

## INTRODUCCIÓN

Cuando se hace referencia a cualquier período de la vida se está hablando no tanto de categorías naturales, dictadas por la biología, definidas por rasgos universales e inalterables, sino más bien de categorías sociales, dotadas de significado por una cultura y sociedad particular.

Dentro de nuestra sociedad existen una diversidad de culturas donde se realizan investigaciones de diferente índole, en esta pluralidad uno de los grupos menos explorados con una identidad propia es la comunidad sorda; el poco interés que muestran los investigadores se debe a la falta de conocimiento del lenguaje de señas boliviano (LSB) lo cual impide llegar a ellos de manera más efectiva.

Se denomina “SORDO” a la persona que tiene dificultad o incapacidad de percibir de manera óptima los sonidos del entorno y del lenguaje. Asimismo, la hipoacusia señala una pérdida de audición variable según el grado de severidad. Es por esto que ambos conceptos se utilizan indistintamente para referirse a las personas con esta condición.

La ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales complejos, que implican también problemas en pensamientos y conductas, la población sorda no está exenta de estos problemas emocionales más aun teniendo una discapacidad la cual limita a la persona a tener un contacto más efectivo con las demás personas oyentes.

Tanto ansiedad como depresión son formas de reaccionar ante eventos externos o internos. Por lo que en ellas son muy importantes las atribuciones. Si un evento lo vemos como una amenaza se disparará nuestro sistema de alerta (la ansiedad), si lo interpretamos como una pérdida o un fallo, seguramente se activará nuestro sistema de conservación de energía (la depresión).

La Capacidad de Resiliencia que poseen los Adolescentes y Adultos Jóvenes que componen la comunidad sorda, con necesidades básicas insatisfechas los coloca en situación de riesgo y de vulnerabilidad social. Una de las definiciones se extrajo del marco teórico es la que sostiene Grotberg (1995): “Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, e inclusive, ser transformado por ellas”.

Acompañada la Capacidad de Resiliencia de sus Factores Protectores, que son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

Y al hablar de Factores Protectores es inevitable hablar de Factores de Riesgo que se definen como: cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Ejemplos de factores de riesgo son, baja autoestima, conductas de riesgo, situación familiar irregular, silencio, comunicación deficiente, aislamiento, pobres vínculos entre miembros de la familia, proyecto de vida débil, pertenencia a un grupo de riesgo, sujetos con un locus de control externo que atribuyen los resultados obtenidos a fuerzas externas que están fuera de su control.

Los involucrados en la presente investigación son los Adolescentes y Adultos Jóvenes estudiantes del Centro de Educación Auditiva Diana (CEADI), cuyo propósito es brindar una atención integral a niños (a) adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva (DA), en la ciudad de Tarija.

A continuación y con el propósito de una mejor comprensión de los diferentes momentos de la investigación, se da a conocer el proceso de estudio el mismo que se desarrolla en capítulos de la siguiente manera.

En el capítulo I, se establece la problemática de la investigación donde se menciona de manera clara y concisa los síntomas del problema a abordar, ubicando en un contexto donde permite comprender su origen, relaciones y viabilidad así mismo su debida justificación, que explica las razones por los cuales se pretende realizar la investigación, porqué es importante y los beneficios que se obtendrán al finalizar la misma.

En el capítulo II, en el diseño teórico se detalla el objetivo general y los objetivos específicos que constituyen los fines de la investigación, plasmando la intencionalidad consciente o resultado final esperado, estos a su vez estarán directamente relacionados con el tipo de problema. La hipótesis que constituye una

posible respuesta al problema, es un supuesto razonable y sustentado por toda la suma de saberes teóricos, investigaciones y hechos científicos acumulados hasta el momento por otros investigadores. La operacionalización de las variables muestra una interpretación o traducción de las variables en términos empíricos, buscando los indicadores, signos o índices empíricos que revelan la presencia de rasgos del objeto que no pueden ser estudiados directamente.

El capítulo III, contiene el marco teórico que describe las teorías, enfoques teóricos, estudios y antecedentes en general que se refieren al problema de investigación por lo tanto es el respaldo organizado en argumentos teóricos y referenciales.

El capítulo IV, corresponde a la metodología de la investigación donde se detalla el conjunto de procedimientos y técnicas que se aplicaron de manera ordenada y sistemática, esta determina la manera en la que se recabaron, ordenaron y analizaron los datos obtenidos, de esta manera otorgarle validez y rigor científico a los resultados obtenidos en el proceso de estudio y análisis.

Capítulo V, en el que se muestra el análisis e interpretación de los resultados obtenidos producto de la revisión y calificación de los instrumentos aplicados, la misma se muestra en cuadros y gráficas respectivamente.

Capítulo VI, en esta sección se expresa las conclusiones y recomendaciones las cuales exponen los datos confirmatorios o limitaciones a las que arriba la investigación.

Bibliografía, esta unidad expone la literatura que se utilizó en la investigación, como obras de algún autor y/o publicaciones con referencia al tema tratado.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vida está llena de eventos de disfrute y bienestar, así mismo de dificultad y adversidad, como puede ser la pérdida de un ser querido, enfermedades, crisis económica, pérdida de empleo, rompimiento de pareja ¿cómo se responde a un revés extremo? Según Sielbert (2007) las personas reaccionan a los golpes duros de la vida de modos distintos y diversos. Algunos sufren una sacudida emocional, se enfurecen y se estremecen, tienen rabietas emocionales en las que desean herir a los demás, llegando incluso a la violencia física.

Otros en cambio se paralizan, quedan como adormecidos en el dolor. Se sienten desesperados y sobrepasados y no son capaces de hacer frente a lo que les ha sucedido.

Algunas personas se comportan como víctimas, culpan a los demás de haberles arruinado la vida, entran en un espiral de pensamientos y sensaciones infelices, surgen frases como. “No hay derecho que esto me ocurra a mí”, se quejan una y otra vez, cayendo en estados depresivos o de ansiedad y miedo que son muy comunes y son respuestas normales a esta experiencia que cambia la vida de las personas.

Hay muchas cosas que pueden causar estos sentimientos. Los cambios en la imagen corporal pueden afectar la autoestima y la confianza. Asimismo, se pueden alterar los roles familiares y de trabajo. La gente puede sentir aflicción a causa de estas pérdidas y cambios. Los síntomas físicos, tal como dolor, náusea o cansancio extremo, probablemente causen también angustia emocional. Las personas también podrían sentir miedo a la muerte, al sufrimiento, al dolor o a todas las cosas desconocidas que podrían acontecer.

Una de las poblaciones en nuestro medio que sufre una diversidad de estos problemas sin duda son las personas con discapacidad auditiva, los problemas de comunicación

y el acceso limitado a los servicios pueden tener efectos importantes en la vida cotidiana y generar sensación de soledad, aislamiento y frustración. Muchas de las dificultades emocionales y comportamentales pueden derivarse de un inadecuado vínculo padres-hijo/a. El lenguaje y la comunicación son importantes desde muy temprana edad. En la etapa en la que un niño oyente empieza a hablar, un niño sordo se va encontrando cada vez más aislado, en este sentido es importante enfatizar que el 90% de las personas sordas tiene padres oyentes (Muñoz, 2006).

Sin duda, estas situaciones pueden llegar a desbordar a la persona, no sólo por el shock traumático, sino por el proceso de adaptación y cambio a una nueva forma de vida que debe experimentar tanto el afectado como los que le rodean. Así, aunque una discapacidad es dolorosa en cualquier periodo de la vida, si ésta es sobrevenida, puede incrementar un mayor nivel de desajuste al comparar la vida antes con la de después de ese suceso traumático, desencadenando cambios en la vida de los afectados, que pasan bruscamente de vivir de forma sana e independiente a depender de los familiares o de cuidadores para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria.

Algunos padres pueden "inundar" de atención a la persona para compensar el déficit sensorial y las dificultades de comunicación. En la práctica, esto se traduce en un "sobre control comportamental"; dicho de otra forma, algunos padres encuentran difícil permitir que sus hijos sordos se desarrollen tan independientes como lo hacen los niños oyentes.

En primer lugar, debemos hacer mención a la situación de los y jóvenes sordos. Las investigaciones demuestran que es posible encontrar trastornos emocionales y/o de conducta entre el 40% y el 50% de los jóvenes sordos. Este dato es especialmente significativo, si se considera que estos trastornos sólo se encuentran, como máximo, en el 25% de la población general de jóvenes. De manera resumida, los datos más relevantes de las recientes investigaciones sobre la salud mental de los adultos sordos muestran que estas personas tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticados de trastornos de personalidad o trastornos adaptativos o de comportamiento y de padecer síndromes orgánicos (Muñoz, 2006).

Según la Organización mundial de la salud (OMS, 2017) más del 5% de la población mundial (360 millones de personas) padece pérdida de audición (328 millones de adultos y 32 millones de niños). Por pérdida de audición discapacitante se entiende una pérdida de audición superior a 40dB en el oído con mejor audición en los adultos, y superior a 30dB en el oído con mejor audición en los niños. La mayoría de las personas con pérdida de audición discapacitante vive en países de ingresos bajos y medianos.

En nuestro país Bolivia es un problema en constante crecimiento por lo que es necesario trabajar de manera coordinada para que estas personas tengan la fuerza de voluntad necesaria para salir adelante.

Frente a todas estas dificultades y limitaciones que presentan están personas con discapacidad auditiva hay quienes se enfrentan a la angustia y al dolor con valentía, se orientan a la nueva realidad y se adaptan a retos inmediatos, reaccionan y a menudo, entran en un espiral de la que salen más fortalecidos y mejor que antes. Esto no ocurre exclusivamente a nivel personal sino más bien impacta a todo el entorno social inmediato del sujeto, una crisis involucra directa e indirectamente a la familia, nadie se encuentra exento de problemas y dificultades, son partes del ciclo de vida familiar. Por lo que hablar, debatir, reflexionar sobre el concepto del dolor, nos prepara y garantiza mayor éxito al momento de enfrentar las adversidades.

Esta es la gran virtud de la resiliencia, **sólo un ligero cambio de mirada**, como el navegante que gira sólo un milímetro el timón de su nave al salir del puerto. Inicialmente el cambio es sutil, imperceptible, pero suficiente para cambiar el rumbo y para que el puerto de destino final esté, quizás, a miles de kilómetros del previsto inicialmente (López, 2008).

La resiliencia se debe promover y cultivar desde los procesos sociales, y sobre todo educativos, de allí la necesidad de informar y divulgar trabajos como el presente, para que de esta manera posibilite a las personas acceder al bienestar en medio de la adversidad.

No significa que las personas resilientes no sufran los acontecimientos, les afectan igual, lo que les hace diferentes, es su manera de enfrentar estos problemas siendo capaces incluso de salir reconfortados y enriquecidos de estos sucesos. Son personas con una capacidad extraordinaria para resistir y rehacerse después de un suceso traumático.

Las personas con discapacidad, pueden ser reconocidas como personas emprendedoras y constructoras de su vida individual y colectiva, en consecuencia la condición de resiliencia es un factor de generación de su propia fuerza para salir adelante, aun teniendo la condición de sordos.

Por todo lo indicado y por el nivel de importancia del estudio acerca de los problemas emocionales y factores resilientes presentes en las personas con discapacidad auditiva, es que se plantea la siguiente pregunta:

*¿Qué trastornos emocionales y qué nivel de resiliencia están presentes en los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes al Centro de Educación Auditiva Diana (CEADI) de la ciudad de Tarija?*

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo hace conocer el nivel de ansiedad y depresión así como los factores de resiliencia que presentan los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva de la ciudad de Tarija debido a que, no se puede encontrar datos de investigaciones en el medio local y nacional concerniente hacia esta temática, como el fortalecer los elementos propios de la resiliencia en las personas con discapacidad.

