es una disciplina que integra en su cuerpo de conocimiento conceptos provistos, principalmente, por la psicología, la psiquiatría y recientemente por las neurociencias. Parte de una ontología realista y una epistemología realista (Hernández, 2013) con garantías de conocimiento empiristas, considera que existe una realidad y que ésta es descrita por los conceptos aplicados en la evaluación de los individuos, es decir, se sostiene en la creencia implícita de que la aplicación de los métodos científicos (experimental, clínico y epidemiológico) basta para garantizar la objetividad del conocimiento; a este respecto, es plausible señalar que ello conlleva a un “desplazamiento de la vigilancia epistemológica” (Bourdieu, *et. al.*, 2003: 22), en tanto no hay un reconocimiento explícito de los “supuestos de trasfondo” (Girola, 2011) inherentes a su *corpus* conceptual.

Como señala Hernández (2013: 57) para el realismo epistemológico (o materialismo), hay una realidad de objetos, hechos y procesos plenamente independiente del sujeto cognoscente, y en tanto empirista, concibe que la observación sistemática, metódica, garantiza el conocimiento (objetivo) de esa realidad. En tanto producto humano, esta garantía de conocimiento no puede ser suficiente si se considera que todo conocimiento está mediado por la teoría y por referencias externas al “campo científico” (Bourdieu, 2003), es decir, el conocimiento científico, aunque autónomo, está influido por el contexto sociocultural en que se lleva a cabo la labor profesional (contexto de descubrimiento), y los valores que orientan la observación pueden implicar que se asuma como “garantía objetiva” (García, 2013: 54) un evento que es percibido y descrito a la luz de valores y criterios normativos sociales interiorizados por el observador.

Algunos autores (como Keeley, Morton y Blashfield, 2015; Millon, 1981; Jarne *et. al.*, 2006) reconocen que la psicopatología no es una disciplina inocente políticamente, antes bien señalan que existe una función sociopolítica en la constitución de su conocimiento y en su aplicación clínica; aunque, infortunadamente, no se ha hecho explícito cuáles son los valores y criterios normativos subyacentes a esta disciplina. Empero, al menos se reconoce que existen criterios morales subyacentes a las categorías diagnósticas, y que en el ejercicio clínico de diagnóstico el experto no sólo evalúa a la luz de las teorías en que se ha formado, sino también a partir de sus creencias y valores.

En respuesta a cómo es que se conoce el trastorno mental y la conducta anormal, puede decirse que se conoce mediante observaciones orientadas por la teoría y los valores, creencias y normas de la cultura de referencia del investigador, quién, a partir de estos elementos, realizará una codificación de sus observaciones a fin de definir las

y clasificarlas según un cuerpo de conceptos afín a su “matriz disciplinar”, entendiendo ésta como un conjunto de teorías, programas, y herramientas compartidas, modos de enfocar los problemas y programas de investigación (Berthelot, 2003; citado en García, 2013: 128).

En este sentido, los síntomas mentales son clasificados y descritos de acuerdo con una serie de directrices léxicas planteadas por el campo de la psicopatología descriptiva. En lo referente a los conceptos provistos por la psicopatología descriptiva –encargada de la descripción de los síntomas mentales y los signos mentales– debe observarse que esta disciplina se orienta a la construcción de “conceptos sistemáticos” (Bourdieu *et. al.*, 2003: 54) que implican la referencia permanente al sistema de sus interrelaciones; y están también referidos a las teorías, por lo que se encuentran relacionados con las teorías precedentes que sirven como “marco de referencia” (García, 2013: 81) tanto a los problemas que plantean como a su solución conceptual, en consecuencia estos marcos teóricos-referenciales enmarcan qué aspectos de la realidad han de observarse, como señalan Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2003: 54) es una cuestión relacional (del concepto con los problemas que busca responder).

Por ello, toda vez que se abordan fenómenos sociales relacionados con la afectividad, el comportamiento o prácticas en general, el empleo de conceptos provistos por la psicopatología científica implica practicar su función política, de la cual el “experto”, que ha interiorizado este conjunto de categorías como “leyes”, puede no estar consciente (debido al deslizamiento epistemológico). Esto conlleva a la normalización de los individuos de acuerdo con estas categorías, que paulatinamente se desvinculan del sistema científico del que forman parte al insertarse en el sistema cognitivo de la vida cotidiana.

Esta dimensión de las interrelaciones entre conceptos y teorías con el contexto cultural es fundamental, pues es precisamente en la relación del individuo con la sociedad que aparecen los criterios de “anormalidad” como forma de desviación del *establishment* (Becker, 2010). En este tenor, señala Goffman (1997) que hay una configuración cultural distintiva y compleja de formas correctas de comportamiento y, a la vez, existen muchas precauciones para aprisionar a las personas dentro de lo que son; la práctica clínica psicoterapéutica (en los modelos que recurren a la psicopatología científica) y el diagnóstico para insertarse a instituciones sociales (escolares, laborales, hospitalarias, penitenciarias) son mecanismos de control de la conducta individual, procedimientos cuyo fundamento y legitimación descansa en la cientificidad de las teorías de la anormalidad, provistas por la psicopatología científica.

Otro aspecto en torno a la construcción del conocimiento en el campo de la psicopatología es el referido a la “confianza epistémica”, esto es, la forma de autoridad –tanto moral como cognitiva– “asociada con el privilegio epistemológico del erudito” (Origgi, 2008; citado en Piron y Varin, 2015: 253), pues el prestigio de la disciplina y el renombre de algunos de sus representantes implican que pueden establecer la validez de sus resultados y modelos conceptuales no sólo por fundamentos empíricos (garantes del conocimiento científico desde esta perspectiva disciplinar), sino también por sus redes sociales de confianza y autoridad, de modo que no sólo hay una “visión metodologicista” (Bourdieu *et. al.*, 2003) y “cientificista” (Hacking, 2001) del conocimiento sino, también, prácticas de “políticas de persuasión” (Knorr-Cetina; citada en Bourdieu, 2003: 44). Así, la confianza epistémica que goza la disciplina amplía el impacto que sus categorías tienen en el acervo de conocimiento, al ser consideradas como verdades.

Las nuevas tecnologías de información han favorecido una más rápida difusión, a través de regiones cada vez más amplias, de distintos saberes, tanto expertos como comunitarios, de igual modo, los medios electrónicos e impresos tradicionales tienen impacto en la forma en que se difunde la información, especialmente en aquellos lugares en que el acceso a internet es más limitado. La divulgación del conocimiento de la psicopatología científica por parte de expertos, permite transmitir por estos medios el conjunto de categorías diagnósticas a la población general, audiencia que no cuenta con criterios de deconstrucción del discurso del experto. Mientras el divulgador ha incorporado la visión universalista de la psicopatología científica, transmite tales conceptos como realidades universales que afectan ciertas áreas de la vida cotidiana, y como además cuenta con valores culturales propios, resaltará con base en ellos lo que considere son los aspectos negativos del trastorno en cuestión.

Posteriormente, esta mismas “verdades” transmitidas por el experto, gracias al desarrollo de las tecnologías de información, puede incluso ser difundida por personas ajenas al campo de la salud mental, recurriendo a una “autoridad científica” para divulgar las categorías y clasificaciones psicopatológicas, poniéndolas al alcance de las personas sin filtros que permitan dilucidar sus alcances y limitaciones o siquiera los sistemas cognitivos de los que proceden las mismas.

Así, al hablar de trastornos mentales para una audiencia, la función política de la psicopatología científica se pone en marcha, no sólo mediante el uso de categorías que en el ámbito social servirán como etiquetas para nombrar a las personas diagnosticadas, sino también cuando el experto, con la autoridad social que le es conferida por su privilegio epistémico y presencia en los medios,

transmita la parte de información que, con base en sus valores y adscripciones teóricas, considere que es necesario resaltar. El experto proveerá, además de información acerca de los padecimientos mentales, un conjunto de valores e ideas que serán captadas y asimiladas por el público.

García (2013: 38-40) señala que para Kuhn¹ existen dos tipos de traducción, una que es la traducción en *sentido técnico* y otra corresponde a la traducción en *sentido cotidiano*. La traducción en el sentido técnico, alude a una forma de traducir una palabra a su equivalente en otra lengua, mientras la traducción en sentido cotidiano, refiere a la traducción de manera que posibilita la inteligibilidad de la palabra en cuestión; la distinción esencial entre ambos tipos, radica en que hacer algo inteligible no implica que se traduzca el significado del término, sino sólo que se llegue a una aproximación que lo haga comprensible.

Ahora bien, el lenguaje científico, por sí mismo, no es necesariamente traducible al lenguaje cotidiano en sentido técnico, antes bien, por sus características específicas, los constructos científicos se separan del lenguaje cotidiano, haciendo que las categorías y conceptos sean relacionales con respecto a las teorías a las que pertenecen, de modo que configuran sistemas de inteligibilidad cualitativamente diferentes de aquellos provistos por el lenguaje y sentido común, que son relacionales con respecto al contexto social general y a sus tipificaciones, no a los modelos teóricos. Así, uno de los requisitos de la divulgación científica es la traducción del lenguaje técnico al cotidiano, de modo que sea comprensible para las personas ajenas al campo de conocimiento que se difunde. La traducción, en sí misma, supone entonces una elección, en que el difusor traducirá aquello que le interesa destacar optando por un aspecto del significado en detrimento de otro, estableciendo además “relaciones de semejanza/diferencia” (García, 2013: 40) para hacerlo inteligible a los receptores o audiencia.

Empero, la traducción no se detiene en la divulgación del conocimiento científico por parte del experto “traductor”. La audiencia realiza un proceso de traducción también, acomodando la información a sus conocimientos previos y experiencias, a su contexto social, de acuerdo con sus propios recursos cognitivos. De esta manera, el conocimiento experto es traducido en dos ocasiones, provocando que el sentido estricto de sus categorías y conceptos se pierda, para acoplarse a los sistemas de inteligibilidad de la sociedad, una vez que permea en ella.

De este modo, la psicopatología científica, pasa al acervo social de conocimiento vía traducción en el sentido cotidiano, lo que favorece que el impacto y

¹ En lo referido a la inconmensurabilidad de las teorías científicas.

efecto social de sus constructos escape a los objetivos que impulsaron su desarrollo. Como señala Girola (2005), los conceptos científicos tienen efectos sociales no buscados; en el caso de la psicopatología científica, particularmente la descriptiva, uno de estos posibles efectos es la elaboración social de una diferenciación por relaciones de semejanza/diferencia entre los normales y los no normales, los desviados, así como el uso de las categorías como prescripción o receta para el comportamiento y la configuración de la identidad, a partir de la acomodación de estos conceptos con base en el acervo de conocimiento disponible en el propio contexto social, del cual pasa a formar parte.

Conocimiento social y acervos a mano

Schütz (1974), señaló que la palabra implica valores y emociones, por lo cual es posible afirmar que un concepto o categoría no aparece en el vacío, sino que funciona como estímulo y mensaje para alguien. En este tenor, el diagnóstico psicológico, como enunciado, despertará emociones de manera diferente para el experto que para el evaluado, distintas para los grupos sociales y para el endogrupo del diagnosticado; en función del marco de valores y representaciones que cada uno de ellos tenga con respecto a los trastornos mentales. Schütz planteó que en el ámbito social existe un acervo de conocimiento, como un “conocimiento a mano” (2003) transmitido de generación en generación, que provee una especie de certeza ontológica a partir de la cual las personas pueden adoptar una “actitud natural” en su vida cotidiana, dando por hecho los aspectos cotidianos de la vida social, considerando que “así son las cosas” y “todo el mundo lo sabe”.

