

RESERVA

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Psicología

M
74331
133
C.L

**FUNCIONAMIENTO PSICOLOGICO DE PERSONAS QUE USAN PROTESIS
OCULAR: DESCRIPCION Y TRATAMIENTO**

**Tesis para Optar al Título de Psicóloga
y al Grado Académico de Licenciada en Psicología**

Por:

**Paulina Pérez Herrera
Moira Searle Villanueva
Claudia Urzúa Urzúa**



**Profesor Patrocinante:
Francisco Ugalde Bilbao**

Diciembre, 1998

Reconocimientos

Agradecemos su colaboración y disposición a los usuarios de prótesis ocular que participaron en este estudio, como también al personal del Laboratorio Carlos Hammersley, quienes contribuyeron cordialmente a la realización de las diversas actividades planificadas para llevar a cabo esta investigación.

Damos gracias también a los auxiliares y secretarias de la Escuela de Psicología y del centro de Psicología Aplicada por su disposición y facilitación de nuestro trabajo.

No podemos dejar pasar esta oportunidad para agradecer el constante apoyo y ayuda incondicional de nuestros queridos amigos.

Finalmente agradecemos a las profesoras Liliana Contreras y Blanca Ortiz de Zúñiga por su contribución. Destacamos en especial, el ejemplar apoyo, paciencia, disposición y grata supervisión del Ps. Ph. D. Francisco Ugalde Bilbao, profesor patrocinante de esta Tesis.

Claudia, Moira y Paulina.

Dedicamos nuestro trabajo a nuestras familias y especialmente a nuestros padres y esposos por su lealtad, confianza y paciencia en este largo proceso de crecimiento y realización personal.

Claudia, Moira y Paulina.

"Los grandes son los pequeños..... que se corrigen".

Indice

Resumen	
I. Introducción.....	1
1.1 Antecedentes Conceptuales.....	3
1.2 Antecedentes Empíricos.....	16
II. Formulación del Problema.....	26
III. Objetivos	27
IV. Método	28
4.1 Participantes.....	28
4.2 Escenario.....	30
4.3 Definición de Variables.....	30
4.4 Instrumentos de Medición.....	34
4.5 Intervención Cognitivo Conductual	38
4.6 Tipo de Investigación.....	43
4.7 Diseño de investigación.....	43
4.8 Procedimiento General.....	44
V. Análisis de Resultados.....	47
VI. Conclusiones.....	76
VII. Discusión General.....	78
VIII. Referencias.....	85
IX. Anexos.....	93

I. Introducción

Para obtener información de nuestro entorno, poder percibirlo y relacionarnos con él, necesitamos de un código organizado de información que descansa en los órganos de los sentidos (Ramírez, 1982).

Es clásico citar a éstos: vista, oído, olfato, gusto y tacto. A su vez, se pueden dividir en sentidos “comunicativos” y sentidos “individuales”. Los sentidos comunicativos son la vista y el oído. Ordenan las relaciones entre las personas y permiten que el individuo sea informado de la realidad que le sucede. Prácticamente estamos inmersos en un universo de señales ópticas y acústicas.

Dentro de éstos sentidos denominados comunicativos, la visión tiene una función inmediata. Supone una información de urgencia del aspecto exterior de lo que nos rodea y previene de los peligros en el momento en que aparecen.

La visión es un proceso complejo a través del cual captamos, por medio de imágenes, toda la inmensa variedad y belleza del universo. Gracias a la vista podemos conocer tanto las dimensiones físicas de los objetos (forma, tamaño, color, luminosidad, etc.) como su lugar en el espacio (posición, movimiento, distancia, etc.), así como las características físicas del espacio mismo. La enorme importancia adaptativa de la visión suele ser minimizada por aquellas personas que no padecen ningún tipo de trastorno visual, aunque para hacerse una idea adecuada de la diferencia basta conocer las graves consecuencias conductuales que acarrea su pérdida o alteración.

La adaptación individual a una deficiencia visual varía de acuerdo a: la edad en la cual se presenta, factores de personalidad, la educación y los recursos económicos. (Ramírez, 1982)

Por ejemplo, una persona de mayor edad puede aceptar una deficiencia visual de mejor manera que una persona joven, ya que para este último el impacto vocacional o social de la pérdida a menudo es catastrófico. Por esto el equipo profesional tratante debería mantenerse alerta frente a las reacciones depresivas que puedan presentarse, siendo de especial importancia ayudar a la persona a adaptarse a su deficiencia visual (Vaughan, Asbury y Tabbara, 1991).

En efecto, se hace evidente que cualquier defecto alterará a la persona en diversos niveles, algunos de los cuales tienen implicancias tanto personales como sociales. Es así, como en muchos casos aparece una sobreprotección de la persona disminuida, la cual incrementa un desequilibrio emotivo e intelectual y favorece el aislamiento (Ramírez, 1982).

Dentro de las deficiencias visuales, las que pueden ser totales o parciales, se encuentra la monovisión. La monovisión implica visión unilateral, es decir, son personas que han perdido un 50% de su visión total, y sumado a esto, han perdido la capacidad de percibir los estímulos visuales en forma tridimensional.

Algunas de estas personas que presentan monovisión, usan prótesis en su ojo afectado. Dicha prótesis sólo tiene fines estéticos. Esta condición tal vez sea beneficiosa para las personas usuarias de prótesis ocular, ya que les permitiría poseer una mejor autoimagen, y por tanto, más seguridad y confianza en sí mismos. Todo esto podría repercutir en las relaciones interpersonales, y por lo tanto, la prótesis ocular vendría a ser un alivio para estas personas mejorando así su calidad de vida.

Sin embargo, no se debe olvidar que a la base y como condición crónica e irreversible está la monovisión, la cual sigue siendo una deficiencia visual. Además, lamentablemente aún no existe una tecnología que permita fabricar prótesis oculares

exactas al ojo sano, por lo tanto, esta condición es deficiente en su aspecto estético y funcional. Por esta razón, en esta investigación cuando se refiera a personas que usan prótesis ocular, se estará considerando la monovisión con su problemática a la base.

Es así como la información proporcionada por especialistas que trabajan con pacientes con prótesis ocular en la V Región, nos corrobora que ellos tienen problemas en el ámbito psicosocial, como lo es con relación al control de sus emociones, agresividad, depresión y sentimientos de culpa principalmente en los padres cuando el paciente es un niño.

1.1 Antecedentes Conceptuales

Según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (C.I.D.D.M.) de la Organización Mundial de la Salud (1980), se define *deficiencia* como: toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y refleja perturbaciones al nivel del órgano. Esta puede deberse a enfermedades, traumatismos, infecciones, alteraciones congénitas, factores genéticos, etc., dándose, por lo tanto, de forma repentina o gradual, variando así las consecuencias y formas de afrontamiento de esta situación de quienes la presentan. (Verdugo, 1995)

Una *discapacidad* es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera

normal para un ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o estacionarios. La discapacidad puede surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. (Verdugo, 1995)

Así mismo, la C.I.D.D.M., define *minusvalía* como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales). La minusvalía esta en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas de este mismo o del grupo en concreto al que pertenece. La minusvalía representa la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales, que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad. (Verdugo, 1995)

Así es como la pérdida de visión de un ojo estaría considerado como una deficiencia, ya que habría una pérdida permanente de la estructura de un órgano (ojo). A través de la presente investigación se pretende evaluar hasta qué punto las personas usuarias de prótesis ocular presentan discapacidad y /o minusvalía como producto de esta deficiencia. Al respecto, un ejemplo de discapacidad es que la persona usuaria de prótesis no pueda conducir su automóvil, y de minusvalía es que esta persona pierda su empleo de guardia de seguridad, debido a su condición.

Las personas con una deficiencia y/o discapacidad pasan por un proceso de adaptación a su nueva condición, la que puede ser temporal o crónica. En este contexto, es recomendable que quienes se encuentren en esta situación formen parte de un proceso de rehabilitación, el que brindado por un equipo de especialistas favorecerá cambios positivos en sus niveles de independencia, productividad y ajuste psicosocial.

Se entenderá por rehabilitación a:

“Un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental, y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida” (Verdugo, 1995, pág. 24).

Este proceso abarca dos aspectos complementarios: médico y psicosocial. La rehabilitación médica tiende a reducir las deficiencias debidas a las diversas lesiones y a restaurar un funcionamiento óptimo de la persona. La rehabilitación psicosocial sigue un camino más educativo, y persigue que la persona viva tan plenamente como sea posible dentro de su ambiente habitual (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades, y Minusvalía 1980).

De esta manera la rehabilitación no es tarea ligada a una profesión particular, al contrario, requiere colaboración transdisciplinaria. El proceso global de rehabilitación necesita intervenciones diversas: en el ámbito médico, requiere de médicos de distintas especialidades; en el ámbito psicosocial: kinesiterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, enfermeros, consejeros vocacionales y trabajadores sociales, donde además de centrarse en la persona afectada, también abordan su ambiente familiar, profesional y social (Verdugo, 1995). La base institucional para facilitar los servicios de

rehabilitación, puede ser amplia: hospitales, comunidades especiales, centros socio-médico-psicológicos para el diagnóstico y tratamientos adecuados, los propios hogares y el ambiente natural.

En el área de los trastornos oftalmológicos y visuales, como en cualquiera de las demás áreas de aplicación de la Medicina Conductual/Psicología de la Salud, la interacción entre las disciplinas biomédicas, comportamentales y sociales ha generado tanto una mejora en la concepción misma de los problemas como el desarrollo de nuevas estrategias para la evaluación, tratamiento y prevención de los mismos. Así, en el ámbito conductual, se va descubriendo progresivamente el importante papel que variables ambientales y conductuales tienen en la génesis y mantenimiento de este tipo de trastornos, mientras que en el ámbito de intervención clínica, la introducción de procedimientos conductuales está propiciando el desarrollo de programas de tratamiento lo suficientemente efectivos como para constituir una adecuada alternativa a las estrategias convencionales de intervención. Éstas están enfocadas a tres grandes áreas: el control del estrés, el aprendizaje o eliminación de comportamientos habituales que favorecen o perjudican la salud, y la modificación o alivio de alteraciones de carácter biopsicosocial. (Buceta y Bueno, 1990)

Dentro del campo de la salud se han realizado distintos programas de intervención cognitivo-conductual, algunos de ellos destinados al aumento de la salud y la prevención primaria y secundaria de la enfermedad; intervención sobre las dificultades para hablar en público, intervención sobre el patrón de conducta Tipo A, programa para la preparación a la hospitalización infantil, evaluación y tratamiento de la obesidad y terapia de conducta en la drogadicción. Otros programas de intervención dirigidos a la modificación de alteraciones diversas de la salud tienen relación con:

tratamiento de la miopía, tratamiento comportamental del asma bronquial, tratamiento conductual del estreñimiento crónico, modificación comportamental del síndrome del intestino irritable, programas de modificación de conducta para el tratamiento de la anorexia nerviosa y contribución psicológica al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Por último, se han realizado programas de intervención para la prevención terciaria, entre los que se incluyen: programa de intervención en niños con cáncer, programas de intervención para la rehabilitación de pacientes postinfarto de miocardio, y finalmente intervención psicológica en pacientes con V.I.H.+ (Buceta y Bueno, 1990).

Deficiencias Visuales

En los países desarrollados, la mayoría de las deficiencias visuales son producidas por alteraciones oculares o por enfermedades metabólicas que afectan al ojo, como desprendimiento de retina, glaucoma y cataratas. Según el E.D.I.S. (1986), entre las causas más importantes de ceguera de los afiliados a la Organización Nacional de Ciegos de España (O.N.C.E.) se encuentran los accidentes y traumatismos (15%), cataratas (10,5%), glaucoma (8,5%) y neuritis óptica (7,9%).

Monovisión

Entre las deficiencias visuales se encuentra la monovisión. La persona que presenta monovisión es aquella que tiene visión en un solo ojo, mientras que el ojo afectado puede o no permanecer en su cavidad. Al respecto, es el oftalmólogo quien determina si es o no necesaria la cirugía para extraer el globo ocular. Posteriormente, si se hace efectiva la cirugía, la persona está en condiciones de usar una prótesis en la cavidad ocular, para lo cual debe acudir a un especialista en esta área.

Los usuarios de prótesis ocular al acudir a su confección y adaptación, depositan su confianza en quien realiza este trabajo, tratando un problema que les resulta negativo y que les dificulta su relación con las demás personas.

Las personas que fabrican y adaptan la prótesis ocular (protesistas), dedican esfuerzos al objetivo de generar confianza en el usuario. Al respecto, Navarro y Hammersley (1996) señalan:

“En la primera visita a nuestro gabinete de adaptación, el paciente de prótesis llega con mucho temor a lo desconocido, por lo que debemos poseer sólidos conocimientos técnicos, un amplio criterio profesional y comprender el *problema psicológico* que presenta este paciente” (pág. 34).

Además, los protesistas aprenden de los pacientes conociendo de sus experiencias, tratando de comprender la situación difícil por la que atraviesan e intentando transmitir la solución a otros usuarios con similares problemas. En este ámbito, Navarro y Hammersley (1996) dicen:

“Yo siempre digo que nosotros los contactólogos utilizamos una *psicología casera*, porque no estudiamos para ello; realizamos la charla previa sobre la base de la experiencia y el conocimiento humano, creando un clima de confianza a través del diálogo, obteniendo buenos resultados aunque, la asistencia de un terapeuta contribuye para una mejor aceptación de la prótesis” (pág.39).

Además de la confianza que brinda el protesista, debe enseñarle al portador de prótesis el manejo de ésta. El paciente debe saber que la prótesis necesita aseo diario y recambio periódico, aproximadamente cada 5 años. Debe saber que la infección

crónica va a tener como consecuencia una retracción irreversible de su cavidad y que ello constituye una seria complicación (Kocksch, 1995).

Específicamente en el caso de los niños, resulta fundamental la primera entrevista debido a la ansiedad y al desconocimiento por parte del paciente y de su familia. Con estos pacientes, Navarro y Hammersley (1996) aconsejan:

“La paciencia debe ser la característica principal del adaptador y concretar exitosamente la tarea explicando claramente el proceso a los padres y recomendar la asistencia terapéutica para recuperarse en el menor tiempo posible”. (Pág. 40).

Causas de Pérdida del Globo Ocular

Navarro y Hammersley, (1996), hacen la siguiente clasificación de las causas de la pérdida del globo ocular:

1. Tumores. Pueden afectar la retina, la coroides, la órbita o los párpados. Los que merecen mayor atención son los malignos intraoculares, más que por su frecuencia, por su gravedad. Entre estos encontramos el retinoblastoma en el niño y el melanoma maligno de la coroides en el adulto.

Retinoblastoma: Es un tumor primitivo, congénito, muy maligno, y que puede originarse en cualquiera de las dos capas nucleares de la retina. Existe un fuerte contenido hereditario. El retinoblastoma aparece en los primeros años de vida. La edad promedio es de 2 años; es raro por encima de los 5 años, y excepcional después de los 10 años de edad.

Es importante saber que el tumor es bilateral en el 25% de los casos. Esta bilateralidad obedece no a la propagación de un ojo a otro, sino a que existen muchos focos de origen simultáneos. Debido a la edad de las personas afectadas, la

enfermedad sólo se reconoce cuando el tumor ha alcanzado cierto desarrollo. Se acostumbra a dividir su evolución, por razones didácticas, en 4 etapas o estadios:

A) Estadio del Ojo de Gato Amaurótico: Los padres notan en el ojo de su pequeño un reflejo blanco amarillento, como el que exhiben los gatos en la oscuridad, causado por reflexión de la luz sobre la superficie blanca y opaca del tumor. El ojo además es ciego, es decir, amaurótico. Si el tumor nace en la zona macular la visión se afecta precozmente y, por lo tanto, la primera manifestación puede ser un estrabismo convergente.

B) Estadio del Glaucoma Secundario: El tumor, en su continuo crecimiento, termina por provocar fenómenos inflamatorios. El ojo está hipertenso, rojo y doloroso, y si estos síntomas se mantienen por algún tiempo puede determinar el agrandamiento universal del globo ocular.

C) Estadio del Desarrollo Extraocular. El retinoblastoma tiene predilección por invadir y propagarse a lo largo del nervio óptico. La coroides, debido a su rica red vascular, le ofrece nutrición adecuada y suficiente, por lo cual también está invadida; desde esta membrana alcanza la esclera, terminando por perforar el globo ocular. En ambas situaciones el tumor se hace extraocular y crece rápidamente por entre los párpados. Esto da a los niños no tratados un feo aspecto, especialmente en los casos bilaterales.

D) Período de la Metástasis: Siguiendo el nervio óptico, el tumor alcanza la cavidad endocraneana; esta es la causa más común de muerte. El retinoblastoma se trata de un tumor altamente maligno, que se disemina profundamente por la vía sanguínea. Se han señalado metástasis en los huesos, en las vísceras y en los gangleos linfáticos.

Melanoma Maligno de la Coroides: Es el tumor maligno intraocular más frecuente del adulto, especialmente entre 40 y 60 años. El curso es muy variado, y las metástasis pueden presentarse en cualquier etapa y ser numerosas antes de sospecharse siquiera trastorno ocular alguno.

Knapp (en Navarro y Hammersley, 1996) con fines descriptivos plantea la evolución en 4 etapas; es importante reconocer que esta descripción puede aplicarse a muchos tumores, pero no a todos:

A) *Período Oftalmoscópico:* En esta etapa la persona consulta inmediatamente a su oculista por una pérdida de la visión central muy marcada. En el fondo del ojo se aprecia una masa saliente de color gris oscuro o gris rojizo. No es raro que en este período se observe simultáneamente un desprendimiento de retina.

B) *Período del Glaucoma Secundario:* Aquí se producen fenómenos inflamatorios. Esta etapa es probablemente la más difícil de diagnosticar en la evolución del tumor.

C) *Estadio de la propagación Extraocular:* A esta altura de la evolución, y a veces antes, el tumor se exterioriza sobre la superficie del globo ocular, a modo de pequeñas formaciones oscuras que crecen rápidamente.

D) *Período de la Metástasis:* Las metástasis pueden representar la primera manifestación ostensible de la enfermedad. Éstas pueden observarse cuando el tumor primitivo es tan insignificante que todavía no ha llamado la atención de la persona afectada.

En estos últimos años se ha suscitado una verdadera polémica entre los partidarios de la enucleación precoz del melanoma maligno de la coroides, y aquellos que sostienen que es preferible su postergación, pues las maniobras propias del acto

quirúrgico favorecerían grandemente la movilización de las células malignas y, por consiguiente, posibilidad de metástasis ausentes hasta ese momento.

2. Traumatismos Oculares. Según estadísticas publicadas en la revista Archivos Chilenos de Oftalmología, en 1990 en la asistencia pública se atendieron a 48.965 consultas con 397 intervenciones quirúrgicas, de los cuales el 65% era por trauma ocular (Charlín, 1993).

Estudios internacionales recientes establecen que la incidencia anual del trauma ocular que requiere asistencia especializada, oscila entre 423 y 975 por 100.000 habitantes, con un 12% de las hospitalizaciones oftalmológicas.

The National Society to Prevent Blindness de EEUU, estimó que el 55% de los ojos con trauma pertenecen a menores de 25 años, siendo ésta una de las principales causas de ceguera en el mundo, lo que implica un elevado gasto económico y social (Charlín, 1993).

Los traumatismos oculares pueden deberse a diversos factores, entre ellos:

- Accidente Automovilístico
- Juegos Infantiles
- Accidentes Domésticos
- Trabajos de Campo o con Riesgos
- Riñas
- Deportes y otros

Se debe también considerar que muchos de los accidentes que ocasionan la pérdida de la visión suceden en la niñez. Estos pueden suceder por negligencia o descuido de los adultos, falta de prevención en el cuidado de la visión, desacato de indicaciones médicas o por causas imposibles de prevenir (tumores). Aunque la energía

y travesuras de los niños son difíciles de controlar, es importante tomar conciencia de las consecuencias que los descuidos de los padres pueden acarrear. En el caso de los accidentes de trabajo, estos se pueden prevenir en gran medida con el uso de anteojos protectores.

3. Infecciones Oculares Supuradas. Pueden originarse en el seno del organismo o ser de causa externa. La infección exógena se produce por heridas penetrantes, como en las operaciones, traumatismos y úlceras corneales perforantes; o por penetración de agentes infectantes a través de cicatrices corneales o esclerales. La infección endógena puede ser consecuencia de metástasis hematógenas, embolia séptica, enfermedades infecciosas generales, extensión directa de una celulitis orbitaria o una meningitis meningocócica y otras causas. Los microorganismos más a menudo causales son el estafilococo dorado, pseudomonas aeruginosa y los estreptococos. En raras ocasiones, se trata de neumococos, bacillus subtilis, diversos hongos y algunos bacilos que producen gases.

La endoftalmitis y la panoftalmitis, también conocidas como uveítis purulenta, siguen a menudo a los traumatismos que afectan al globo ocular. El resultado de éstas es un ojo ciego, arrugado y degenerado, es decir, se produce la atrofia del globo ocular.

Tanto los tumores, traumatismos, como las infecciones oculares pueden derivar en el uso de prótesis ocular.