Es de gran importancia el tener que abordar esta temática debido a que la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, debe ser considerado elemental, para que la persona con discapacidad auditiva pueda ante las dificultades superarlas e incluso ser transformado positivamente por ellas.

También la presente investigación es significativa en la actualidad por lo que se requiere contar con los instrumentos adecuados y capaces de medir y evaluar la

resiliencia, lo que permite identificar los factores, elementos, características resilientes de las personas con discapacidad auditiva.

Además ayuda a cambiar una necesidad sentida en la comunidad sorda (Centro de Investigaciones de la Lengua de Señas Boliviana CI-LSB), puesto que como ya se indicó de manera reiterativa, no se trabaja en este ámbito, en la práctica se podrá desarrollar estrategias mediante el lenguaje LSB, para llegar a proporcionar una educación alternativa que vaya de acuerdo a las necesidades de las personas con discapacidad auditiva.

Con el propósito de obtener datos más fiables mediante la aplicación de los instrumentos, estos fueron adaptados al lenguaje de LSB (Lengua de Señas Boliviana) para una mejor comprensión de las consignas presentadas a los adolescentes y adultos jóvenes.

El desarrollo del tema en nuestra región en especial para la comunidad sorda en el análisis de los factores resilientes y la discapacidad, será de gran significancia puesto que permitirá realizar programas de intervención y estrategias alternativas de acuerdo al contexto.

Por tanto, a partir de lo anterior y dada la importancia de la temática se deben establecer programas que fomenten las potencialidades de los adolescentes y adultos jóvenes hacia el desarrollo de esta capacidad, el objetivo general de este trabajo consiste en determinar los niveles de ansiedad y depresión, además de describir y comparar el nivel de resiliencia que presentan los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva, de esta manera en un futuro próximo proponer programas que puedan ayudar a fortalecer sus capacidades para lograr la independencia en sus actividades, entendiendo que la resiliencia no es algo que se adquiera o no se adquiera, sino que conlleva a conductas que cualquier persona puede desarrollar y aprender.

Cuando se piensa en promover la resiliencia en una persona, estamos buscando estrategias que permitan el desarrollo de los seres humanos; fomentar la autonomía, la

autoestima, la creatividad y el humor, expresado este último en la alegría, la capacidad de jugar y relacionarse con los otros, y afianzar los factores protectores externos, tanto del grupo familiar como en el entorno en general.

En el proceso de búsqueda de la información encontramos que se realizó una investigación acerca de los Factores Resilientes frente al consumo de alcohol (Rollano, 2009) la misma que sirvió de referente investigativo.

## **CAPÍTULO II**

### **DISEÑO TEÓRICO**

#### **2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué trastornos emocionales y qué nivel de capacidad de resiliencia están presentes en los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes al Centro de Educación Auditiva Diana “CEADI” de la ciudad de Tarija?

#### **2.2. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los trastornos emocionales y la capacidad de resiliencia presentes en los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes al Centro de Educación Auditiva Diana “CEADI” de la ciudad de Tarija

#### **2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de ansiedad y depresión de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes a CEADI.
- Describir el nivel de irritabilidad, pensamientos de inutilidad y problemas de pensamiento de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes a CEADI.
- Establecer el nivel de resiliencia de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes a CEADI.

#### **2.4. HIPÓTESIS**

- Los niveles de Ansiedad y Depresión de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva es de casi siempre
- Los niveles de pensamientos de inutilidad, problemas de pensamiento de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva es de algunas veces y el de irritabilidad es de siempre.
- El nivel de resiliencia de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva es moderada.

## 2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Ansiedad y Depresión	La <b>ansiedad</b> es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.	1.- Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnio</li> <li>- Miedo</li> <li>- Tensión muscular</li> <li>- Respiración agitada</li> <li>- Pensamientos molestos</li> <li>- Preocupación</li> <li>- Estado de ánimo inestable</li> </ul>	<p>Siempre</p> <p>Casi Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi Nunca</p> <p>Nunca</p>
		2.- Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación</li> <li>- Decaimiento</li> <li>- Sentimiento de debilidad</li> <li>- Insomnio o hipersomnia</li> <li>- Pérdida de apetito</li> <li>- Perdida de energía</li> <li>-Disminución de la capacidad de pensar</li> </ul>	<p>Siempre</p> <p>Casi Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi Nunca</p> <p>Nunca</p>
		3.- Inutilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autopercepción errónea</li> <li>- Temor a errar</li> <li>- Dificultad para iniciar actividades</li> <li>- Pensamientos molestos</li> <li>-Irritabilidad</li> <li>- problemas orgánicos y musculares (vista y temblores)</li> </ul>	<p>Siempre</p> <p>Casi Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi Nunca</p> <p>Nunca</p>

<p>La <b>depresión</b> es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, pudiendo llegar hasta el suicidio.</p>	4.- Irritabilidad		
	4.- Irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impaciencia</li> <li>- Sensación constante de rabia.</li> <li>- Ira</li> <li>- Cansancio</li> <li>- Pensamientos molestos</li> </ul>	<p>Siempre</p> <p>Casi Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi Nunca</p> <p>Nunca</p>
	5.- Problemas de pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad para concentrarse</li> <li>- Negativismo</li> <li>- Miedo a perder el control</li> <li>- Deseos de estar solo</li> <li>- Sentimientos de soledad</li> <li>- Pesadillas y terrores nocturnos</li> </ul>	<p>Siempre</p> <p>Casi Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi Nunca</p> <p>Nunca</p>

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALAS</b>
Capacidad de Resiliencia	Capacidad de volver al estado natural, especialmente después de alguna situación crítica e inusual.	<b>Factor I</b> <i>Competencia personal</i>	confianza en sí mismo Satisfacción personal Sentirse bien solo	1. Mayor capacidad 2. Moderada capacidad 3. Escasa capacidad
		<b>Factor II</b> <i>“Aceptación de uno mismo y de la vida”.</i>	Perseverancia Ecuanimidad	

## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO

Con la finalidad de tener un respaldo teórico para la presente investigación se hace necesario hacer referencia al aporte teórico encontrado en la revisión bibliográfica consultada

#### **3.1 Trastornos Mentales o Emocionales**

Es bastante difícil definir el término de “trastornos emocionales” o afectivos, ya que es un fenómeno que está interrelacionado con muchos otros trastornos; del carácter, de conducta y dificultades de aprendizaje. En este sentido, existe cierta confusión entre sus causas, sus efectos y los efectos asociados a él.

Tomando en cuenta lo anterior, se ha usado este término para referirse indistintamente a otros trastornos, como desadaptación emocional y desorden mental entre otros.

Intentando una delimitación de perturbación emocional, se entenderán estas centradas, en los estudios de Newcomer, como:

“Un estado del ser, caracterizado por aberraciones en los sentimientos que tiene un individuo con respecto a sí mismo y al medio ambiente. La existencia de la perturbación emocional se deduce del comportamiento. Por lo general si una persona actúa de una manera que le es perjudicial a ella y/o a los demás, puede considerarse en un estado de perturbación emocional.” (Newcomer, 1993).

Bravo, L. (1984), plantea que los trastornos emocionales infantiles son consecuencia de insuficiencia en los procesos psicológicos adaptativos frente a experiencias del ambiente y frente a las propias necesidades instintivas. Agrega además, que estos trastornos son derivados de la angustia y de los mecanismos psíquicos insuficientes para controlarla.

El término de trastornos mentales o emocionales incluye una gran gama de condiciones que afectan sustancialmente la capacidad de las personas para manejar

las demandas de la vida diaria. Esta condición puede causar dificultades de pensamientos, sentimientos, conducta funcional y relaciones personales.

Es una condición invisible, en ocasiones no aparente ante de demás, sin embargo sus síntomas interfieren significativamente en el rendimiento académico, la comunicación y las relaciones personales del sujeto.

Los trastornos emocionales estarían estrechamente relacionados con problemas de conducta, anomalías de carácter y dificultades de aprendizaje, lo que muchas veces no permite hacer un análisis más específico del problema.

Los trastornos emocionales pueden dividirse en:

- Trastornos afectivos derivados del ambiente (en base a las actitudes del medio frente a él)
- Trastornos conflictivos sintomáticos (Con causa ambiental, pero los síntomas se mantienen pese a desaparecer la causa).
- Trastornos estructurales de la personalidad (debido a fallas en las funciones yoicas).

### **3.1.1 Ansiedad y depresión**

Ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales complejos, que implican también problemas en pensamientos y conductas. Aunque son distintos, presentan ciertas similitudes que pueden ocasionar confusión al intentar distinguirlos. Pasaremos en primer lugar a ver en que son diferentes, para luego ver sus aspectos comunes.

#### **Aspectos diferenciales**

La **ansiedad** es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro. Como respuesta intensa que es, resulta muy fácil que se asocie a diferentes estímulos o situaciones. Genera una marcada activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes. Por lo tanto, cuando se convierte en problemática (por ser desmesurada respecto al estímulo que la genera, por presentarse

repetidamente y/o prolongarse en el tiempo) se trata enseñando habilidades para reducir esta activación. Además es común que la actividad fisiológica se manifieste también a nivel psicológico, produciéndose un mayor número de distracciones, hipervigilancia, aprensión, irritabilidad, inseguridad. Los pensamientos y evaluaciones están relacionados con la amenaza, la sobrevaloración del riesgo y la minusvaloración de los propios recursos. La ansiedad, por tanto, se centra en la prevención respecto al futuro para que no se produzcan ciertas consecuencias desagradables que se presuponen.

Además en los trastornos de ansiedad hay otra serie de características diferenciales respecto de la depresión. No hay variación a lo largo del día (salvo en algunos casos con fuertes componentes anticipatorios, que suelen sentirse peor al despertarse y primeras horas del día), ni en las diferentes estaciones del año. Por otro lado, la ansiedad no implica pérdida de la capacidad de disfrute y obtención de placer, como sucede en la depresión.

Cada uno de los diferentes trastornos de ansiedad presenta unas características propias y definitorias que los distinguen de la depresión y de otros trastornos de la ansiedad. De esta manera en el trastorno obsesivo-compulsivo existen rumiaciones y rituales específicos. En el trastorno por estrés postraumático hay re experimentaciones del trauma. El miedo al miedo es propio del trastorno de pánico. Y el temor a hacer el ridículo es característico de la fobia social.

**El ánimo o depresión** es una emoción relacionada con el sistema de conservación/regulación de la energía y la motivación. El estado de ánimo deprimido, o depresión, se activa ante eventos pasados que implican pérdida, degradación o fallos, produciéndose quietud, disminución o lentificación de los movimientos, y una tristeza profunda. Si no es excesiva sirve para dejar que el tiempo cure las heridas, recibir apoyo social que supla las posibles pérdidas, recargar la energía, y facilitar la resolución de los problemas. Pero si persiste en exceso, puede ser que los conflictos existentes permanezcan irresueltos, se produzca aislamiento social, pérdida del sentido de la existencia, mayor abatimiento y la creencia de que no existe solución

para los problemas. La atención y el pensamiento se orientan preferentemente a pérdidas, fallos o degradaciones imaginados o reales, que generan honda tristeza, culpa inapropiada, disminución de la autoestima y, en algunos casos, ideación suicida.

#### Resumen de las características definitorias de la Ansiedad

- Sistema de alerta
- Eventos de daño o amenaza
- Pensamientos de daño o amenaza
- Aumento de la activación y conductas de ataque, lucha o huida.
- Tensión
- Aspectos específicos de los trastornos de ansiedad (rituales, flashbacks, miedo al miedo...)
- El tratamiento reduce la activación y demuestra la no relación entre los estímulos o situaciones y una amenaza real y altamente probable.