Por su parte, Garfinkel (2006) desarrolló estas nociones y planteó que tal actitud natural es siempre una actitud moral, por lo cual implica criterios de deseabilidad y aceptabilidad, por cuanto involucra además el conocimiento previo de las reglas sociales. Consideraba también que el sentido se construye de manera presente, retrospectiva y prospectiva no sólo de forma simbólica, sino también objetiva, en el acto discursivo y corporal, las personas construyen el sentido y pueden dar cuenta de él; en su vida cotidiana las personas no sólo recurren a este acervo sino que lo acomodan, le confieren nuevo significado de ser necesario, dentro de un marco de reglas, mismas que se vinculan con el comportamiento individual y la propia identidad, al proveer “símbolos de prestigio” o de “desprestigio” (Goffman, 2006). Así, el diagnóstico y la información disponible acerca del trastorno mental, se acomodan también con base en esquemas morales, y producen un sentido

prospectivo para la gestión de los asuntos cotidianos y la definición de la identidad.

Este conocimiento a mano, no obstante su carácter simbólico, es también un conocimiento que se construye y afirma mediante los discursos que lo transmiten, mediante las estrategias elegidas para actuar a partir de esquemas y se objetiva también en las reglas sociales que aunque implícitas, modulan el tipo de estrategias y acciones, tanto corporales como lingüísticas, en forma de sanciones o “admoniciones” (Garfinkel, 2006), lo que le da un carácter objetivo en un sentido material, cuya materialidad se observa también en la corporalidad a través de estos dispositivos que regulan al cuerpo en cuanto a modales, técnicas, gestos y disciplinamiento (como lo plantea Foucault, 2014).

Así, los acervos sociales de conocimiento proveen expectativas acerca del comportamiento “adecuado y adaptado”, que al ser influidas por los discursos de la psicopatología científica, codifican las acciones personales según términos técnicos, que son traducidos al lenguaje común en sentido cotidiano, sesgando aspectos relevantes de esos términos haciendo que la traducción se realice de forma incompleta (cuando no equivocada) en el lenguaje común de la vida cotidiana. Empero, el valor asignado a estos términos técnicos, cuyo sesgo en la traducción es omitido² por las personas (pues tienen la certeza ontológica de que su acomodación del término es adecuada) es mayor que el atribuido al conocimiento a mano de la vida cotidiana, pues estas nociones obtienen un valor agregado debido a la posición privilegiada del conocimiento científico y a la autoridad simbólica –o privilegio epistémico– asignada a las “disciplinas psi” (psiquiatría y psicología), dejando pasar de forma inadvertida las trasfiguraciones que esta idea de normalidad y enfermedad atraviesa en la medida en que se difunde entre los “no expertos”.

De modo que la veracidad de la traducción (incompleta) se da por sentada, se le atribuye el carácter de autoridad y se utiliza como lente para evaluar (y controlar) todo comportamiento individual que, desde la perspectiva del endogrupo, sea considerada inmoral o inapropiada, de este modo, las categorías psicopatológicas se emplean como “etiqueta” para el comportamiento, como admonición.

Construcción de identidades en contexto

Por su parte, las identidades se configuran no sólo con base en las experiencias individuales o los intereses personales, antes bien, lo hacen en contextos de posibilidad sociales, y se vinculan con el acervo de conocimiento, pues involucran tanto la reproducción

² En tanto el valor de la traducción no es cuestionado por ellas.

cultural como el conocimiento de las reglas sociales, los valores de los grupos de pertenencia, estereotipos, etc. En las sociedades contemporáneas, las identidades se vinculan, además, con los procesos de individualización, pues la identidad no sólo funge como conjunto de roles y prescripciones, sino que dota además a los individuos de singularidad; a diferencia de las sociedades antiguas, en que la identidad dependía del grupo de pertenencia, en la actualidad cada vez más la identidad (y la idea del valor de la persona) depende de un conjunto de elecciones personales en torno a la trayectoria de vida.

El proceso de individualización en las sociedades contemporáneas (Beck, 2012) deposita en los individuos la responsabilidad por mantener la libertad, así como por su éxito y fracaso, con ello, se pone en marcha una auto vigilancia en que el individuo debe ocuparse por su adecuación a las normas y exigencias sociales, pero también para garantizar su autorrealización, según los criterios sociales del éxito y el fracaso. Para ello, el individuo debe elegir entre un conjunto de bienes de consumo y roles sociales, que garanticen cumple con los criterios de deseabilidad y aceptabilidad según su posición en la estructura social. Los trastornos mentales, son vistos así como problemas individuales, inherentes a la persona y directamente vinculados con su realización personal y por tanto con su prestigio.

Las personas, tanto diagnosticadas como no diagnosticadas, comparten el bagaje de su contexto social acerca del comportamiento deseable y aceptable, y esperable, así como comparten las nociones en torno a lo que se considera como símbolo de prestigio y símbolo de desprestigio (Goffman, 2006) de la identidad personal. Asimismo, comparten el "imaginario" (Girola, 2012) de lo que representa la normalidad y la salud (asociadas al éxito), y la anormalidad y la enfermedad.

En el conocimiento social y sus imaginarios – entendidos como contenidos conceptuales compartidos que posibilitan la interpretación del mundo (Girola, 2012: 455)– las nociones en torno a la identidad saludable y aceptable, y los modales o técnicas corporales asociadas a la salud mental, se vinculan con la conformación de las identidades como alternativas de elección de roles y como prescripciones para el comportamiento, así como límites para las acciones personales en la medida en que las "desviaciones" de la norma social sean consideradas como discapacidades por parte de los individuos o sus grupos de pertenencia. Ello implica que la inclusión de categorías psicopatológicas en el acervo y el imaginario social incide en la forma en que la persona diagnosticada interpreta y reconfigura su identidad así como en el modo que la interpretan las personas con quienes se relaciona.

En psicología se tendió a pesar que una vez que el *self* o la familia se constituyen esta configuración

permanece, "se trata de una concepción esencialista de las personas, las familias y su desarrollo, en la que las personas o el grupo evolucionan durante un tiempo hasta que son lo que son, y de ahí en adelante permanecen relativamente inmutables" (Fried, 1992: 254). En cambio, las perspectivas que han abogado por la noción de la posmodernidad consideran que las identidades son mucho más flexibles Maffesoli (1990); ahora, hay formas de ver las identidades como no estáticas, según un enfoque relacional, que involucra el contexto, se concibe que "tanto la familia como el *self* tienen límites y densidades variables, de cuya naturaleza nada dicen las respuestas genéricas" (Fried, 1992: 254).

La identidad es el resultado de la relación entre individuos, en un proceso de construcción que involucra tanto a la persona como a su contexto. Para Vayreda, Tirado y Domènech (2005: 162), la identidad implica siempre construcción, pero también constreñimiento, las cualidades emergen por contraste con la presencia y posibilidad de acción de otras entidades, por lo que las características del proceso de construcción de identidad o su despliegue implican o afectan a varios actores. Es decir, la identidad se construye individualmente pero requiere criterios de aceptación y validación por parte de otras personas en un contexto dado, así como sus cualidades se despliegan en la relación con otros en condiciones históricas, culturales e institucionales determinadas.

En este sentido, Goffman (2006) indica que la identidad se constituye a partir de las interrelaciones de la persona, pero es validada por las personas con quienes interactúa. Como señalaron Berger y Luckmann (1997) el conocimiento atraviesa procesos sociales de validación, de modo que tanto la identidad como el conocimiento no pueden ser sólo individualmente construidos, en tanto requieren la validación de los otros con quienes la persona se relaciona.

Las categorías diagnósticas irrumpen en la realidad psíquica de las personas, producen una ruptura en su certeza ontológica, el conocimiento disponible sobre un trastorno particular sirve como prescripción para la validación de su identidad, pero también para su gestión de asuntos cotidianos, diseño de estrategias, técnicas corporales y comportamiento en general. Por ello, autores como Watzlawick (2010: 84) refieren que el trastorno mental es una suerte de profecía que se cumple a sí misma. Pero reducir el proceso de estigmatización al cumplimiento de las prescripciones del diagnóstico, implicaría ignorar el contexto relacional del diagnosticado, tanto en lo referente a sus relaciones interpersonales como en lo referente al conocimiento social de sus grupos de pertenencia que, a su vez, orientan la manera en que los otros se vinculan con él.

Extrañamiento y Estigmatización

Para el endogrupo (como la familia, amistades, compañeros de trabajo) el conocimiento acerca de los padecimientos mentales atraviesa procesos de acomodación, que orientan su comportamiento hacia la persona diagnosticada, que se define como distinto del resto de los miembros del grupo en tanto padece un trastorno psíquico. La idea de un otro diferente del resto tiene un efecto disruptivo en la actitud natural del grupo, que supone la homogeneidad de las competencias de sus miembros para relacionarse entre sí y para compartir el sentido atribuido a las situaciones cotidianas. Como consecuencia de la ruptura de esta certeza, las personas no diagnosticadas buscan información, situacional o del acervo social, para conducirse en sus relaciones con el miembro ahora etiquetado como diferente o como no-normal.

Al buscar esta información, las personas la traducen e interpretan en función de esquemas previos de conocimiento y experiencia, de modo que le dotan de un nuevo sentido y con ello el grupo produce un imaginario en torno al trastorno, el comportamiento de la persona y la forma de relacionarse con ella. El grupo social al que pertenezca, adoptará hacia él una actitud basada en expectativas de trasfondo sobre cómo conducirse con “enfermos mentales”, basadas en el conocimiento a mano disponible y en la traducción del conocimiento científico divulgado en medios de comunicación. El supuesto subyacente a estas expectativas es una relación de diferencia, según la cual la persona con padecimientos mentales es incapaz de “percibir la realidad” como el resto de las personas, es vista como una discapacitada social, idea que genera crisis y dificultades para la “gestión de los asuntos cotidianos” (Garfinkel, 2006) del grupo tanto para el etiquetado como para las personas con quienes convive.

A partir de las desviaciones en el comportamiento, el diagnóstico y clasificación por parte de un experto, el “trastornado mental” se convierte en un extraño para los miembros del grupo, quienes como “no expertos” se conducirán frente a la persona “no normal” de acuerdo con las expectativas sociales vinculadas a la “locura”, que en el imaginario social, a partir del siglo XIX, generalmente la vinculan con peligro, pues como señala Foucault (2014), una de las características asociadas a la anormalidad es el peligro social que “los anormales” suponen para los “normales”.

Como señala Sabido (2009) “lo extraño” alude a una condición o experiencia, la experiencia de la extrañeza y las atribuciones de sentido a tales conocimientos tienen un referente socio-histórico en donde las realidades “extrañas” pueden presentarse como configuraciones que se encuentran más allá de la normalidad. En este

sentido, “la conversión de un Otro en extraño conjuga la experiencia subjetiva con ciertos mecanismos de construcción social” (2009: 29), según determinado “horizonte de familiaridad” que es el conjunto de marcos interpretativos que permiten inteligir el mundo.