Prótesis Oculares

Las prótesis oculares tienen como principal finalidad:

1. Resolver el problema estético de la falta de un ojo.
2. Ayudar a sobrellevar el trastorno psicológico que en la mayoría de los casos ocasiona la pérdida de un ojo.

3. Prevenir el hundimiento parpebral y restablecer los movimientos de los párpados.
4. Evitar que se deforme o se cierre total o parcialmente la cavidad orbitaria en especial en los niños, ya que el crecimiento de la misma se realiza por estímulo directo del globo.

Las personas que requieren usar una prótesis ocular acuden al especialista que adaptará la prótesis. En este contexto es primordial generar confianza en la persona, ya que se debe tener en cuenta que éstas confían un problema que les resulta negativo y les dificulta la relación con las demás personas. De esta manera es necesario basarse en un diálogo mutuo, haciéndolo sentir más cómodo al ser escuchado (Navarro y Hammersley, 1996).

Para usar una prótesis ocular previamente se debe hacer una cirugía, procedimiento que realiza el oftalmólogo, en la que se extrae el globo ocular (enucleación) o un segmento de éste (evisceración).

Al realizar una enucleación o evisceración, en ocasiones se introduce un implante cuya función es:

- a) Rellenar el espacio dejado por la extracción del globo ocular, y disminuir la sensación de vacío que experimenta el paciente.
- b) Permitir un mejor movimiento a la prótesis ocular y lograr más naturalidad en la adaptación.

El globo ocular de un adulto pesa en promedio 7.5 g. y ocupa, junto a su sistema suspensor, un volumen aproximado de 30 ml. en la órbita. En la evisceración, el sistema de suspensión no sufre alteraciones y la pérdida de volumen es menor. En una enucleación con implante se produce: déficit de 0.5 a 3 ml. y aumento de peso de 12.5 a 15g. En los casos en que no se coloca implante la situación es peor. Es por ello que

hoy en día se considera indispensable el uso de implantes en el momento de la cirugía o en forma secundaria, para evitar trastornos cosméticos a corto y largo plazo. Los implantes utilizados pueden ser de diferentes materiales:

1. Autólogos: Entre estos destaca el injerto dermograso, cuyas ventajas son: su fácil obtención, el costo nulo para el paciente y la ausencia de rechazo. Su mayor desventaja es la reabsorción parcial post operatoria.
2. Heterólogos: Los más comunes son el Polimetilmetacrilato (PMMA), el nylon y cauchos de siliconas. (Kocksch, 1995).

Materiales Utilizados en la Fabricación de Prótesis Ocular

Estas pueden ser de vidrio o de plástico (PMMA). Los ojos de vidrio requieren de gran habilidad para su realización, son frágiles y no se pueden modificar con facilidad. Son más costosos que las de PMMA y su deterioro se produce con mayor rapidez, produciéndose su decoloración. Tienen también como inconveniente que las secreciones orbitales los afecta con gran facilidad generando aspereza y resquebrajamiento con la inherente irritación, además de que ante un brusco cambio de temperatura pueden estallar dentro de la cavidad orbital.

En nuestro país no se comercializan prótesis de vidrio desde hace aproximadamente 20 años; pero hay algunos técnicos que las utilizan como moldes de prueba. (Navarro y Hammersley, 1996).

El acrílico, presenta diversas cualidades por sobre el vidrio. Entre ellas podemos destacar: su capacidad de resistencia a los impactos producidos por caídas (son irrompibles); se pueden modificar disminuyendo o aumentando su tamaño; tienen mayor facilidad para pulir las superficies y obtener el brillo y aspecto natural deseado; por su estructura permite que el color original también pueda ser modificado, realizando lo que

se denomina un repintado; el menor peso del PMMA; la disminución de una de las molestias más comunes que presentan estos pacientes que es aparición de secreción, la que suele ser producida por la acumulación de lágrimas que se descomponen al no poder fluir naturalmente, o por otro tipo de infecciones.

Tipos de Prótesis Oculares

1. *Prótesis Ocular Doble o Simple:* Su nombre está dado por su espesor y su forma de fabricación. Se realiza a partir de un iris pintado a mano sobre cartulina especial. Se adapta mayormente en los casos de enucleación y su cuerpo depende de la profundidad de la cavidad orbitaria y permite la apertura correcta de los párpados.

2. *Cascarillas Cosméticas:* Estas difieren de las anteriores en su espesor bien delgado y son pintadas sobre el mismo material.

A toda prótesis se le exigen ciertos detalles de tipo cosmético, entre los cuales encontramos los siguientes: a) Poseer un aspecto natural y ser copia fiel del ojo sano; b) Buena tolerancia; c) Movilidad máxima; d) Seguridad en que no se gire, desprenda o rompa en ningún momento.

1.2 Antecedentes Empíricos

Debido al escaso aporte empírico existente sobre el funcionamiento psicológico del usuario de prótesis ocular y sus necesidades en este ámbito, resulta interesante revisar bibliografía acerca de deficiencias y discapacidades físicas, así como también acerca de la rehabilitación dirigida a ellas.

Se consideran investigaciones realizadas con amputados por la similitud de ambas condiciones, como son: lo crónico e irreversible, lo súbito, y por su componente estético.

Amputados

Al revisar material sobre amputaciones resulta interesante el parecido con las cirugías de eviseración y/o enucleación, a personas usuarias de prótesis ocular. Ambas son situaciones crónicas y traumáticas.

Verdugo (1995) define amputación como: "Separación de un miembro o parte del mismo del resto del organismo mediante la exéresis parcial o total". (Pág.170). Analógicamente vemos que el tratamiento quirúrgico que reciben los usuarios de prótesis ocular es muy similar al de amputaciones, variando el lugar de la amputación hacia los ojos.

Walters, (1995) desde su perspectiva de enfermera, afirma que "una amputación es uno de los procedimientos quirúrgicos más amenazantes para los individuos. No sólo es potencialmente amenazante para la vida misma, sino también para la integridad psicológica del individuo". (Pág. 171)

Verdugo, (1995) señala sobre las consecuencias sociales de los amputados: "Pérdida de la capacidad funcional del miembro, que se puede compensar adecuadamente con el entrenamiento de los restantes y prótesis, siendo más efectivo cuanto antes comience y si tiene el apoyo del grupo familiar. Pérdida de la capacidad laboral si se utiliza el miembro amputado. Aislamiento social por falta de movilidad y "prejuicio estético", que actúa en el amputado por parte de la sociedad" (Pág. 171).

En el caso de la monovisión, también hay pérdida de la función del ojo, pero la prótesis ocular, a diferencia de las prótesis usadas después de la amputación, no supe la función del órgano, sirviendo solamente para fines estéticos.

Verdugo, (1995) se centra en el tiempo transcurrido desde la amputación como factor adicional de adaptación, indicando:

“No hay duda que la forma en que un paciente afronte un largo período de adaptación, depende del tiempo que se pase sin prótesis y sin andar. En consecuencia, parte del entusiasmo e interés por la colocación inmediata y temprana de la prótesis se debe a las ventajas psicológicas de que pueda andar pronto. Pero si uno se ve privado de la posibilidad de andar con una prótesis durante meses, las consecuencias psicológicas pueden ser bastante negativas” (pág. 173).

Sobre los factores influyentes en la forma e intensidad de las reacciones psicológicas, este mismo autor, los hace girar en torno a la “visión del paciente sobre su invalidez”, sus apreciaciones que no tienen por que ser realistas ni estar de acuerdo con las del staff médico. Tales factores son:

1. Función física: las consecuencias funcionales que prevea, lo que piense que podrá o no podrá hacer.
2. Comodidad: una prótesis cómoda es aquella cuyo grado de incomodidad no sobrepase los límites de la tolerancia.
3. Apariencia Externa: depende de la edad y sexo; en los niños el problema es mínimo; en la adolescencia se vuelve agudo; sigue siendo importante en la edad adulta; disminuyendo en la vejez.

4. Implicaciones Vocacionales y/o Económicas: peores reacciones si la amputación afecta a la situación económica y/o laboral.

5. Relaciones Sociales: se verán afectadas en la medida en que el individuo se sienta rechazado.

Gerhards, Florin y Knapp, citados por Verdugo (1995) realizaron una investigación sobre variables predictoras de resultados de rehabilitación en amputados. En este estudio los datos indicaron que los amputados de la muestra tienen que afrontar un alto grado de dolor; un alto porcentaje parece estar deprimido y descontento con la vida; muchos de ellos piensan que sin la amputación estarían más satisfechos, lo cual es corroborado por sus compañeros (as), un alto porcentaje de los (as) cuales relata estar –debido a la amputación de su compañero(a)- estresados (as) por tener que realizar frecuentemente trabajo físico extra y por sentirse estorbados(as) para desarrollar actividades sociales que desean; De este modo, el resultado de la rehabilitación parece haber sido más bien pobre para muchos. Los resultados obtenidos del análisis discriminante indican que el éxito o fracaso de la rehabilitación no parece estar determinado por una única variable, sino que existen una serie de factores de riesgo cuya combinación puede incrementar la probabilidad de rehabilitación insatisfactoria. Tales factores de riesgo son:

- Integración social pobre (previa a la amputación).
- Introversión y aislamiento (previos).
- Escasa actividad atlética (previa).
- Bajo nivel de riesgo (previo).
- Atribuir a fallos de otros la causa de la amputación.

- No comprensión, previa o inmediatamente posterior, de la necesidad de la amputación.
- Carecer de una persona en quien confiar los problemas personales.
- Haber sufrido varias reamputaciones.
- Largo tiempo transcurrido entre amputaciones y de la adaptación a la prótesis.
- Baja movilidad, es decir, escasa realización cuantitativa de ambulación.

Como puede apreciarse, se trata de un estudio complejo, con muchas pretensiones, que controla muchas variables, pero que introduce excesivas medidas subjetivas y que quizás por ello puede resultar menos decisivo, pero como señala el autor, es el mejor estudio que se conoce.

Intervenciones Terapéuticas

Desde otro ámbito, tampoco hay referencias acerca de intervenciones dirigidas específicamente a la rehabilitación psicológica de las personas que usan prótesis ocular. Por la misma razón, se describirán algunos procedimientos comprobados como efectivos, dirigidos principalmente al tratamiento de la autoestima, depresión, ansiedad y asertividad. Se darán a conocer los antecedentes empíricos enfocados a estas áreas de funcionamiento psicológico, debido a que serán las variables de estudio de la presente investigación, tanto en su primera fase, describiéndolas, como en su segunda fase, interviniendo una de ellas.

Ansiedad

Parece haber una clara evidencia de que hay un componente biológico que heredamos, una tendencia a la vulnerabilidad a estar ansiosos, que se expresa como una labilidad o reacción variable ante el estrés. También, parece haber un componente psicológico que aparece pronto en nuestras vidas. Podemos aprender esto de los

padres, de nuestra familia, de la experiencia; es decir, podemos desarrollar una sensación de incontrolabilidad, de impredecibilidad. Entonces, durante nuestras vidas, podemos experimentar acontecimientos y sucesos de la vida importantes que son estresantes, activándonos potentemente.

En psicoterapia, un área de enorme importancia en el tratamiento de la ansiedad, lo constituyen la terapia conductual en sus diversos métodos y la más reciente terapia cognitivo-conductual (Rojas, 1989).

La terapia conductual se basa en revertir el aprendizaje anómalo, donde esta conducta ha sido adquirida por un aprendizaje defectuoso e incorrecto. Las técnicas para llevar a cabo su eliminación son variadas, cada una con matices y derivaciones que se amoldan al caso en concreto.

Autoestima

Con respecto a la autoestima, las distorsiones cognitivas cumplen un importante papel. Estas distorsiones son instrumentos de la crítica patológica, lo que influye negativamente en la valoración de sí mismo. Éstas son en realidad malos hábitos: hábitos de pensamiento que se utilizan constantemente para interpretar la realidad de forma irreal. Las distorsiones pueden ser una cuestión de estilo, pueden basarse en creencias irreales firmes, pero no son ellas mismas creencias: son hábitos de pensar que le causan problemas al sujeto.

Las distorsiones son valorizantes: automáticamente aplican etiquetas a personas y cosas antes de que uno tenga oportunidad de evaluarlas, tienden a ser inexactas e imprecisas, tienen un alcance y aplicación invariablemente generales y no tienen en cuenta las circunstancias y características particulares. Sólo dejan ver un lado de la

cuestión, ofreciendo una imagen del mundo desequilibrada, y basándose en procesos emocionales en vez de racionales. (McKay y Fanning, 1991)

Las distorsiones cognitivas más comunes que afectan a la autoestima son: la hipergeneralización, la designación global, el filtrado, el pensamiento dicotómico, la autoacusación, el razonamiento emocional y la personalización, entre otras.

El combatir las distorsiones de pensamientos supone un compromiso a estar constantemente vigilante, esto es, el compromiso consigo mismo.

Asertividad

Las técnicas para el desarrollo de habilidades sociales pueden ser individuales o grupales. Entre las primeras se utiliza principalmente: el modelaje, reforzamiento positivo, ensayo conductual, reestructuración cognitiva, instrucciones y resolución de problemas. Estas técnicas pueden utilizarse por separado como combinadas. Cuando se utilizan combinadas se habla de un tratamiento multifacético, y maximizan en impacto, durabilidad y generalidad los efectos del tratamiento. (Hidalgo y Abarca, 1990)

Los entrenamientos con técnicas combinadas han sido aplicados exitosamente a una gran cantidad de personas con problemas interpersonales. Michelson y Wood (1980), enseñaron habilidades sociales a niños de cuarto básico, utilizando técnicas combinadas. Los resultados revelaron notorias mejorías después del entrenamiento en comparación con sujetos controles que participaron en discusiones sobre asertividad (Michelson y otros, 1983).

El abarcar distintas facetas en el entrenamiento es lo que hace efectivo el tratamiento. Como el sujeto realiza las conductas, el entrenador puede identificar las áreas que necesitan práctica y retroalimentación adicional.

El entrenamiento de la oposición asertiva se ha aplicado con éxitos a una amplia gama de personas. Entre los beneficiados se cuentan quienes experimentan dificultades de autoafirmación en ciertas situaciones. Sin embargo, independientemente de la población a la que se dirija, uno de los elementos clave del entrenamiento es identificar y centrarse en las situaciones relevantes para un determinado cliente o grupo de ellos (Jeffrey, 1992).

Dentro de la población de deficientes visuales, se han desarrollado programas de entrenamiento en asertividad, ya que numerosas investigaciones apuntan a que las personas con deficiencia visual se muestran demasiado pasivas y poco asertivas. Estos programas están dirigidos a que las personas con deficiencia visual puedan tener la oportunidad de conocer y practicar formas más positivas de expresar sus sentimientos, de conocer el impacto en el otro de mensajes verbales y no verbales, y de experimentar cómo su pasividad o su agresividad afecta a otros.

Los programas deben incluir los siguientes pasos: a) aumentar la concientización del sujeto de los muchos sentimientos que experimenta, b) ayudar a la persona a enfrentarse con los propios sentimientos sobre ellos mismos y sobre su deficiencia visual, y c) una vez que los sujetos son capaces de reconocer y expresar sus sentimientos, se puede comenzar el entrenamiento en asertividad, para el que es necesario incluir todos los componentes conductuales, tanto de la aceptación asertiva como de la oposición asertiva. (Verdugo, 1995)

Los estudios realizados dejan en evidencia la directa relación que existe entre el déficit de habilidades y sus respectivas consecuencias, lo que da cuenta del funcionamiento psicológico de las personas.

De acuerdo con Wolpe (1973), los individuos que carecen de habilidades sociales, desarrollan depresión como el resultado de la ansiedad producida por su pobre funcionamiento en situaciones interpersonales. Se desarrolló un programa que incluye modelamiento de habilidades apropiadas, juego de roles, reforzamiento, tareas para casa, que apuntaban al entrenamiento en habilidades efectivas, que se refiere al proceso de habilitar al cliente a obtener el máximo de refuerzo positivo desde el ambiente. Los clientes fueron enseñados a ser efectivamente asertivos y a tener gran control sobre las interacciones interpersonales, también fueron instruidos en métodos para facilitar la interacción con un gran número de individuos siendo capaces de reforzar a otros y de sentirse reforzado por otros. (Hersen y Bellack, 1995)

Posteriormente estos autores realizaron una modificación del programa de entrenamiento en habilidades para usarlo con ancianos visualmente impedidos. Dado el natural quiebre de las estructuras de soporte social en la vejez, combinado con el incremento necesario de la dependencia causada por la pérdida de la visión, niveles cercanos a lo "normal" de asertividad son usualmente no suficientes para proveer a estos individuos con refuerzo social y sentirse no deprimidos, por lo tanto, enseñando a estas personas a comportarse con alta asertividad a través del entrenamiento de habilidades específicas, la depresión debe ser reducida. Las conductas interpersonales efectivas incluyen: percepción e interacción de señales sociales, autopresentación, habilidad para tomar el rol de otros, conocimiento y uso de reglas de apropiadas conductas sociales, y la habilidad para proveer feedback a los otros. Las personas visualmente impedidas requieren alguna modificación en las técnicas normales de entrenamiento de habilidades, poniendo mayor énfasis en componentes verbales y un

menor énfasis en componentes no verbales de la comunicación como contacto ocular, postura y expresión facial. (Hersen y Bellack, 1995).

II. Formulación del Problema

Las personas que se ven afectadas por una deficiencia física crónica, como es el caso del usuario de prótesis ocular, presentan dificultades en su funcionamiento y adaptación psicosocial, lo que contribuye a un menoscabo de su calidad de vida.

Especial relevancia cobran aquellos problemas derivados de la dificultad de asumir y afrontar esta condición. Los médicos y otros profesionales que atienden a los usuarios de prótesis ocular, señalan que éstos manifiestan diversas necesidades de índole psicosocial y no siempre tienen acceso a un apoyo psicológico que les permita enfrentar de mejor forma su situación y desarrollar las habilidades requeridas para aminorar al máximo las consecuencias de sus limitaciones funcionales.

Considerando la escasez de antecedentes empíricos que aborden desde una perspectiva psicológica la problemática de estos pacientes, las autoras justifican la relevancia de esta investigación dirigida a describir cuáles son las principales implicancias psicológicas de personas con monovisión que usan prótesis ocular. Asimismo, se planteó realizar una intervención de cambio conductual enfocada a la variable de asertividad, favoreciendo así un proceso de rehabilitación que permita mejorar el funcionamiento psicosocial de la persona.

De acuerdo a lo anterior, para el presente estudio se formularon las siguientes preguntas de investigación:

- 2.1 *¿Cuáles son las características más relevantes de algunas áreas de funcionamiento psicológico en los usuarios de prótesis ocular?*
- 2.2 *¿Cuáles son las necesidades psicosociales que presentan los usuarios de prótesis ocular?*

2.3 *¿Es el tratamiento cognitivo-conductual una eficaz herramienta para la rehabilitación psicológica en la asertividad de estas personas?*

III. Objetivos

3.1 Objetivos Generales

1. Describir los niveles de ajuste psicológico y las necesidades psicosociales, en sus diferentes áreas de funcionamiento, de las personas con monovisión usuarias de prótesis ocular.
2. Realizar una intervención psicológica en el área de la asertividad en un usuario de prótesis ocular.

3.2 Objetivos Específicos

1. Sistematizar información descrita por especialistas, familiares y usuarios de prótesis ocular.
2. Identificar las categorías de conductas y actitudes que están afectando positiva y negativamente a los usuarios de prótesis ocular.
3. Describir la situación psicosocial actual de personas con monovisión usuarias de prótesis ocular.
4. Realizar una intervención psicológica, en el área de asertividad con el objetivo de mejorar la calidad de vida en estas personas.
5. Comprobar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual, orientada a desarrollar habilidades con relación a la asertividad de un paciente en situación de monovisión usuaria de prótesis ocular.

IV. Método

4.1 Participantes

Participaron en esta investigación pacientes, familiares y médicos tratantes de éstas personas que usan prótesis ocular y que se atienden en la óptica Carlos R. Hammersley de Viña del Mar.

Población. Los criterios para elegir a las personas que participaron en el estudio fueron los siguientes:

1. Presentar monovisión hace 4 años como máximo y en la actualidad ser usuario de prótesis ocular.
2. Edad: entre 18 y 60 años.
3. Que la decisión acerca de extraer el globo ocular haya sido de carácter inesperado, esto es, que no haya transcurrido más de una semana entre la indicación de cirugía y la realización de ésta. Las causas de la extracción del globo ocular son diversas: traumatismo, infección o glaucoma, entre otros.

Reclutamiento. En la primera fase de la investigación, las personas fueron voluntarios que asisten a controlar el uso de su prótesis ocular a la Optica Carlos R. Hammersley. Los especialistas que brindaron la información corresponden a los oftalmólogos que tratan el problema visual de estos pacientes. Por último, los familiares fueron aquellos dispuestos a colaborar voluntariamente, luego de haber sido invitados a participar en esta investigación.

En la segunda fase de esta investigación, a la persona participante se le informó en qué consiste el tratamiento, y cuál es su objetivo: entrenar habilidades sociales asertivas.

En ambas fases, la colaboración y compromiso del participante se explicitó en un contrato, siendo éste de entrega de información o terapéutico, según corresponda. El contrato, cuyo modelo se adjunta en el Anexo 1, estaba referido a los aspectos principales a realizar durante la investigación, como son: mediciones, asistencia a las citas o sesiones y responsabilidades tanto del terapeuta como del participante.