#### Resumen de las características definitorias de la Depresión

- Sistema conservación/regulación de energía
- Eventos de fallo, pérdida o degradación
- Pensamientos de fallo, pérdida o degradación
- Disminución de la actividad física y social (retramiento y enlentecimiento de los movimientos)
- Tristeza y dificultad para sentir placer
- Pérdida del sentido de la existencia
- Culpa inapropiada
- Baja autoestima y sentimientos de inferioridad

- El tratamiento quiere aumentar la actividad y enseñar que hay relación entre actuar y recibir recompensas.

### **Coexistencia de manifestaciones de ansiedad y depresión**

Estas no siempre se presentan claramente, o simplemente, ambos trastornos se presentan unidos. De tal modo que en determinadas personas es posible encontrar depresión con algunos de los rasgos enunciados para la ansiedad, y al inversa, personas con ansiedad patológica que presentan características propias de la depresión.

Tanto ansiedad como depresión son formas de reaccionar ante eventos externos o internos. Por lo que en ellas son muy importantes las atribuciones. Si un evento lo vemos como una amenaza se disparará nuestro sistema de alerta (la ansiedad), si lo interpretamos como una pérdida o un fallo, seguramente se activará nuestro sistema de conservación de energía (la depresión).

Las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales se han hecho de estas coincidencias.

La CIE-10, clasificación efectuada por la Organización Mundial de la Salud, incluye el trastorno mixto ansioso-depresivo donde se dan diferentes posibilidades de combinación de síntomas propios de la ansiedad y propios de la depresión.

En el DSM-IV, clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, se propone para nuevos estudios un trastorno ansioso-depresivo caracterizado por estado de ánimo disfórico (inquietud, tristeza, ansiedad, preocupación, falta de energía, baja autoestima) que afecta a diferentes parcelas de la vida de la persona y provoca un malestar clínicamente significativo. No se diagnostica si se explica mejor por otro trastorno mental, o si la persona ha padecido ya depresión mayor, trastorno distímico, trastorno por ansiedad generalizada o trastorno de angustia.

De manera no tan explícita ambas clasificaciones también reflejan la coexistencia entre ansiedad y depresión, en las reacciones de adaptación (CIE-10) o trastornos adaptativos (DSM-V). En ambos casos se trata de una respuesta exagerada a una

situación estresante que aparece en los 3 meses siguientes al acontecimiento. Estas reacciones o trastornos se pueden manifestar con síntomas predominantemente de ansiedad, de depresión, de una combinación de ambas o de otras emociones o conductas perturbadoras (ira, preocupación, violencia, etc...).

### **Aspectos comunes**

Un 70% de los trastornos depresivos refieren ansiedad de diferentes grados y tipos. Un porcentaje todavía mayor de personas que sufren trastornos de ansiedad, terminan por presentar también sintomatología depresiva de diversa consideración.

Vamos a enunciar algunos aspectos que pueden explicar la confluencia que usualmente se da entre la ansiedad y la depresión:

- En ocasiones, las situaciones implican amenaza y pérdida a la vez, por lo que llevan a la activación de los dos sistemas con diferentes posibilidades de combinación.
- Algunos síntomas aparecen por igual en ansiedad y depresión, por ejemplo el centrar la atención en uno mismo y sus reacciones (auto focalización), las dificultades de concentración, el insomnio, el vértigo, y las náuseas.
- Pueden llevar a conductas y pensamientos muy similares, aunque con causas y contenidos diferentes. Así la reclusión en casa se dan en la agorafobia con trastorno de pánico y en la depresión, pero en la primera se debe al miedo a experimentar una crisis de pánico y en la segunda a la tristeza y a la falta de motivación. Sin embargo, como las causas no siempre se pueden dilucidar la distinción puede ser una ardua tarea.
- En niños es difícil separar ansiedad y depresión, posiblemente porque la depresión como la conocemos requiere más elaboración cognitiva con lo que en la infancia se parece más a la ansiedad. Esto se demuestra por que el estado de ánimo en niños diagnosticados de depresión puede ser de irritabilidad. Aún no se han especializado suficientemente los sistemas.
- Lo mismo ocurre en la vejez.

- En muchos casos, funcionan los mismos psicofármacos para ambos trastornos, por lo que es de suponer que participan los mismos sistemas de neurotransmisión. Así, se postula que en ambos hay déficits de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina. Lo cual explicaría por qué los antidepresivos tricíclicos (que aumentan la noradrenalina o la serotonina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (que aumentan la cantidad de serotonina en el espacio entre neuronas o espacio sináptico) son igualmente útiles en ansiedad y en depresión. Sin embargo, en este tema aparecen aún resultados contradictorios.
- Suelen haber precursores o concomitantes comunes. En ambos trastornos es corriente encontrar en el inicio o en el transcurso, falta de habilidades para la resolución de problemas, de habilidades sociales, situaciones estresantes o estrés continuado, pensamiento desadaptativo y rígido. No obstante, aunque en forma sean iguales, su contenido (amenaza o pérdida) permite, normalmente, su distinción.
- Se cree que puede existir una relación genética entre algunos trastornos de ansiedad y la depresión. Sería el caso del trastorno obsesivo-compulsivo que guarda más relación con la depresión que con algunos trastornos de la ansiedad, y el del trastorno de pánico.

De entre los intentos por explicar las relaciones entre ambas, destaca el de Kendall y Watson. Estos autores usan la Teoría Diferencial de la Emociones de Izard para la que ansiedad y depresión son emociones complejas que recogen diferentes combinaciones de emociones básicas. En la primera predomina el temor, y en la segunda la tristeza. Pese a distinguirse en la emoción básica se asemejan en otras emociones, lo cual puede llevar a que se confundan. Para Kendall y Watson tanto ansiedad como depresión se podrían incluir en una categoría más amplia denominada Afectividad Negativa, formada básicamente por emociones negativas (con sus correspondientes conductas y pensamientos negativos). Por esta categoría quedarían explicadas tanto las coincidencias como las diferencias.

La relación que se pueda dar entre ansiedad y depresión no es fija ni inamovible. Al contrario, presenta oscilaciones a lo largo de su curso. De manera que, en un cierto momento, es posible que predomine una u otra sintomatología.

Si se presentan ambos en un mismo paciente es importante intentar esclarecer cuál fue secundario y cuál primario. Sin embargo el criterio que determinará cuál va a ser tratado primero será el malestar que cause al paciente y el grado de incapacitación. En caso de que esto no quede claro, lo más aconsejable es atender primero a la depresión porque ésta afecta directamente a la motivación, y por tanto, al seguimiento del tratamiento, o de cualquier otro programa o iniciativa tendente a la recuperación. (Cortez, G. 2009).

### **3.2. Concepto de resiliencia**

Un aspecto esencial para explicar la disposición de la estructura humana de sobreponerse al maltrato está contenido en el concepto de resiliencia, entendida como: “la capacidad que demuestran individuos provenientes de entornos desfavorecidos para sobreponerse a la adversidad en beneficio del crecimiento personal”

El concepto es tomado de la física en la que se entiende como “elasticidad” semejante a la mostrada por los cuerpos que vuelven a su estado inicial después de estar sometidos a presión.

Según la revista “El Maestro” en su edición electrónica de mayo 2000 la resiliencia implica “el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas” (Cyrulnik, 2002) la considera “un mecanismo de autoprotección que amortiguando los choques del trauma se pone en marcha desde la más tierna infancia, primero mediante el tejido de lazos afectivos y luego a través de las expresiones de las emociones”.

Según el autor, autocalificado como resiliente, “las niñas y los niños sometidos a malos tratos y abusos pueden valerse de una especie de reserva biopsíquica que les

permite sacar fuerzas de flaqueza...esto solo es posible si el entorno social está dispuesto a ayudarles” (Cyrulnik, 2002).

La resiliencia tiene que ver con el temperamento desarrollado por los seres humanos como potencial de su actuación social. Cuando éste está construido sobre la vinculación segura aun hogar paterno apacible, el sujeto es capaz de movilizarse en busca de su protección personal.

“El día que los discursos culturales dejen de seguir considerando a las víctimas como cómplices del agresor o como reos del destino, el sentimiento de haber sido magullado será más leve. Cuando los profesionales se vuelvan menos incrédulos, menos guasones, o menos proclives a la moralización, los heridos emprenderán sus procesos de reparación con una rapidez mucho mayor a la que se observa en la actualidad”. (Cyrulnik, 2002).

Está claro que si el temperamento ha sido desorganizado por un hogar con padres infelices e insatisfechos, si encima de ello la cultura los arremete más aún, y la sociedad abandona a los que considera no tienen un destino acorde a sus fines, los que han recibido un trauma tendrán un porvenir sin ninguna esperanza. El temperamento que exhibe la resiliencia aduce de acuerdo (Cyrulnik, 2002) a un “afecto de vitalidad una disposición elemental ante las cosas del mundo, ante la rabia o el placer de vivir”. De hecho la organización cultural interviene muy pronto en la estabilización de los rasgos temperamentales del niño que crece. Hay que considerar que la adaptación como mecanismo de supervivencia no es necesariamente un rasgo de resiliencia, cada síndrome traumático tiene su propia evolución.

En apariencia hay quienes superan el trauma y se adaptan a su entorno bajo un marco de sumisión, de renuncia a sí mismos, de seducción del agresor, pero estas no son consideradas respuestas resilientes. La búsqueda del desarrollo de la resiliencia sólo debe ir en provecho del desarrollo personal de quien la requiere, no en la satisfacción de los esquemas deseables de comportamiento de un grupo particular. La puesta en marcha de un proceso de resiliencia debe ser continua.

La acogida tras la agresión es el primer paso, luego debería existir una cooperación institucional y familiar de resonancia afectiva. Requiere de un proceso que a fuerza de acciones y palabras genuinas de acogida, apoyo y acompañamiento inscriben el desarrollo de un sujeto en un medio y cultura. Por tanto, “no es el niño el resiliente sino su evolución y proceso de su propia historia” (Cyulnik, 2002). A nuestro entender, en todo este proceso es imprescindible el encuentro con una persona significativa y la inserción en una actividad con sentido. Cuando ello está presente, los sujetos parecen responder en alto grado a la acogida que encuentren en su grupo cultural.

### **3.3 Definición de resiliencia**

La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy que la define como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”. Garmezy (1993) considera que en una situación vital estresante hay tres factores principales en relación con los individuos.

El primer sería el temperamento y los atributos de la personalidad del individuo, donde incluye el nivel de actividad, la capacidad reflexiva cuando afronta nuevas situaciones, las habilidades cognitivas, y la responsabilidad positiva hacia otros.

El segundo se encuentra en las familias, especialmente en los más pobres, como cariño, cohesión y presencia de algún cuidado de un adulto, como el abuelo o abuela que asumen rol parental ausencia de los padres responsivos o cuando hay problemas maritales entre los padres.

Y el tercero, la disponibilidad de apoyo social en sus múltiples formas, como una madre sustituta, un profesor interesado, una organización de ayuda, una institución que proporciona cuidados o los servicios de una religión o confesión religiosa. Un modo fácil de saber a qué nos referimos por resiliencia es considerada un rasgo relativamente global de la personalidad que le permite a la persona una mejor adaptación a la vida (Masten, 1999).

## **Capacidad resiliente**

Las investigaciones que se han llevado a cabo sobre resiliencia, validan las anteriores en lo que se refiere a la teoría del desarrollo humano; estas han dejado claramente establecidas las necesidades que tienen los seres humanos de crecer y desarrollarse, lo cual es parte de la naturaleza, y se manifiesta de manera natural cuando están presentes ciertos elementos.