Este horizonte de familiaridad comprende un orden moral referido a reglas, que genera las expectativas de trasfondo utilizadas como esquemas de interpretación, y que les permitirán aprobar o sancionar a las personas con quienes se establece relación, así como clasificarlas. La persona “extraña” lo es con base en su relación con las demás, quienes a partir del orden moral, exigen a la persona que actúe de acuerdo con actitudes esperadas, apariencias, rutinas y otras cosas que le son asignadas, cualquier desviación en la adscripción a estas expectativas, puede ser considerada como desviada (Garfinkel, 2006) y el diagnóstico mental en sí mismo constituye un signo de desviación. En la medida en que el comportamiento anormal y la identidad se establecen a partir de las relaciones interpersonales, la persona “extraña” lo es en tanto es definida como tal por las personas con quienes se relaciona.

El extrañamiento supone que el grupo identifica un “motivo de desigualación” (Sabido, 2009), en este caso, la desigualdad deriva el diagnóstico de trastorno psicológico, que coloca a la persona en una posición diferente debido a las expectativas culturales acerca de la anormalidad, así como al cambio en su posición en la estructura social, pasando de respetable a desacreditable y por ello a una posición de subordinación con respecto al grupo normal. A partir de esta “desigualación” la persona diagnosticada se convierte en “extraña” para el grupo, pues si bien mantiene la proximidad con el grupo en tanto ha formado parte de su trayectoria, ahora se halla más alejado por la diferencia que le separa del resto. La distinción entre los miembros del grupo y el individuo diagnosticado produce así una experiencia de extrañeza que modifica las condiciones de la cohesión grupal e inclusive puede incidir en la identidad del grupo.

Para Simmel (1927: 305) la “extranjería” tiene una connotación negativa, por lo que el extraño se encuentra próximo al grupo pero manteniendo cierta lejanía porque, por sus cualidades, le es negada la membresía al grupo. Para Schütz (1974) el extrañamiento puede surgir por un forastero, pero también cuando una persona ausente regresa al hogar, aunque haya compartido el pasado con el grupo, ha perdido significados compartidos por su ausencia; en este caso son los significados compartidos lo que hace la distinción para quien regresa, pues estos significados han cambiado y la persona ha perdido un lapso temporal. Para Schütz (2003), los significados configuran los supuestos necesarios para el pensamiento habitual, por lo que la posibilidad de que uno de los miembros no los comparta desata crisis entre los miembros del grupo.

En el caso de las personas con diagnóstico de trastorno mental, lo que se pone en duda al interior del endogrupo es su capacidad de compartir los esquemas culturales y en consecuencia su eficacia para ajustarse a las normas y prácticas grupales. El cuestionamiento acerca de la eficacia para compartir los esquemas de interpretación del grupo y desarrollar las actividades cotidianas, supone una disrupción para la actitud natural de los miembros del grupo, lo que producirá tensiones con respecto a su calidad como miembro.

La persona diagnosticada ha compartido el pasado y tiene la membresía en el grupo, lo que le confiere proximidad, pero el diagnóstico del trastorno le dota de una desigualdad con respecto a los demás, lo que produce extrañamiento y, por los imaginarios en torno a las enfermedades mentales, su extrañeza tiene una connotación negativa que le aleja del grupo, la persona puede ser percibida como “irracional”, “peligrosa” o simplemente como incompetente para gestionar los asuntos cotidianos de la vida social y grupal. La etiqueta de esta diferencia, concebida por el grupo como anormalidad, enfermedad o discapacidad, imposibilita la posición de proximidad, que se encuentra basada en la comprensión mutua.

Esta nueva etiqueta modifica la posición de la persona al interior del grupo pero, en tanto la identidad se define a partir de relaciones interpersonales, afecta también la forma en que la persona se define a sí misma y consecuentemente el tipo de roles y estrategias que adopta en el ámbito social más allá de los grupos a los que pertenece; la persona recurrirá a los roles disponibles según la etiqueta de “anormal”, adoptando estrategias sociales acordes con los estereotipos disponibles que funcionan como tipificaciones para su comportamiento. Así, lo que la persona debería ser queda ahora regulado por las expectativas, personales y grupales, de los límites a la actuación personal que se espera (como expectativa) el trastorno impone. Con estos nuevos límites para el comportamiento y las estrategias de acción, la persona se aleja del ideal de lo que “debería ser”, esto es, la “identidad social virtual”, con lo que la “identidad social real” confronta una tensión de consenso entre la persona etiquetada como diferente y el endogrupo.

Para Goffman (2006), la “identidad social virtual” es lo que la persona debería ser, mientras que lo que la persona es constituye su “identidad social real”, cuando existe una distancia grande entre ambas identidades, entonces se considera que la persona está “estigmatizada”. El estigma supone que el individuo acepta la etiqueta, pero también que incorpora el punto de vista de “los normales” con lo que adquiere las creencias relativas a su identidad desde el punto de vista del resto de la sociedad. De esta manera, el endogrupo y el exogrupo presentan al individuo estigmatizado una

identidad del yo, que resulta del consenso entre la persona y aquellos con quienes se relaciona, pues la identidad social real es validada en las relaciones interpersonales.

Elias (1998; citado en Sabido, 2009) indicó que el respetable puede convertirse en marginado, y tal es el caso de la persona etiquetada como anormal o desviada por ser diagnosticada con trastorno mental. La persona, ya sea desacreditable o desacreditada (Goffman, 2006) ahora se encuentra al margen del endogrupo como extraña, y su identidad se enfrenta a la tensión entre quien considera ser, quien las personas que le son cercanas validan que es, y los discursos sociales que prescriben expectativas para las personas con padecimientos mentales, basados en traducciones pobres del conocimiento construido por la psicopatología científica.

Así, el extrañamiento da paso a la estigmatización de la persona, lo que conlleva que el diagnosticado adopte la perspectiva de los demás acerca de la definición de su *Yo*, con una visión negativa de sí mismo y una identidad social deteriorada, en tanto es una identidad extraña, diferente, e inclusive ineficaz para gestionar los asuntos cotidianos. Garfinkel (2006) establece que toda sociedad controla cualquier transferencia que realice una persona de un estatus a otro, en tanto la “actitud natural” es moral, compartida por el grupo social basada en imaginarios sociales, la definición de la identidad personal posterior al diagnóstico de un trastorno psicológico estará normada por los grupos sociales a los que pertenezca la persona, de modo que los procesos de extrañamiento y estigmatización incidirán tanto en su etiquetamiento como en la validación de su identidad.

La persona diagnosticada y los miembros de su endogrupo, co-construyen el conocimiento en torno al trastorno mental, sobre la base de las experiencias cotidianas, el extrañamiento y estigmatización, y el supuesto de trasfondo moral que comparten las categorías de la psicopatología científica, que es el de la discapacidad social de las personas con padecimientos psicológicos o emocionales. De este modo, el diagnóstico como profecía que se cumple a sí misma resulta de la enajenación del endogrupo debida al extrañamiento, el estigma y las prescripciones sociales basadas en la traducción de los conceptos de la psicopatología científica divulgadas por expertos (y posteriormente por no expertos también) del campo de la psiquiatría y la psicología.

Discusión y Conclusiones

Si bien en este artículo se propone la exploración de los mecanismos de divulgación y extrañamiento como los procedimientos que vinculan la transición de la identidad respetable hacia el estigma social de personas diagnosticadas con trastornos mentales,

ello no implica que en todos los casos de diagnóstico se presente el estigma. El endogrupo puede servir como factor protector y de apoyo para la persona diagnosticada, o bien ésta puede ser resiliente y rechazar las etiquetas negativas de la identidad. Aunque en este artículo no se exploran estas alternativas, pues se centra en los casos en que el estigma se presenta, es necesario señalar que existen estas (y quizás otras) alternativas en la construcción de la identidad después de recibir un diagnóstico psicológico.

La posibilidad de transformación de la identidad tiene, en lo que a la salud mental se refiere, un lado positivo y uno negativo. En el lado positivo, la identidad puede ser guiada a una visión positiva de sí mismo, en el polo negativo, la patologización en etapas posteriores de la vida, en cualquier ámbito institucional o relacional, puede llevar a una imagen socialmente deteriorada y a una visión negativa de sí mismo, al estigma. Aunque esta visión negativa también puede transformarse, implica mayor desgaste y problemas de ajuste e integración social, por cuanto la definición del individuo como "anormal" se presenta no sólo en instituciones sociales mayores, sino en los propios grupos de pertenencia.

Los conceptos propuestos por la psicopatología científica permean no sólo a las ciencias sociales

sino también a la sociedad, por lo que pueden servir como fundamento para la estigmatización de las personas, al proveer etiquetas valoradas con autoridad epistémica, por lo que los fenómenos de estigmatización asociados al diagnóstico clínico mental son consecuencias indeterminadas, efectos no buscados, de los conceptos científicos relacionados con los síndromes mentales.

Si bien el estigma de las personas diagnosticadas con trastornos mentales puede ser un efecto no buscado de la construcción del conocimiento de la psicopatología científica, ello no exime la responsabilidad de las personas dedicadas a este campo de hacer explícitos los valores que funcionan como supuestos de trasfondo de las categorías diagnósticas, así como de la necesidad de enfatizar que los límites fácticos impuestos por este tipo de padecimientos depende también de valores sociales y mecanismos sociales de integración.

En la medida en que haya un mayor cuidado en la forma en que se transmite la información correspondiente a la psicopatología científica, con vigilancia epistemológica por parte de quienes construyen el conocimiento y quienes lo difunden, existirá mayor posibilidad de que el diagnóstico psicológico no resulte en el estigma y la visión negativa de la identidad.