Muestra. Primeramente se aplicaron los instrumentos de medición a todos los asistentes a la Óptica Carlos R. Hammersley que cumplían con los tres requisitos anteriores.

En segunda instancia, se obtuvo información de familiares y especialistas que dieron cuenta de diversos aspectos observados en su relación con los usuarios de prótesis ocular.

Con este fin, se seleccionaron para participar en un grupo focal de conversación a:

- a) 8 sujetos con prótesis ocular (la cantidad estuvo sujeta a las posibilidades de este Centro);
- b) 8 familiares de los pacientes elegidos (entre hijos, pareja, amigos y sobrinos, cercanos al paciente) con deseos de colaborar en la investigación y mayores de 16 años;
- c) Entrevistas a 3 oftalmólogos que atiendan personas con prótesis ocular. Los requisitos de selección fueron estar trabajando con estas personas y dispuestos a colaborar. Se agregó a este grupo de especialistas un protesista ocular, que trabaja en el laboratorio óptico donde se realizó la investigación.

Durante la Fase N°2 de la investigación, la selección de la participante estuvo sujeta a los puntajes y mediciones específicas realizadas en el área de asertividad, así como también a su disposición a participar.

4.2 Escenario

La investigación se realizó en el Centro de Psicología Aplicada de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, que se ubica en la calle Errázuriz # 581 de la ciudad de Viña del Mar. Allí se brinda atención psicológica a personas de la comunidad que lo soliciten. Para efectos de la presente investigación se utilizó una sala con equipamiento de sistema Gesell, además de un box para efectuar atención individualizada. Las terapeutas que aplicaron las intervenciones fueron alumnas egresadas de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, quienes realizaron la presente investigación como tesis de grado para optar al título de Psicólogo.

4.3 Definición de Variables

La primera fase de la presente investigación, consideró describir las siguientes áreas de funcionamiento psicológico de los usuarios de prótesis ocular. Corresponden de esta manera, a variables descriptivas:

Variable (1): Autoestima

La evaluación que una persona hace de sí misma, es decir, una autoevaluación que implica expresar actitudes de aprobación o desaprobación, y señalar si la persona se considera capaz o no, significativa, exitosa y valiosa. El juicio de valoración personal se expresa en actitudes del individuo hacia sí mismo: sentimientos, emociones y cogniciones, autorreportes verbales y en otro tipo de comportamientos expresos y espontáneos (Coopersmith, 1967).

Esta variable fue medida a través del Test de Autoconcepto de Tennessee.

Variable (2): Asertividad

Capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentimientos de incomodidad. Existen 2 tipos de asertividad: la Oposición Asertiva y Aceptación Asertiva. En la oposición asertiva el individuo se opone a, o rechaza, la conducta o comentario inaceptable del antagonista. El propósito es comunicar de forma eficaz cuál es la postura y ofrecer al antagonista feedback específico sobre cómo es deseado que éste se comporte en el futuro. Aunque la respuesta asertiva se expresa de manera firme, clara y convincente, ni su tono, estilo y contexto verbal son hostiles. El objetivo de la oposición asertiva es comunicar de manera tranquila los sentimientos e invitar al antagonista a que modifique su conducta; no es descargar comentarios beligerantes sobre el otro.

Por su parte, la aceptación asertiva se refiere a la habilidad de un individuo para transmitir calidez y expresar cumplidos u opiniones a los demás cuando la conducta positiva de éstos lo justifique.

Esta variable fue medida a través de la Escala de Asertividad de Rathus.

Variable (3): Ansiedad

Corresponde al estado emocional displacentero orientado hacia el futuro, que supone una amenaza o peligro difuso, o bien la reacción es desproporcionada al estímulo que la evoca y que está asociado con manifestaciones cognitivas y somatofisiológicas. En la categoría somática, se incluyen los signos orgánicos internos (tensión en estómago, taquicardia, palpitaciones, etc.) o externos (sudoración, diarrea, temblor, etc.) asociados a tensión de los sistemas motor y autónomo.

Esta variable fue medida a través de la Escala de Ansiedad de Taylor.

Variable (4): Depresión

Es un modo peculiar y negativo que tiene el individuo de verse a sí mismo, así como sus experiencias y su futuro. Su organización cognitiva lleva un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas, señalándose la presencia de cambios en 5 áreas: síntomas afectivos, síntomas motivacionales, síntomas cognitivos, síntomas conductuales y síntomas fisiológicos (Beck, 1983).

Esta variable fue medida a través del Inventario de Depresión de Beck.

Variable (5): Áreas de Ajuste Psicosocial

La recolección de información por medio de grupos focales y entrevistas también apuntó a variables predeterminadas: productividad laboral, recreación, e intimidad sexual; estas fueron descritas por la muestra.

En la Fase N°2 de esta investigación, el diseño experimental consideró:

Variable Dependiente: Asertividad.

Se eligió dicha variable ya que existen numerosas investigaciones que afirman que el desarrollo social de personas con deficiencia visual cursa de forma diferente al de aquellas personas sin deficiencia visual. Es así como muchos adultos con esta deficiencia presentan déficits en componentes verbales y no verbales de habilidades sociales, como también presentan déficits en habilidades de comunicación efectiva que les permitan ser asertivos en las relaciones interpersonales. (Verdugo, 1995)

Dentro del grupo de personas con deficiencia visual existe, como ya se ha señalado, una gran variabilidad, lo que no permite establecer un patrón específico de desarrollo social en esta población ya que pueden existir diferentes factores que

influyen de forma diferencial en su desarrollo. De esta manera, no todas las personas con deficiencia visual presentan problemas de ajuste social, sin embargo, es recomendable y necesario un entrenamiento en componentes concretos de habilidades sociales para esta población. (Verdugo, 1995)

La variable asertividad ya se encuentra definida en la fase N°1. Para efectos experimentales, la medición de esta variable se realizó por medio de:

- a) Resultados de la Escala de Asertividad de Rathus (I.A.R.); obtenida en la fase anterior.
- b) Evaluación de Expertos.
- c) Desempeño Cuantificado de Tres Conductas.

Variable Independiente: Intervención Cognitivo Conductual.

Es una intervención diseñada para ayudar a la persona a identificar, contrastar y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas y las creencias irracionales. Es un procedimiento activo, de tiempo limitado y considerablemente estructurado.

Se incentiva a la persona a examinar los efectos de las cogniciones y creencias a través de las asignaciones de tareas específicas o de las experiencias graduales en vivo y/o imaginaria.

En la presente investigación, la intervención cognitivo conductual consistió en un protocolo de 9 sesiones de tratamiento y una sesión de seguimiento, que tuvieron una duración de 50 minutos cada una, administradas con una frecuencia de 3 veces por semana por las alumnas tesistas.

4.4 Instrumentos de Medición

Fase N° 1. En esta fase los instrumentos que se utilizaron son:

4.4.1 Grupo Focal de Conversación

Un grupo focal de conversación puede ser definido como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. (Krueger, 1991)

Una pareja de moderadores es responsable de conducir la discusión. Entre 8 y 10 son los participantes. Se formulan dos o tres temas fundamentales de conversación, estos deben reflejar la (s) dimensión (es) que se desea investigar. Las sesiones de conversación deben durar entre 90 y 120 minutos. Los moderadores tienen como principal tarea focalizar la atención de los participantes en sus sentimientos e ideas acerca de los temas en discusión. Los grupos focales pueden ser una herramienta muy conveniente para el investigador que está intentando “descubrir” o clarificar las dimensiones de un determinado fenómeno.

Se aplicó a grupos representativos de usuarios y familiares.

4.4.2 Entrevista Semiestructurada

Es un método de evaluación en que se elabora intencionalmente preguntas que abordan distintos temas que se quieran investigar. El entrevistado las responde, y a partir de ellas surgen nuevas interrogantes que permiten profundizar acerca de las variables en estudio.

Proporciona al terapeuta una evaluación preliminar de las características cognitivas, emocionales y conductuales de la persona (Caballo, 1991), ayudando a diagnosticar distintos trastornos que pueden estar presentes en el individuo.

Se aplicaron a especialistas, usuarios de prótesis y familiares.

4.4.3 Inventario de Depresión de Beck (I.D.B.)

Es un instrumento de autoinforme bastante utilizado en la práctica clínica por su brevedad y fácil administración. Está compuesto de 21 ítems, cada uno representativo de una categoría de síntomas y actitudes.

Las afirmaciones de cada ítem son categorizadas para reflejar el grado de severidad del síntoma, desde su ausencia (0 punto) a su máxima (3 puntos). La puntuación total fluctúa entre 0 a 63 puntos, a mayor puntaje mayor sintomatología depresiva. Los rangos de depresión son los siguientes:

- 0 - 9 = ausencia de depresión.
- 10 - 15 = trastorno suave del ánimo.
- 16 - 23 = depresión suave.
- 24 - 27 = depresión moderada.
- 28 - 63 = depresión grave.

Los antecedentes empíricos avalan un buen nivel de confiabilidad y validez del I.D.B., otorgándole un buen grado de seguridad en la aplicación del instrumento en estudios clínicos y diagnósticos.

4.4.4 Escala de Autoconcepto de Tennessee

Su objetivo es medir autoestima a través de 100 afirmaciones, cada una con 5 alternativas de respuestas, que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Los puntajes que miden el nivel de autoestima en general se agrupan en los siguientes rangos:

- 150 - 255 = extremadamente bajos.
- 256 - 325 = bajos.
- 326 - 373 = medios.

- 374 - 413 = altos.
- 414 - 450 = extremadamente altos.

4.4.5 Cuestionario de Ansiedad Manifiesta de Taylor (M.A.S.)

Esta escala evalúa síntomas de ansiedad a través de un autorreporte de manifestaciones somáticas, cognitivas y conductuales de la misma. Se compone de 48 afirmaciones, ante las cuales la persona contesta si son o no atingentes en su caso, mediante las alternativas verdadero o falso. El cuestionario se autoaplica con una mínima instrucción, en la que se solicita a la persona responder con honradez y en un plazo breve, es decir, sin profundizar en el análisis de las sentencias. A mayor puntaje mayor ansiedad. Los puntajes sobre 24 indican ansiedad significativa.

4.4.6 Inventario de Asertividad de Rathus (I.A.R.)

El I.A.R., fue elaborado por Rathus y comprende 30 ítems que presentan situaciones de la vida diaria que requieren de la realización de una conducta de oposición asertiva. Frente a cada uno de los ítems del I.A.R., se le pide a la persona que califique con una puntuación que va desde +3 a -3, es decir, desde "muy característico" a "definitivamente no característico" cada una de las situaciones planteadas en la prueba. Los sujetos que obtienen puntajes negativos son considerados no asertivos, a diferencia de los sujetos asertivos que obtienen puntajes positivos. Los puntajes máximos que se pueden obtener en esta escala, van desde -90, para un sujeto extremadamente no asertivos, a +90 para un sujeto extremadamente asertivo.

La confiabilidad "test-retest" del I.A.R. fue establecida por Rathus en 1973 alcanzó un 0,78 indicando una estabilidad entre moderada y alta, prácticamente idéntica si se le compara con el análisis de la confiabilidad por mitades que reportó una correlación de 0,77. (Rathus, 1973)

La validez del I.A.R. fue establecida por su autor en dos estudios publicados junto con el inventario, en el primero obtuvo un coeficiente de correlación que varió entre 0,61 y 0,33; en el segundo reportaron un coeficiente de correlación de 0,70, lo que indica que los puntajes del I.A.R. sirven como indicadores válidos de asertividad. (Rathus, 1973)

Este cuestionario se aplicó a los usuarios de prótesis ocular tanto en la fase descriptiva como en la fase de intervención. Se utilizó como medida pre y post tratamiento.

4.4.7 Listado de Conductas

Correspondió a una enumeración de conductas fraccionarias que son los componentes conductuales, en este caso, de la conducta asertiva. Estas conductas fraccionarias son concretas y observables mediante una situación de juego de roles.

Este listado de 16 conductas sólo tuvo utilidad como instrumento de diagnóstico en la evaluación clínica pre tratamiento, que aportó información para determinar las tres conductas objetivo de la intervención.

4.4.8 Evaluación por Jueces

Conceptualmente, es la calificación realizada de un grupo conformado por personas expertas en una determinada materia, en este caso asertividad. En la presente investigación, se solicitó a tres jueces expertos (un psicólogo, una asistente social y un relacionador público) que observaran y evaluaran en forma global el desempeño del sujeto que recibió la intervención cognitivo conductual. Esto se llevó a cabo a través de la exposición de 2 vídeos, que contenían ensayos conductuales del cliente, uno pre tratamiento y uno post tratamiento. Los expertos evaluaron según una pauta dada, en cuál de los 2 vídeos el cliente se desenvolvía más satisfactoriamente,

sin conocer a priori en cuál etapa del tratamiento (pre o post) se encontraba éste último. De allí que la evaluación de los jueces expertos fue también "ciega".

4.4.9 Desempeño Cuantificado de tres Conductas

Corresponde a la medición cuantificada, ya sea por su duración o frecuencia, de las tres conductas que fueron objetivo de la intervención cognitivo conductual. Estas tres conductas fueron extraídas de un listado de 16 conductas, que describen los componentes conductuales de la asertividad.

4.5 Intervención Cognitivo Conductual

A continuación se describe un programa diseñado para los usuarios de prótesis ocular, que integra diversas técnicas terapéuticas de orientación cognitivo-conductual. Este está enfocado a la rehabilitación de las conductas problema de asertividad.

4.5.1 Modelaje y Juego de Roles

Objetivo:

- A) Incrementar la tasa de frecuencia con que se presenta una determinada conducta.
- B) Que el sujeto adquiriera nuevas habilidades y las ponga en práctica, a través de la observación de la conducta ejecutada por otro individuo o de la imaginación de ésta, y de las consecuencias que le siguen.
- C) Incrementar conductas en el observador que presenta falta de asertividad que ya ha aprendido, y para la ejecución de las cuales no existen limitaciones.

Método:

En el momento de poner en práctica las conductas para las cuales se ha trabajado, condicionándolas con la relajación o con pensamientos positivos y útiles, se da primero

la posibilidad al individuo que las realice, si éste presenta alguna dificultad ya sea porque no existe en su repertorio conductual o porque no tiene la habilidad para ejecutarla.

4.5.2 Reestructuración Cognitiva

Objetivo:

- A) Desarrollar la capacidad de evaluar de un modo más realista los acontecimientos potencialmente perturbadores.
- B) Reconocer que las cogniciones funcionan como mediadoras de la activación emocional.
- C) Identificar la irracionalidad de ciertas creencias.
- D) Reconocer que las cogniciones poco realistas funcionan como mediadores de sus propias emociones desadaptativas.
- E) Cambiar sus cogniciones poco realistas.
- F) Desarrollar habilidades cognitivas que valoren tanto los derechos personales como los de los demás y que faciliten el desenvolverse más asertivamente.

Método:

A través del diálogo, se evaluó la interpretación que daba la persona a distintos hechos que la hacen pensar y actuar con dificultades de expresarse asertivamente. Se analizaron además las autoverbalizaciones de la paciente, desde dos posibles fuentes de irracionalidad: a) Cuál es la probabilidad de que las interpretaciones que hace de determinadas situaciones sean, de hecho, realistas; b) Cuáles son las implicancias últimas de la manera de etiquetar la situación. Estas autoverbalizaciones fueron extraídas de las tareas intersesiones que se le dio, a través de autorregistros entre los

que cuentan el imaginar situaciones de expresarse en forma precisa, clara y específica, identificando los pensamientos asociados.

Se utilizaron técnicas conductuales y cognitivas como modelaje, juego de roles, autoinstrucciones, entre otras, para modificar ya sea los pensamientos, los esquemas cognitivos y los mecanismos de procesamiento de la información.

4.5.3 Reforzamiento positivo

Objetivo:

- A) Mantener conductas beneficiosas para el sujeto, que existen en su repertorio conductual.
- B) Fortalecer conductas que realiza el individuo que lo acercan a la conducta meta, es decir, expresarse con asertividad.

Método:

El fortalecimiento de la respuesta asertiva implica la utilización de sistemas de refuerzo internos y externos. En algunos casos al sujeto se le enseñan los principios del autorrefuerzo, que es una técnica que utiliza el mismo sujeto para evaluar su conducta, pero se usa con mayor frecuencia el refuerzo verbal en la forma de aprecio y reconocimiento. Se le da el reforzador contingente a la conducta presentada por el sujeto, para ir alcanzando la conducta meta.

4.5.4 Tareas Inter Sesiones

Objetivo:

- A) Practicar las conductas aprendidas en las sesiones.
- B) Desarrollar habilidades que favorezcan una mayor eficacia personal.

Método:

Terminada cada sesión se dio como tarea a la paciente, practicar en su entorno las conductas aprendidas y ensayadas durante la sesión.

4.5.5 Metas a Corto Plazo

Objetivo:

- A) Potenciar y desarrollar conductas orientadas al autocontrol en las situaciones interpersonales.
- B) Implementación de cambios conductuales en aproximaciones sucesivas hacia los comportamientos deseados.
- C) Evaluar sesión a sesión los progresos de la paciente.
- D) Facilitar la percepción de los propios logros y progresos de los sujetos durante el tratamiento.
- E) Aumentar el grado de compromiso de los sujetos con el propio cambio conductual.

Método:

Se identificaron y discutieron con la paciente metas conductuales sencillas y observables. Estas fueron explicitadas en un contrato conductual. Dichas metas fueron programadas sucesivamente de modo que cada una superara en complejidad a la anterior.

El terapeuta dio retroalimentación positiva o correctiva contingente a la ejecución de las respuestas esperadas.

Se elaboraron tablas de autorregistro de los avances diarios, que la paciente debió llenar en forma independiente.

4.5.6 Entrenamiento en autoinstrucciones

Objetivo:

- A) Modificar las autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos) que el sujeto realiza ante cualquier situación que le produzca ansiedad.
- B) Modificar la conducta manifiesta que realiza el sujeto ante una situación interpersonal que le genera ansiedad.

Método:

Se identificaron y discutieron con el usuario de prótesis ocular sus autoverbalizaciones acerca de la valoración de sí mismo. Se identificaron las autoverbalizaciones más frecuentes ante una determinada situación interpersonal. Se sustituyeron por otras verbalizaciones internas que fueron más útiles para llevar a cabo la tarea.

4.5.7 Técnica de Relajación

Objetivo:

Formar y fomentar conductas alternativas a la ansiedad, que puedan ser practicadas diariamente por la persona, en las situaciones que lo ameriten. Al respecto, se identificaron: relaciones interpersonales y enfrentar una situación que presenta dificultad para el individuo.

Método:

Se utilizó la técnica de relajación diafragmática. Las instrucciones de relajación fueron verbalizadas por la terapeuta y duraron aproximadamente 20 minutos.

4.6 Tipo de Investigación

La presente investigación comprende dos estudios separados y complementarios. En una primera fase, se realizó una descripción del funcionamiento psicológico de las personas que utilizan prótesis ocular. En una segunda fase, se realizó un estudio experimental dirigido a mejorar el desempeño de la asertividad en el usuario de prótesis ocular más afectado.

4.7 Diseño de Investigación

En la fase N° 2 correspondiente a la intervención cognitivo-conductual, se utilizó un diseño experimental intrasujeto (caso único) dado el reducido tamaño de la muestra y por haber dado exitosos resultados al ser utilizado en intervenciones reportadas en poblaciones con discapacidad visual. Asimismo, debido a que en esta población ocurren una gran variedad de trastornos conductuales, se hace difícil equipararlos, por lo que no es viable utilizar un diseño de comparación (grupo control v/s grupo experimental).

Dadas estas condiciones, el uso de un diseño intrasujeto permite mejorar muchos de los problemas inherentes a los diseños comparativos, ya que en un diseño de caso único el sujeto es su propio control, el comportamiento del sujeto se mide varias veces a lo largo del tiempo, todos los comportamientos elegidos se especifican claramente y los procedimientos de medida se definen en precisión, luego los resultados se expresan en forma de gráfico y se analizan visualmente. Es así como este diseño se utiliza ampliamente para el desarrollo de habilidades, ya que permite hacer un análisis molecular identificando dimensiones relevantes de ésta.

Dentro del diseño intrasujeto se escogió el de Línea de Base Múltiple, por constituir una alternativa cuando no es posible la retirada de la intervención o cuando los efectos de éste permanecen a lo largo del tiempo, como es el caso del entrenamiento en habilidades sociales. En este procedimiento, la intervención se introduce de forma secuencial en distintos momentos en cada línea base entre conductas, con la evaluación simultánea de cada una de éstas.

4.8 Procedimiento General

Este estudio se realizó en dos etapas; la primera de ellas descriptiva y la segunda de intervención.

Fase N° 1. Esta consistió en una descripción en la que se planteó investigar el funcionamiento psicológico de una muestra de personas que usan prótesis ocular, y cómo éstas se ven afectadas por esta condición. Para ello:

- Se procedió a definir la muestra según los criterios ya expuestos.
- Se aplicaron los instrumentos de medición: entrevistas, grupos focales y cuestionarios en un período de doce semanas.
- Se analizaron los datos arrojados por los instrumentos, para llegar así a una caracterización generalizada de la muestra, lo que se realizó en cuatro semanas.
- Se identificó a la persona más afectada en el área de asertividad y con voluntad de participar, lo que dio paso a la siguiente fase de intervención.