Todos nacemos con la resiliencia innata, y con capacidad para desarrollar rasgos o capacidades que nos permiten ser resilientes, tales como el éxito social (flexibilidad, empatía, afecto, habilidad para comunicarse, sentido del humor y capacidad de respuesta); habilidad para resolver problemas (elaborar estrategias, solicitar ayuda, creatividad y criticidad); autonomía (sentido de identidad, autosuficiencia, conocimiento propio, competencia y capacidad para distanciarse de mensajes y condiciones negativas); propósitos y expectativas de un futuro prometedor ( metas, aspiraciones educativas, optimismo, fe y espiritualidad) (Bernard, 1991). Deseamos destacar que la resiliencia no es un rasgo genético que poseen solo algunos súper chicos, como lo han interpretado algunos periodistas y ciertos investigadores. Por el contrario, es la capacidad innata para hacer las cosas correctamente, (Werner y Smith, 1992) para transformar conductas y lograr cambios (Lifton, 1993)

### **3.4. Dos enfoques complementarios**

Es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo. Ambos son consecuencias de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. Sin embargo, se refieren a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano.

#### **3.4.1. El enfoque de riesgo**

Se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Ha sido ampliamente

utilizado en programas de atención primaria, y el personal de los mismos está familiarizado con sus conceptos y aplicaciones.

### **3.4.2. El enfoque de resiliencia**

Se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío o de la resiliencia”. Ese modelo muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a un niño inerte en el cual se determinarían, inevitablemente, daños permanentes. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolos en un factor de superación de la situación difícil. Por lo tanto, no debe interpretarse que este enfoque está en oposición al modelo de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece, acrecentando así su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces.

La resiliencia es un instrumento clínico que exige un cuadro de referencia moral. Esto implica que un individuo debe superar la situación de la adversidad dentro de las normas culturales en las que él se desenvuelve. No cabe duda que, como agentes de salud y/o educadores, debemos discutir sobre lo socialmente aceptable y ser claros acerca de quiénes son aquellos que definen las normas. Cada situación depende de las circunstancias locales, sean, las cuales fuesen nuestras opiniones en ese debate todos nos referimos a alguna idea de lo que es aconsejable y aceptable.

La resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Por lo tanto, no procede exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato. La separación que hay entre cualidades innatas e influencia del entorno es muy ilusoria, ya que ambos niveles necesitan crecer juntos, en interacción.

Dado ese proceso continuo que se desarrolla entre persona y entorno, es muy fácil entender que la resiliencia nunca es absoluta ni terminantemente estable. Los adultos y adolescentes nunca son absolutamente resilientes de una manera permanente. Hasta el niño más resistente puede tener altibajos y deprimirse cuando la presión alcanza niveles altos.

Por eso existe la necesidad de complementar el enfoque de resiliencia con el de riesgo, en función de un objetivo mayor que es el de fomentar un desarrollo sano. Junto con promover aquellas características saludables de adolescentes y jóvenes, es necesario intervenir para disminuir aquellos aspectos que le impidan alcanzar el máximo de potencial dentro de su fase de desarrollo.

La promoción de la resiliencia puede ser fuente de inspiración para la educación, la política social y la labor social. Un enfoque de resiliencia puede conducir a que se concentre la atención en la política social, lo que debiera ser una política de prevención de daños sociales. Cabe insistir en que la resiliencia tiene dos componentes importantes: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

El desarrollo del concepto de resiliencia ayuda a ver con claridad que existe esa dimensión en esas personas y aporta una nueva mirada esperanzadora y optimista. Es así, como cada día se publican y se aplican más y más programas orientados a analizar los comportamientos resilientes presentes en algunos niños, adolescentes y adultos.

A pesar de la proliferación de investigaciones y aplicaciones prácticas, no podemos hablar de la resiliencia como si fuera un concepto unívoco y absoluto. Si bien entendemos la resiliencia como una capacidad humana y universal que está presente en las distintas comunidades, etnias y culturas, creemos que tiene rasgos y características particulares de acuerdo a los diferentes contextos en que se manifiesta.

En este sentido, el intercambio de conocimientos y experiencias en ese ámbito resulta de gran utilidad para la orientación de nuestro trabajo, siempre y cuando seamos capaces de identificar aquellos factores propios a un contexto específico y, a la vez, de aportar a los recursos de la comunidad de que trate.

### **3.5. Factores de riesgo, factores protectores y resiliencia**

Ciertas condiciones promueven que un adolescente tenga más riesgo de comportamientos antisociales o tendencias auto destructivas. Algunas circunstancias

se han mostrado como predictivas de un comportamiento problemático si ocurre e a principios de la adolescencia media en vez del pre adolescencia o la niñez

Como la adolescencia es un periodo de cambio (sexual, físico, emocional y de comportamiento) significativo es necesario un seguimiento continuo y una guía por parte de los padres y de los maestros para las experiencias estresantes y nuevas. La comunicación eficaz acerca de temas como la sexualidad y el cambio de relación con su compañero le sirven para saber quién es y si lo que le ocurre es normal. Con frecuencia el conflicto mayor ocurre cuando el adolescente exige que le traten como a un adulto y cree que lo hacen como a un niño. Si hay buena comunicación entre ellos la negociación de la independencia puede ser progresiva en vez de en “escalones”. Las acciones dirigidas a disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores en jóvenes cuya vulnerabilidad es marcada en los primeros años de la adolescencia. Se describe unos conceptos básicos en el aspecto preventivo de las patologías juveniles y también en las del adulto (Werner, 1982).

**Factores protectores:** Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

**Factor de riesgo:** Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño físico o psicológico.

**Aspectos Individuales**

PROTECTORES	DE RIESGO
Alta autoestima	Baja autoestima
Seguridad en sí mismo	Inseguridad
Facilidad para comunicarse	Dificultad para comunicarse
Empatía	Incapacidad de ponerse en el lugar del otro

Locus de control interno	Locus de control externo
--------------------------	--------------------------

### Aspectos Familiares

PROTECTORES	DE RIESGO
Adulto significativo	Sin adulto significativo
Límites claros y firmes	Limites difusos y flexibles
Apego parental	Desapego
Vínculos afectivos	Dificultad para vincularse afectivamente
Reconocimiento de esfuerzos y logros	Falta de reconocimiento de sus esfuerzos y logros

### Aspectos Sociales

PROTECTORES	DE RIESGO
Redes informales de apoyo	Ausencia de redes sociales
Grupo de pares	Grupo de pares
Deportes	Tiempo libre ocioso
Escuela	Deserción escolar
Comunidad	Dificultad para insertarse socialmente

#### 3.5.1 Individuos resilientes

Son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos en un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse

adecuadamente, llegando a madurar como seres humanos competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, el sentido positivo, factores o circunstancias de la vida que son desfavorables. Uno puede estar más que ser resiliente. Es necesario insistir en la naturaleza dinámica de la resiliencia. Nuestro conocimiento de las condiciones, procesos y resultados de la resiliencia están lejos de ser exhaustivo. Sin embargo, ya es posible identificar elementos de resiliencia y factores de protección en relación con algunos daños

### **3.6. Conductas y Características Resilientes**

Existen aspectos o factores que, según estudios, han demostrado ser componentes de conductas resilientes. Por ejemplo, la competencia social, la capacidad de resolver problemas, la autonomía y el sentido de propósito.

Además, se ofrecen sugerencias para promover la resiliencia como padres, agentes de salud, educadores o cuidadores de niños y jóvenes que se encuentran viviendo en situación de adversidad.

Diversos estudios han demostrado que ciertos atributos de la persona tienen una asociación positiva con la posibilidad de ser resiliente. Estos son: control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima (concepción positiva de sí mismo), empatía (capacidad de comunicarse y de percibir la situación emocional del interlocutor), capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, y capacidad de atención y concentración.

También se han encontrado condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad de ser resiliente como son: la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las

conductas ni a ningún otro aspecto de la persona; la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo; y la extensión de redes informales de apoyo.

### **3.6.1. Competencia social**

Los niños y adolescentes resilientes responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; además, son activos, flexibles y adaptables aún en la infancia. Este componente incluye cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos pro sociales.

Una cualidad que se valora cada vez más y se la relaciona positivamente con la resiliencia es el sentido del humor. Esto significa tener la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras y encontrar maneras diferentes de mirarlas cosas buscándoles el lado cómico. Como resultado, los niños resilientes, desde muy temprana edad, tienden a establecer más relaciones positivas con los otros. En los adolescentes la competencia social se expresa especialmente en la interrelación con los propios pares y en la facilidad para hacer amigos de su edad. Esta cercanía con los amigos es progresivamente selectiva y pasa de actividades grupales a otras en pareja. Es frecuente que se inicien relaciones sentimentales que tengan valor como indicadores positivos de competencia social. En este aspecto del perfil, el adolescente resiliente muestra capacidad para establecer relaciones positivas con otros seres humanos.

### **3.6.2. Competencia personal**

Se entiende como un conjunto de capacidades relacionadas con la formación para el trabajo y con la autorregulación de actividades que conlleva. En otras palabras, un potencial para dirigir las tareas, las interacciones con el ambiente y las características personales que se requieren para la conducta eficiente.

Mejorar la competencia personal de los adolescentes y adultos significa prepararlos para responder de la manera más eficaz posible a las exigencias de la vida les puedo presentar:

- a) Adquirir una identidad y conocimiento de sí mismo que le permitirán saber lo que quiere y como obtenerlo.
- b) Elegir con más criterio, capacidad e independencia el modo de vida y la ocupación más conveniente.
- c) Comprender el funcionamiento de la sociedad a la que se incorporara, el mercado de trabajo, los cambios rápidos y continuos que se producen en las instituciones, en los medios laborales y en las relaciones interpersonales.

### **3.6.3 Aceptación de uno mismo y de la vida**

La auto aceptación es admitir y conocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que solo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello. Sin auto aceptación la autoestima es imposible. Nos quedamos bloqueados en un hábito de conducta de auto rechazo, el crecimiento personal se ve reprimido y no podemos ser felices.

La carencia de la aceptación de uno mismo conduce a muchos desafíos creados uno mismo en vida y afecta típicamente nuestra relación con nosotros mismos y relaciones con otras. La gente que sufre de una carencia de la aceptación de uno mismo tiene a menudo un arrendamiento para encubrir sus fortalezas y representa la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable, que reflejan aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

### **3.6.4 Resolución de problemas**

Las investigaciones sobre niños resilientes han descubierto que la capacidad para resolver problemas es identificable en la niñez temprana. Incluye la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales. Ya en la adolescencia, los jóvenes son capaces de jugar con ideas y sistemas filosóficos.

Los estudios hechos con adultos que sufrían de problemas psicológicos han identificado consistentemente la falta de esa capacidad en la infancia. Por el contrario, los estudios hechos con personas resilientes encuentran repetidamente la presencia de capacidades para la resolución de problemas en la infancia.

Por ejemplo, Rutter halló que era especialmente prevalente, en la población de niñas abusadas durante la infancia pero que llegaron a ser adultas sanas, la presencia de destrezas para planificar que les resultaron útiles en sus matrimonios con hombres “normales”.

### **3.6.5 Autonomía**

Distintos autores han usado diferentes definiciones del término “autonomía”. Algunos se refieren a un fuerte sentido de independencia; otros destacan la importancia de tener un control interno y un sentido de poder personal; otros insisten en la autodisciplina y el control de los impulsos. Esencialmente, el factor protector a que se están refiriendo es el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno. Otros autores han identificado la habilidad de separarse de una familia disfuncional y ponerse psicológicamente lejos de los padres enfermos, como una de las características más importantes de los niños que crecen en familias con problemas de alcoholismo y enfermedad mental.

En el trabajo con niños de familias alcohólicas, se ha visto que si ellos quieren enfrentar exitosamente los dilemas del alcoholismo, deben desarrollar un distanciamiento adaptativo; es decir, alejarse del foco familiar de comportamiento disfuncional. Los niños resilientes son capaces de distinguir claramente por sí mismos, entre sus experiencias y la enfermedad de sus padres. Por lo tanto, entienden que ellos no son la causa del mal y que su futuro puede ser diferente de la situación de sus padres.