Referencias

- Beck, U. (2012). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós, pp.37-97.
- Becker, H. (2010). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Argentina: Siglo XXI.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1997). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berrios (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica, pp.25-59.
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico*. España: Anagrama.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. y Passeron, J. (2003). *El oficio de sociólogo*. México: Siglo XXI.
- Elster, J. (1998). "A plea for mechanisms". En: P. Hedstrom y R. Swedberg (Eds.), *Social mechanisms: an analytical approach to social theory* (pp. 45-73). Cambridge: Cambridge University Press.
- Foucault, M. (2014) *El poder psiquiátrico*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Fried, D. (1992). Hacia una terapia de lo emergente: Construcción, complejidad, novedad. En: McNamee, S. & Gergen, K. (1996) (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp.253-274). España: Paidós.
- García, A. (2013). *Giddens y Luhmann: ¿opuestos o complementarios? La acción en la teoría sociológica*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Azcapotzalco.
- Garfinkel, H. (2006) *Estudios en etnometodología*, México: Anthropos.
- Girola, L. (2005). Tiempo, tradición y modernidad: la necesaria re-semantización de los conceptos. *Sociológica*, 20(58), 13-52.
- (2011) Historicidad y temporalidad de los conceptos sociológicos. *Sociológica*, 26 (73), 13-46.
- (2012) Representaciones e imaginarios sociales. Tendencias recientes en la investigación. En: De la Garza, y Leyva (Eds.), *Tratado de Metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 441-468). México: FCE.
- Goffman, E. (2006). *Estigma la identidad deteriorada*. México: Amorrortu.
- Hernández, J. (2013). *Epistemología y Sentido común*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Azcapotzalco.
- Hacking, I. (2001). *La construcción social ¿de qué?* Buenos Aires: Paidós.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC, pp.13-50.
- Keeley, J., Morton, H. y Blashfield, R. (2015). "Classification". En Blaney, P., Krueger, R. y Millon, T. (2015). *Oxford textbook of psychopathology* (pp.42-70). Estados Unidos: Oxford University Press.
- Maffesoli, M. (1990). *El crisol de las apariencias: Para una ética de la estética*. España: Siglo XXI.
- Millon, T. (1981). *Psicopatología moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de las disfuncionalismos*. España: Salvat, 1ª reimpresión, pp.1-81.
- Piron, F. y Varin, T. (2015). El caso Séralini y la confianza en el orden normativo de la ciencia. *Sociológica*, 30(84), 231-274.
- Sabido, O. (2009), El extraño. En: León, E. (Ed.), *Los rostros del otro. Reconocimiento, invención y borramiento de la alteridad* (pp.23-57). Barcelona: Anthropos- CRIM.
- Schütz, A. (1974). *Estudios sobre teoría social*, Buenos Aires: Amorrortu.
- (2003) *El problema de la realidad social*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Vayreda, A., Tirado, F. y Domènech, M. (2005). Construcción social, narratividad y simetría. En Limón, G. (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp.141-165). México: Pax.
- Watzlawick, P. (2010). Profecías que se autocumplen. En: Watzlawick, P. (Comp.) *La realidad inventada ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* (pp.82-98). España: Gedisa.



PRÁCTICA DE BALONMANO ADAPTADO EN UN GRUPO MIXTO EN SILLA DE RUEDAS Desde la mirada del modelo de bienestar psicológico de Ryff

YISEL KATHERINE ARISTIZABAL GÓMEZ, MARÍA ELENA DÍAZ RICO

Universidad de San Buenaventura Cali, Colombia

PALABRAS CLAVE

*Bienestar psicológico
Discapacidad
Modelo de diversidad
Práctica deportiva*

RESUMEN

Esta investigación se desarrolló con el propósito de analizar la contribución de la práctica de balonmano adaptado a nivel del bienestar psicológico (BP) posterior al proceso de entrenamiento. Se analizó el BP desde las seis categorías planteadas por Ryff (1989) Autoaceptación, Relaciones positivas con otros, Dominio del entorno, Autonomía, Propósito de vida y Crecimiento personal, estas categorías relacionadas a la experiencia deportiva por primera vez desde que se adquirió una silla de ruedas en cada participante. En el estudio participaron 6 adultos, 5 entre 40-54 años de edad y 1 caso de 18 años de edad. La metodología fue de tipo cualitativo-descriptivo y la técnica de recolección de información que se utilizó fue observación participante y entrevistas semiestructuradas. Los resultados muestran que el crecimiento personal es la dimensión que se ve transformada por la práctica deportiva, debido a los aprendizajes y nuevos hábitos que se incorporan, asociados también al desarrollo de estrategias para el manejo de la salud.

KEY WORDS

*Psychological Well-Being
Disability
Model of Diversity
Sport*

ABSTRACT

This research was conducted in order to analyze the contribution of handball practice adapted to the level of post-training process psychological well-being (BP). BP was analyzed from the six categories raised by Ryff (1989) self-acceptance, positive relations with others, Domino environment, Autonomy, Purpose in life and Personal growth, these categories related to the sport experience since the first time the partakers acquired a wheelchair. The study included 5 adults between 40-54 years, only one case of 18 years. The methodology was qualitative-descriptive and the recollecting information technique used was participant observation and depth interviews. The results show that personal growth is the dimension that is transformed by the sport due to learning and new habits that are incorporated, also associated with the development of strategies for health management.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el 2011 refiere que en el mundo más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad. En Colombia se presenta una tasa de prevalencia de la discapacidad del 12% de la población total más de 4 millones de personas. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el 2012, estimó un porcentaje aproximado de personas con por lo menos alguna limitación 6,4% del total de la población, que equivale aproximadamente a 2.632.255 personas. De acuerdo a estas cifras, por cada 100 colombianos, con limitaciones el 29,3% tienen limitaciones para caminar o moverse, esto equivale a 770.128 personas, siendo Valle del Cauca una de las regiones con el porcentaje más alto. De esta manera, para esta investigación es de vital importancia conocer los deportes ofrecidos por el Comité Paralímpico Colombiano (CPC) para las limitaciones físicas, los cuales son: Ajedrez, Atletismo, Baloncesto en Silla de Ruedas, Billar, Ciclismo, Levantamiento de Pesas, Natación, Tenis de Campo en Silla de Ruedas, Tenis de Mesa, Tiro Deportivo. De esta manera, encontramos que el Balonmano en Silla de ruedas, es un deporte nuevo en Colombia, que acogerá a personas con ninguna experiencia en el campo del deporte. Por esto mismo es de interés, analizar en esta investigación la contribución de este deporte en personas con diversidad funcional física que lo practican por primera vez.

Revisión de literatura

Bienestar psicológico

El concepto bienestar psicológico en la actualidad puede ser abordado desde diversos campos de estudios, específicamente desde la psicología. De esta manera, la psicología positiva¹ definida por Seligman (1999) inicia sus estudios con tendencia a las variables positivas y preventivas en lugar de los aspectos negativos y patológicos que tradicionalmente se estudian². Así, surgieron modelos teóricos, Ryff (1995) propone una perspectiva unificada de estos³. Pese a sus numerosas y cambiantes definiciones, en esta investigación la categoría bienestar psicológico (BP)

¹ Estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

² (Guerrero & Vera, 2003; Simonton & Baumeister, 2005) Citado por Contreras & Esguerra (2006).

³ Teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital.

será considerada a partir de la composición de seis dimensiones diferenciadas planteadas por (Ryff y Keyes, 1995) nombradas a partir del "Modelo Integrado de Desarrollo Personal" (Integrated Model of Personal Development": 1) auto-aceptación; 2) relaciones positivas con otros; 3) dominio del entorno; 4) autonomía; 5) propósito en la vida; 6) crecimiento personal (citado en Solano, 2009, P47) las cuales se definirán en los siguientes párrafos:

La auto-aceptación es definida por Ryff (1989) como el criterio más constante del bienestar evidente en las perspectivas previas, es el sentido individual de la aceptación propia. Esto es definido como un rasgo de salud mental, también como una característica de la actualización propia, óptimo funcionamiento y madurez. Teorías del lapso de la vida también enfatizan en aceptación de sí mismo y de la vida pasada. Así, teniendo actitudes positivas hacia uno mismo emerge como una característica central de la función psicológica positiva.

Relaciones positivas con otros, Ryff (1989) define la importancia de la confianza en las relaciones interpersonales. Refiriendo que los sujetos autorrealizados se describen con altos sentimientos de empatía y afecto con otros, siendo capaz de un amor más grande, la amistad y la identificación con los demás. Tener la capacidad y calidad de relación es planteado como un criterio de madurez.

El dominio del entorno, Ryff (1989) lo define como la capacidad del individuo para elegir o crear ambientes adecuados a sus condiciones psíquicas, así como la participación en una esfera importante de actividad fuera de sí mismo, el desarrollo de esperanza de vida, como la capacidad de manipular y controlar entornos complejos. Enfatiza en la capacidad para avanzar en el mundo y cambiar de manera creativa a través de actividades físicas o mentales.

Autonomía, Ryff (1989) la describe a través de cualidades tales como la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta. La persona en pleno funcionamiento tiene la capacidad de realizar una autoevaluación, mediante la cual no se ve a los demás para su aprobación, pero se evalúa a sí mismo por estándares personales. La persona ya no se aferra a los miedos colectivos, creencias y leyes de las masas. Alude al proceso de volverse hacia adentro, para que la persona obtenga una sensación de libertad desde las normas que rigen la vida cotidiana.

Propósito en la vida, según Ryff (1989) incluyen las creencias que le dan a uno la sensación que hay un propósito y significado a la vida. La definición de bienestar también hace hincapié en una comprensión clara del propósito de la vida, un sentido de direccionalidad y de intencionalidad. Hace referencia a cambiar una variedad de propósitos o metas en la vida, como ser productivo y creativo, o lograr la integración emocional en su vida posterior. Por lo tanto, una persona que

funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección, todo lo cual contribuye a la sensación de que la vida es significativa.

Crecimiento personal, Ryff (1989) refiere que no sólo es necesario alcanzar las características anteriores, sino también seguir para desarrollar el propio potencial, para crecer y expandirse. La necesidad de actualizarse uno mismo y darse cuenta de las potencialidades, es fundamental para las perspectivas clínicas en el crecimiento personal. La apertura a la experiencia, por ejemplo, es una característica clave de la persona en pleno funcionamiento. Tal individuo está en desarrollo y puede convertirse continuamente, en lugar de lograr un estado fijo en el que todos los problemas se resuelven. Hace énfasis explícitamente en el crecimiento continuo y la confrontación de nuevos retos o tareas en diferentes períodos de la vida.

El bienestar psicológico es entendido como (...) *el resultado de la percepción personal de que la vida se está viviendo bien y adecuadamente, siendo consciente del correcto desarrollo de sus potencialidades (...)* (Ryff y Keyes, 1995, citado en Rivas, C., Romero, A., Pérez-Llantada, M. d. C., López de la Llave, A., Pourtau, M., Molina, I., González, J. & García-Mas, A., 2012. P365) Este modelo de bienestar psicológico se enmarca dentro del desarrollo del potencial humano denominado, bienestar eudaimónico. Esta perspectiva plantea que éste viene determinado por la realización de actividades personalmente expresivas que facilitan la autorrealización a través del cumplimiento de potenciales personales y de la promoción de los objetivos personales (Waterman, 1993). La perspectiva eudaimónica es un proceso activo derivado de la búsqueda y el logro de metas personales (Chatzisarantis & Hagger, 2008).

El bienestar psicológico como lo indica el modelo de Ryff (1989), es dinámico y multidimensional porque cada una de las categorías de bienestar psicológico está constituida por elementos subjetivos, sociales y psicológicos, además de comportamientos saludables. En este sentido, su planteamiento hace énfasis en que los procesos motivacionales y emocionales son esenciales para comprender la relación que establece un individuo con su medio, y están relacionados con un funcionamiento psicológico saludable. De esta manera, Ryan y Deci (2001) señalan "la estrecha relación existente entre motivación intrínseca y bienestar y, por otra parte, numerosas investigaciones indican la asociación entre emoción y bienestar" (citado en Núñez, L., León, J., González, V., & Martín-Albo, J. 2011. P225)

Los hallazgos de las investigaciones en torno al tema discapacidad-bienestar psicológico-deporte, han arrojado como tema en común la práctica deportiva como un novedoso proceso de rehabilitación. Desde el 2013, la investigación de J. Medina; A. Chamarro, y E. Parrado, analizan la

relación entre el bienestar psicológico y el tipo de práctica deportiva en personas con discapacidad física de origen neurológico. Fernhall B & colaboradores (citado en Medina, 2012) plantean que se estima que las personas con discapacidad realizan una actividad física moderada y actividades de ocio un 50% menos que las personas sin discapacidad. A partir de estas apreciaciones Medina & colaboradores, evaluaron el bienestar psicológico de un total de 160 personas con discapacidad mediante el Índice de Bienestar Psicológico (IBP). Para el análisis los sujetos fueron categorizados en 4 grupos en relación con la práctica de actividad física: rehabilitación, deporte recreación, deporte competición y sedentarios. Los resultados encontrados por los autores muestran que los participantes del grupo de sedentarios presentan significativamente un menor bienestar psicológico para todas las dimensiones del IBP, excepto para el resto de grupos. Por otro lado, los participantes del grupo de deporte de competición presentan valores superiores en las dimensiones de autocontrol y de salud general. En este sentido Galea (citado en Medina, 2012) plantea que la rehabilitación física y la práctica de ejercicio aparecen como mecanismos potentes de mejora de la salud. En conclusión, la práctica de actividad deportiva, especialmente competitiva repercute en un mayor bienestar psicológico en personas con gran discapacidad.