Fase N°2. En esta etapa se realizó una intervención clínica, desde un enfoque cognitivo-conductual. Primeramente, y con el fin de formalizar las metas y

procedimientos de la intervención psicológica, junto con especificar las responsabilidades de cada una de las partes, se elaboró un contrato terapéutico en que terapeuta y paciente se comprometieron a participar activamente en el desarrollo de las sesiones.

La intervención clínica utilizó un diseño de línea base múltiple entre conductas, para lo cual se seleccionaron tres conductas objetivo: a) expresión facial y corporal acorde con el mensaje, b) expresión de desacuerdo, c) expresión de alternativas de solución. En forma simultánea, se evaluó la asertividad general. Las tres primeras conductas fueron seleccionadas por presentar los más bajos puntajes en el listado de conductas componentes de la asertividad; la cuarta se eligió a partir de evaluaciones de la asertividad general, obtenidas en desempeños durante situaciones de juego de roles.

La intervención psicológica constó de diez sesiones, tres semanalmente, de cincuenta minutos de duración cada una. Durante las sesiones se realizaron once evaluaciones conductuales a través de juego de roles: las tres primeras dirigidas a establecer una línea base, las seis siguientes dirigidas a medir las conductas objetivo del entrenamiento y las dos restantes de seguimiento (tres semanas con posterioridad a la novena evaluación). Las diez sesiones fueron aplicadas de manera secuencial y acumulativa, a lo largo del período de 4 semanas.

En resumen:

- Se aplicó el listado de conductas, para elegir las tres de desempeño más deficitario y se intervino psicológicamente sobre ellas.
- Se realizó la evaluación pre tratamiento a través de distintos instrumentos: Desempeño cuantificado de tres conductas asertivas y los resultados de la Escala de Asertividad de Rathus, éstos últimos extraídos de la fase N°1.

- La intervención psicológica duró nueve sesiones, realizándose tres en cada semana. Además, se realizó una sesión de seguimiento.
- Se realizaron las mediciones post tratamiento, comparando estos resultados con las mediciones pre tratamiento. Para esto, se utilizaron la evaluación de los jueces expertos, la cuantificación de las tres conductas asertivas y los resultados de la Escala de Asertividad de Rathus.
- Con posterioridad a lo anterior se realizó el análisis de datos y la elaboración de conclusiones.



A. Resultados

Fase N°1: Descripción del Funcionamiento Psicológico

A.1 Aplicación de Instrumentos Psicométricos

A continuación se describen los resultados obtenidos de la muestra total de usuarios de prótesis ocular, en las mediciones de Autoestima, Asertividad, Ansiedad y Depresión. Para cada test psicológico se calcularon puntajes brutos, puntajes estándar y se determinó la clasificación diagnóstica. Para la muestra total se calcularon frecuencias, porcentajes y se realizó la prueba de chi cuadrado.

Se consideró que determinados puntajes obtenidos en los tests psicológicos correspondían al rango clínico, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Asertividad: Todo puntaje negativo indica una persona no asertiva.
- Autoestima: Rangos bajos y extremadamente bajos, que corresponden a puntajes que van desde 150 a 325 puntos.
- Ansiedad: Puntajes superiores a 24 puntos (por encima de la mediana).
- Depresión: Puntajes ubicados en rangos de depresión suave, moderada y grave.

Los puntajes obtenidos por cada sujeto en las cuatro variables, con los puntajes en rango clínico destacados con asterisco, se presentan en la Tabla 1.

Insertar Tabla 1

La Tabla 2 resume la clasificación de los sujetos como pertenecientes al "rango clínico" o "no clínico", según los puntajes obtenidos en cada test psicológico.

Insertar Tabla 2

Con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre las frecuencias de usuarios de prótesis ocular clasificados en los rangos clínico y no clínico de cada test psicológico, se realizó la prueba de chi cuadrado (Ostle, 1992). Se consideró la significación estadística utilizando un alfa de 0.05, es decir, se utilizó un nivel de confianza superior a 95%, como límite de aceptación o rechazo.

Variable Autoestima

Se obtuvo un valor $X^2 = 0.4736$ ($df=1$). Ello significa que el 5% de los valores de la distribución de chi cuadrado son mayores que los valores tabulados; por lo tanto, se acepta que no existen diferencias significativas en la distribución de los rangos clínicos y no clínicos de los puntajes de autoestima en la muestra de usuarios de prótesis ocular.

Variable Asertividad

Se obtuvo un valor $X^2 = 2.579$ ($df=1$). Ello significa que el 5% de los valores de la distribución de chi cuadrado son mayores que los valores tabulados; por lo tanto, se acepta que no existen diferencias significativas en la distribución de los rangos clínicos y no clínicos de los puntajes de asertividad en la muestra de usuarios de prótesis ocular.

Variable Ansiedad

Se obtuvo un valor $X^2 = 0.0526$ ($df=1$). Ello significa que el 5% de los valores de la distribución de chi cuadrado son mayores que los valores tabulados; por lo tanto, se acepta que no existen diferencias significativas en la distribución de los rangos clínicos

y no clínicos de los puntajes de autoestima en la muestra de usuarios de prótesis ocular.

Variable Depresión

Se obtuvo un valor $X^2= 0.4736$ (df=1). Ello significa que el 5% de los valores de la distribución de chi cuadrado son mayores que los valores tabulados; por lo tanto, se acepta que no existen diferencias significativas en la distribución de los rangos clínicos y no clínicos de los puntajes de autoestima en la muestra de usuarios de prótesis ocular.

En general, podemos apreciar que las diferencias entre puntajes de rango clínico y no clínico en las variables autoestima, asertividad, ansiedad, y depresión no alcanzaron niveles de significación estadística, por lo cual no es posible caracterizar al grupo de usuarios de prótesis ocular como un conjunto de personas donde prevalezcan síntomas clínicos en las variables psicológicas mencionadas. Sin embargo, cabe destacar la variable asertividad por presentar la mayor diferencia entre el rango clínico y no clínico.

A.2 Entrevistas Semi estructuradas y Grupos Focales

Se hizo un análisis de contenido simple a la información obtenida de las entrevistas semi estructuradas y los grupos focales. De esta manera se intentó caracterizar el desempeño actual y necesidades manifiestas de tipo psicosocial que exhiben los usuarios de prótesis ocular, de acuerdo a la percepción de los segmentos de opinión considerados. Asimismo, se obtuvo información adicional sobre las cuatro variables medidas anteriormente. Todo lo anterior se logró mediante la realización de

una pauta constituida de tópicos determinados a priori, permitiendo la recolección de datos en forma homogénea.

A continuación se señalan los hallazgos de los grupos conformados por usuarios de prótesis ocular, por familiares de éstos y por profesionales de medicina oftalmológica. Se identifican afirmaciones expresadas por la mayoría de los participantes del grupo, las que se acompañan de transcripciones textuales que son representativas de dicha formulación.

Grupo A

Este grupo estuvo conformado por 8 usuarios de prótesis ocular, que recibían atención en el Centro Óptico Carlos R. Hammersley y que reunieron los criterios para la muestra.

1. Todos los sujetos refieren la pérdida del ojo como una situación conflictiva y difícil de superar. Se considera la mejoría y estabilidad personal pasando a través de un proceso. En muchos de ellos aún queda camino por recorrer en este proceso.

"...Fue muy terrible, me eché a morir..."

"...la verdad es que al principio cuesta mucho acostumbrarse..."

"...Es muy terrible, a medida que se va creciendo y madurando se va superando..."

"...de a poco me calme y comencé a reaccionar..."

"...Todo es muy negativo, pero de apoco se va superando..."

2. Dentro de las dificultades que refieren estas personas, se evidencia cansancio ocular e intento de no forzar la vista. A la vez, un sentimiento de inseguridad

personal los envuelve, llevándolos a evitar situaciones sociales. El cálculo de distancias se ve dificultado por la pérdida de tridimensionalidad.

"...sobre todo trato de no abusar mucho forzando la vista, para cuidar mi ojo sano..."

"No veo tele y ya no bordo mucho, para no forzar la vista..."

"Evito ir a lugares que no conozco por falta de confianza. Me oculté y todavía lo hago..."

"...conocer a otras personas se me hace muy difícil, en especial las del sexo opuesto, creo que se van a dar cuenta..."

"... cuando me invitan a fiestas lo pienso mucho primero..."

"...me ocultaba, prefería estar en la casa y no salir... no me gusta que me vean así..."

"...tengo problemas con la pérdida de la tridimensionalidad. Me cuesta calcular las distancias, al principio me pasaba pegando con las cosas..."

"... no ando de noche porque me siento insegura al desplazarme..."

3. Se observa que para salir adelante, estas personas han debido pasar por un proceso largo, teniendo que desarrollar fuerzas internas (fortalezas personales) para lograr una mejor valoración de ellas mismas.

"...he tratado muy lentamente de salir adelante para valorarme más..."

"... mi personalidad ha tenido que aprender a hacerse más fuerte..."

"... volverme a valorar más como persona es un proceso lento en el que todavía me encuentro..."

"...todavía me sorprende compadeciéndome por lo sucedido, sé que me falta más seguridad en mí misma, más apoyo para saber si me la puedo..."

4. La adaptación física se describe como un período de uno a dos meses. La adaptación psicológica, en cambio, constituye un proceso lento que no pueden delimitar porque la mayoría aún está en ello. Con respecto a esto último, se considera conflictiva la pérdida de la tridimensionalidad y positivo el contar con el apoyo suficiente para superarlo.

"La adaptación física no es tanto como el poder enfrentarlo como persona. Es un camino largo..."

"...aún no lo supero, psicológicamente ha sido muy difícil, creo que podría salir más rápido de esto si contara con más apoyo..."

"...aceptar lo que pasó cuesta..."

"El cálculo de las distancias es algo difícil de superar, me siento más inseguro..."

"La pérdida de las dimensiones es algo molesto, al principio uno anda chocando, pero después te acostumbras y aprendes a hacerlo bien..."

5. La situación actual es referida como un proceso difícil, que en un comienzo significa mucha inseguridad y temor, lo que los aleja de su entorno social. Mayoritariamente, consideran que están en un proceso que aún no han superado.

"... ahora me aísló y prefiero quedarme con los que conozco..."

"...vivo pensando que se me nota la prótesis..."

"Al principio estuve muy insegura, pero después de un tiempo me he hecho más independiente y fuerte..."

"Creo que he crecido, estoy un poco más madura, pero aún no lo supero..."

"...me he alejado de muchas cosas. Siento rechazo de personas desconocidas, a veces creo que me miran mucho y que se nota, y otras veces creo que es puro rollo mío."

6. En general, estas personas refieren haber pasado por un período conflictivo de relación de pareja al inicio, resaltando su temor a encontrarse sin la prótesis frente a él o ella, transformándose la apariencia física atípica en un factor importante.

"...sobre todo pesa el temor a que él me encuentre sin la prótesis..."

"A mí me cuesta, me siento fea, a veces pienso que no lo atraigo como antes y que sólo esta fingiendo para no verme más triste..."

"Cuesta mucho recuperar la confianza en lo físico, incluso yo me alejé pero ella me buscó y ahora estamos juntos nuevamente, pero ante cualquier cosita me enrolla de nuevo y vuelvo a pensar lo mismo..."

"...hasta el momento no he vuelto a tener una pareja estable. La pareja que tenía antes se alejó. Creo que la verdad es que yo me alejé primero..."

"... a los dos nos ha costado mucho, pero siempre que hay apoyo se puede salir adelante..."

7. Se presentan dos temáticas generales en la vida familiar de los usuarios de prótesis ocular. Algunos sienten que sus familias han tratado de apoyarlos y esa ayuda les reconforta; otras familias esconden el problema, lo ocultan y no encaminan una mejor aceptación de lo sucedido.

"...mi familia trata de esconder el problema. No sé si esto es lo mejor, pero la verdad me causa mucho daño el no poder conversarlo con ellos..."

"...mis familiares lo ocultan, nunca se conversa de esto..."

"...tengo muchos problemas con la familia de mi marido, siento que me rechazan..."

"...mis papás me sobreprotegen mucho ahora. Ellos han sido mi fuente de apoyo, pero a veces me ahogan con tantos cuidados..."

"...creo que mi familia me está tratando de apoyar, pero a veces me encuentro muy cerrado para recibir su ayuda..."

8. Se evidencian marcadamente problemas para hacer nuevas amistades y un alejamiento de las amistades que ya poseen.

"...ahora no me junto con personas desconocidas, estoy saliendo menos, no me gustaría que me preguntaran que tengo en el ojo... la gente es muy desubicada..."

"...me cuesta hacer amistades, y sólo salgo con los más íntimos, ellos no me preguntan y yo me siento mejor así..."

"Ahora estoy menos amistosa, me he puesto más fome..."

9. Las personas usuarias de prótesis presentan aislamiento de sus compañeros de trabajo, dejan de compartir algunas actividades que antes solían asistir, y sienten que sus compañeros de trabajo se incomodan frente a ellos.

"... tengo bajones y ya no comparto tanto como antes..."

"Me da la impresión que ellos se incomodan frente a mí, es una sensación extraña..."

"...a veces me voy para adentro y no quiero compartir con nadie, me siento mejor sola, sin tener que dar explicaciones a nadie, de por qué la cara, de por qué no quiero salir con ellos, o que estoy pálida, siempre me andan encontrando algo raro..."

10. Con respecto a la capacidad para desempeñarse como estudiante, los usuarios de prótesis aprecian cierta lentitud y cansancio en el desarrollo de algunas actividades.

"...estoy mucho más lento para escribir y leer..."

"... necesito más descansos que antes cuando estoy frente al computador, porque no puedo forzar mucho la vista..."

"...tengo que usar lentes para leer porque mis ojos se irritan mucho..."

"...trato de no estudiar de noche, para no forzar la vista..."

11. Se presentan cambios perjudiciales en el área laboral, atribuidos al cansancio ocular y a la pérdida de tridimensionalidad en trabajos que esta condición es vital.

"...me vi fuertemente perjudicado. Mi patrón sintió que no podría rendir bien y me despidió sin dejarme siquiera intentarlo..."

"...yo era chofer de colectivo. Tuve que cambiar de actividad porque era peligroso y además que no puedo sacar licencia tipo A-1..."

"...hay cambios porque la vista se cansa..."

"...los ojos se me cansan más rápido que antes, pero igual no más hago todas mis cosas sin ayuda..."

12. Se presentan limitaciones en el desarrollo de deportes riesgosos y en aquellos que requieren el uso de la tridimensionalidad.

"...ya no juego basquetball porque es un deporte muy rudo, prefiero otros mas relajados..."

"...dejé de jugar fútbol porque en ocasiones te pegan codazos y temo poder afectar mi ojo sano..."

"...ahora prefiero deportes más tranquilos como caminar o andar en bicicleta..."

"...lo peor es no poder jugar bien pool con mis amigos, ya no puedo calcular bien las distancias..."

13. Se presentan algunos cambios en la productividad en el hogar. En general evitan realizar actividades que consideran riesgosas para cuidar su ojo sano y se sienten sobreprotegidos por el resto de la familia.

"....Mis padres me sobreprotegen mucho de posibles accidentes. Yo les trato de dar un poco mas de seguridad..."

"... me cuidan mucho en la casa, a veces me siento torpe porque no me dejan hacer cosas que sé que puedo realizar..."

"...al principio me sentí incapaz de cuidar bien a mis hijos, creía que no lo podría hacer bien..."

"...evito situaciones peligrosas en la cocina para cuidar mi ojo sano..."

"....me gusta maestrear en la casa. Ahora no lo puedo hacer tan seguido porque tengo que cuidar mi vista..."

14. Las personas usuarias de prótesis ocular presentan cambios en la percepción de sí mismos. En general se sienten inseguros y con problemas en su imagen social.

"...Me gustaría ser como antes, no flaqueaba tanto, creía más en mí y en mis capacidades..."

"...mi autoestima se ha visto deteriorada. Me sentí en desventaja, más inseguro..."

"....mi valoración personal ha cambiado, no me siento igual que antes....."

"...me siento más inseguro en lo laboral, estoy más dependiente de mis compañeros de trabajo..."

"... es imposible que me vean igual que antes. Hay algunos que me ven con pena..."

"...creo que los demás me ven menos capaz. A veces creo que me ven con lástima..."

15. El estado anímico actual de estas personas se caracteriza por su sensibilidad e irritabilidad que presentan.

"...Hago menos cosas, estoy más floja y desganada..."

"...me he puesto muy sensible y llorona..."

"... en general tengo altos y bajos..."

"...Hay momentos en que tengo mucha rabia y no tolero nada..."

"...a veces lloro mucho sin haber motivo..."

16. En comparación con el estado anímico anterior a la pérdida del ojo, estas personas refieren que se han vuelto menos tolerantes, con una emocionalidad más lábil y con un humor más apagado.

"...ahora estoy muy susceptible y sensible a lo que le pasa a los demás y a lo que me dicen..."

"... me siento más irritada que antes. Antes era más tolerante..."

"...a veces no me reconozco, estoy super buena para llorar..."

"...antes era más alegre, ahora hay veces que siempre ando idiota y mal genio..."

"...me gustaría estar más alegre, con más humor, como antes..."

17. Estas personas refieren tener cambios en la locomoción. Existe pérdida de confianza en el manejo y una mayor inseguridad al desplazarse.

"...Sí, afecta, en el manejo me he vuelto más inseguro. Ahora prefiero que mi señora o mi hijo mayor lo haga..."

"...antes me gustaba manejar ahora prefiero andar de copiloto, o si tengo que manejar yo me gusta que alguien me acompañe para estar más segura..."

"...cuando voy caminando me siento insegura porque puedo chocar, me cuesta medir las distancias... tengo miedo a caerme..."

"... sí hay cambios, yo me preocupo de que la micro pare bien y de elegir micros donde pueda ir sentada, porque cuando hay mucha gente me puedo caer..."

"...prefiero andar caminando de a pie que subirme a una micro..."

"... para nosotros es super difícil el subir y bajar escaleras, como no podemos ver profundidad un peldaño es igual al otro y te puedes caer..."

18. Los cambios presentados en sus entretenciones y pasatiempos indican una disminución de sus actividades y un retraimiento a situaciones sociales.

"... Ahora las cosas de la casa las hago por encimita y ahora paso más tiempo echada..."

"... las fiestas ya no me entusiasman como antes, ya casi no voy..."

"... estoy super flojo, todo me da lata y ahora ya no hago las cosa que me gustaba hacer antes..."

"... estoy mucho más casera que antes..."

19. Las molestias físicas que presentan se relacionan directamente con problemas con la prótesis y molestias en el ojo sano.

"... Soy una esclava de las lágrimas artificiales y si no las ocupo el ojo se me irrita e infecta..."

"... cuando veo mucha tele o entra tierra el ojo sano se me irrita, imagínate es super desagradable casi no puedo ver, cómo me saco la mugre que me entró si ya no puedo ver po'..."

"... las secreciones y el lagrimeo constante me molesta mucho, y para los demás es algo feo y desagradable..."

"... cuando me entra algo en este ojo (ojo sano), necesito que alguien me ayude para sacármelo, lo odio cuando me pasa, me siento inútil..."

"... las infecciones han sido lo más molesto, me dan bien seguido y no me puedo pintar, me veo fea y a veces tengo que andar sin prótesis y ahí no salgo de mi pieza..."

"... no soporto la luz del sol, ya me acostumbré a usar lentes oscuros..."

20. La percepción del futuro en estas personas se caracteriza por un temor y miedo recurrente a perder la visión, por esto controlan y cuidan su ojo sano y evitan situaciones de riesgo. Por otra parte esperan una mayor aceptación de su condición por parte de otras personas. Consideran que el uso de prótesis les ha ayudado en gran forma a enfrentar mejor la monovisión, sin embargo perciben que todavía no resuelven y aceptan completamente su condición.

"... Ahora el doctor me ha enseñado a cuidar mucho más mi ojo sano, por ejemplo ahora voy cada seis meses a un oftalmólogo para control..."

"... me cuestiono la posibilidad de perder la vista total. Me da mucho miedo y por eso cuido más mi ojo sano..."

"... por cosas muy simples se puede perder un ojo, piensa, todos los que estamos aquí ya hemos perdido uno, imagínate lo que sería perder el otro. Por eso es tan importante que los que usan prótesis se cuiden mucho más, las consecuencias serían super grandes..."

"... espero poder aceptar mejor esta pérdida. El uso de la prótesis fue un gran cambio, me ayudó bastante..."

"... la primera vez que me vi al espejo con prótesis fue maravilloso, nunca lo voy a olvidar, me veo tan normal. Ahora lo único que me falta es creérmela..."

"... a mí también me pasó lo mismo, luego de comenzar a usar la prótesis todo mejoró, incluso estoy más optimista..."

"... ahora reviso mi ojo constantemente, me he puesto muy cuidadosa, lo protejo y evito situaciones que pueden ser riesgosas..."

21. Las sugerencias que realizan las personas usuarias de prótesis para el mejoramiento de su calidad de vida y para quienes pueden estar en una condición similar, hacen referencia al posible apoyo de profesionales y ayuda psicológica.

Propician los encuentros grupales entre personas que han pasado por la misma situación como una buena alternativa para poder salir adelante.