La tarea del distanciamiento adaptativo implica dos desafíos: uno, descomprometerse lo suficientemente de la fuerza de la enfermedad parental para

mantener objetivos y situaciones en el mundo externo de pares, escuela y comunidad; otro, sacar a la familia en crisis de su posición de mando en el mundo interno del propio niño. Ese distanciamiento provee un espacio protector para el desarrollo de la autoestima y de la habilidad para adquirir metas constructivas.

### **3.6.6. Sentido de propósito y de futuro**

Relacionado con el sentido de autonomía y el de la eficacia propia, así como con la confianza de que uno puede tener algún grado de control sobre el ambiente, está el sentido de propósito y de futuro. Dentro de esta categoría entran varias cualidades repetidamente identificadas en lo publicado sobre la materia como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de la anticipación y de la coherencia. Este último factor parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia.

De estas cualidades, las que se han asociado con más fuerza a la presencia de adultos resilientes han sido las aspiraciones educacionales y el anhelo de un futuro mejor. Cuando un futuro atractivo nos parece posible y alcanzable, somos fácilmente persuadidos para subordinar una gratificación inmediata a una posterior más integral.

Aunque los estudios actuales permiten identificar características adicionales de los niños resilientes, las cuatro que hemos mencionados engloban los atributos que frecuentemente están asociados con experiencias exitosas de la vida. De allí que las consideremos como los factores básicos para constituir el perfil del niño resiliente.

### **3.6.7. Expresiones de las personas con características resilientes**

Grotberg (1995) ha creado un modelo donde es posible caracterizar a un niño resiliente a través de la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan diciendo:

“Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo estoy”, “Yo puedo”

En todas estas verbalizaciones aparecen los distintos factores de resiliencia, como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social. A su vez, la posesión de estas atribuciones verbales puede considerarse como una fuente generadora de resiliencia.

Por ejemplo, así sucede al recurrir a las características de “tengo” personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente, y personas que me ayudan cuando estoy en peligro; éstas pueden tratar al niño o adolescente en una forma que fortalezca las características de “soy” una persona digna de aprecio y cariño y de “estoy” seguro de que todo saldrá bien; las características de “puedo” hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan y también encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito. Se puede explicar estos verbos entendiendo su sentido de la siguiente manera:

### **TENGO**

- Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

### **SOY**

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

## **ESTOY**

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

## **PUEDO**

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo.

Como agentes de salud y educadores podemos promover la resiliencia si procuramos que la crianza y la educación formal y la informal aumenten las situaciones que producen estas verbalizaciones en cada niño que crece.

### **3.7 instrumentos para medir resiliencia**

Una de las grandes dificultades que enfrentan los investigadores a la hora de evaluar el constructo de resiliencia, especialmente en el idioma español, es la ausencia de instrumentos válidos y confiables. Pero en los últimos 15 años se han venido desarrollando investigación enfocadas al diseño, adaptación y validación de diferentes instrumentos de medición de resiliencia desde la infancia hasta la etapa adulta. Uno de los principales instrumentos más utilizados en investigación en Adolescentes y adultos, es la escala de la resiliencia, de los Autores: Gail M. Wagnild & Heather M. Young, 1993, The Resilience Scale (RS), quienes desarrollaron y evaluaron psicométricamente la Escala de Resiliencia (ER) formada por 25 ítems con

escala tipo Likert, que va de 1 a 7, en una muestra de 810 adultos del género femenino residentes de comunidades, aunque como lo señalan los autores también puede ser utilizado con la población masculina y con un amplio alcance de edades (Citado por Del Águila, 2003). Está compuesta por dos dimensiones competencia personal y de aceptación de sí mismo y de su vida, de esta escala existe una versión en español, validada en estados unidos con población mexicana. De acuerdo con lo anterior, a la par que se han adaptado y validado instrumentos sobre resiliencia se han venido desarrollando estudios sobre el tema en adolescentes.

Objetivo: Identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo.

Las pruebas psicométricas más destacadas en los estudios sobre resiliencia son:

Dispositional Resilience Scale, de Bartone, Ursano, Wright e Ingraham 26,1989. The Resiliency Scale, desarrollada por Jew 28 en 1992. My Child's Friedships Scale, desarrollada por Doll 32 en 1993.

Adolescent Resiliency Belief System, desarrollada por Jew y Green 38en 1995. Escala tipo Likert de 21 ítems,

### **3.8. LA DISCAPACIDAD AUDITIVA Y CULTURA DEL SORDO**

#### **3.8.1 Historia del sordo**

En Bolivia se observan importantes avances, desde los esfuerzos en el campo educativo, hasta los procesos de empoderamiento de la Comunidad Sorda, con actores que lograron el reconocimiento oficial de la Lengua de Señas Boliviana (LSB) a través del Decreto Supremo N° 0328.

En la primera mitad de siglo XIX se inicia la educación especial en Bolivia. Las primeras áreas en ser atendidas fueron la ceguera y la sordera.

Mediante Ley del 25 de septiembre de 1945, promulgada por el Presidente Gualberto Villarroel, se crea el Patronato Nacional de ciegos y sordomudos, el mismo que se

convirtió en el Instituto de ciegos y sordomudos, en 1946, nombrándose a Alberto Santander como Director de dicho Instituto.

En 1947 Alberto Santander, gracias al apoyo de la Sra. Teresa Suárez de Taechler, viajó a EEUU en el marco del Programa Cooperativo de Educación con Bolivia donde realizó estudios en el Gallaudet College de Washington y obtuvo el título de master en la educación de niños sordos. A su retorno organizó el primer Centro de atención educativa de niños sordos, en un terreno ubicado en la zona de Obrajes donado por el gobierno venezolano de esa época.

Se considera al profesor Santander como el primer profesor de Sordos en Bolivia. Posteriormente, la congregación de las madres Rabasco del Corazón de Jesús y María abrió el internado para niñas sordas.

En base al Patronato Nacional de ciegos y sordomudos se creó e Departamento Nacional de Rehabilitación y Educación Especial en el gobierno del Dr. Víctor Paz Estenssoro el 1 de julio de 1954. Por determinación del Presidente Hernán Siles Zuazo, en noviembre de 1956, se concede una extensión de 15.000 metros cuadrados de terreno para la construcción de un moderno edificio para el Instituto de Educación Especial en la zona de Obrajes.

## **PERSONAJES SORDOS DESTACADOS**

### **Ludwig van Beethoven**

Compositor alemán. Nacido en el seno de una familia de origen flamenco. Su padre, ante las evidentes cualidades para la música del pequeño Ludwig, intentó hacer de él un segundo Mozart, aunque con escaso éxito.

Su carrera como intérprete quedó interrumpida a consecuencia de la sordera que le afectó a partir de 1796. Desde 1815 se vio privado por completo de la facultad auditiva. Los últimos años de su vida estuvieron marcados también por la soledad y el aislamiento.

Pese a ello, prosiguió su labor de compositor e incluso fue la época en que creó sus obras más impresionantes.

### **Thomas Alva Edison**

Nacido el 11 de febrero de 1847. Fue empresario e inventor creativo que patentó más de mil inventos y contribuyó a darle los rasgos tecnológicos del mundo actual: las industrias eléctricas, un sistema telefónico viable, el fonógrafo, las películas y otros.

### **Nellie Willhite Zabel**

Nació en 1892. Fue la primera mujer piloto de Dakota del Sur. Se quedó Sorda dos años después de haber contraído sarampión.

Comenzó a volar a la edad de 35 años de edad y se destacó en las maniobras acrobáticas de los aviones que conducía. El Museo Southern de Vuelo en Birmingham, Alabama, muestra con orgullo a Nellie “leopardo” en su primer vuelo.

### **Personajes sordos en Bolivia**

Andrés Kolb, suizo de nacimiento, se estableció en Riberalta (Beni) para crear el Centro Arca Maranatha, referente importante en la educación bilingüe del Sordo. El 2009, Andrés Kolb, Fanny Pérez y Marcelo Quiroga aportaron en la elaboración de los planes y programas para la nueva currícula correspondiente al proyecto de ley Avelino Siñani y Elizardo Pérez.

## **LA AUDICIÓN Y LA DEFICIENCIA AUDITIVA**

La audición es el sentido que permite al ser humano ponerse en contacto con el medio ambiente, a través del funcionamiento del oído el cual trabaja para captar, transmitir y procesar información sonora. Esta información incluye todos los sonidos del ambiente, los más bajos, los más altos, los más intensos, los menos intensos, los más lejanos, los más cercanos, y sobre todo, los más complejos que puede recibir un ser humano, como son los sonidos del habla.

La mayoría de los niños y las niñas oyen desde antes del nacimiento. Durante la gestación el feto está sometido continuamente a sonidos que se producen en el interior del cuerpo de la madre; desde el quinto mes de embarazo el oído está completamente formado y le permite escuchar las voces y ruidos externos de alta

intensidad. Al nacer, la función de la audición empieza a hacerse cada vez más especializada para diferenciar los distintos sonidos de la lengua que hablan los padres y demás personas del entorno de un niño. De esta manera llegamos a comprender y a producir sonidos que combinados forman las palabras y significados de una lengua oral, como el castellano por ejemplo, lo cual hace parte del proceso de desarrollo de la comunicación y del lenguaje de los niños.

En términos generales, cuando el bebé nace responde a sonidos fuertes, y a medida que crece y se estimula se observan respuestas a sonidos suaves. Entre los 3 y los 9 meses de edad, responde a sonidos de un volumen moderado que corresponde a la voz de una conversación de dos personas en un ambiente tranquilo. De los 9 meses en adelante, responde a sonidos muy suaves parecidos al volumen de una voz susurrada o en secreto.

### **La discapacidad auditiva**

La discapacidad auditiva se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para percibir a través de la audición los sonidos del ambiente y dependiendo del grado de pérdida auditiva, los sonidos del lenguaje oral, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona.

Respecto de las barreras, estas son de distinto tipo, entre las más frecuentes se pueden encontrar:

La cercanía o distancia de las fuentes auditivas. Si los sonidos son débiles o distantes, se presentará dificultad para su discriminación.

La interferencia de sonidos de distinto tipo. Cuando los lugares presentan mucho ruido ambiental se tendrán dificultades para captar los mensajes.

Las dificultades asociadas al lenguaje oral o escrito. Si una persona posee una pérdida auditiva severa o profunda y sólo se usa como forma de comunicación el lenguaje

oral y/o no se la mira al hablar se estará dificultando su comprensión generalizada de lo que ocurre en el contexto.

Como se aprecia en esta definición, el déficit auditivo, no depende únicamente de las características físicas o biológicas del niño o niña, sino que se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de este déficit personal con un contexto ambiental desfavorable.

Ahora bien, es preciso señalar que en los últimos años, ha cobrado fuerza una mirada diferente de la discapacidad auditiva, que se desprende de una perspectiva socio antropológico de la sordera. Esta mirada, se centra en la Persona Sorda, como persona que se mueve visualmente en el mundo, que desarrolla como lengua natural la Lengua de Señas y que forma parte de una cultura.

La Federación Mundial de Sordos es enfática en indicar a este respecto, que la Lengua de Señas es un importante símbolo de identidad y al mismo tiempo patrimonio cultural que evidencia una comunidad, con valores y costumbres propios, que conforman la cultura sorda.

### **¿Por qué se presenta la deficiencia auditiva?**

No existe una única causa. Esta condición puede presentarse por razones genéticas (que se pasan de una generación a otra), por problemas o dificultades durante el embarazo o el parto, o por circunstancias posteriores al nacimiento. En ocasiones se puede hasta desconocer la causa exacta de esta condición. De tal manera que es importante informarnos al respecto, pues independientemente de sus causas, cuando se presenta la pérdida de audición o la sordera, estas se convierten en una condición de vida de las personas, y deben afrontarse de la manera más favorable posible, superando la inclinación a atribuirle culpabilidades a las personas.