Gore; Uchino, y Holt-Lunstad, 1999 (citado en Rivas, et al., 2012) sugieren que el apoyo social y los recursos personales podían actuar como "amortiguadores" del estrés y del riesgo que éste produce en la salud mental y física de las personas. En este sentido, indican precozmente la necesidad de considerar la "intención" personal como una toma de decisiones que debería tener consecuencias respecto de la práctica saludable de un comportamiento motivado (p.366). En 2012, Leeuwen Van y colaboradores en su investigación encontraron que el tiempo transcurrido desde la lesión puede ser una variable que afecta a la satisfacción vital expresada. Por esto, no es descartable que parte del efecto sea atribuible al hecho de llevar tiempo realizando actividades laborales o de la vida diaria (citado en J. Medina et al., 2013, p.14)

Es importante resaltar que al hablar de bienestar psicológico en población con diversidad funcional este estudio realiza una comprensión del sujeto a partir de una perspectiva social. Es por esto, que la esfera social en las últimas décadas del siglo XX tuvo cambios significativos en los marcos legales y políticos de la discapacidad, a nivel nacional e internacional, dirigidos a promover los derechos de participar en todas las esferas: social, laboral, familiar y afectiva. De acuerdo a esto, el modelo de la diversidad planteado por (Palacios & Romañach, 2008) parte de una visión basada en los Derechos

Humanos y se orienta en el campo de la bioética⁴ “una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad de las personas discriminadas por su diversidad funcional”(p.37) El modelo que denominan social, define las causas de esta diversidad desde la construcción social, ya que este concepto se puede construir a diario, en las relaciones sociales con las personas, entre los grupos sociales, en el tejido social; también en las decisiones personales, en las actitudes que se asumen frente a determinada situación y, en la manera que se estructura el entorno físico, social, cultural en el que se desenvuelven estas personas. En este sentido es posible referir que cada uno debe lograr una transformación personal a través de los derechos humanos, donde se recuperan aspectos como la autonomía e independencia. También desde lo social, respecto al estigma de la discapacidad “como personas que no son capaces de hacer nada” esta modificación, permite que la población con diversidad funcional se incluya en la comunidad, y reciban igualdad de oportunidades.

En virtud de lo anterior, el aludido modelo pone a cuestionar la perspectiva que refiere la diversidad funcional como una enfermedad individual, por el contrario es desde lo social que se hace esa construcción, por esto Ferrante en el 2013, fundamentó su investigación en torno al tema discapacidad-cuerpo-deporte, encontrando un conjunto de hábitos que son promovidos a través de la práctica deportiva y que dibujan el cuerpo discapacitado valorado al interior del campo, es decir, con ese conjunto de prácticas se apunta a que ese cuerpo se adapte a unos estándares establecidos y valorados por la sociedad. En este sentido para la autora “*los saberes exigidos en la forma de reglas de convivencia constituyen fundamentalmente técnicas del cuerpo que cubren las falencias(...)* (no se les reconoce como sujetos, no pueden circular libremente en la ciudad, no se garantiza el acceso al trabajo y a la educación, se quedan fuera del mercado matrimonial), (...) *son conocedores prácticos de que, sin un fuerte grado de permeabilidad individual, el destino que les espera es la muerte social*”(P.175). Los resultados de su investigación muestran que los participantes cuando se encuentran dentro del campo y, parafraseando a la autora, se promueven reglas de convivencia que infieren una adaptación al medio, y saberes que son prácticos porque promueven la salud y saldan las carencias del proceso de rehabilitación. “*La mayoría de ellas son estrategias de atención de la salud que abarcan: el ejercicio de la voluntad, el cuidado de la higiene corporal, el control del peso y la prevención de escaras*”. (P. 165).

Metodología

Tipo de estudio. La investigación fue de corte cualitativa- descriptiva (Sandoval, 1996), el muestreo es de casos homogéneos, se recolectó la información a partir de la retrospectiva y significado de los participantes frente a sus experiencias comunes en relación al núcleo temático al que apunta la investigación.

Participantes. En la investigación participaron 6 adultos con diversidad funcional física adquirida. Pertenecientes a la Fundación para el Desarrollo Social y Discapacitados (FUNDESD), organización privada sin ánimo de lucro, perteneciente a un estrato socioeconómico bajo. Este grupo se conformó por 1 mujer, 5 hombres comprendidos en su mayoría en un rango de edad de 40-54 años, y un participante de 18 años de edad. Los diagnósticos médicos principales son (4) sujetos con trauma raquimedular y (2) sujetos con secuelas de poliomielitis. En este sentido, se mencionan los criterios por los cuales estos son los participantes del presente estudio: - Jóvenes-Adultos cuyo nivel de lesión implica la utilización de silla de ruedas para su desplazamiento. - no habían practicado deporte desde que adquirieron la silla de ruedas. - que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio y dieron su consentimiento por escrito.

Los nombres de los entrevistados fueron modificados con el fin de garantizar el carácter anónimo y confidencial de las entrevistas, a cada participante se le identifica con el siguiente nombre ficticio: “Ana, Juan, Leo, Hugo, Eric y Luis”.

Instrumentos. Se empleó como técnicas de recolección de información, la observación participante y entrevistas semiestructuradas.

Recolección de información. Durante la investigación se llevó a cabo la implementación de la práctica de balonmano en silla de ruedas durante 6 meses. La planificación del programa de entrenamiento de balonmano adaptado se realizó basándose en las capacitaciones⁵ donde se tuvieron en cuenta las características de la población y las actividades posibles a realizar con ésta. Por otro lado basándose en la teoría y metodología del entrenamiento deportivo, se elaboró un macrociclo de entrenamiento que consto de una mesociclo introductorio en el cual se llevó a cabo la iniciación y fundamentación teórico-práctica de Balonmano adaptado por medio de actividades pre-deportivas, y un mesociclo preparatorio donde se trabajaron los componentes de preparación física general y específica, aspectos técnicos, tácticos y psicológicos. Posteriormente los entrenamientos se llevaron a cabo en una cancha que cumplía con los parámetros

⁴ Aplicación de la ética a las ciencias de la vida. (REA)

⁵ Curso de actividades físicas para personas con discapacidad física, en el Instituto del deporte, la educación física y la recreación del Valle del Cauca (INDERVALLE, 2013), participación en el I Torneo Panamericano de Balonmano en Silla de Ruedas, en Buenos Aires-Argentina (2014).

mínimos para la práctica de este deporte, se utilizaron balones tipo softball, conos, therabands, botellas de arena, palos, cronómetro y pito. Las sesiones se ejecutaban 2 veces a la semana, los días martes y jueves con una intensidad de 3 horas, se realizaba calentamiento y enfriamiento para la prevención de lesiones, realización de actividades físicas y trabajo en equipo, se tuvo en cuenta el

proceso de hidratación durante todo el entrenamiento. Los encuentros para las entrevistas se ajustaron después de los seis meses de entrenamiento, en un lugar que cumpliera los requisitos de privacidad y tranquilidad para su aplicación se efectuó dentro de la institución en un salón, en el horario anterior al entreno.

Tabla 1.1. Caracterización sociodemográfica del grupo de participantes

<i>Sujetos Participantes</i>	<i>Edad</i>	<i>Trabajo</i>	<i>Tiempo de adquisición de la discapacidad</i>	<i>Tipo de discapacidad</i>	<i>Personas con quien viven</i>	<i>Hijos</i>
Ana	54	No	52 años	Secuelas poliomielititis	Hija y nieta	2
Juan	42	Pensionado	6 años	Trauma raquimedular T10	Padres	2
Leo	45	Pensionado	6 años.	Trauma raquimedular T7	Pareja	1
Hugo	49	Independiente	47 años	Secuelas poliomielititis	Pareja y cuñado	No
Eric	18	No	4 años	Trauma raquimedular T7	Madre y hermano	No
Luis	41	Pensionado	19 años	Trauma raquimedular T6	Solo	No

Fuente: Elaboración propia, 2015.

Procedimiento. Se realizó la presentación del anteproyecto a FUNDESD. Los datos de los participantes se obtuvieron a partir de la información proporcionada por esta Fundación. Se elaboró una base de datos con 20 jóvenes y adultos que se movilizaban por medio de silla de ruedas, posterior a eso se realizó una convocatoria vía telefónica de la cual 15 personas que cumplían con los criterios de inclusión asistieron a una reunión, 6 accedieron a participar voluntariamente en el estudio. La observación participante se realizaba durante el entrenamiento y al finalizar se tomaba registro de audio de las conversaciones grupales acerca de las dificultades y aspectos positivos durante el entrenamiento ese día, los indicadores que guiaron estas observaciones fueron: dominio del entorno, relaciones positivas con los demás y crecimiento personal de Ryff(1989). La entrevista semiestructurada se aplicó de forma individual y duraron aproximadamente dos horas cada una. Se inició indagando sobre la valoración de bienestar que percibe cada participante en todas las áreas de su vidas: origen de la discapacidad, transformaciones que introdujo la discapacidad en su vida, experiencias asociadas al trabajo y beneficios del deporte, las preguntas fueron orientadas cada una por las categorías de bienestar psicológico propuesta por Ryff (1989). Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas para su posterior codificación. El proceso de interpretación y análisis de los resultados se

realizaron transcripciones literales, se seleccionaron los relatos más significativos de cada categoría, con un microanálisis línea por línea. Cada categoría en la investigación aporta de manera significativa en las dinámicas que se generan en una práctica deportiva, se analizaron mediante una codificación en base a la teoría de bienestar psicológico compuesto por las seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas con los demás, Dominio del entorno, Autonomía, Propósito en la vida y Crecimiento personal propuesta por Ryff(1989).

Aspectos éticos. Las personas participaron voluntariamente en el proceso. Se realizó un consentimiento informado, donde se explicó a los sujetos los detalles de la investigación y se les solicitó el asentimiento para su inclusión en esta. Se realizó énfasis en la confidencialidad, indicando que la información recolectada no incluiría nombres propios que afecten el buen nombre de los informantes. Finalmente el derecho sobre la información, en el cual los participantes conocieron los procesos llevados a cabo y los resultados.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados. La tabla 1.2, delinea la categoría, definición y el discurso de apoyo.