"... Cuando recién se pierde el ojo ahí es donde debe estar la primera ayuda de alguien como ustedes (refiriéndose a las psicólogas)..."

"... sí el problema es causado por una enfermedad que provoca la pérdida de un ojo es importante que le expliquen a una los riesgos, a mí nadie me informó, y si yo hubiese sabido de todo lo que me podía pasar hubiera sido más cuidadoso..."

"... juntarse con gente que ha pasado por esto es super importante. Esto que están haciendo ahora ustedes es algo que se pudiera hacer con las personas apenas les ocurre..."

"... en el momento de la pérdida es super necesario el apoyo y preparación para lo que viene por un psicólogo, yo tuve la suerte de tener los medios para hacerlo y por eso sé que sirve mucho, pero todos deberían tener le misma oportunidad..."

"... el apoyo y la información de otra gente que ya pasó por lo mismo ayuda. Hacer cosas como esta reunión sería super bueno, yo antes de venir para acá sentía que era la única con este problema, pero al llegar acá y ver tanta gente distinta y que ha pasado por lo mismo que yo me hace sentir super bien, ahora no me siento tan rara y sé que no estoy sola..."

"... es importante recibir mayor información de los doctores en el momento que se produce esto, así uno se puede preparar mejor para lo que viene, a mí ni siquiera me explicaron eso de perder la vista en tres dimensiones; me sentía tonto por andar pegándome en todas partes..."

Grupo B

Este grupo estuvo conformado por familiares de usuarios de prótesis ocular que reciben atención en el centro Óptico Carlos R. Hammersley.

1. Los familiares de las personas usuarias de prótesis ocular refieren que éstas tratan de mostrarse fuertes e independientes, pero a través de su conducta y comentario evidencian la necesidad de contar con el apoyo de otros. Por lo general, se

caracterizan porque al pedir algo no lo hacen directamente, lo que también se relaciona con el querer mostrarse autosuficiente.

"Si me preguntas como es la Loreto, tengo que decir no sé, porque es alegre como también depresiva, es bien comunicativa como tampoco sé si me va a decir lo que realmente esta pasando. Ha tenido muchos cambios y yo no puedo definir su personalidad, porque le conozco todas esas caretas, y cual es realmente no sé. Ella demuestra ser dura, como que no necesita afecto, pero me hace comentarios que sí los necesita, entonces, no sé..."

"...siempre dice las cosas por la tangente no se atreven directamente, te cuentan una historia para ver que le dice uno. Yo creo que es una tranca de ella, pero de ahora último..."

"Ella es una coraza de hierro y tratar de llegar a ella cuesta un mundo..."

"...mi mamá no dice las cosas directamente para venir acá dijo en voz alta que alguien la tenía que acompañar, pero no le pidió a nadie en particular..."

2. El período de adaptación es percibido por los familiares como un proceso que en sus inicios se caracteriza por problemas en la aceptación de la prótesis como algo propio, labilidad emocional y distanciamiento de situaciones sociales. Luego, y a medida que experimentan estas situaciones, van logrando una mejor aceptación de su condición, lo que transcurre en un período aproximado de un año.

"...primero fue un rechazo, tuvo 2 o 3 veces infecciones, y decía esto me tiene harta..."

"... pasaba encerrada después empezó a trabajar y usaba todo el día lentes oscuros, y si tenía que estar a las 10 en el departamento se iba como a las 06:30, cuando todavía estaba oscuro y se devolvía oscuro. Esto de andar escondida duró como un año."

"...vivía con el pelo en la cara..."

3. Con relación a la situación actual en que se encuentran estas personas, sus familiares indican que se sienten en desventaja frente a los demás, siendo el factor estético el de mayor importancia. Comparan constantemente su situación actual con la premórbida, y consideran que el uso de la prótesis ocular ha sido muy beneficioso en el proceso de adaptación.

"Él compara mucho como es ahora a como era antes..."

"...siempre está la comparación, yo era así y ahora estoy aquí..."

"...todavía le cuesta mirar a los ojos cuando conversa..."

"... siempre compara y dice yo era linda, y mira como estoy, yo pololeaba con ene tipos y ahora no..."

"...el estar con una buena prótesis les ayuda a sentirse más seguros y menos distintos al resto, es una oportunidad como que en un desierto le dieran un vaso de agua..."

4. Con respecto a las relaciones interpersonales, consideran que en el ámbito de las relaciones de pareja quienes se ven más afectados son los jóvenes y adolescentes. Estiman que el apoyo de la familia es muy importante, aunque cuesta muchas veces llegar a ellos. Sienten que los amigos y compañeros de trabajo los ven con lástima, por lo que se produce en alejamiento.

"... yo creo que lo más importante para que se sientan bien es el apoyo que puede recibir de nosotros"

"Desconfía de los hombres que se le acercan, se aferra cuando alguien la busca porque cree que es su última oportunidad"

"El cariño de la familia y amigos le ha ayudado a estar mejor"

"Es muy importante el apoyo afectivo que le damos los familiares"

"Se choquean con tantas preguntas, ahora está más aislada y ya no la visita tanta gente".

"Uno la quiere ayudar y ella lo toma a mal. Por suerte esto ha ido mejorando y no la he sentido tan a la defensiva."

5. Los familiares de los usuarios de prótesis indican que el uso de la prótesis ha sido de gran ayuda para ellos, les ha dado mayor seguridad en sí mismos y su imagen corporal se ha fortalecido. A pesar de lo anterior, su valoración personal y la imagen social de sí misma es más pobre que antes de perder el ojo.

"Con la prótesis adquirió mayor seguridad, tiene más confianza..."

"...con la prótesis algo rescatan de la personalidad que dejaron atrás, no en un cien por ciento, pero les ayuda..."

"Ahora gracias a la prótesis se está aprendiendo a querer más, no es mucho lo que se quiere todavía, pero yo creo que se va a querer más con el tiempo"

"Ella tiene autoestima alta y baja, cuando esta alta se preocupa de su aspecto, se arregla, y cuando la tiene baja anda triste, no se arregla y ahí tenemos que estar nosotros..."

"...le incomoda hacer nuevas amistades, cree que la gente se le acerca sólo para preguntarle por su ojo..."

"...mi mamá cuando llega gente a la casa se pone super nerviosa y se pone los lentes, ella cree que todos la miran, cuando na' que ver..."

6. Refieren que el estado de ánimo de los usuarios presenta cambios bruscos, con altos y bajos, que incluyen irritabilidad y tristeza. Por lo general, se muestran fuertes exteriormente pero en realidad se sienten tristes y desvalidos.

"...para el exterior se muestra alegre, fuerte y con una coraza, pero a veces cuando quedamos solos y conversamos me dice mira como estoy, triste, no me siento capaz de conquistar a nadie, estoy feo..."

"...el genio le ha cambiado, ahora se enoja por todo y cuando se lo hago ver o se enoja más o llora..."

"...de repente se bajonea y es bien cambiante. Le afectan mucho más las cosas que antes. Ya no es la típica niña alegre que era antes..."

"...independiente de que use la prótesis no ven, y eso les afecta, sobre todo cuando les pasa algo por no ver bien, mi madrina se enoja, grita y manda todo a la punta del cerro..."

7. Los familiares sugieren que el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas requiere de la intervención de un equipo de profesionales que los ayude como personas y el apoyo de la familia como factores fundamentales en el proceso de aceptación de su situación. Por otro lado, consideran fundamental el trabajo de grupo con personas que han pasado por lo mismo.

"... es de vital importancia el apoyo de la familia como del equipo que lo trata. Si sólo le ponen la prótesis y no se preocupan de él como persona queda mal..."

"... las personas después de un hecho traumático quedan desconfiados y yo sé que es bueno que asistan a terapia porque pasé por algo similar y fue muy importante para mí la ayuda de un psicólogo..."

"... la prótesis es una posibilidad para ellos y mientras antes la usen se evitan muchos malestares, entre los más grandes, la depresión en que cayó..."

Grupo C

Este grupo fue conformado por tres oftalmólogos y un protesista ocular. Los oftalmólogos pertenecen a centros de salud pública de la región y realizan cirugías oculares a este tipo de pacientes. El protesista ocular pertenece al laboratorio donde se realizó esta investigación.

1. Se produce una desadaptación desde el punto de vista psicológico en las personas usuarias de prótesis ocular debido a la pérdida de uno de sus ojos.

"El paciente llega después de haberse visto desfigurado ante el espejo, una vez que le han sacado el ojo. Llega mal..."

"La persona se amarga y le cuesta adaptarse a esta situación..."

"En general los que se ven más afectados psicológicamente son los pacientes jóvenes y adultos jóvenes. Principalmente les afecta su autoestima y sus relaciones interpersonales".

2. Los usuarios de prótesis ocular se ven enfrentados a ciertas dificultades que surgen del mismo uso de la prótesis, tanto en su ámbito físico como psicológico y social.

"...muestran timidez, tienden a mirar de reojo..."

"Estas personas pierden su visión tridimensional, lo que les impide llevar en un inicio una vida más independiente, deben reaprender el medir dimensiones y desplazarse..."

"Una dificultad que presentan es que cómo la prótesis es un cuerpo extraño puede producir inflamación, irritación e infección, la que puede contagiar al ojo sano..."

"...se dificulta más cuando el ojo que les queda no tiene una buena visión..."

3. El usuario de prótesis ocular presenta algunas fortalezas que favorecen su calidad de vida, como es el desarrollar conductas de autocuidado. En este proceso adaptativo es de vital importancia el apoyo de la familia.

"... luego del traumatismo y tras el uso de la prótesis se propicia una aceptación de su condición, pero no en todos los casos se logra de manera adecuada, ya que depende también del apoyo que han recibido, yo tuve el caso de una pareja que la mujer dejó de hacer actividades de su agrado y que antes realizaban juntos, por ser éstas de riesgo para su marido..."

"Se vuelven personas responsables en cuanto a su cuidado personal en especial en el cuidado de su ojo sano, son precavidos..."

"...algunos de ellos abandonan deportes de alto riesgo como rugby, baloncesto y otros, por miedo a perder el ojo sano..."

4. El usuario de prótesis ocular necesita aprender a vivir observando por un solo ojo y sólo en dos dimensiones, para lo cual necesita un período de adaptación, en el que el apoyo de sus familias es fundamental.

"...pasan por un proceso en el que ellos mismos se consideran anormales y lentamente van recobrando la confianza. El período de adaptación físico es de 2

meses aproximadamente, pero psicológicamente pasa mucho tiempo antes que yo observe bien al paciente, pero nunca llegaron a ser como eran antes..."

"Las personas se amargan y les cuesta adaptarse a esta situación, hay muchas que alargan este proceso tratando de obtener un beneficio, tratando de sacar una ganancia secundaria y giran entorno a esto."

"El paciente tiene que aprender a mirar de nuevo necesita un período de adaptación, presenta pérdidas fugaces de visión, el ojo se fatiga y se desenfoca al principio..."

"Ayuda notoriamente en este proceso adaptativo el apoyo de la familia, amigos y el trato del médico tratante..."

5. Son evidentes los cambios que se producen en las relaciones interpersonales de estas personas. En general se inhiben retraen y evitan las situaciones sociales. Con sus familiares y parejas también se producen fuertes desajustes.

"Los pacientes sienten un rechazo general de la familia y amigos, sienten que los alejan y aíslan, y yo creo que se debe a un proceso de adaptación que todos viven, en que no saben que hacer con los sentimientos principalmente de desprotección y angustia, de esta manera no saben como actuar y se aíslan..."

"En el caso de un niño, hace poco los padres se separaron porque no pudieron soportar el problema, echándose la culpa el uno con el otro..."

"...en general se inhiben, se vuelven tímidos y tienen la impresión de incomodidad de parte de quienes lo rodean..."

"He visto muchas parejas jóvenes en las que la situación de monovisión les impide tener una vida sexual satisfactoria, manifestando que el ojo es feo y les produce asco..."

6. En general estas personas, están capacitadas para la gran mayoría de los trabajos, sin embargo su desempeño laboral es cuestionado, tanto por empleadores como por ellos mismos. Por esta discriminación les es difícil encontrar trabajo.

"...el paciente es rechazado, es lo mismo que le pasa a todos los minusválidos, la gente tiene la idea de que la persona al perder un ojo ya tiene una pérdida en su desempeño ganancial importante y resulta que no es así..."

"Indudablemente son rechazados por quienes dan los trabajos, creen que al no tener un ojo no se podrán desempeñar adecuadamente..."

"Hay trabajos que definitivamente no pueden realizar, como es el caso de choferes, ya que sólo pueden sacar la licencia de conducir para vehículos particulares, tampoco pueden realizar trabajos en altura y de construcción..."

"...en general el área académica no se ve afectada, pero si pacientes jóvenes refieren cansancio ocular e irritaciones al trabajar frente a la pantalla de la computadora. Requieren descanso y su actividad se lentifica".

7. Estas personas en un primer momento presentan una fuerte inseguridad de cómo enfrentarse a los demás. Creen anticipadamente que serán rechazados o descalificados, lo que en definitiva afecta su propia valoración como persona. Su autoestima se ve deteriorada y se produce, en ciertos casos, un sentimiento de ineficacia personal.

"...la autoestima disminuye enormemente, y hay que considerar que con la prótesis adquieren más seguridad en sí mismos se recuperan algo, pero nunca totalmente..."

"Es indudable que los pacientes presentan dificultades, pero depende mucho de la edad de la persona. Son mayores los problemas en jóvenes y adultos jóvenes..."

"...se sienten disminuidos y en desventaja ante el resto, con una imagen social pobre..."

"...les cuesta enfrentar el mundo aún teniendo su prótesis..."

8. Al comparar el estado de ánimo actual con el estado de ánimo anterior al uso de prótesis se evidencia un fuerte cambio negativo que indica el malestar psicológico de estas personas.

"...el humor es muy poco notorio, el ánimo decae y se encuentran fuertemente susceptible a la influencia externa. Experimentan labilidad afectiva, e inestabilidad emocional..."

"...se ven deprimidos sobre todo en el período de adaptación al problema, y es ahí donde deben estar las herramientas para ayudarlos..."

"Hay muchos factores relacionados, si además del shock de lo que significa perder el ojo, se le suma pérdida del trabajo, pareja y/o amigos, por supuesto que anímicamente se decaen y ven más oscuro su futuro."

9. En general, y sobre todo al principio, se produce un sentido de ineficacia personal, que induce a percibir negativamente ciertas actividades futuras que realmente no tendrán intervención en su desempeño, por ejemplo, el cuidado de los niños, desempeño laboral o académico. Esta inseguridad de lo que ocurrirá a futuro tiende a disminuir con el tiempo si recibe el apoyo y la información adecuada.

"...en cuanto a hobbies y pasatiempos se ven restringidos dependiendo de su peligrosidad, y si requieren o no de la tridimensionalidad, pero a veces sucede que dejan de realizar actividades que no son de riesgo por un temor excesivo a perder su ojo..."

"... hay una preocupación por el ojo sano, y en este sentido se limitan para prevenir riesgos..."

"... conozco muchas mujeres que han dejado de manejar sus autos por inseguridad..."

10. Los especialistas que trabajan con personas usuarias de prótesis ocular sugieren alternativas prácticas que, de acuerdo a su experiencia, pueden ser beneficiosas para mejorar la calidad de vida de estas personas. Estas alternativas involucran al Estado y a quienes directamente los rodean.

"...el mejoramiento de la calidad de las prótesis oculares en los Servicios de Salud públicos, ya que individualmente su mejoramiento va en directa relación con la estética facial del paciente..."

"... es importante considerar la readaptación en otras actividades para personas con prótesis ocular que con anterioridad se encontraban especializadas laboralmente en una actividad de riesgo que ahora no podrán desarrollar..."

"Se constituye un problema de tipo administrativo importante de mejorar y que surge ya que la ley establece que una persona que pierde un ojo no tiene derecho

a pensión si tiene el otro sano, lo que en definitiva es muy relativo si se considera que hay personas que no pueden desarrollar sus actividades a causa de su monovisión..."

"Trabajar en un equipo de rehabilitación sería de gran importancia, y contar con un manual para profesionales del área, pacientes y familiares que respondan a interrogantes y dudas que estos pacientes presenten y que les produce más ansiedad..."

"... Desde que pierden el ojo y usan la prótesis, hacerlas gradualmente a ésta, es decir, a partir de fotografías y personas en su mismo estado, y ponerle prótesis de pruebas antes de poner las de sus medidas..."

Conclusiones

De acuerdo a los grupos focales realizados a los pacientes con prótesis ocular, a sus familiares y especialistas que los tratan (grupo A, B y C respectivamente), es posible describir en distintos aspectos a las personas usuarias de prótesis ocular.

Proceso de adaptación

Las personas usuarias de prótesis ocular pasan por un proceso de adaptación que incluye dos aspectos que, si bien son independientes, están directamente relacionados. Por un lado la **adaptación física**, que se desarrolla en un período aproximado de dos meses, durante el cual el paciente se ve enfrentado a molestias físicas de adecuación a la prótesis (dolor, irritación, inflamación), en la cavidad ocular del ojo extirpado, como también pérdidas fugaces de visión, fatiga, cansancio ocular, dolor de cabeza y desenfoque en su ojo sano. Sumado a lo anterior, estas personas tienen que reaprender a ver adaptándose principalmente a la bidimensionalidad.

Por otro lado la **adaptación psicológica** que se caracteriza por un período de tiempo mucho más largo de aproximadamente dos años donde estas personas se muestran irritables, deprimidas, lábiles emocionalmente, evitan situaciones sociales y el

aspecto estético cobra vital importancia. De esta manera la gran mayoría de los pacientes van conformándose y aceptando esta nueva condición y en la medida que lo van asumiendo van desarrollando conductas de autocuidado para su ojo sano debido a un miedo recurrente a perder la visión, dirigiéndose éstas a aumentar la frecuencia en sus controles del ojo sano y a evitar situaciones de riesgo, fortaleciendo así actitudes positivas hacia sí mismo. Dentro de este proceso de aceptación es de vital importancia el apoyo familiar que se pueda brindar al paciente.

Relaciones interpersonales

En esta área son evidentes los cambios que se producen. En general, en las relaciones de amistad y entre compañeros de trabajo, se inhiben y retraen evitando situaciones sociales, justificando que los otros sienten lástima por ellos y por tal motivo se alejan. Se evidencia marcadamente dificultad para hacer nuevas amistades.

En las relaciones de pareja y entre los familiares también se producen desajustes, como situaciones conflictivas y un clima familiar tenso. Específicamente en la pareja cobra gran importancia el factor estético, reflejado en el temor que les producen el mostrarse sin prótesis, lo que muchas veces trae consecuencias en el ámbito sexual.

Tanto los pacientes, familiares y especialistas coinciden en la vital importancia para la rehabilitación el apoyo que la familia les brinde.

Area laboral

Hay trabajos que requieren de la tridimensionalidad, y en estos casos quienes los estén ejerciendo tendrán que dejarlos. Sin embargo, para la mayoría de los trabajos están capacitados, pero no ejercen ya sea por discriminación de los empleadores como por sentimientos propios de invalidez.

Pasatiempos

Estos sólo se ven limitados en los deportes que requieren de la tridimensionalidad. También prefieren evitar los deportes y hobbies de alto riesgo como una manera de cuidarse el ojo sano.

Valoración personal

La valoración de sí mismos sufre modificaciones, se vuelven inseguros, con baja autoestima, con sentimientos de ineficacia social. Al respecto, la prótesis ocular es de gran ayuda para fortalecer en parte la percepción de sí mismo, deteriorada anteriormente con la pérdida del ojo.

Es frecuente una marcada inseguridad en muchos aspectos tales como: imagen corporal, el desplazarse de un lugar a otro tanto en un vehículo particular como público, en el ámbito del trabajo, ya sea por su desempeño o permanencia en él, en sus relaciones con otras personas, en especial con mucha inseguridad con la pareja o al entablar una relación si no la tiene.

Estado de ánimo

Las personas se caracterizan por cambios bruscos en su estado anímico y labilidad emocional. Presentan baja tolerancia a la frustración, mostrándose más irritables ante aquellas situaciones en que un mal desempeño es atribuido a su condición de monovisión. Además, es relevante en ellas la falta de humor, tristeza y sentimientos de impotencia. Si bien la sensibilidad es una característica que se presenta desde un inicio y disminuye paulatinamente, ésta se mantiene en la mayoría de los pacientes haciéndolos más susceptibles a situaciones de dolor ajeno y a temáticas relacionadas con su condición.

Con la información obtenida es posible describir al usuario de prótesis ocular como una persona que no se encuentra dentro de una categoría clínica de funcionamiento psicológico, en las áreas de ansiedad, asertividad, autoestima y depresión. Esta información contribuye a desvirtuar la creencia común de que las personas con discapacidad, como grupo, presentan más alteraciones psicológicas que el resto de la población sin discapacidad y menos recursos personales para enfrentar distintas situaciones de la vida diaria.

No obstante lo anterior, es posible constatar que el usuario de prótesis ocular presenta dificultades en ciertos aspectos de su vida, los cuales están relacionados directamente con la manera en la que percibe su condición. Es así como se encontró la presencia de dificultades de funcionamiento en las áreas laboral, de relaciones interpersonales, psicológicas, entre otras, las cuales variaron de un individuo a otro dependiendo de los recursos personales de cada uno. Debido al origen repentino de su condición crónica, la persona debe desarrollar sus potencialidades al máximo para sobrellevar de una mejor forma su nueva condición. Este período de adaptación es un proceso largo, de al menos dos años, en el cual deben reaprender nuevas formas de relacionarse con el entorno físico y social.