Por esto se presentan a continuación las causas más frecuentes que producen sordera en los niños y las niñas.

### **Causas antes del nacimiento**

Puede presentarse por historia familiar de sordera, es decir, que en la familia hay una o varias personas sordas, o por la existencia de parentesco entre los padres.

### **Causas durante el embarazo**

Encontramos enfermedades virales contraídas por la madre, como rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, sífilis. El virus se transmite por vía sanguínea y afecta al bebé especialmente durante los tres primeros meses de embarazo, lo cual es altamente riesgoso, pues en estos meses es cuando se forman en el feto el oído y sus estructuras. También se pueden presentar durante el embarazo problemas de incompatibilidad sanguínea, es decir, que la madre tenga un Rh negativo y el padre Rh positivo. Otras causas son la exposición a rayos X (radiografías), ingerir medicamentos sin fórmula médica durante el embarazo, y malformaciones congénitas cráneo-faciales como defectos físicos de nariz, boca, oído y cuello.

### **Causas en el momento del nacimiento**

Podemos pensar en una posible pérdida auditiva cuando el bebé presenta al nacer un peso inferior a 1.500 gramos, si el bebé ha presentado dificultades para respirar, o si han existido dificultades, demoras y traumatismos durante el parto.

### **Causales después del nacimiento y antes de los tres años**

Fiebres altas relacionadas con meningitis, otitis, paperas, sarampión o salida de líquido por el oído, exposición prolongada o súbita a ruidos fuertes, automedicación, enfermedades virales, como paperas, sarampión y que no son tratadas adecuadamente o por traumas cráneo-encefálicos como golpes muy fuertes en la cabeza, que causen por ejemplo pérdida de la conciencia.

### **¿Cómo podemos estar seguros si un niño o niña no oye bien?**

El sentido de la audición proporciona información ante la cual las personas reaccionan de determinadas formas, por ejemplo, voltear a mirar a una persona cuando nos habla o cuando nos llaman por nuestro nombre, o sobresaltarse ante un

ruido fuerte, entre otras. Entonces, una forma de identificar una posible sordera puede hacerse observando la ausencia de manifestaciones, de reacciones y comportamientos comunicativos que se esperan cuando escuchamos, y esto es algo que, en las diversas situaciones de la vida diaria, pueden hacer los padres de familia, cuidadores y educadores. El siguiente cuadro nos ilustra, a partir de la clasificación de pérdidas auditivas, los comportamientos observables que pueden llamar nuestra atención y hacer que estemos alerta ante una posible falla de audición. Entonces es importante que nos fijemos principalmente en las manifestaciones características del niño cuando hay deficiencia auditiva.

### **3.9. Grado de deficiencia auditiva y características comportamentales del sordo**

#### **Leve: 20 – 40 db**

- Una persona con pérdida auditiva leve puede escuchar algunos sonidos del habla, pero no oye claramente los susurros. Tienen algunas dificultades para mantenerse al tanto de las conversaciones, especialmente en entornos ruidosos.

#### **Moderada: 40 – 70 db**

- Se comunica utilizando un vocabulario limitado, mostrando un uso y comprensión restringida de términos nuevos o palabras que no sean de uso frecuente.

- En la comunicación oral las personas mantienen fija la mirada en el interlocutor para tratar de aprovechar al máximo información visual que este pueda brindarle

- Participa en conversaciones con intervenciones cortas y estructurando frases muy sencillas.

- La percepción de sonidos acústicamente parecidos puede confundirse, por ejemplo “taza” y “casa”

- Habla por teléfono mostrando dificultades para entender.

- Sin apoyo visual a veces no responde al llamado o a sonidos moderados como cuando se está conversando, tocan a la puerta, timbre del celular

**Severa: 70 – 90 db.**

Puede percibir palabras que se le dicen a un volumen elevado, a 30 cm del oído en ambientes muy silenciosos.

- Percibe sonidos ambientales muy fuertes como el ruido de un avión, un golpe estrepitoso, un pito muy alto.
- Usa permanentemente bastantes señas naturales para comunicarse. También Se fija en los movimientos de labios y boca para apoyar la comprensión.
- Cuando participa en interacciones comunicativas con una o más personas se presentan amplias

Dificultades para comprender mensajes orales.

- Utiliza más la visión que la audición como principal vía de aprendizaje y comunicación.
- Produce expresiones orales de difícil entendimiento para las otras personas.
- Los oyentes pueden percibir que la voz del niño o niña se escucha muy aguda o muy grave como rara.
- Utilizan palabras aisladas que en el día a día son altamente pronunciadas.
- Producen palabras que tienen información visual en los movimientos de la boca, pero no las estructuran en frases.

**Profunda: Más de 90 db.**

No hay percepción de sonidos del habla. Pueden repetir palabras de uso frecuente en la cotidianidad, utilizando la información visual de movimientos de la boca.

- Percibe vibraciones que producen los sonidos muy fuertes.
- Depende de la visión más que de la audición como principal vía de aprendizaje y comunicación.
- Las características de la voz se perciben por el oyente como poco corrientes.

- Se apoya significativamente en la lectura labio facial

### **3.10 LA COMUNIDAD SORDA**

A partir de la concepción biológica y social de la sordera, se identifica a la comunidad Sorda como un espacio en el que intervienen varios actores, los mismos que comparten una lengua: la Lengua de Señas Boliviana.

La Comunidad Sorda procede de diferentes lugares de un departamento o municipio, no existe un barrio de Sordos, ni una zona de Sordos.

La Comunidad Sorda es una comunidad viva en la que participan personas Sordas y oyentes: familiares y amigos, profesores de Sordos, intérpretes y, por supuesto, personas Sordas.

#### **La Cultura del Sordo**

La Cultura del Sordo se construye a través de una Identidad Sorda, que está basada en una lengua: la Lengua de Señas Boliviana (LSB), principal medio de comunicación del Sordo, con el cual percibe y representa el mundo, desde su experiencia visual. Esta experiencia visual enmarca las costumbres, valores y formas de ser de la Cultura Sorda. Además de las costumbres individuales y propias de cada persona Sorda, la comunidad Sorda desarrolla un conjunto de características comunes entre sus miembros, que son parte de la Cultura del Sordo.

#### **Costumbres:**

- Los diálogos en la comunidad Sorda son de nunca acabar, más aún cuando se encuentran después de un largo tiempo.

Utilizan espacios donde no haya interferencias. Uno de los lugares preferidos es el comedor, por la facilidad de organizarse alrededor de la mesa.

- Otra de las costumbres propias de la cultura del Sordo es la forma de organización en reuniones, conversaciones y otros eventos donde participa una gran cantidad de sordos. Se organizan en círculo o en forma de U. Cuando se trata de un pequeño grupo, ocupan la primera fila para poder ver a su intérprete y lo que sucede en la sala.

- En las conversaciones no debe haber nada que interfiera, como floreros, botellas en las mesas u otros objetos que llamen la atención.

### **Características y recursos:**

- La cultura del Sordo es esencialmente visual, esa es su característica central.
- Por tanto, la iluminación es importante en la comunicación entre Sordos.
- La expresión facial y corporal en la cultura del Sordo también es un factor fundamental.
- Las conversaciones en los automóviles es otro rasgo cultural entre Sordos; lo hacen por el retrovisor, demostrando una gran capacidad de concentración al conducir.

Una de las cuestiones básicas en la cultura del Sordo es la construcción de su identidad. La persona Sorda que haya asumido el ser Sordo con naturalidad y seguridad tendrá una forma más clara de relacionarse con el mundo oyente. Entenderá y reproducirá la cultura del Sordo estableciendo mecanismos para comunicarse con los oyentes (desde la lectura labial, pasando por la escritura, la expresión corporal - gestual, hasta el uso de señas naturales).

En el marco de su diversidad lingüística, el Sordo no perderá su identidad, porque ésta quedará afianzada en la medida en la que se sienta él uno más en la comunidad, con una lengua propia y con los recursos suficientes para interactuar con la sociedad oyente.

### **¿Qué papel juegan las lenguas de señas en la cultura del Sordo?**

En el contexto cultural del Sordo sabemos que no hay una sola lengua de señas sino varias, incluso en un mismo país habrán diferencias en los grupos sociales (dialectos) en los grupos etarios o períodos de la vida de un Sordo (idiolectos) o tipos de comportamientos de grupos específicos (idiosincrasias). Esa riqueza trasciende el hecho de la lengua en sí misma y convierte a las lenguas de señas en lenguas vivas, que van evolucionando con los procesos socio históricos de la comunidad Sorda propios de su cultura.

Los Sordos de diferentes países que señan lenguas diferentes se pueden llegar a entender con mucha mayor facilidad que oyentes que no hablan idiomas comunes. La razón de esta afirmación tiene que ver con la constatación de que los Sordos desarrollan capacidades expresivas corporales y gestuales tales que no hay necesidad de señas en sí mismas para comprender muchas ideas que se quieran transmitir entre Sordos que señan lenguas diferentes. La cultura visual, expresiva y de imágenes del Sordo permite esto.

### **Aspectos hacen a la cultura del Sordo**

#### **Visual / en la cosmovisión**

El acceso de los Sordos a la información en general es escaso e incompleto. Los Sordos que saben leer y tienen un vocabulario del español básico, entenderán a grandes rasgos las noticias impresas en los periódicos. Los que no tienen esta posibilidad andarán desinformados (una gran mayoría).

En el caso de los oyentes, hay un acceso abundante a la información desde la televisión y la radio. Esta diferencia genera en el Sordo una gran desventaja. Él debe esforzarse por entender a un mundo esencialmente sonoro (y visual). Debe leer, entender, pensar, y representar al mundo de forma visual (cosmovisión). Esta cultura es esencialmente una cultura visual y de imágenes.

#### **Visual / en el diálogo**

Los Sordos controlan visualmente el espacio de diálogo con otros Sordos. La atención visual, la forma en la que se ubican para conversar, por ejemplo: en caso de que esa conversación sea privada y no quieran que otros “miren”, el Sordo señante se pondrá de espaldas al campo visual de las demás personas que estén en el lugar. En el caso de los oyentes es mucho más sencillo, pueden hablar en voz baja o hablar al oído para que su conversación no se escuche. Para los Sordos eso es diferente porque al ser una lengua visual se puede ver qué se está señando a cierta distancia (10 a 15 metros). Mientras que a esa misma distancia en voz baja no se podrá captar nada de lo que hablan los oyentes.

### **Visual / diversas dimensiones de uso**

En la cultura del Sordo se deben identificar las formas en las que se expresan los sentimientos. Una de ellas es la mirada.

Para el Sordo es vital contar con el sentido de la vista por diferentes razones: primero, porque es el canal comunicativo por excelencia; segundo, porque éste se emplea para regular el intercambio comunicativo, aporta a la representación de aspectos gramaticales de la LSB; tercero, porque manejando la técnica de construcción idearia (se explica en el párrafo siguiente) se pueden expresar varias ideas en LSB y, cuarto, porque con la mirada se pueden expresar sentimientos.

### **CULTURA DEL SORDO Y AYUDAS TÉCNICAS**

#### **Visual / formas de manejar la mirada**

En la conversación el contacto visual es vital entre señantes Sordos. Uno puede darse cuenta cuando un Sordo está relatando un episodio en el que intervienen dos o más personajes. El Sordo emisor maneja la mirada para enfocarse en cada uno de los personajes o en el lugar u objeto supuesto al que está haciendo alusión (construcción idearia). El receptor entiende claramente que “la mirada” de quien está señando se relaciona estrechamente con el discurso. Estas capacidades requieren de entrenamiento y son posibles porque son propias de la cultura del Sordo.