Tabla 1.2: Categorías que reflejan las dimensiones del bienestar psicológico

<i>Categoría</i>	<i>Definición</i>	<i>Discurso de apoyo</i>
Autoconcepto	Es el sentido individual de la aceptación propia y de la vida pasada, teniendo actitudes positivas hacia uno mismo	<p><i>"mis días los empecé a ser más variables, voy al nuevo latir a hacer deporte, otro día voy a visitar a mis hermanos, a dar vueltas por la ciudad, también a jugar parques o dominó. Ya no me gusta quedarme encerrado porque eso conlleva a realizar actividades malas, siempre busco algo para distraerme".</i></p> <p><i>"Desde muy pequeña mi mamá me enseñó a hacer todo lo de la casa, me trato como una persona normal".</i></p> <p><i>"Mi reacción en esos momentos fue llorar y llorar y pensar que se me había arruinado la vida. Y desde ese día, desde el primer momento que me pegaron esos tiros empecé mi sufrimiento. Yo mantenía encerrado solo salía a citas médicas".</i></p> <p><i>"yo me volví grosero, me volví amargado, la depresión me cogió. Uno escucha que la gente dice que la gente en silla de ruedas no sirve, y por eso mismo se terminó la relación con mi ex mujer por esto".</i></p>
Relaciones positivas con otros	Confianza en las relaciones interpersonales teniendo la capacidad y calidad de relación.	<p><i>"No confió en nadie por muchas cosas que me han pasado. Entonces he vivido en el anonimato prácticamente"</i></p> <p><i>"Me he sentido más apoyada por mis amigas que por mis mismos familiares de mi misma casa".</i></p> <p><i>"Cuando fui los primeros días al entreno veía que muchos tenían una sonrisa y yo muy malgeniado, reflexione y con ayuda de todos esto cambio mi actitud hacia la discapacidad empezó a cambiar".</i></p>
Dominio del entorno	Capacidad para crear o elegir ambientes adecuados a su condición psíquica, la participación y capacidad de manipular y controlar entornos complejos.	<p><i>"Uno depender de otro es muy berraco, si uno se orina y que no lo limpien, es berraco".</i></p> <p><i>"La terapeuta me daba ideas y así se me hacía más fácil, después me hacía pruebas para ver que en realidad sí podía hacerlo. Me enseñó a independizarme, a vestirme, cambiarme de ropa".</i></p> <p><i>"Yo vivo del rebusque, por ejemplo en semana santa vendo sahumerio, artículos religiosos, y con mi esposa tenemos una chazita donde vendemos dulces".</i></p> <p><i>"Mi pensión la uso en mis servicios, yo pago arriendo, la comida, y también la comida de mis hijos, en eso la distribuyo".</i></p> <p><i>"Aquí mismo en la fundación los martes en la mañana estoy haciendo un curso de sistemas, invite a mi hermana"</i></p> <p><i>"Todos mis días son iguales. A diferencia de los martes y viernes que entreno balonmano".</i></p> <p><i>"Yo me dedico a los oficios de la casa, lavo los platos cuando los dejan sucios, cocino, ese es mi trabajo y me siento bien porque me dan un sitio y un papel en la casa".</i></p>
Autonomía	Cualidades como la autodeterminación, la independencia y regulación de la conducta.	<p><i>"Poco a poco fui aprendiendo a pasarme de la cama a la silla, a cocinar,"</i></p> <p><i>"Mi hijo alcanzó el bachillerato. Mi hija ahora es profesional, aunque ella misma pago sus estudios. Yo era papá y mamá al mismo tiempo. Luche para sacarlos adelante, y ellos no pueden decir que mi mamá nos regaló porque no fue así, siempre estuvieron a mi lado, en los peores momentos."</i></p> <p><i>"Me quedo aterrada como mis compañeros se van a rodar por la ciudad, y por eso ahora no me da miedo coger un bus. Porque tengo que darme la seguridad. Si ellos pueden, yo también"</i></p> <p><i>"muchas personas les daba pesar de mi".</i></p> <p><i>"cuando vivía con mi mujer ella me lo hacía todo, mi señora me ayudaba a bañarme, a vestirme".</i></p> <p><i>"No tengo nada mío. A mí me mantiene mi abuela, ella me da todo. Lo más duro de haber quedado así es que no puedo trabajar".</i></p> <p><i>"Me dio rabia, a lo primero ellos mantenían ahí pendientes de mí, de mi cepillo, de pasarme todo, pero después del tiempo ya me dejaban ahí tirado y todo mundo hacía lo suyo"</i></p> <p><i>"Yo no uso pañales, sondas, pero no es porque no quieran sino que su movilidad no les da para eso. Por el contrario yo sí puedo defenderme ante esos puntos, que es la independencia".</i></p>
Propósito de vida	Creencias que dan sensación que hay un propósito y significado de vida, teniendo sentido de direccionalidad y de intencionalidad	<p><i>"Me mandaron para la casa y vi una silla de ruedas, además que mi mamá tenía que vestirme que me ponían pañal, cuando eso pasó empecé a entrar en la depresión y me intente suicidar a los dos meses de haber quedado así".</i></p> <p><i>"Cuando me dispararon yo sentí que alguien me empujo y no me alcanzo a entrar en la cabeza, si no es por eso yo hubiera caído de una muerto. Aunque yo mire y no había nadie. Yo ahora me pongo a pensar y veo y creo que fue Dios. Me dio otra oportunidad de vida. Yo creo en él, a mi manera, a mí me criaron católico"</i></p> <p><i>"Ahora adulto me gusta mucho hacer cursos y capacitaciones, aprender nuevas cosas sobre todo que tengan que ver con esto de la discapacidad".</i></p> <p><i>"Yo quiero terminar mi estudio y hacer una carrera o un curso".</i></p> <p><i>"Mis hijos, verlos salir adelante, siendo unas personas estudiadas, es lo que me motiva para salir adelante. Quiero estar vivo y presente para ver lo bueno que ellos hagan por sus vidas. Me sentí muy orgulloso cuando mi hija se graduó este año de bachillerato"</i></p>

<i>Categoría</i>	<i>Definición</i>	<i>Discurso de apoyo</i>
Crecimiento personal	Desarrollar el propio potencial para crecer y expandirse, teniendo apertura a la experiencia	<p><i>"He tenido que aprender a manejar la silla de ruedas deportiva, es duro porque no tiene frenos, pero a través de la práctica he podido manejarla bien, puedo girar y rodar en velocidad, es un logro para mí".</i></p> <p><i>"El deporte y la fundación me ha aportado sobretodo amigos, he conocido personas muy humanitarias, otra de las cosas es que mi mujer y mi hija pueden venir a acompañarme entonces compartimos otros espacios".</i></p> <p><i>"Yo uso los óvulos vaginales, ya pasaron 19 años y las escaras ya no me dan, y si son muy leves y las sé tratar, entonces no las dejo hacer grandes. Yo mismo me hago mis tratamientos".</i></p> <p><i>"Alguno tiene esparadrapo se me pelaron dos dedos". Leo responde: "Los esparadrapos los usan las niñas". Juan: "suenan carcajadas y prosiguen el entrenamiento". [Extracto de observación participante, 15 octubre de 2014].</i></p> <p><i>"He bajado 40 kilos, pues junto con la dieta y movilizarme rodando".</i></p> <p><i>"Aspiro a que salgamos del país a representarlo y hagamos una buena obra.</i></p>

Fuente: Elaboración propia, 2015.

Respecto al *Autoconcepto* atribuido por los participantes, tenemos que su importancia está arraigada a través de la aceptación de ellos mismos y de la vida pasada, primando esto sobre el factor bienestar. Se encontró que prevalece la importancia de sobreponerse y superar la situación vivida. Ante esto, Ryff (1989) refiere que para las personas que poseen una aceptación de sí mismos y su vida pasada tienen un óptimo funcionamiento, una capacidad de auto actualización y por lo tanto se consideran personas con madurez (p.1060), en este sentido los participantes Ana y Hugo son los que refieren una mayor aceptación, enfatizando que la adquisición de la poliomielitis fue a corta edad, y su entorno familiar facilitó los recursos necesarios que permitieron que se desarrollaran y desarrollaran habilidades sin sobreponer una condición biológica. Contrariamente, se encontró que los participantes Juan, Leo, Eric y Luis no se sienten satisfechos consigo mismos y refieren una cierta decepción de lo que ha ocurrido en su vida pasada, se vivenció un proceso de negación manifestado a través del llanto, la tendencia al encierro, las palabras groseras, el malgenio, la indiferencia ante la situación de la vida, y los cambios de estado de ánimo, por la pérdida inicial de la independencia y un factor de preocupación por el uso de silla de ruedas como una cualidad nueva que pertenece a su corporalidad. Ante esto, Ryff (1989), menciona que una característica principal de salud mental es aceptar la vida pasada, y se encontró por el contrario que los participantes quienes aún no aceptan su vida pasada, y no enfatizan su vida en actitudes positivas frente a sí mismos, su énfasis ha estado en otras características como la autonomía y propósito de vida que ha permitido contribuir, como ellos lo expresan, a sentir un bienestar.

De esta manera, al indagar sobre lo que contribuye la práctica deportiva, se encontró que los participantes con diagnóstico de trauma raquímedular, realizaron un proceso de ajuste, al cambiar sus hábitos, lo que conllevó a que salieran de sus casas, y llegaran al espacio de práctica, y en Ana, Hugo, también se movilizó la característica de

pensar en sí mismo. Por consiguiente, la actividad física aportó como un elemento movilizador de una manera más significativa al grupo de participantes que aún no han aceptado su discapacidad, encontrando que entre menor tiempo lleva la lesión, menor es la aceptación. Este tiempo de acuerdo a la experiencia subjetiva de cada participante está entre los 5 a los 15 años lograr aceptar la situación. Siendo así, el grupo de participantes con mayor aceptación son aquellos que tienen más años de su lesión. Esto, relacionado con el estudio de Leeuwen Van y colaboradores (2012) quienes hallaron que de acuerdo al tiempo transcurrido de la lesión se ve afectada la satisfacción vital, y que el practicar una actividad puede ser efecto para esta misma.

En la categoría *Relaciones positivas con otros*, los participantes refieren que su bienestar en términos positivos está en las relaciones de confianza más fuertes, que se encuentran en el núcleo familiar más cercano y donde refieren que el progreso en el proceso de adaptación de su diagnóstico se dio gracias a este apoyo. La mayoría de los participantes refirieron tener mayor apertura hacia las personas de quien han más recibido ayuda, para uno son los familiares y solo en el caso de Ana, son sus amigas. Por el contrario, se encontraron indicadores bajos de bienestar, todos los participantes refieren una incomodidad al ser parte de reuniones y grupos sociales, esto se debe al establecimiento de una rutina que se reduce del centro de rehabilitación a la casa, del trabajo a la casa, de citas médicas a la casa, una rutina en que poco interactúan con los demás. Se encontró que esta dificultad para un contacto inicial, tener apertura y cercanía con un otro, está asociado a experiencias negativas previas que han tenido con su entorno socio-familiar y han generado la pérdida de confianza, específicamente a nivel de relaciones interpersonales, vivenciaron estas situaciones percibidas como discriminación: burlas, malos tratos, engaño, separación que contribuyeron a la pérdida de la apertura. Se infiere que las relaciones de este tipo son un retroceso para el proceso de habilitación, así pues los indicadores bajos en las

relaciones positivas con otros en los participantes está ligado a la evitación de relaciones que aumenten su malestar psíquico.