Por otra parte, cabe destacar que estos resultados no pueden ser generalizables a todos los usuarios de prótesis ocular, ya que corresponden a una muestra de conveniencia. No obstante, considerando la escasa información existente respecto al tema y el hecho que en el laboratorio donde se realizó la investigación se atiende al 95% del total de usuarios de prótesis ocular en la Quinta Región, estos hallazgos permiten una aproximación a la realidad psicosocial de esta población.

Fase N° 2: Intervención en Asertividad

Para la intervención de cambio conductual se eligió trabajar con el usuario de prótesis ocular que obtuvo el más bajo puntaje en la Escala de Asertividad de Rathus. Sin embargo, el entrenamiento se realizó a la persona ranqueada cuarta en esta variable, al rechazar la propuesta de participación los tres sujetos ranqueados anteriormente. La persona seleccionada presentó un puntaje de -11 en la Escala de Asertividad de Rathus, indicando un déficit en esta capacidad.

El análisis de los datos fue por inspección visual y también se realizó un análisis de estadística descriptiva .

Medición de Línea Base. Como mediciones pre-tratamiento se utilizó:

1. Escala de Asertividad de Rathus, contestada por el paciente en la fase N°1 (descriptiva). En ella obtuvo -11 puntos, indicando déficit en asertividad.
2. Evaluación de Jueces expertos. El puntaje promedio, en una escala de 1 a 4, fue 1.8 para las tres conductas, y para la asertividad general fue 1.7.
3. Desempeño cuantificado, ya sea por su duración o por su frecuencia, de tres conductas componentes de la asertividad: a) expresión facial y corporal acorde con el mensaje, b) expresión de desacuerdo y c) expresión de alternativas de solución. Estas tres conductas tuvieron línea base promedio de 1.3, en un continuo de 1 a 4.

Medición Post Tratamiento. Como mediciones del efecto del tratamiento se utilizó:

1. Escala de Asertividad de Rathus, que se administró por segunda vez, luego de cuatro meses de su primera aplicación durante la fase N°1 o descriptiva. En esta segunda aplicación, la persona obtuvo un puntaje de +13, indicando un incremento que la ubica como una persona asertiva.

2. Desempeño cuantificado de tres conductas componentes de la asertividad: a) expresión corporal y facial acorde con el mensaje, b) expresión de desacuerdo y c) expresión de alternativas de solución. Obtuvo un puntaje promedio de 3.8, en una escala de 1 a 4.
3. Evaluación de Jueces expertos: los que corresponden a una asistente social, una relacionadora pública y un psicólogo. Obtuvo en puntaje promedio de 3.9, en una escala de 1 a 4.

La Figura 1 presenta con mayor detalle los resultados de las evaluaciones pre y post entrenamiento. Como se puede observar en el gráfico, las respuestas de la línea base para las conductas objetivo fueron bajas y relativamente estables.

Insertar Figura 1

La instauración secuencial y acumulativa del entrenamiento en asertividad para modificar las conductas de expresión corporal, expresión de desacuerdo y expresión de alternativas de solución dio como resultado cambios claros en dichas conductas, pero sólo cuando el entrenamiento fue aplicado directamente a cada una de ellas. Por lo tanto, es posible concluir que el entrenamiento en asertividad resultó eficaz para mejorar el desempeño de las tres conductas objetivo. Transcurridas tres semanas desde la última sesión de entrenamiento se realizaron dos evaluaciones para determinar cómo se presentaban las conductas ya entrenadas. Tanto la expresión facial y corporal como la expresión de alternativas de solución se mantuvieron en un máximo nivel (puntuación 4 en ambas evaluaciones), mientras que la conducta de expresar

desacuerdos se presentó levemente más baja (puntuaciones 3 y 4), pero aún así superiores a la línea base.

La evaluación de los jueces expertos consistió en observar el desempeño de la persona por medio de dos vídeos (uno filmado previo al entrenamiento y otro filmado post entrenamiento) que muestran situaciones de juego de roles donde están presentes los tres componentes conductuales de la asertividad que fueron los objetivos del presente entrenamiento: expresión corporal acorde con el mensaje, expresión de desacuerdo verbal y expresión de alternativas de solución. Cada juez evaluó el desempeño exhibido en los vídeos utilizando una escala para cada conducta en un continuo de 1 a 4, donde 1 indicaba ausencia de la conducta deseada y 4 desempeño óptimo de ésta. Conjuntamente con lo anterior, los jueces expertos evaluaron según su criterio la asertividad general de la paciente, y señalaron en cuál de ambos vídeos la paciente se desempeñó más asertivamente (sin conocimiento de la fase de la intervención, línea base o post tratamiento, a la que correspondía cada vídeo).

Como se puede observar en la Figura 2, los tres jueces expertos, sin conocimiento de cuál vídeo correspondía a cada fase, coincidieron en una evaluación mejorada de la sujeto en el juego de roles post entrenamiento.

Insertar Figura 2

El puntaje promedio para cada conducta objetivo en el juego de roles de línea base fue de 1.8 y en el juego de roles post entrenamiento fue de 3.9. En asertividad general, los resultados indicaron un puntaje promedio de 1.7 para el juego de roles línea base mientras que en el juego de roles post entrenamiento el puntaje promedio alcanzó 4.0.

En cuanto a la elección del vídeo con un desempeño más asertivo, todos los jueces expertos coincidieron en señalar al correspondiente a la fase post entrenamiento.

Los resultados obtenidos muestran que las tres categorías de conducta seleccionadas para la intervención psicológica cambiaron positivamente con la realización de un entrenamiento en asertividad de orientación cognitivo conductual. El diseño de línea base múltiple a través de conductas permite afirmar que la aplicación del entrenamiento en asertividad estuvo asociado al cambio observado en el comportamiento de la persona. Asimismo, el cambio de conducta fue apreciado como socialmente significativo por los jueces expertos.

B. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, es posible establecer que los usuarios de prótesis ocular desde el punto de vista de su funcionamiento psicológico presentan síntomas ansiosos, como también dificultades en sus habilidades sociales, en su estado anímico y en la valoración de sí mismos. Sin embargo, las alteraciones en estas áreas no alcanzan rangos clínicos, por lo que se infiere que los usuarios de prótesis ocular no se diferencian significativamente del resto de la población en estos aspectos.

Las necesidades psicosociales que presentan los usuarios de prótesis ocular están vinculadas con sus relaciones de pareja, familiares y de afiliación, percepción social del desempeño laboral y capacidad para desempeñarse como estudiante, y validación social como persona autónoma y capaz.

Los usuarios de prótesis, desde la extracción del globo ocular, atraviesan por un proceso adaptativo no menor a dos años. Este proceso se caracteriza principalmente por la presencia de desánimo, labilidad emocional, irritabilidad, sentimientos de culpa e inseguridad en sí mismos.

Existen factores tanto externos como internos al individuo que influyen en su proceso adaptativo. Entre los primeros se encuentran fundamentalmente el apoyo de la familia y amigos y el conservar su fuente laboral. Entre los factores internos se consideran de importancia la autoestima, autonomía, perseverancia, habilidades comunicativas y la capacidad de resiliencia.

El uso de prótesis ocular para estas personas queda determinado como un factor positivo en su proceso adaptativo. Constituye un beneficio ante la inicial situación de

monovisión al contribuir a la recuperación de su valoración personal, imagen corporal y en la seguridad de sí mismos.

En cuanto a su desempeño laboral o como estudiante, la persona conserva sus capacidades por lo que se puede desenvolver en la gran mayoría de las alternativas de trabajo que existen. No obstante, debido a una irreal percepción de minusvalía de sí mismo y el prejuicio social acerca de su capacidad de productividad, el usuario se ve limitado pudiendo abandonar actividades que antes eran realizadas sin problemas y que actualmente no constituyen un impedimento real.

Las personas usuarias de prótesis ocular tienen que desarrollar nuevas habilidades y reaprender conductas para integrarse positivamente al entorno. Uno de los aspectos importantes que requieren un reaprendizaje es la adaptación a la bidimensionalidad.

El entrenamiento en los componentes conductuales de la asertividad: expresión facial y corporal, expresión de desacuerdo y de alternativas viables de solución, resulta efectivo mediante técnicas cognitivo – conductuales.

C. **Discusión General**

En la presente investigación se realizó en una primera fase una descripción del funcionamiento psicológico de las personas que usan prótesis ocular, y en una segunda fase se realizó un entrenamiento en asertividad con un diseño experimental de caso único entre conductas. Se eligió esta variable ya que según la literatura revisada las personas con deficiencias visuales presentan problemas principalmente en el área de sus habilidades sociales (Hersen y Bellack, 1995).

La muestra fue de conveniencia y correspondió a pacientes de la óptica Carlos Hammersley. Por este motivo, es necesario ser cautelosos en la generalización de los resultados ya que está reflejando una realidad particular, y puede o no coincidir con la población general.

En la fase de descripción se buscó identificar un perfil psicológico de los usuarios de prótesis ocular en las variables de asertividad, ansiedad, autoestima y depresión. Los datos obtenidos indicaron que la presencia de puntajes en rango clínico no se diferenciaba estadísticamente de los puntajes en rango normal, resultado que sorprendió a las investigadoras ya que en las entrevistas y grupos focales se observó que los usuarios de prótesis ocular sí relataron presentar alteraciones significativas para ellos en áreas específicas del ámbito psicosocial, como son: en las relaciones interpersonales, en la productividad, en la percepción de sí mismo, en el estado de ánimo y en diversas actividades de la vida diaria.

Este contraste se puede entender bajo dos supuestos: primero, al considerar que estas personas “vivenciaron” los grupos focales como terapias grupales donde cada uno expresó sus sentimientos y emociones, compartiendo experiencias que no habían revelado antes; y segundo, los tests aplicados no son tan sensibles y suponen que

existen respuestas buenas o malas a diferencia de una conversación donde se valida y respeta lo expresado por el otro, dando lugar a respuestas más sinceras y abiertas, desplazando las categorizaciones propias de los tests.

En relación a la duración del proceso adaptativo por el que atraviesan los usuarios de prótesis ocular, este se presenta como un período prolongado y difícil de sobrellevar. En la muestra se consideró a personas que usaran prótesis hace dos años como máximo, relatando poseer dificultades que gradualmente han ido superando. Lo anterior depende del tiempo de uso de prótesis, de su capacidad de resiliencia y del apoyo familiar y social. Por otra parte, se presentó la posibilidad de conocer a otras personas que usaban prótesis ocular por más de dos años, las cuales también refirieron tener dificultades en las áreas antes señaladas. De esta manera, surge como inquietud la importancia de un apoyo psicológico oportuno que aborde sus problemáticas y propicie un mejor afrontamiento a su nueva condición.

En consideración a lo anterior y como resultado de este estudio, en el laboratorio donde se ejecutó esta investigación (Óptica Carlos R. Hammersley), se determinó que dentro del presupuesto de prótesis ocular se incluya dos sesiones con un psicólogo con conocimiento en el área: una al ingresar y otra al dar de alta al paciente. Lo anterior tiene una doble intencionalidad: primero, evaluar en qué condiciones se encuentra el paciente y darle a conocer al protesista ocular las debilidades, necesidades y fortalezas para lograr una mayor adhesión a las instrucciones y participación en el tratamiento con éste; y segundo, permitir al paciente conocer el trabajo de un psicólogo y cómo éste puede ayudarlo a sobrellevar de mejor forma su proceso de adaptación psicológica. Esto forma parte de un trabajo multidisciplinario que apunta a una rehabilitación integral de la persona con discapacidad.

Por otro lado, al tener en cuenta que en los servicios de salud pública las prótesis son de baja calidad en cuanto a su comodidad, confección y semejanza con el ojo sano, y no se considera la atención psicológica dentro del tratamiento, surge entonces la necesidad de ampliar este tipo de trabajo a este campo de acción, donde se atiende a un importante número de personas con las mismas necesidades y que no cuentan con los recursos económicos para optar a una rehabilitación integral. Es así como cobra importancia la tendencia actual a abarcar un problema desde un enfoque multidisciplinario de acción, donde se considera al individuo como un ser integrado por áreas interrelacionadas y complementarias, que al modificar una necesariamente variarán las otras.

Al mismo tiempo, al trabajar en un equipo multidisciplinario las partes involucradas se ven beneficiadas mutuamente al obtener conocimientos en las otras áreas. En el caso de esta investigación, las alumnas tesisistas debieron inicialmente familiarizarse con conceptos y conocimientos médicos y técnicos acerca de cirugías oculares, prótesis, uso y cuidados, los cuales constituyeron la base para un acercamiento eficaz a los pacientes y su problemática. Por otro lado, oftalmólogos y especialmente el personal del laboratorio adquirieron en el transcurso de este trabajo la inquietud y motivación de ver a sus pacientes como personas con problemáticas internas asociadas a su condición, donde pueden tener una participación activa en la rehabilitación psicológica que permita la integración.

En relación con los factores tanto internos como externos al individuo que influyen en su proceso adaptativo, sería interesante considerar para estudios posteriores el trabajar con personas que han superado más efectivamente su condición, para determinar cuáles de estos factores están presentes colaborando en este proceso. El

aporte principal de este estudio estaría dado a dirigir la rehabilitación psicológica en estas personas al desarrollar y fortalecer los factores encontrados como determinantes.

A pesar del difícil proceso adaptativo por el que pasan estas personas y lo afectado que se encuentran, el uso de prótesis ocular resulta beneficioso para el monovidente. Así la prótesis se constituye en una ayuda para el paciente, aminorando las dificultades ya señaladas producto de la monovisión, esto es, colabora en la valoración, confianza y seguridad en sí mismos. Dado lo anterior, resulta interesante investigar acerca de cómo se encuentra la persona que tiene monovisión y que no usa prótesis ocular, para comparar los niveles de ajuste psicosocial y determinar qué opción (prótesis, parches adhesivos y parches de géneros) es más beneficiosa para la persona monovidente.

Una de las dificultades con que se encuentran estas personas corresponde a la pérdida de la capacidad de ver en profundidad, por lo que pierden la tridimensionalidad y deben desarrollar nuevas habilidades para desenvolverse en un mundo de dos dimensiones. Las restantes capacidades de la persona se mantienen intactas, por lo que están aptas para desempeñarse en distintos trabajos a excepción de actividades específicas, como son: guardias de seguridad, pilotos, conductores de locomoción colectiva, obreros que trabajan en altura, entre otros. Así mismo, se ven afectadas algunas actividades de la vida diaria tales como la locomoción y realización de deportes, lo que después de un tiempo pueden retomar. No obstante, existen dos factores que influyen negativamente en el desempeño de los usuarios: una percepción irreal de minusvalía de sí mismos que los autolimita y los lleva a abandonar actividades que antes realizaban sin problema; y la existencia de un prejuicio por parte de los empleadores acerca de la capacidad que tienen para desempeñarse productivamente.

El entrenamiento en asertividad resultó eficaz para aumentar la ocurrencia de las tres conductas objetivo. Cuando el tratamiento fue aplicado directamente a cada una de ellas, se incrementó su desempeño adecuado, bajando a veces en los juegos de roles siguientes. Sin embargo, ninguna de las tres conductas volvieron a valores de la medición inicial. La distribución del entrenamiento y las evaluaciones fue la adecuada para alcanzar los efectos esperados.

Antes de llevar a cabo el entrenamiento con la sujeto se intentó trabajar con otros tres usuarios de prótesis, de acuerdo al puntaje que habían obtenido en la Escala de Asertividad de Rathus. Estas personas se comprometieron a asistir en las tres ocasiones que se les citó, sin embargo, no lo hicieron a ninguna de ellas y tampoco dieron una previa explicación. Lo anterior hace suponer informalmente la carencia de habilidades asertivas. Esta situación dilató la ejecución de la investigación.

Entre los aportes que entrega esta investigación se destacan el describir que sucede desde el punto de vista psicológico a las personas que pierden un ojo y que usan prótesis ocular, constituye un primer acercamiento a esta realidad, otorgando una base para futuros estudios en esta materia.

Los hallazgos confirman la importancia de la participación de un psicólogo en el proceso de rehabilitación del paciente. Relacionado a lo anterior, queda en evidencia la necesidad de un trabajo enfocado a las habilidades sociales de personas con deficiencia visual y la efectividad que tiene para esto una intervención de tipo cognitivo - conductual.

Como un medio de potenciar los servicios prestados por distintos profesionales, se rescata la importancia y necesidad de trabajar con las redes sociales más directas como pueden ser la familia o la pareja de las personas usuarias de prótesis.

Finalmente, queremos reiterar la eficacia de abordar multidisciplinariamente una problemática específica, como la que presentan los usuarios de prótesis ocular. Los alcances que se pueden lograr con un trabajo en equipo se acercan a una rehabilitación integral de la persona.

Recomendaciones

A continuación se proponen una serie de sugerencias para mejorar la atención psicológica que reciben las personas usuarias de prótesis ocular.

1. Debido a la extensión del período de adaptación que afrontan las personas con prótesis ocular, se recomienda que reciban apoyo psicológico a partir del momento en que sufren la extracción del ojo por traumatismo u otra causa repentina. En los casos en que la extracción es causada por una enfermedad que afecte al ojo o es un evento esperado, se sugiere que estas personas reciban apoyo psicológico otorgado por un especialista tanto antes como después de la enucleación (extracción del globo ocular) o evisceración. Este apoyo psicológico puede ser brindado en forma individual o grupal; en este último caso a través de talleres donde el paciente se encuentre con otras personas en su misma situación.
2. Se sugiere que en los servicios de salud pública se incorpore la atención psicológica para los usuarios de prótesis ocular, ya que no todos ellos pueden optar a una atención en consulta particular. En ambos casos se recomienda hacer una evaluación de las necesidades del paciente en áreas tales como: relaciones interpersonales, autovaloración, desempeño laboral y como estudiante, hobbies y pasatiempos.

3. Se sugiere que los profesionales de la salud que tratan estas personas (médicos oftalmólogos y protesistas) brinden la información necesaria a los pacientes, según corresponda el momento en que se encuentren en el proceso de uso de prótesis ocular. Por ejemplo, en el caso de una enucleación el oftalmólogo deberá explicar el porqué de este hecho, las consecuencias que acarreará y las precauciones que la persona deberá tomar para tales efectos. Posteriormente, el protesista deberá dar a conocer las características de la prótesis, el material, los cuidados requeridos, etc.
4. Se sugiere desarrollar un manual de lectura práctico que facilite la entrega de información atinente al uso de prótesis. La información de este manual deberá ser entregada por los oftalmólogos, protesistas y psicólogos. Los oftalmólogos deberán referirse al momento de la extracción y cavidad ocular; el protesista deberá brindar información acerca de la prótesis en sí, y de sus cuidados; el psicólogo deberá brindar información acerca de lo que ocurre a la persona en su proceso de adaptación a la prótesis, que abarca tanto su funcionamiento psicológico a nivel individual, familiar y social, y su posterior aceptación.
5. Debido a la importancia que tiene la familia en la superación y aceptación de la monovisión y el posterior uso de prótesis ocular, se sugiere incorporar en la rehabilitación psicológica del paciente a sus familias, involucrándolas activamente en el proceso terapéutico.

Referencias

- Barlow, D. y Hersen M.(1988). Diseños Experimentales de Caso Único. Editorial Martínez Roca S.A., España.
- Beck, A; Rush, A. J; Shaw B; Emery, G.(1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. Editorial Desclee de Brouwer, España.
- Bocking, H; Sercombe, A.K; Kenny, M; Butlin, T; Back, A (1990), Making Sense of Artificial Eyes. Nurs-times, May 2-8,Vol 86, pág. 40-41.
- Brinkmann, H; Segure, T; Solar, M.I. (1989). Adaptación, Estandarización y Elaboración de Normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Revista Chilena de Psicología, Vol. 10, N° 1, pág. 63-72.
- Buceta, J.M.; Bueno, A.M. (1990). Modificación de Conducta y Salud. España. Editorial Eudema S.A.
- Caballo, V. (1995). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España. Ediciones Siglo Veintiuno.
- Charlín, R. (1993). Evaluación de la Atención Oftalmológico en Chile. Archivos Chilenos de Oftalmología. Vol. 50, N°2, pág. 65-68.
- Cornejo R. L. (1983). Estudio comparativo de dos métodos de entrenamiento asertivo grupal: conductual-cognitivo v/s imaginería eidética. Tesis para optar al título de psicólogo, Pontificia Universidad Católica, Santiago Chile.
- Echeburúa, E. (1992). Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad. España. Ediciones Pirámide S.A.
- Gaymer, P (1994). Evaluación de un Programa de Intervención Psicosocial para el Desarrollo de Competencias Sociales en jóvenes estudiantes de Enseñanza Media. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Heimberg, R. (1990). Cognitive Therapy for Social Phobia. En: Bellack, A; Hersen, M. (eds.) Comparative Handbook of Treatments for Adult Disorders. Nueva York: John Wiley and Sons.