#### **Visual / interferencias**

Cuando los Sordos se sientan a la mesa para servirse de comer o incluso sólo para conversar, requieren que la mesa “esté limpia”, esto quiere decir que no existan barreras visuales que interfieran en el contacto visual entre los señantes Sordos: Floreros, velas, candelabros, botellas. Éste es un rasgo cultural propio de los Sordos.

#### **Silencio**

Los Sordos viven en silencio, no requieren de sonidos para sentirse en compañía o conectados con el ambiente. No les genera ningún problema el silencio en sí, incluso los Sordos que usan audífonos en caso de que perciban algún ruido fuerte, reaccionan

con cierto desagrado al mismo. Les causa molestia. En el caso de los oyentes el silencio puede generar un conjunto de sensaciones: tranquilidad, soledad, tristeza, melancolía.

### **Sonido / ritmo**

Contrariamente a lo que se puede suponer, a muchos Sordos les gusta la música con ritmos fuertes, que contengan movimientos finos y gruesos a tal punto que las vibraciones que perciben (en la piel) los “mueve” a bailar y expresarse de esa forma. Hay un arte Sordo que es propio de la vivencia de imágenes y en otro caso de las vibraciones que estimulan el cuerpo.

### **Conducta / ser directo**

En la cultura del Sordo se acostumbra a ser directos y no a dar tantas vueltas como sucede muchas veces en la cultura del oyente. Se habla tanto que al final no se dice nada. Los Sordos son directos, en muchos casos esto se puede asociar a la sinceridad.

### **Conducta / riqueza en el discurso**

En la cultura del Sordo se maneja un conjunto de elementos que tienen que ver con descripciones de situaciones e imágenes.

Un señante puro de LSB manejará recursos expresivos propios de la lengua capaz de trascender fácilmente las palabras e ilustrar las formas en las que la cultura del Sordo representa las situaciones.

### **Empatía / televisión o cine**

El nivel de decodificación de imágenes y lectura de situaciones hacen de ellos unos fieles seguidores, por ejemplo, de telenovelas en algunos casos, películas apoyadas con subtítulos y artes escénicas ricas en imágenes, en otros. Pueden sentir empatía por cualquier género en el que ellos se sientan identificados independientemente de si éstos tienen sonido o no.

## **¿Cuántos Sordos hay en Bolivia?**

De acuerdo al Censo 2012 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, de las tres discapacidades incluidas en la pregunta de la boleta censal (sordera, ceguera y discapacidad física), la sordera ocupa el primer lugar con la mayor cantidad de personas en Bolivia.

Según el resultado estadístico en Bolivia existe una población sorda de 50.562 habitantes que corresponde alrededor del 0.5 % del total de la población nacional.

Según el PIEB (programa de investigación estratégica en Bolivia) el 20015 Tarija tiene el 29% de personas sordas.

## **Organización de Sordos en Bolivia**

### **LA FEDERACIÓN BOLIVIANA DE SORDOS**

La Federación Boliviana de Sordos (FEBOS), fundada en 1974 y re-fundada en 1995, es la organización más importante de la comunidad Sorda del Estado Plurinacional. Busca esencialmente mejorar la calidad de vida de las personas Sordas en los planos educativo, cultural, laboral y la participación de la mujer y la familia.

### **Acciones de la Federación Boliviana de Sordos**

- Posicionamiento de la comunidad Sorda en los escenarios estatales y sociales.
- Reconocimiento de la LSB, Decreto Supremo N° 0328.
- Establecimiento de la educación bilingüe.

### **Asociaciones Departamentales de Sordos**

ASORPAZ Asociación de Sordos de La Paz

ASCENSORAL Asociación Central de Sordos de El Alto

ASORCO Asociación de Sordos de Cochabamba

ASORQUI Asociación de Sordos de Quillacollo

ASOCRUZ Asociación de Sordos de Santa Cruz

ASORMO Asociación de Sordos de Montero

ASORPO Asociación de Sordos de Potosí

ASORU Asociación de Sordos de Oruro

ASORBENI Asociación de Sordos del Beni

ASOTAR Asociación de Sordos de Tarija

ASORCH Asociación de Sordos de Chuquisaca

## **LENGUA DE SEÑAS**

En el mundo, poco a poco, las lenguas de señas están siendo reconocidas, ése es el caso de Bolivia. El 14 de octubre de 2009 se reconoció la LSB (Lengua de Señas Boliviana) mediante el Decreto Supremo N° 0328. Ese reconocimiento permite, implícitamente, la visibilización de la comunidad Sorda usuaria de esa lengua.

### **¿Qué es la Lengua de Señas Boliviana (LSB)?**

Es un sistema lingüístico cuyo medio es más visual que auditivo. Tiene su propio vocabulario, expresiones idiomáticas, gramática y sintaxis. Los parámetros formacionales de la lengua de señas son: Forma de la mano (queirema), lugar (toponema), movimiento (kinema), dirección del movimiento (kineprosema) y expresión facial (prosoponema).

La Lengua de Señas Boliviana es propia de la comunidad Sorda Boliviana y está reconocida por el Estado Plurinacional de Bolivia.

### **Importancia que tienen las Lenguas de Señas para la comunidad Sorda**

#### **La LSB significa identidad cultural.**

- Representa el grado de pertenencia de los miembros de la comunidad Sorda.
- En el contexto cultural, favorece la apropiación de conocimientos y de costumbres sociales.
- Facilita la adquisición de independencia e identidad propia.

- Favorece la participación en diferentes espacios sociales.

### **La importancia de las lenguas de señas para los oyentes**

- Genera un cambio de actitud de los oyentes con relación a los sordos (respeto e igualdad).
- Promueve un mayor y mejor conocimiento de las personas Sordas en sí, como personas, desechando de esta forma la concepción clínica y de rehabilitación (enfermedad).
- Incrementa la interacción social y comunicativa entre la familia oyente y el hijo Sordo.
- Reduce la brecha de comunicación que genera un distanciamiento con las personas Sordas.
- Permite entender y acceder al mundo y cultura de los Sordos.
- Incrementa sus capacidades comunicativas

## CAPÍTULO IV

### DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se exhibe la metodología empleada para la realización de la investigación.

#### **4.1. Tipificación de la investigación**

La presente investigación pertenece al área clínica ya que se evalúan aspectos internos como emociones, sentimientos y estados de ánimo.

Esta investigación se circunscribe a un estudio de tipo descriptivo ya que “El estudio descriptivo busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, mide o evalúa diversos aspectos dimensionales, componentes del fenómeno a investigar”

Los estudios descriptivos se limitan a narrar características básicas de un grupo definido de sujetos a investigar, haciendo énfasis en la forma en la que se manifiesta el fenómeno estudiado, esto se realiza de forma clara, objetiva y comprobable, de tal manera que la preocupación primordial de la investigación radica en referir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento.

La presente investigación corresponde a un enfoque cuantitativo ya que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías-

Por otra parte la investigación tiene un enfoque cualitativo porque utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

#### **4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

**4.2. Población.** La población estará conformada por los 83 estudiantes del Centro de Educación Auditiva Diana (CEADI), que se dedica a la educación alternativa de

personas con discapacidad auditiva, desde las edades de 0 años hasta 65 años, cuentan con profesorado capacitado, psicóloga e infraestructura propia, la misma que se encuentra en la Avenida Integración, final Barrio Aranjuez Norte y los 29 integrantes afiliados a la asociación de sordos Tarija

**4.3 Muestra.** La muestra con la cual se realizó el estudio e investigación fueron los adolescentes y adultos jóvenes que suman un total de 20 personas, quienes se encuentran cursando ciclos en el “Centro de Educación Auditiva Diana CEADI, quienes fueron elegidos en un rango de edad desde los 15 años hasta los 35 años, esto de acuerdo al nivel de instrucción, conocimiento de la lengua de señas LSB y que a continuación se detalla en el siguiente cuadro:

<b>TABLA DE LA MUESTRA</b>			
<b>Adolescente</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Grado de discapacidad</b>
1	Masculino	15	Profunda
2	Masculino	15	Profunda
3	Masculino	15	Moderada
4	Masculino	16	Profunda
5	Femenino	16	Severa
6	Masculino	17	Profunda
7	Masculino	17	Profunda
8	Masculino	17	Profunda
<b>Adultos jóvenes</b>			
9	Femenino	18	Profunda
10	Masculino	19	Profunda
11	Femenino	19	Severa
12	Masculino	20	Profunda
13	Masculino	20	Profunda
14	Masculino	20	Severa
15	Masculino	21	Profunda
16	Femenino	21	Moderada
17	Masculino	25	Profunda
18	Femenino	29	Profunda
19	Femenino	32	Profunda
20	Femenino	33	Profunda

#### ➤ **Tipificación de la muestra**

El presente trabajo de investigación se basó en el tipo de **muestreo intencional**, que refiere a que el investigador selecciona la muestra “procurando que sea representativa, pero de acuerdo a su intención u opinión. [...] podemos distinguir: las muestras por cuotas o las muestras razonadas o intencionadas” En este sentido se utilizó específicamente una muestra **razonada o intencionada**, ya que la misma “consiste en que el investigador escoge- intencionadamente y no al azar- algunas categorías que él considera típicas o representativas del fenómeno a estudiar”.

#### **4.4. Métodos técnicas y/o instrumentos**

Para la presente investigación se aplicaron los test que se detallan a continuación.

##### **CECAD**

El CECAD es un cuestionario que está dirigido a evaluar los llamados trastornos internalizados trastornos de la emoción como la depresión y la ansiedad. Por oposición existen los trastornos externalizados o trastornos de la conducta, como son el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) o el trastorno desafiante u oposicionista. Aunque esta diferenciación es muy simplificadora (Kovacs y Devlin, 1998), es evidente que aún permanece en la actualidad.

El CECAD es un cuestionario que evalúa la existencia de los dos trastornos emocionales más frecuentes: la ansiedad y la depresión. Una puntuación alta en cualquiera de estas dos dimensiones informa de la existencia de un trastorno emocional que debería abordarse analizando las puntuaciones en las siguientes escalas: depresión, ansiedad, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. Es muy fácil de aplicar y es breve, pues se tarda una media de 15 minutos en contestarlo.

La población a la que va dirigido es, a adolescentes y adultos jóvenes. Los ítems son fáciles de comprender en su lectura. Es muy recomendable la aplicación oral o mediante dictado en los niños más pequeños o en cualquier sujeto con problemas en la lectura.

A partir de los 50 ítems que componen el cuestionario se pueden valorar los factores de ansiedad y depresión, junto a cuatro aspectos clínicos: Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos.

Depresión: En la línea que marcan los criterios del DSM-IV (APA, 1994), esta escala está diseñada para identificar los síntomas de la depresión en los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes.

Una elevada puntuación en esta escala indica un estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio o hipersomnias, inutilidad, pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida de apetito y pensamiento suicida.

Ansiedad: Los ítems que conforman esta escala son representativos de los síntomas psicofisiológicos asociados a la ansiedad, junto a pensamientos intrusivos, conductas de escape.

### **Escala de resiliencia**

Wagnild & Young (1993) desarrollaron y evaluaron psicométricamente la Escala de Resiliencia (ER). Describieron la evolución y la evaluación inicial de los 25 ítems de la escala de Resiliencia en una muestra de 810 adultos del género femenino residentes de comunidades, aunque como lo señalan los autores también puede ser utilizado con la población masculina y con un amplio alcance de edades.

Todos los ítems se basan en una escala de siete puntos; a partir de un puntaje de uno estar en total desacuerdo, hasta siete de total de acuerdo. Todos los ítems están inscritos en forma positiva y reflejan con exactitud las declaraciones hechas por los participantes.

### **Factor I: Competencia personal**

Que indica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, perseverancia. Comprende 17 ítems que son: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24.