Así mismo se encontró que en el ámbito de la práctica deportiva los participantes tienen la actitud de abrirse a nuevas formas de relacionarse, debido a las dinámicas grupales, que implicaban la cercanía y la capacidad de relación, posterior al proceso de entrenamiento todos los participantes refieren que al sentirse parte de grupos sociales en los que encuentran apoyo, un ambiente que facilita el compartir experiencias asociadas a su diagnóstico, se aduce la construcción de un sentido de pertenencia grupal que se logra a través de la interacción, y reforzaría además la autoestima de los participantes, quienes perciben que sus propias experiencias y relatos pueden convertirse en una contribución positiva para el bienestar de sus pares, estos resultados se encuentran en relación al estudio de Palacios y Románach (2008). En síntesis, surgen dos beneficios clave asociados a la práctica deportiva, son: el sentido de pertenencia a un grupo en que ellos son actores activos, y el incremento de la autoestima al percibirse a sí mismos como agentes en el bienestar de otros.

En la categoría *Dominio del entorno*, se logró identificar que los indicadores bajos de bienestar, se evidencian en los discursos de Juan, Leo, Eric y Luis porque hay recurrencia en la queja respecto a actividades específicas de su cotidianidad que consideraron se vieron afectadas y los puso en una posición de incapacidad para controlar su entorno externo, en el inicio del proceso de rehabilitación, en relación al aseo personal, ya que los cuidadores eran quienes realizaban estas actividades que anteriormente estos controlaban, la limpieza de esfínteres, el baño, control de horarios para el medicamento, la alimentación. También durante el periodo de adaptación se encontró que la dificultad, refieren incapacidad para ponerse ellos mismos su propia ropa, pasarse de la silla a la cama, bañarse solo, experiencias que significaron desesperanza y desesperación.

En esta línea quienes contribuyeron a que los participantes avanzaran en este aspecto fueron las fisioterapeutas, juega un papel importante, porque son quienes exigen sobrepasar la dificultad para que el control de las actividades externas mejorará. Estos participantes, después de adquirir la discapacidad tenían la capacidad de elegir y crear contextos adecuados a sus necesidades y valores personales, que en su caso corresponden a la búsqueda de oportunidades laborales para cubrir las necesidades básicas propias y la de su familia. En este sentido, se identificó que en el caso de Hugo y Ana eran trabajadores informales, debido a que el sector formal no genera empleos específicos que permitan a la población con diversidad funcional física trabajar, es una variable que afectó considerablemente el bienestar psicológico de los participantes, encontrando que son estos, quienes refieren que la

falta de trabajo o de un ingreso económico fijo afecta su bienestar porque los pone en una posición de dependencia frente a los demás, o en otros casos porque no pueden sostener a sus familias.

En este estudio se encontró que la capacidad de avanzar fue a través de la práctica de balonmano, donde todos los participantes tienen la capacidad de manejar entornos complejos, una característica importante como lo dice Ryff (1989) el sentido de dominio del entorno y, se ve reflejado en la competencia en la gestión de la práctica deportiva, y está asociada a aspectos del orden de lo vivencial dentro de la misma, como lo es: amarrarse a la silla correctamente, hidratarse, usar la ropa adecuada, movilizarse sin acompañamiento en la ciudad, manejo de la silla de ruedas deportiva, resistencia física al realizar las actividades de entrenamiento físico, todo lo que contribuye a que controlan una amplia gama de actividades externas que están asociadas a controlar aspectos de su cotidianidad, conseguir un trabajo, a practicar un deporte y en el caso de Ana y Leo, al rol de padres. Para explicar lo anterior, es pertinente resaltar los resultados de la investigación de Gore y Holt-Lunstad, citado en Rivas et al., (2012) que aducen la necesidad de considerar la intención personal como una toma de decisiones que tiene consecuencias respecto de la práctica saludable de un comportamiento motivado. En este sentido, se reconoce que la decisión de controlar actividades externas e internas depende subjetivamente de cada participante, es decir que el desarrollo de la voluntad propia se moviliza, porque estas elecciones son de carácter subjetivo. Podríamos pensar que los participantes desarrollan un dominio de su entorno en la práctica deportiva gracias a que se asumen y se ven a sí mismos como sujetos con capacidad de controlar y enfrentar las situaciones que se le presentan a diario.

En la *Autonomía*, se identificó que surge en los participantes la dependencia como consecuencia principal de la lesión, tras el inicio de su recuperación, el temor surge por la pérdida de la movilidad y a la no posibilidad de realizar las mismas actividades que anteriormente se realizaban de manera autónoma. Estas nuevas dinámicas de relación se convierten en un desafío y una característica con dos perspectivas. Por un lado, se encuentra que la independencia es lo primero que quiere recuperarse después de tener una lesión medular, de esta manera los participantes inician una serie de prácticas de la vida diaria como: cocinar, comer solo, bañarse solo, vestirse solo, limpiar su casa solo, un "solo" que se "re-traducen, discursivamente, en la dicotomía cuidarse/no cuidarse, expresando una visión voluntarista de superación de la discapacidad". (Ferrante, 2013, p.161).

No obstante, a pesar de que la dependencia para todos los participantes es el principal objetivo, dos de los participantes significaron que el soporte recibido debía ser incondicional y en todos los momentos de su vida. De esta manera, la capacidad

de autoevaluación planteada por Ryff (1989) está ausente y se vivencia la actitud de aprobación de los demás específicamente de su cuidador(a) para actuar. Encontrando pues, que aunque desean ser independientes, el sentirse acompañados, cuidados y apoyados, es lo que quisieran conservar pero que en algún momento finaliza, específicamente cuando se incluyen en una práctica deportiva. Ferrante (2013) abordó lo que surge con las personas con discapacidad física dentro de un contexto deportivo, encontrando que se promueve dentro de este el pensamiento de “no existe el no puedo, sino el no quiero”. Dicha moral se instaurará a través de un “proceso mimético, en el cual, cuerpo a cuerpo, se transmiten una serie de hábitos corporales que entrenan a la persona con discapacidad con el fin de potenciar sus capacidades remanentes y maximizar su calidad de vida” (p.165). Así, cuando se habla del proceso mimético, se hace referencia al ser capaz de resistir las presiones sociales, a pensar en el “sí puedo”. Los participantes consideran la autonomía como un valor importante dentro de su recuperación y puede ser optativo como lo evidenciamos anteriormente, en el campo deportivo se convierte en una regla, lo cual puede aducirse como una ambivalencia, ya que depende del contexto en donde se encuentra la persona así mismo este podrá desplegar cualidades como la autodeterminación, la independencia y la regulación de su conducta como es referido por Ryff (1989).

Respecto al *Propósito en la vida*, resulta pertinente mencionar la creencia como un valor emergente en esta investigación, considerado vital para asumir y dar un lugar a la discapacidad. Pues bien, creencia significa tener la percepción de que existe un propósito y significado en la vida, de esta manera una persona que goce de bienestar tendrá unos objetivos, intenciones y un sentido de dirección, que contribuye a la sensación de que la vida es significativa (Ryff, 1989), los participantes consideran que la creencia está relacionada a un ser superior, denominado como Dios; es precisamente la fe, lo que implicó re significar el hecho de haber adquirido una discapacidad ya que significan la situación, como una salvación ante algo peor o ante la muerte. Aunque esta condición implicó un desgaste psicológico y emocional en todos los participantes durante un tiempo muy prolongado.

De acuerdo a lo anterior, ese desgaste psicológico y emocional tuvo un impacto de acuerdo al momento actual de su vida. Se encontró que los cuatro participantes con diagnóstico de trauma raquímedular significaron el no sentir las piernas como un evento traumático que dio lugar a expresar deseos de muerte con plan estructurado, estos participantes que pensaron en quitarse la vida, llegaron al acto entre una y dos veces. De acuerdo a esto, la investigación de (Chatzisarantis & Hagger, 2008) corrobora que es en un proceso activo derivado de la búsqueda y el logro de metas

personales que los sujetos pueden salir de ese estado emocional, para posteriormente realizar actividades que estén en pro del bienestar.

En cuanto al *Crecimiento personal*, se encontró que el significado que tiene para los participantes iniciar una práctica deportiva es de alta importancia, ya que refieren que esto permite salirse de su rutina. En este sentido, esta actividad permite un desarrollo del propio potencial, de acuerdo a la experiencia en los participantes se identificó la percepción de mejora en sí mismo y en su comportamiento a través del tiempo de práctica: ya que es aquí donde el aprender el manejo de la silla de ruedas deportiva se convierte en un reto, puesto que al inicio todos los participantes se quejaban de lo pesada, lo grande y lo difícil porque no tiene frenos, a diferencia de la silla de ruedas clínica la cual usan permanentemente, actualmente aducen que es un logro, manejarla bien, aspecto que se ve reflejado en la velocidad con la que recorren la cancha, los giros, y el manejo simultáneo de ir rodando con una mano la silla y con la otra ir driblando el balón. Esta experiencia relatada, permite que los participantes se vean a sí mismos en expansión de habilidades. En esta línea, el estar abierto a nuevas experiencias refiere un funcionamiento psicológico saludable, que se ve reflejado en las frases dichas por estos participantes, “tengo ganas de vivir” “estar con mis hijos” “competir internacionalmente en este nuevo deporte”. Se entiende entonces, que el iniciar una práctica deportiva constituye para los participantes una manera de satisfacer su vida al aprender nuevas cosas, al sentirse independientes y valerosos de sí mismos.

Se apuntó a indagar las situaciones que generan crecimiento personal en torno a la elección de practicar un deporte. Ante ello, el cuidado y la prevención de escaras es uno de los problemas más frecuentes para los usuarios de silla de ruedas, ya que se generan por la falta de movimiento al estar en una misma posición y no tener el almohadón anti-úlceras. Así, se puede aducir que dicho conocimiento por Luis es un aprendizaje que logró por sus propios medios y que adicionalmente es transmitido cuando un compañero tiene una escara o la manera de evitarla. Pues bien, depende del cuidado del sujeto tenga por sí mismo, cambiar de posición continuamente, usar su almohadón todo el tiempo, bañarse después de los entrenos, hidratarse correctamente, aquel que no tenga aquellos cuidados podrá tener una escara, y los participantes en la práctica deportiva lo refieren como un descuido. Los participantes deben revisar cada día la ausencia de escara, ya que si se tiene presente no puede realizar actividad física con esto. Por esto, se logra desarrollar el propio potencial, reconocido a través del autoconocimiento y eficacia.

Los participantes expresan el control de peso como norma, es indispensable para mejorar la

condición de salud y el rendimiento deportivo. Ante ello, Hugo, Leo, Juan y Luis refieren en su discurso tener una sensación de continuo desarrollo. La participación de cuatro de los participantes en el I Torneo Panamericano de Handball en silla de ruedas, significó una experiencia única, denominada como la más grande vivida, ya que cómo lo refieren los participantes la actividad deportiva fue algo que no se realizaba cuando eran caminantes, lo significan como un logro y el desarrollo del sentido de competencia. Esto fue posible gracias a que se movilizaron a participar, se movieron de su zona de confort, y desde que están en el grupo se abren a nuevas experiencias que aportan nuevos referentes para enfrentar su situación.