Heimberg, R; Becker, R; Goldfinger, K; Vermilyea, J. (1985). Treatment of Social Phobia by Exposure, Cognitive Restructuring, and Homework Assignments. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 173, pág.236-245.

Vaughan, D; Asbury, T; Tabbora, K. (1991). Oftalmología General. México. Novena edición. Edición El Manual Moderno, S.A.

Heimberg, R; Dodge, C; Hope, D; Kennedy, C; Zollo, L; Becker, R. (1990). Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Comparison with a Credible Placebo Control. Cognitive Therapy and Research. Vol. 14 pág. 1-23.

Hersen, M; Bellack, A. (1995). Social Skills Training for Depressed, Visually Impaired Older Adults. A Treatment Manual. Behavior Modification. 19 (4), 379-422.

Hidalgo, C; Abarca, N. (1992). Comunicación Interpersonal: "Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales". Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile, Vicerectoría Académica Comisión Editorial.

Krauss, Alejandro (1993). Baja Visión y Métodos de Evaluación y Rehabilitación-Estimulación de Visión en Preescolares Visualmente Disminuidos. Tesis para optar al título de Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Krueger, R. (1991). El Grupo de Discusión. Guía Práctica para la Investigación Aplicada. España. Ediciones Pirámide, S.A.

Krusen, F. (1985). Medicina Física y Rehabilitación. Argentina. Editorial Médica Panamericana.

- McKay, M. y Fanning P. (1991). Autoestima. Evaluación y Mejora. España. Ediciones Martínez Roca S.A.
- Medina, R. (1988). Comparación de dos Técnicas de Trabajo Corporal en la Reducción de la Ansiedad. Tesis para optar al título de psicólogo, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.
- Mersch, P; Emmelkamp, P; Bogels, S; y Vander Sleen, J. (1989). Social Phobia: Individual Response Patterns and the Effects of Behavioral and Cognitive Interventions. Behavior Research and Therapy. Vol.19, Pág. 1-16.
- Morales, N.; Giacaman, C; Valdes, C. (1987). Habilidades Sociales en Niños. Adaptación de un Programa de Entrenamiento. Tesis para optar al título de psicólogo, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.
- Navarro, R. y Hammersley, C.(1996). Adaptación de Prótesis Oculares. Ediciones Ipec, Argentina.
- Ostle, B. (1992). Estadística aplicada. México. Editorial Limusa, S.A.
- Ramírez, R.(1982). Conocer al niño sordo. España. Ediciones Pablo López, S.A.
- Rathus, S.A. (1973), A 30- Items Schedule for Assessing Assertive Behavior. Behavior Therapy, Vol. 6, pág. 246-266.
- Kocksch, R. (1995). Manejo de Cavidades Anoftálmicas. Archivos Chilenos de Oftalmología, Vol. 52, N°2, Pág. 185-187.
- Rojas, E. (1989). La Ansiedad. Cómo Diagnosticar y Superar: El Estrés, las Fobias y las Obsesiones. España. Ediciones Temas de Hoy.
- Sáez, M; Soto, M (1992). Un Modelo de Intervención en Entrenamiento Asertivo y Manejo de Ansiedad a un Grupo de Matronas del Servicio de Urgencia de Maternidad

del Hospital Barros-Luco. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad Diego, Santiago, Chile.

Thomas, A; Ubilla, M (1992). Adaptación y Obtención de Normas Provisorias del Inventario de autoestima de Coopersmith, S.E.I., Forma A, para la Población Adolescente que Cursa entre 7° y 4° medio, en el Gran Santiago. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad Diego Portales, Santiago.

Verdugo, A. (1995). Personas con Discapacidad. Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras. España. Editorial siglo XXI de España editores S.A.

Jeffrey, A. (1992). Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao, España. Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.

TABLA 1
Puntajes Obtenidos por los Participantes del Estudio
en los Tests Psicológicos Aplicados

Sujetos	Asertividad	Autoestima	Ansiedad	Depresión
Suj. N°1	-3*	271*	30*	26*
Suj. N°2	-7*	341	27*	9
Suj. N°3	16	356	16	9
Suj. N°4	-71*	307*	13	1
Suj. N°5	-5*	340	15	10
Suj. N°6	21	367	36*	30*
Suj. N°7	-7*	324*	23	24*
Suj. N°8	-7*	320*	12	6
Suj. N°9	-11*	245*	36*	30*
Suj. N°10	-3*	272*	35*	26*
Suj. N°11	1*	376	11	15
Suj. N°12	20	350	14	3
Suj. N°13	-14*	302*	7	5
Suj. N°14	27	268*	28*	24*
Suj. N°15	19	292*	25*	19
Suj. N°16	-6*	336	22	12
Suj. N°17	-9	346	36*	24*
Suj. N°18	-15*	265*	20	24*
Suj. N°19	20	265*	38*	30*

* = puntaje en rango clínico

TABLA 2
Clasificación de los Sujetos en Rango "Clínico" o "no Clínico"
según Puntajes Obtenidos para cada Variable

Test	Rango de Puntaje	
	Clínico	No Clínico
Autoestima	11	8
Asertividad	13	6
Ansiedad	9	10
Depresión	11	8

(N = 19)

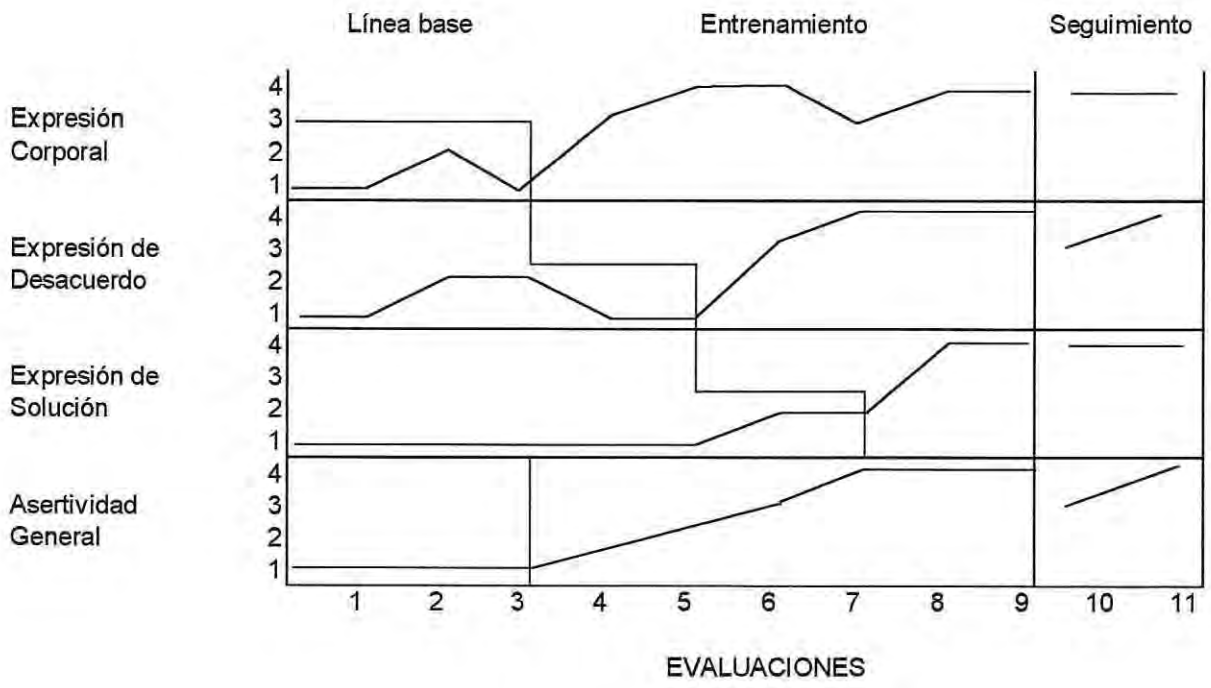


Figura 1. Conductas sociales del cliente exhibidas en juego de roles antes, durante y después del entrenamiento cognitivo conductual de algunos componentes conductuales de la asertividad.

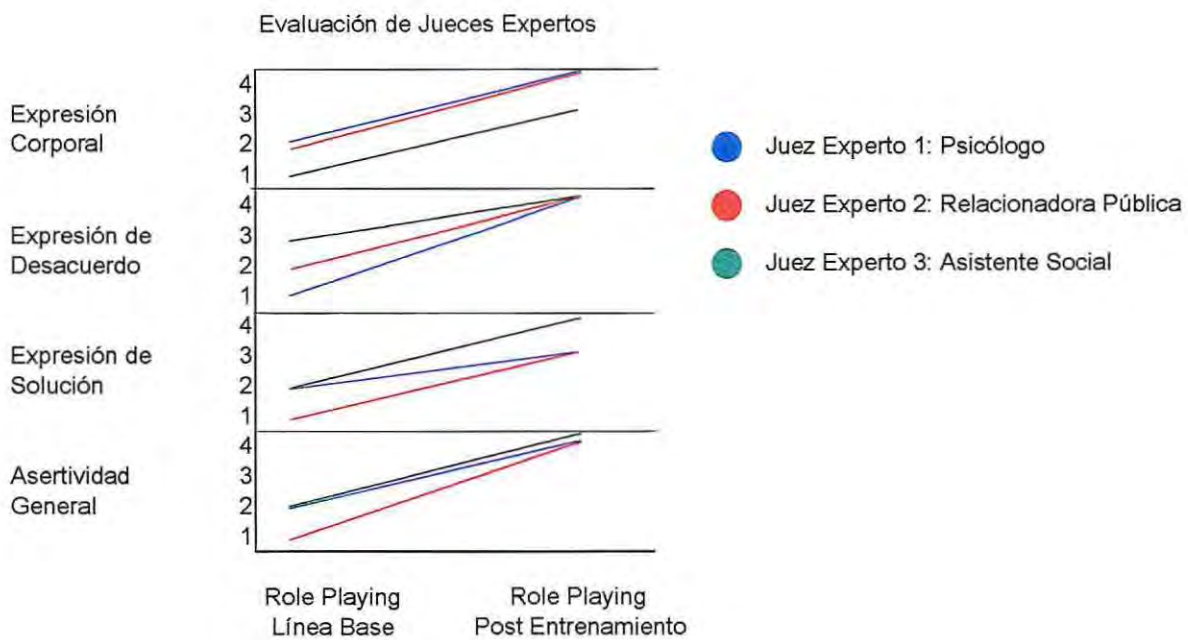


Figura 2. Evaluaciones de las conductas sociales del cliente por parte de los jueces expertos antes y después del entrenamiento cognitivo conductual en asertividad.

ANEXOS



Anexo N°1

Contrato Terapéutico

Yo....., me comprometo a asistir a 10 sesiones con una duración de 50 minutos cada una y con una frecuencia de 3 por semana.

Me comprometo a ser puntual, participar activamente y realizar las tareas otorgadas por la terapeuta.

Yo, me comprometo a diseñar y preparar las 10 sesiones, orientadas a entrenar la conducta asertiva.

Me comprometo a ser puntual y responsable en el ejercicio de mi labor.

Terapeuta

Paciente

Viña del Mar, Septiembre de 1998.

Anexo N°2

Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor

Nombre:

Edad: Fecha:

Por favor conteste V (verdadero) o F (falso) según corresponda:

- 1) No me canso rápidamente. _____
- 2) A menudo me enfermo del estómago. _____
- 3) Soy casi tan nervioso (a) como las demás personas. _____
- 4) Tengo muy pocos dolores de cabeza. _____
- 5) Trabajo bajo gran tensión. _____
- 6) No puedo mantener mi pensamiento en una sola cosa. _____
- 7) El dinero y el trabajo me preocupan. _____
- 8) Frecuentemente noto que mi mano tiembla cuando trato de hacer algo. _____
- 9) Me ruborizo tan a menudo como los demás. _____
- 10) Tengo diarrea una vez al mes o más. _____
- 11) Me preocupo mucho por los posibles problemas. _____
- 12) Prácticamente nunca me ruborizo. _____
- 13) A menudo temo que me vaya a ruborizar. _____
- 14) Tengo pesadillas casi todas las noches. _____
- 15) Mis manos y pies están generalmente calientes. _____
- 16) Transpiro con facilidad aún en días fríos. _____
- 17) Cuando me turbo, a menudo empiezo a transpirar, lo que es muy incómodo. _____
- 18) Generalmente no siento latir con violencia mi corazón, y rara vez me falta la respiración. _____
- 19) Siento hambre casi todo el tiempo. _____
- 20) A menudo sufro estitiquez durante varios días seguidos. _____
- 21) Tengo muchos problemas estomacales. _____
- 22) A veces me desvelo debido a preocupaciones. _____

- 23) Mi sueño es inquieto y alterado. _____
- 24) A menudo sueño cosas que no me gusta contar a las demás personas. _____
- 25) Me turbo con facilidad. _____
- 26) Mis sentimientos son heridos con más facilidad que la mayoría de las personas. _____
- 27) A menudo me encuentro preocupado (a) de algo. _____
- 28) Desearía poder ser tan feliz como otros. _____
- 29) Generalmente soy calmado (a) y difícil de inquietar. _____
- 30) Llora fácilmente. _____
- 31) Casi todo el tiempo me siento ansioso (a) de algo o alguien. _____
- 32) La mayoría del tiempo estoy feliz. _____
- 33) Me pone nervioso (a) tener que esperar. _____
- 34) A veces estoy tan inquieto (a) que no puedo sentarme en una silla durante mucho rato. _____
- 35) A veces me agito tanto que me es difícil dormirme. _____
- 36) A menudo he sentido que enfrento tantas dificultades que no podría superarlas. _____
- 37) A veces me he preocupado sin razón de algo que realmente no importaba. _____
- 38) He estado asustado (a) de personas y cosas que sé que no me dañarían. _____
- 39) Sin duda me siento inútil a veces. _____
- 40) Encuentro difícil concentrarme en un trabajo o tarea. _____
- 41) Soy el tipo de personas que toma las cosas con ahínco. _____
- 42) Soy una persona muy nerviosa. _____
- 43) La vida es a menudo una fuente de tensión para mí. _____
- 44) A veces pienso que no soy bueno (a) en absoluto. _____
- 45) No soy en absoluto seguro (a) de mí mismo (a). _____
- 46) A veces me siento que voy a estallar. _____
- 47) No me gusta enfrentar una dificultad o tomar una decisión importante. _____
- 48) Soy muy seguro (a) de mí mismo (a). _____

Anexo N° 3

Inventario de Depresión de Beck

Nombre Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. 0 No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
 3 Soy un fracaso total como persona.

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.

- 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones.
 - 3 Me siento culpable constantemente.
- 6.
- 0 No creo que esté siendo castigado.
 - 1 Siento que quizá esté siendo castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7.
- 0 No estoy descontento de mí mismo.
 - 1 Estoy descontento de mí mismo.
 - 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
 - 3 Me detesto.
- 8.
- 0 No me considero peor que cualquier otro.
 - 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
 - 2 Continuamente me critico por mis faltas.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.
- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 - 2 Desearía poner fin a mi vida.
 - 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10.
- 0 No lloro más de lo normal.
 - 1 Ahora lloro más que antes.
 - 2 Lloro continuamente.
 - 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11.
- 0 No estoy especialmente irritado.
 - 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - 2 Me siento irritado continuamente.
 - 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
13. 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen poco atractivo
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
16. 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 No he perdido peso últimamente.
- 1 He perdido más de 2 kilos.
- 2 He perdido más de 4 kilos.
- 3 He perdido más de 7 kilos.
20. 0 No estoy preocupado por mi salud.
- 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros.
- 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3 Estoy tan preocupada por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3 He perdido totalmente el interés sexual.

Anexo N°4

Inventario de Asertividad de Rathus

Nombre

Edad Fecha

Instrucciones:

Indique en que medida son descriptivos o característicos de su comportamiento las siguientes afirmaciones, conteste según se indica a continuación:

- + 3 Muy característico, extremadamente descriptivo.
- + 2 Bastante característico, bastante descriptivo.
- + 1 Algo característico, un poco descriptivo.
- 1 No muy característico, muy poco descriptivo.
- 2 No característico, bastante poco descriptivo.
- 3 Definitivamente no característico, nada descriptivo.

1. _____ La mayoría de las personas son más agresivas y decididas que yo.
2. _____ Yo dudo a veces en aceptar una invitación debido a mi "timidez".
3. _____ Cuando la comida que he pedido en un restaurante, no es satisfactoria yo me quejo al mozo.
4. _____ Yo tengo cuidado de no herir los sentimientos de las otras personas, cuando me siento herido (a).
5. _____ Si un vendedor ha pasado trabajo mostrándome una mercancía que no me gusta, encuentro dificultad en decirle que no.
6. _____ Cuando me piden que haga algo, insisto en saber "por que".
7. _____ Hay momentos en los cuales deseo una discusión interesante y vigorizante.
8. _____ Yo trato de salir adelante, tanto como otras personas en mí posición.
9. _____ En realidad las personas a veces se aprovechan de mí.
10. _____ Me gusta empezar conversaciones con personas nuevas o extrañas.
11. _____ A veces no sé qué decirle a una persona atractiva del sexo opuesto.
12. _____ Dudo en hacer llamadas telefónicas a establecimientos e instituciones públicas.
13. _____ Prefiero solicitar admisión para un trabajo o una universidad por carta, y

no por medio de entrevistas personales.

14. ____ Me avergüenza devolver un artículo comprado.
15. ____ Si un familiar cercano me estuviese molestando, preferiría quedarme callado (a) y no expresar mi molestia.
16. ____ Trato de evitar hacer preguntas para no aparecer como un(a) estúpido(a).
17. ____ Durante una discusión, a veces tengo tanto miedo de enojarme que tiemblo.
18. ____ Si un respetado y famoso conferencista dice algo que yo creo incorrecto, yo deseo que el público también escuche mi punto de vista.
19. ____ Evito discutir los precios con los vendedores.
20. ____ Cuando he hecho algo importante, que vale la pena, intento que otros lo sepan.
21. ____ Soy abierto (a) y sincero (a) en lo que respecta a mis sentimientos.
22. ____ Si alguien habla mal de mí o circula historias falsas, trato de "hablar" con esa persona tan pronto como sea posible.
23. ____ A menudo me es difícil decir "NO".
24. ____ Trato de contener mis emociones para no ser desagradable.
25. ____ Me quejo del servicio deficiente en un restaurante o en cualquier otra parte.
26. ____ Cuando me dicen un cumplido, a veces no sé qué decir.
27. ____ Si una pareja cerca de mí en un teatro o conferencia está hablando fuerte, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otro lado.
28. ____ Cualquiera que trate de colocarse delante de mí en una fila, tendrá que rendirme cuentas.
29. ____ Expreso mi opinión rápidamente.
30. ____ Hay momentos en los que no puedo decir nada.

Anexo N°5

Escala de Autoconcepto de Tennessee

Instrucciones:

- A.- Lea atentamente las afirmaciones.
- B.- Conteste en la hoja de respuesta que se adjunta, de acuerdo a lo que usted es, siente y hace **en este** momento.
- C.- Encierre en un círculo **una sola** alternativa.
- D.- No deje ninguna pregunta sin contestar.
- E.- Los números que aparecen en la hoja de respuesta corresponden a las siguientes apreciaciones:
 - 1. Totalmente en desacuerdo.
 - 2. En desacuerdo.
 - 3. Indeciso.
 - 4. De acuerdo.
 - 5. Totalmente de Acuerdo.
- F.- Ponga atención al contestar en su hoja de respuesta. **El número de afirmaciones del test debe corresponder con el número de respuestas en la hoja.**

No escriba nada en este cuadernillo. No hay respuestas buenas ni malas.

La sinceridad es una cualidad de todos. Gracias.

- 1.- Yo tengo un cuerpo sano.
- 3.- Yo soy una persona atractiva.
- 5.- Yo soy una persona descuidada en el aspecto de presencia personal.
- 19.- Yo soy una persona correcta.
- 21.- Yo soy una persona honesta.
- 23.- Yo soy una mala persona.
- 37.- Yo soy una persona alegre.
- 39.- Yo soy una persona calmada y de trato fácil.
- 41.- Yo soy un don nadie.
- 55.- Yo tengo una familia que siempre me ayudaría en todo tipo de problemas.
- 57.- Yo soy un miembro de una familia feliz.
- 59.- Mis amigos no tienen confianza en mí.

- 73.- Yo soy una persona amigable.
- 75.- Yo me relaciono bien con los varones.
- 77.- A mí no me interesa lo que otras personas hagan.
- 91.- Yo no siempre digo la verdad.
- 93.- A veces yo me enojo.
- 2.- Me gusta estar bien presentado y limpio siempre.
- 4.- Yo, frecuentemente, padezco de dolores y malestares.
- 6.- Yo soy una persona enfermiza.
- 20.- Yo soy una persona religiosa.
- 22.- Yo soy muy malo (a).
- 24.- Yo tengo una voluntad débil para las normas morales.
- 38.- Yo tengo mucho autocontrol.
- 40.- Yo soy una persona poco querida.
- 42.- Yo me estoy volviendo loco (a).
- 56.- Yo soy una persona importante para mis amigos y mi familia.
- 58.- A mí no me quieren en mi familia.
- 60.- Yo siento que mi familia no tiene confianza en mí.
- 74.- Yo me relaciono bien con las mujeres.
- 76.- Yo estoy mal con todo el mundo.
- 78.- Yo tengo dificultad para tener amigos.
- 92.- De vez en cuando pienso cosas que son demasiado malas para hablar de ellas.
- 94.- A veces, cuando yo no me siento bien, estoy de mal genio.
- 7.- Yo tengo un físico normal.
- 9.- Yo estoy conforme con mis rasgos físicos.
- 11.- Yo quisiera cambiar algunas partes de mi cuerpo.
- 25.- Yo estoy satisfecho con mi conducta moral.
- 27.- Yo estoy satisfecha con mi relación con Dios.
- 29.- Yo debería ir más a la iglesia.
- 43.- Yo estoy satisfecho (a) con ser lo que soy.
- 45.- Yo soy simpático (a) como quiero serlo.
- 47.- Yo me desprecio.
- 61.- Estoy satisfecho con mi relación con mi familia.
- 63.- Yo entiendo a mi familia lo mejor que puedo.
- 65.- Debería confiar más en mi familia.