Es pertinente resaltar lo que Ferrante (2013) aduce frente a la relación deporte y discapacidad, cuando señala que a través del juego se adquieren saberes prácticos que hacen que se construyan estrategias de atención primaria de la salud, difusión de derechos socialmente reconocidos y disminuir los elementos trágicos que ahondan en la discapacidad (p.175). Otra de las dimensiones abordada en cuanto al crecimiento personal por (Ryff, 1989) arroja que la apertura a la experiencia hace parte de una persona que está en pleno funcionamiento. Lo anterior, se puede corroborar, en la observación participante de los entrenamientos, a través de la realización de nuevas tareas que en esta investigación se orientan al aprendizaje no solo de técnicas deportivas en balonmano, sino en estrategias de atención relacionadas al mejoramiento de la salud, como lo son: la prevención y el manejo de escaras, los hábitos saludables de la vida diaria como la alimentación, hidratación, vestuario adecuado para practicar un deporte, el control de peso y esfínteres, el mostrarse resistente e independiente.

Conclusiones

Los datos obtenidos en el presente trabajo permiten concluir que la práctica de balonmano adaptado está asociada al bienestar psicológico. Los resultados arrojan que la categoría de crecimiento personal se ve transformada en todos los participantes, debido a los aprendizajes y nuevos hábitos que se incorporan y que están asociados también al desarrollo de estrategias para el manejo de la salud. A través del juego se adquiere un quehacer, que anteriormente había estado anulado por una condición de encierro, sufrimiento y estrés que finaliza en pérdida de aquello que se constituye como motor para continuar luchando: su bienestar. Es por esto que facilitar un espacio deportivo en donde se reconozca al sujeto no sólo como un aprendiz, sino como un ser humano integrado, es de vital importancia. En el presente estudio se encontró que todas las categorías del bienestar psicológico se interrelacionan entre sí, encontrando que la diversidad funcional física es una condición

que viene marcada en la subjetividad de los participantes y se hace visible dentro del contexto deportivo, mediado por una historia de vida que especialmente está atravesada por la vivencia pre y post de un proceso de rehabilitación.

Con el fin de dar respuesta a la pregunta que orienta esta investigación, la cual está dirigida a identificar la contribución en el bienestar psicológico por la práctica de balonmano, se encontró en la interrelación que, el pensar en sí mismo es un proceso que está ligado a la autoaceptación y se movilizó en tres de los participantes, y está asociado a realizar cosas que antes no se hacían por la no aceptación a la vida pasada. En esta línea en las relaciones positivas con los demás, el contexto deportivo indujo a través de las dinámicas grupales a que la actitud fuera abierta, calidad y contribuyó para que tres de los participantes se abrieran a las relaciones interpersonales. En el dominio del entorno, se encontró que la elección de practicar un deporte es de carácter subjetivo y significó para todos los participantes controlar una amplia gama de actividades externas, las cuales están asociadas a aspectos del orden de lo vivencial. En cuanto a la autonomía, se encontró que todos los participantes significan que aquellos que requieren de más controles son aquellas personas con más dificultades para la autonomía, es decir, que la independencia que significan los participantes está arraigada al control de su salud. Así mismo, el propósito de vida a través de la vinculación a la fundación, produjo en los participantes tener tiempo disponible para realizar actividades que generan placer en sí mismos, que estuvo atravesada por unos deseos del orden de lo subjetivo para cambiar esa situación, orientada a culminar su escolaridad, realizar cursos y competir internacionalmente en el deporte. En conclusión, según lo expresado por los participantes de acuerdo al bienestar global, los resultados indican que los sujetos que inician una práctica deportiva expresan un mayor bienestar psicológico, lo anterior refiere los aportes en cada dimensión por realizar la práctica de balonmano; así, se encuentra una relación con la investigación de Medina, Chamorro, Y Parrado (2013) quienes arrojan que los sujetos con la idea que su estilo de vida es activo y que incorpora actividad física y deportiva contribuye a una mayor calidad de vida y bienestar, incluso en sujetos con discapacidad grave.

Si bien el presente estudio apuntó a explorar sobre la contribución por una práctica deportiva, se encontró que los sujetos participantes evidenciaron diferencias no significativas por practicar un deporte en función del trabajo y las relaciones de pareja, por el contrario el hallazgo refiere que el malestar psicológico aumenta por estos dos factores. Por eso, para ahondar en estos estudios, se sugiere continuar con investigaciones sobre el tema, pensando en la integración del modelo de bienestar

psicológico junto a constructos como la sexualidad, la autoestima, el proyecto de vida, la relación de pareja, la calidad de vida y la corporalidad. Teniendo en cuenta que estos encuentran relacionados con una condición particular, con la historia de vida de los sujetos, las cuales se encuentran en diferentes fases. Se considera la importancia de que próximas investigaciones también indaguen sobre la trayectoria del tiempo transcurrido a partir de la lesión, ¿subjétivamente que implica iniciar una discapacidad adquirida? ¿Cuánto tiempo toma adaptarse a la discapacidad? realizar estudios de casos donde se explore esa cierta trayectoria, con el fin de comprender como subjétivamente ha significado la experiencia de la discapacidad, aclarando que cada vivencia es particular, según lo encontrado en el presente estudio. Además, importante resaltar que para próximas investigaciones se indague también con una población más extensa con el fin de que se consoliden los hallazgos encontrados en esta investigación.

En el presente estudio hay un solo caso donde la participante es una mujer. El caso de Ana, se evidencia a través de su discurso inicial una disminución de bienestar en la mayoría de las categorías que se configuraba en el imaginario del “no poder”, después de adquirir la práctica deportiva la contribución en esta participante se dio a través del empoderamiento, al abrirse a las relaciones personales, al aumento en el control de su medio, al aprender a manejar la silla deportiva, a salir a rodar por la calle, ampliar sus metas en cuanto al estudio, el cuidado de su apariencia física, encontrando que la interrelación de cada categoría permite como resultado una mejora a nivel de su bienestar psicológico. De acuerdo a que la práctica la realizó junto a hombres, se sugiere que otros estudios exploren sobre este aspecto, si este es lugar de la mujer ¿cuál es del hombre? ¿Cómo se

invierte la feminidad de una mujer con diversidad funcional física adquirida en el espacio deportivo? ¿Cómo les permite afirmarse y ponerse en un lugar distinto frente al mundo? Esto se considera importante porque se aduce que quizás la práctica deportiva no cumple un mismo efecto en la mujer que en el hombre.

Para finalizar, este estudio invita inicialmente a una ampliación del panorama de la Psicología del Deporte, pues si bien es cierto desde este campo se ha indagado desde su tradición en aspectos relacionados al rendimiento deportivo y específicamente en población convencional. Sin embargo, no es muy común que desde este campo se indague con población con diversidad funcional en los aspectos subjetivos que surgen al ingresar a un contexto deportivo. Se invita a la psicología a pensarse otros espacios de intervención que pueden surgir en Fundaciones, instituciones y con poblaciones en estratos socioeconómicos vulnerados, con el fin de promover programas, espacios de psicoeducación, escucha e integración, desde investigaciones cualitativas con el fin de reconocer el impacto del contexto deportivo en la subjetividad de cada sujeto.

Agradecimientos

Se agradece inicialmente a la Fundación FUNDESD por la oportunidad brindada de implementar el proyecto. A su director, Elías Doncel, quien me permitió hacer parte de ello. En especial, agradecimiento a los integrantes de la Fundación por su cálido recibimiento, por su disposición y disponibilidad para el desarrollo de esta investigación, esencialmente, por permitirme conocer un gran segmento de sus vidas.

Referencias

- Contreras, F; & Esguerra, G. (2006) Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 2(2), 311-319. Recuperado el día de diciembre del 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920210>
- Dane. (2012) CENSO. Recuperado el día 18 de enero del 2015 de: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-registros-vitales/discapacidad/119-demograficas/discapacidad/2848-discapacidad-por-departamentos>
- Ferrante, C; & Ferreira, M. (2011) Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Revista sociológica de pensamiento crítico*, 5(2), 85-101. Recuperado en febrero de 2014 de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://scholarlyexchange.org/ojs/index.php/InterSoc/article/download/8888/6229>
- (2012). Luchas simbólicas en la definición del cuerpo discapacitado legítimo en el origen e institucionalización del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 9, 38-51. Recuperado de:
- (2013). Cuerpo, deporte y discapacidad motriz en la Ciudad de Buenos Aires. Tensiones entre la reproducción y el cuestionamiento a la dominación, *Revista Española de Discapacidad*, 1, 159-178.
- Hagger, M; & Chatzisarantis, N. (2008) Self-determination Theory and the psychology of exercise. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 1(1), 79-103. DOI: 10.1080/17509840701827437
- Leeuwen, C; Post, M; Woude, L; Groot, S; Smit, C; Kuppevelt, D; & Lindeman, E. (2012) Changes in life satisfaction in persons with spinal cord injury during and after inpatient rehabilitation: adaptation or measurement bias. *Qual Life Res*, 21(1), 499-1508. Recuperado el día 26 de junio del 2015 de: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-011-0073-7>
- Medina, J. Chamarro, & E. Parrado (2013) Efecto del deporte en el bienestar psicológico de las personas con gran discapacidad física de origen neurológico. *Revista Rehabilitación*, 47(1), 1-10. Recuperado el de septiembre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2012.10.006>
- Molero, F; Ferrero, S; García, C; & Fernández, I. (2013) La relación entre la discriminación percibida y el balance afectivo en personas con discapacidad física: el papel mediador del dominio del entorno. *Acta colombiana de psicología*. 16(1). 35-42. Recuperado de: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_11621_v16-n1-art3.%2016%20No1.pdf
- Núñez, L., León, J., González, V., & Martín-Albo, J. (2011). Propuesta de un modelo explicativo del bienestar psicológico en el contexto deportivo. (Spanish). *Revista De Psicología Del Deporte*, 20(1), 223-242.
- Solano, A. (2009) El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 66(23,3), 43-72. Recuperado el día 1 de enero del 2015 de: http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587233.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011) Informe Mundial sobre la discapacidad. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Palacios, A; & Romañach, J. (2008) El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. 2(2), 37-47. Recuperado el 06 agosto del 2014 de: <http://www.intersticios.es>
- Rivas, C., Romero, A., Pérez-Llantada, M. d. C., López de la Llave, A., Pourtau, M., Molina, I., González, J. & Garcia-Mas, A. (2012). Bienestar psicológico, salud general, autonomía percibida y lesiones en futbolistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2) 365-371. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235126897017>
- Ryff, C. (1989) Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sandoval, C. (1996). Investigación cualitativa. Bogotá Colombia. ISBN: 958-9329-18-7. Recuperado de <http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/DisenoInvestigacion.pdf>
- Waterman, A. (1993) Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. DOI: 10.1037/0022-3514.64.4.678

GLOBAL  KNOWLEDGE
ACADEMICS



ISSN: 2254-5859