- 79.- Yo soy tan sociable como quiero serlo.
- 81.- Yo trato de agradar a los otros, pero no me esfuerzo más de la cuenta.
- 83.- Yo no soy aceptado por los demás.
- 95.- Yo no quiero a todas las personas que conozco.
- 97.- De vez en cuando me río con chistes de doble sentido.
- 8.- Yo tengo una estatura normal.
- 10.- Yo no me siento tan sano y fuerte como quisiera.
- 12.- Yo querría atraer más a las personas del sexo opuesto.
- 26.- Yo me siento bien con mi actitud religiosa.
- 28.- Yo quisiera ser más digno de confianza.
- 30.- Yo no debería decir tantas mentiras.
- 44.- Yo creo que soy ingenioso (a).
- 46.- Yo no soy la persona que quisiera ser.
- 48.- Yo quisiera no ceder tan fácilmente.
- 62.- Yo trato a mis padres como corresponde hacerlo.
- 64.- Yo soy muy sensible respecto de las cosas que me dicen en la casa.
- 66.- Yo debería amar más a mi familia.
- 80.- Yo estoy satisfecho (a) con el modo de cómo yo trato a las personas.
- 82.- Yo debería ser más cortés con los demás.
- 84.- Yo debería llevarme mejor con las otras personas.
- 96.- Yo copuqueo a veces.
- 98.- A veces yo pienso que me estoy comprometiendo demasiado.
- 13.- Yo cuido bien mi cuerpo.
- 15.- Yo me preocupo de mi apariencia.
- 17.- Muy a menudo actúo de forma torpe.
- 31.- Yo siempre vivo de acuerdo a mi religión.
- 33.- Yo trato de mejorar cuando sé que no hago bien las cosas.
- 35.- A veces yo hago cosas muy malas.
- 49.- Yo siempre soy capaz de cuidarme a mí mismo en toda situación.
- 51.- Yo reconozco mi culpa por mis acciones sin desesperarme.
- 53.- Yo hago las cosas sin pensarlo primero.
- 67.- Yo trato de ser honrado con mis amigos y familia.
- 69.- Yo tengo un verdadero interés en mi familia.
- 71.- No cedo fácilmente ante mis padres.

- 85.- Yo trato de entender el punto de vista de las demás personas.
- 87.- Yo me llevo bien con otras personas.
- 89.- Yo no perdono a otros tan fácilmente.
- 99.- Yo prefiero ganar antes que perder.
- 14.- Yo me siento bien de salud casi siempre.
- 16.- A mí no me va bien en los juegos y deportes.
- 18.- Yo no duermo bien.
- 32.- Yo hago lo que se debe hacer casi siempre.
- 34.- Yo uso cualquier medio para salir adelante.
- 36.- Yo tengo dificultad para hacer las cosas que se deben hacer.
- 50.- Yo resuelvo mis problemas fácilmente.
- 52.- Yo cambio de parecer muy a menudo.
- 54.- Yo trato de escapar de los problemas.
- 68.- Yo hago lo que me corresponde en mi casa.
- 70.- Yo discuto con mi familia.
- 72.- Yo no actúo con mi familia, como mi familia quisiera que yo actuara.
- 86.- Yo soy capaz de ver las cosas buenas en la gente que me rodea.
- 88.- En general no me siento bien con otras personas.
- 90.- Me cuesta hablar con personas desconocidas.
- 100.- De vez en cuando yo dejo para mañana lo que debería hacer hoy.

PROTOCOLO TEST DE AUTOESTIMA

Nombre: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Fono: _____

- 1 = Totalmente en Desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Indeciso
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de Acuerdo

ITEM	RESPUESTA	ITEM	RESPUESTA	ITEM	RESPUESTA
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5

Anexo N° 6
Pauta Grupos Focales y Entrevista en Profundidad

1. Presentación del los facilitadores y objetivos del grupo focal y/o entrevista.
2. Descripción de la persona que usa prótesis ocular
 - Espontáneamente.
 - Dificultades y Debilidades
 - Fortalezas desarrolladas.
 - Descripción del período de adaptación al uso de prótesis ocular; duración y descripción.
3. Situación actual v/s situación anterior al uso de prótesis ocular.
 - Espontáneamente.
4. Cambios producidos en el área de las relaciones interpersonales.
 - Pareja; relaciones sexuales.
 - Familia.
 - Amigos.
 - Compañeros de trabajo.
5. Cambios producidos en la productividad
 - Académicos.
 - Laboral.
 - Deportiva.
 - En el hogar, cuidado de la familia
6. Cambios producidos en la percepción de sí mismo:
 - Seguridad.

- Imagen corporal.
- Valoración personal.
- Imagen Social de sí mismo.

7. Cambios producidos en el estado de ánimo:

- Descripción del estado anímico actual.
- Comparación del estado anímico actual con el estado de ánimo anterior al uso de prótesis ocular.
- Estado de ánimo; positivo, negativo, humor, labilidad e irritabilidad.

8. Cambios producidos en diversas actividades de la vida diaria:

- Locomoción.
- Hobbies y pasatiempos.
- Molestias físicas: causadas por uso de prótesis ocular, o en el ojo sano.

9. Proyecciones:

- Percepción del futuro espontáneamente.
- Sugerencias para mejoramiento de la calidad de vida de personas usuarias de prótesis ocular: desde sí mismo y externamente.

10. Cierre del grupo focal o entrevista.

Anexo N°7
Clasificación de Respuestas Asertivas del Listado de Conductas

Listado de Conductas de la Oposición Asertiva.

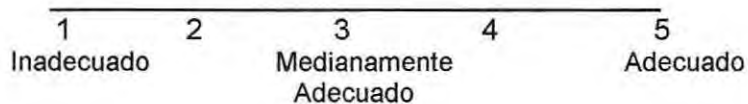
Componentes conductuales	Inadecuado	Medianamente Adecuado	Adecuado
Verbales			
Comprensión de lo que el otro dice o expresión del problema.			
Desacuerdo verbal.			
Petición de cambio de conducta o propuesta de solución.			
Duración de la intervención.			
Expresión en primera persona.			
Fluidez verbal.			
Volumen de la voz.			
No Verbales			
Contacto visual.			
Afecto.			
Gestos.			
Expresión facial acorde con el mensaje.			
Proximidad física.			

Listado de Conductas de la Aceptación Asertiva.

Componentes conductuales	Inadecuado	Medianamente Adecuado	Adecuado
Verbales			
Volumen de la voz.			
Expresión de elogio o aprecio.			
Expresión de sentimientos positivos.			
Duración de la intervención.			
Fluidez verbal.			
Expresión en primera persona.			
No Verbales			
Contacto visual.			
Afecto.			
Gestos.			
Expresión facial acorde con el mensaje.			
Proximidad física.			

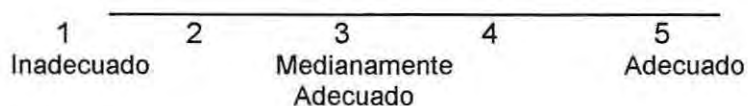
Las conductas que a continuación se describen serán evaluadas a través de un continuo que va desde una ejecución inadecuada a una adecuada. Una ejecución intermedia se evaluará como medianamente adecuada.

1. **Contacto Ocular:** Proporción de tiempo durante el cual el cliente mira al interlocutor mientras éste esta hablando, dentro de un tiempo de 5 minutos. Esto será medido a través de un cronómetro.



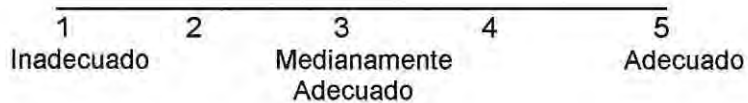
2. **Afecto:** Componente de la asertividad que consiste en el tono emocional con que la persona se expresa.

- Inadecuado: pasividad extrema, desánimo, tristeza, hostilidad.
- Adecuado: firme, convincente y apropiado a la situación.



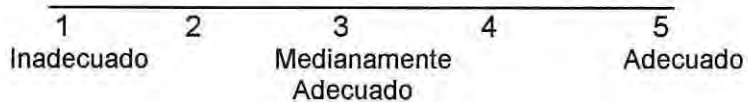
3. Volumen de Voz.

- Inadecuado: volumen extremadamente bajo o alto en comparación con el interlocutor y que no permita un entendimiento.
- Adecuado: respuestas audibles y claras. Semejante a la del interlocutor.



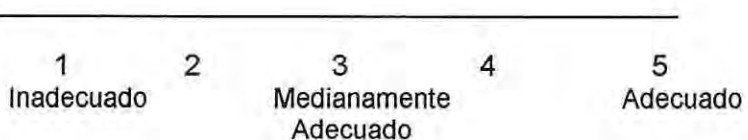
4. Gestos: Movimientos de manos, brazos, pies y cuerpo mientras el sujeto habla.

- Inadecuado: inhibición gestual o exceso en la utilización de gestos y ademanes que entorpezcan la comprensión o desvíe la atención del receptor.
- Adecuado: empleo de los gestos en pro de la comprensión del receptor.



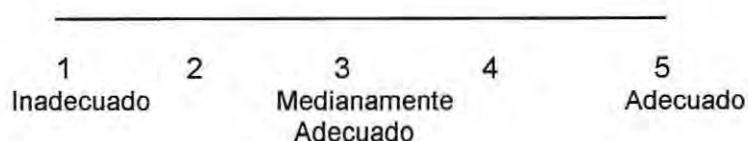
5. Expresión Facial:

- Inadecuado: expresión exagerada en el rostro o nula expresión al comunicar algo.
- Adecuado: la expresión facial es acorde con el mensaje que está comunicando.



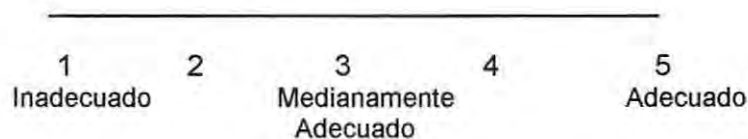
6. **Proximidad Física:** Distancia que el cliente mantiene con su interlocutor. Se relaciona con el contenido del dialogo.

- Inadecuado: lejano, distante al interlocutor.
- Adecuado: hay cercanía física, está relacionado con la postura corporal (dirigida hacia el interlocutor).



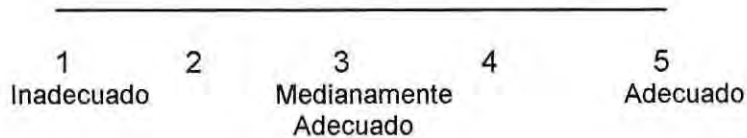
7. **Fluidez Verbal:**

- Inadecuado: hay tartamudeo, o largos silencios al expresar el mensaje oral. O se expresan palabras sin silencios intermedios ni entonaciones acordes con lo que se quiere comunicar.
- Adecuado: hay entonación acorde con lo expresado. Hay expresión verbal con palabras y silencios acorde con el tema.



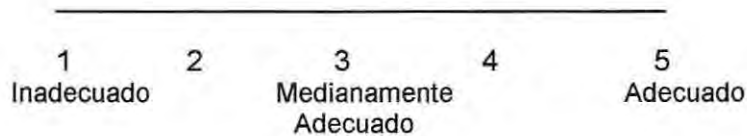
8. **Expresión en Primera Persona:** Capacidad de involucrarse con lo expresado.

- Inadecuado: relatar o expresar el mensaje al interlocutor en tercera persona, o como perteneciente a otro.
- Adecuado: asumir como parte de uno lo que se expresa, es decir, expresarse en primera persona.



9. **Expresión de Elogio o Aprecio.**

- Inadecuado: no expresa una respuesta positiva al interlocutor ante una situación agradable realizada por este último. O su reacción es inadecuada a la situación (respuesta agresiva, indiferencia, resta importancia al hecho, etc.)
- Adecuado: el cliente elogia explícitamente la conducta positiva del interlocutor y expresa aprecio hacia él y haber realizado una conducta deseable.

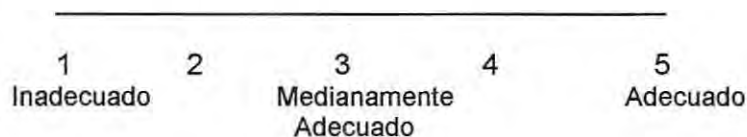


10. **Expresión de Sentimientos Personales:**

Capacidad de reconocer y

transmitir a otra persona información acerca de los sentimientos positivos que ha producido su conducta. Se diferencia con la expresión de elogio o aprecio, en que informa sobre los propios sentimientos personales. No alaba la conducta del otro.

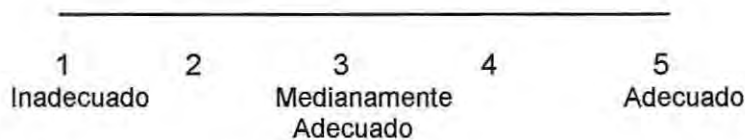
- Inadecuado: no presenta ninguna forma de expresión de sentimientos o expresión de sentimientos positivos sin involucrarse personalmente y/o expresar sentimientos no acorde a la situación (hostilidad, agresividad).
- Adecuado: expresión de sentimientos positivos personales que le producen ante una situación agradable dado por otro.



11. Conducta Positiva Recíproca: Capacidad de ofrecer una conducta

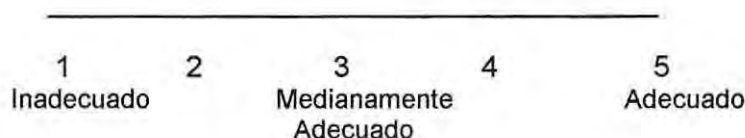
positiva para corresponder a la que ha hecho el otro.

- Inadecuado: realiza una conducta desmedida (aumentada) ante la conducta positiva del otro, o no reaccionar, o aminorar la conducta del otro restándole importancia.
- Adecuado: devolver un favor, ofrecer ayuda en alguna tarea o actividad o hacer algo que el otro le guste.



12. Duración de la Intervención: Cantidad de tiempo, medido cronológicamente, que dura la respuesta. En esta respuesta están contenidos los elementos componentes de la asertividad.

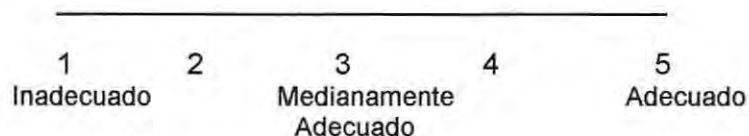
- Inadecuado: la respuesta no contiene ningún componente de asertividad. No existe ninguna respuesta o la respuesta es de larga duración, circular e ineficaz, por no contener los componentes verbales.
- Adecuado: la respuesta contiene todos los componentes de la asertividad.
- Estos son: a) para la *Aceptación Asertiva*: elogio, expresión de sentimientos personales, y conducta positiva recíproca; b) para la *Oposición Asertiva*: expresión del problema, expresión de entendimiento, expresión de desacuerdo y petición de cambio de conducta o propuesta de solución.



13. **Comprensión de lo que el otro dice y Expresión del Problema:**

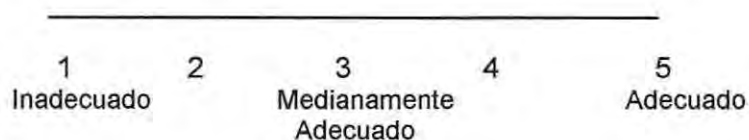
Capacidad de entender y dar a conocer por parte del cliente la existencia y naturaleza de una situación conflictiva con otro antagónico.

- Inadecuado: desconocer la existencia de una situación conflictiva en la que está involucrado y, por lo tanto, no expresarlo al otro afectado.
- Adecuado: presencia de una respuesta que indique explícitamente la comprensión del cliente sobre una situación conflictiva reconociéndola y expresándola como tal.



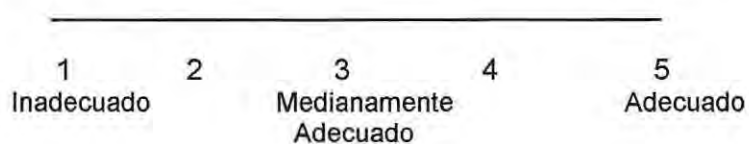
14. **Desacuerdo:** Capacidad de expresar una frase que indique que la conducta de la otra persona es inaceptable e insatisfactoria y que el cliente no esta de acuerdo en tolerarla.

- Inadecuado: ceder ante el otro o no emitir alguna frase que indique su desacuerdo o resistencia. Emitir frases de desacuerdo dirigidas a atacar directamente a la persona y no a sus acciones.
- Adecuado: toda frase que exprese desacuerdo o rechazo de las acciones poco razonables del interlocutor.



15. Petición de Cambio de Conducta o Propuesta de Solución: Capacidad de sugerir una línea de acción aceptable para el futuro con el objetivo de producir un cambio en la conducta del antagonista.

- Inadecuado: no entregar soluciones alternativas ante la situación conflictiva, o las soluciones entregadas son inaceptables o irrealizables.
- Adecuado: dar una respuesta de solución ante una situación conflictiva donde la propuesta de solución sea una alternativa aceptable y concreta.



Anexo N° 8

Pauta para Evaluación de Jueces Expertos

I. Juego de roles N°1

A continuación se presenta un juego de roles donde la situación es la siguiente:

Situación: Amiga de la paciente le pide que por favor la maquille (gratis) para su matrimonio. Amiga disconforme con lo hecho por la paciente crítica duramente el trabajo. La paciente está disconforme con el trato dado.

Por favor evalúe según su criterio, el desempeño de la paciente en un continuo de 1 a 4, en estos tres aspectos.

1. Expresión corporal acorde con el mensaje

Realizar movimientos de manos y brazos acordes con la comunicación verbal.

1 2 3 4

1 = No presenta movimiento de manos y brazos

4 = Presenta movimiento de manos y brazos acorde con lo que expresa verbalmente

2. Expresión de desacuerdo verbal

Expresar una frase que indique que la conducta de otra persona es inaceptable e insatisfactoria, y que no está de acuerdo en tolerarla. Debe estar dirigida a las acciones y no a la persona.

1 2 3 4

1 = No presenta expresión de desacuerdo.

4 = Hacer explícita una o más frases de desacuerdo dirigida a las acciones y no a la persona.

3. Expresión de propuesta de solución

Sugerir alternativas de solución aceptables, viables y concretas ante una situación conflictiva.

1 2 3 4

1 = No presenta alternativas de solución.

2 = Presenta alternativas de solución, pero no son viables.

3 = Presenta una alternativa de solución viable.

4 = Presenta más de una alternativa de solución y éstas son posibles de llevar a cabo

4. Asertividad General

Si consideramos a la asertividad como una habilidad social para comunicarse que involucra aspectos verbales y no verbales, señale en un continuo de 1 a 4 cuán asertiva actuó la paciente.

1 2 3 4

II. Juego de roles N°2

Compañera de trabajo le cuenta a la paciente que sustrajo dinero de la caja chica para pagar deudas personales, con la intención de pagarlo dentro de los próximos días.

Por favor indique según su criterio el desempeño de la paciente en un continuo de 1 a 4, en estos tres aspectos.



1. Expresión corporal acorde con el mensaje:

Realizar movimientos de manos y brazos acordes con la comunicación verbal.

1 2 3 4

1 = No presenta movimiento de manos y brazos.

4 = Presenta movimiento de manos y brazos acorde con lo que expresa verbalmente.

2. Expresión de desacuerdo verbal:

Expresar una frase que indique que la conducta de otra persona es inaceptable e insatisfactoria, y que no está de acuerdo en tolerarla. Debe estar dirigida a las acciones y no a la persona.

1 2 3 4

1 = No presenta expresión de desacuerdo.

4 = Hacer explícita una o más frases de desacuerdo dirigida a las acciones y no a la persona.

3. Expresión de propuesta de solución

Sugerir alternativas de solución aceptables, viables y concretas ante una situación conflictiva.

1 2 3 4

1 = No presenta alternativas de solución.

2 = Presenta alternativas de solución, pero no son viables.

3 = Presenta una alternativa de solución viable.

4 = Presenta más de una alternativa de solución y éstas son posibles de llevar a cabo está en desacuerdo con la conducta.

4. Asertividad General

Si consideramos a la asertividad como una habilidad social para comunicarse que involucra aspectos verbales y no verbales, señale en un continuo de 1 a 4 cuán asertiva actuó la paciente.



Indique en cual de los 2 vídeos la paciente se muestra más asertiva:

A) Vídeo 1

B) Vídeo 2