## **Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida**

Representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Estos ítems reflejan aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Comprende 8 ítems que son: 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22, 25.

Estos dos factores toman en consideración las siguientes características de resiliencia:

***Confianza en sí mismo:*** Es la creencia de uno mismo en sus propias capacidades; también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

***Satisfacción personal:*** Está referida al comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones

***Sentirse bien solo:*** Referida a la comprensión de que la senda de la vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias; quedan otras que deben enfrentarse solos, el sentirse bien solo da un sentido de libertad y un significado de ser únicos.

***Perseverancia:*** Está referida al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento; la perseverancia connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de sí mismo, permanecer involucrado y de practicar la autodisciplina.

***Ecuanimidad:*** Considerada como la perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias; connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencia, y esperar tranquilo y, tomar las cosas como vengan, por ende se moderan las respuestas extremas ante la adversidad.

## **ENTREVISTA CLINICA EN PROFUNDIDAD**

La Entrevista Clínica. Es la conversación entre dos personas con un fin específico y determinadas reglas. Es un juego dinámico de personalidades que constantemente obran y reaccionan a recíprocas preguntas y respuestas, gestos e, incluso, modos de vestir.

La Entrevista Clínica tiene como principales objetivos conocer las pautas y formas de vivir del sujeto, destacar características valiosas y patológicas del sujeto, siempre tiene una utilidad para el entrevistado, lo que contribuye a la sinceridad, tomar en cuenta el beneficio que se va logrando o no.

Este instrumento Psicológico es una técnica basada en las relaciones humanas, de ahí su complejidad. Técnica ampliamente utilizada en psicología, en especial en psicología clínica, porque brinda un estudio amplio y profundo del paciente. Técnica dinámica que permite obtener información anamnésica del paciente. Permite abordar al sujeto como una unidad. Posibilita el establecimiento de hipótesis que deben ser comprobadas. (Sampieri, 2006)

Ayuda integralmente a confeccionar la Historia Clínica. La entrevista clínica se caracteriza en general por la sinceridad y cooperación que brinda el paciente, pues solicita ayuda. La entrevista brinda datos de carácter objetivo como escolaridad alcanzada, número de hijos, y datos de carácter subjetivo opiniones, actitudes, valoraciones.

La entrevista está muy ligada a la observación externa, por lo que sustituye algunas limitaciones. El entrevistador es un observador participante, por lo que puede relacionar contenidos referidos por el entrevistado con conductas manifiestas de éste.

La entrevista puede y debe ser realizada a familiares, amigos. En este caso se utiliza como técnica de observación objetiva en relación con el comportamiento del sujeto.

#### **4.5 PROCEDIMIENTO**

Con el propósito de obtener una mejor comprensión del lector se organizó el presente trabajo que consta de las siguientes etapas.

##### **FASE I**

###### ***Contacto con la institución***

En esta fase se revisó toda la bibliografía que da respaldo a la investigación, la misma que construyó el marco teórico, para así tener las definiciones correctas de los

conceptos utilizados, también se entró en contacto personal con todos los involucrados en el trabajo.

## **FASE II**

### ***Selección de los instrumentos***

En esta etapa se seleccionaron y analizaron los instrumentos para la recolección de los datos que sirvieron en las evaluaciones de las variables a medir, aquí se tomó en cuenta a detalle todos los ítems y la adaptación del Instrumento al lenguaje de señas Boliviano LSB.

## **FASE III**

### ***Selección de la muestra para el estudio***

Se seleccionó la muestra tomando en cuenta las edades que corresponden a la de los adolescentes y adultos jóvenes, se procedió de acuerdo a datos que fueron proporcionados por el Centro de Educación Auditiva Diana “CEADI”

## **FASE IV**

### ***Aplicación de los instrumentos seleccionados***

Se aplicó el instrumento de escala de resiliencia debidamente adaptado a LSB. Según los instructivos respectivos, usando los recursos en los plazos y procedimientos previstos, el mismo que fue explicado con un intérprete de lengua de señas boliviano, para una mejor comprensión de las consignas por parte de los adolescentes y adultos jóvenes sordos.

## **FASE V**

### ***Procesamiento de los datos***

El procesamiento de los datos se hizo en el programa informático SPSS-PC versión 11.5 y Excel Microsoft configurando una base de datos con todo el material recolectado, para posteriormente presentar en tablas y gráficos con las debidas cantidades y porcentajes.

## **FASE VI**

### ***Análisis e interpretación de los resultados***

En esta etapa se procedió al análisis e interpretación de los datos que se obtuvieron producto de la aplicación de los instrumentos y el procesamiento de datos, este permite una mejor comprensión para el lector, puesto que explica de manera individual cada variable y el resultado respectivo.

## **FASE VII**

### ***Redacción del informe final***

En esta etapa se efectuó la redacción del informe tomando en cuenta todas las normas de presentación y redacción y por último se entregó para su correspondiente aprobación y defensa.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

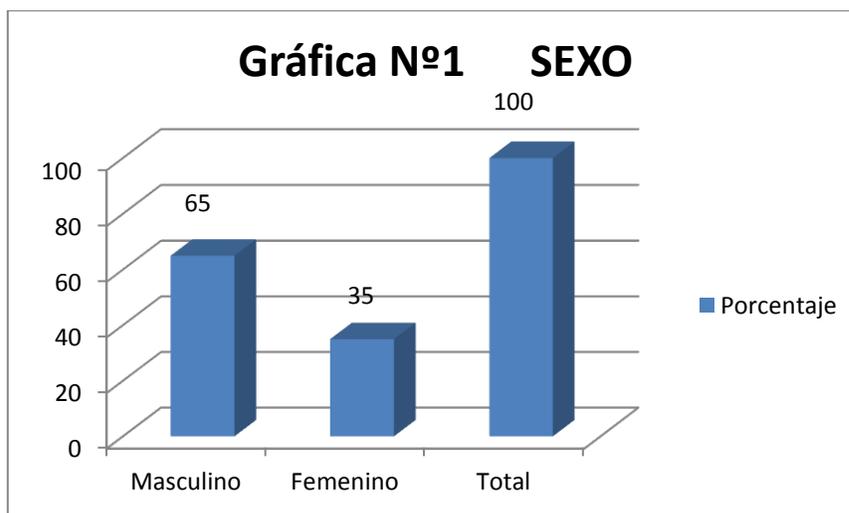
Una vez aplicados los instrumentos de recolección de la información, se procedió a realizar el tratamiento correspondiente para el análisis de los mismos, los cuadros y gráficas fueron organizados de acuerdo a los objetivos planteados para esta investigación.

Sin embargo previo a analizar los objetivos, es importante mencionar los siguientes tres cuadros que hacen referencia a los datos de: sexo, grado de discapacidad auditiva y edad.

CUADRO N° 1

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	13	65
Femenino	7	35
Total	20	100

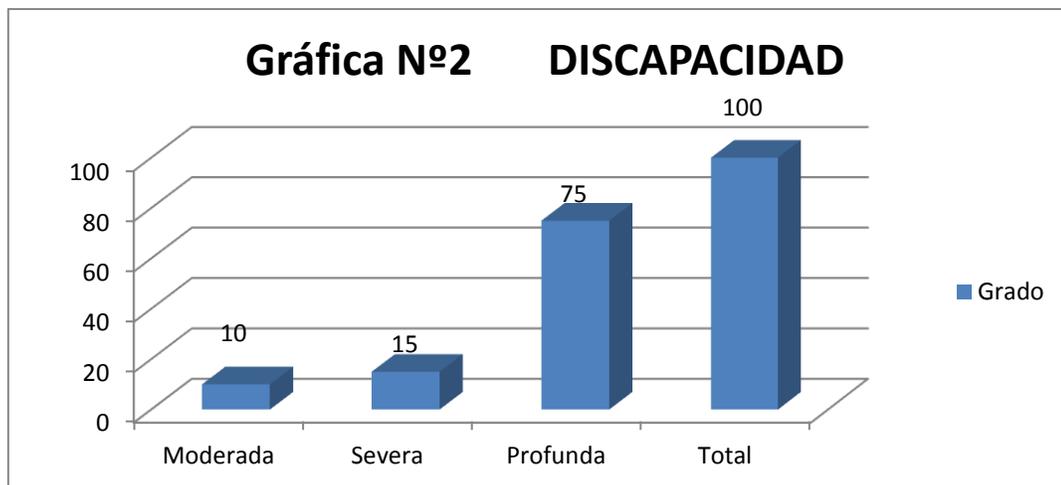


En este primer cuadro, como se observa, el sexo masculino llega a la cantidad de 13 sujetos que equivale al 65% de la muestra total de la investigación. Por otro lado el sexo femenino alcanza una frecuencia de 7 personas, la misma que representa el 35% del total de los evaluados. De esta manera se llega a la sencilla deducción que ambos porcentajes hacen una sumatoria general del 100 %.

**CUADRO N°2**

**Grado de discapacidad**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>Moderada</b>	<b>2</b>	<b>10.0</b>
	<b>Severa</b>	<b>3</b>	<b>15.0</b>
	<b>Profunda</b>	<b>15</b>	<b>75.0</b>
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>



A continuación haciendo referencia al grado de discapacidad auditiva, en la gráfica se puede apreciar una significativa cantidad equivalente al grado profundo, llegando a

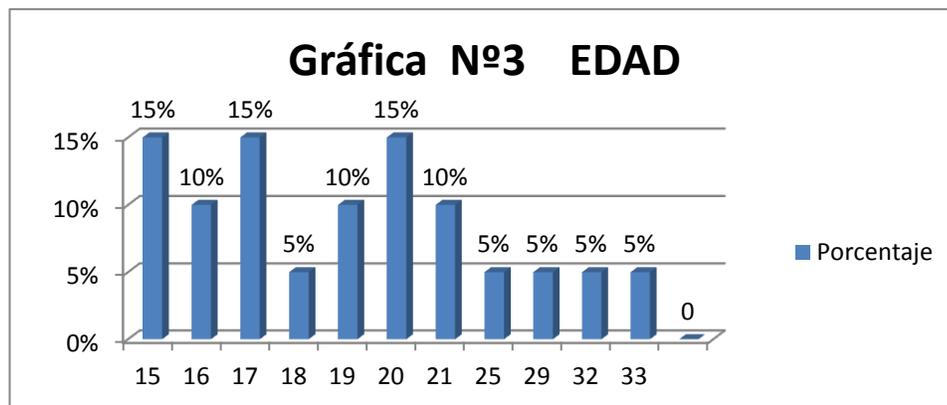
una suma de 15 personas que es igual a un 75% del total de la muestra. Este dato da a entender que para la realización de la investigación en cuanto a la aplicación de los instrumentos y la entrevista se requirió utilizar su propio lenguaje, como es la Lengua de Señas Boliviana, con la colaboración de una intérprete especializada en LSB para una mayor comprensión de los entrevistados hacia las consignas presentadas.

Ahora bien, en cuanto a los niveles de discapacidad moderada y severa la sumatoria de ambas equivale a un 25 % teniendo una frecuencia de 2 y 3 sujetos respectivamente. Con respecto a las personas pertenecientes al nivel moderado se menciona que las mismas manejan tanto el LSB como el lenguaje de los oyentes, siendo así más fácil la aplicación de las pruebas y la entrevista.

### CUADRO N°3

#### Edad

Edad		Frecuencia	Porcentaje
<b>Adolescentes</b>	15	3	15.0
	16	2	10.0
	17	3	15.0
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>40</b>
<b>Adulto joven</b>	18	1	5.0
	19	2	10.0
	20	3	15.0
	21	2	10.0
	25	1	5.0
	29	1	5.0
	32	1	5.0
	33	1	5.0
	<b>Total</b>		<b>12</b>
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100.0</b>



Para la lectura del tercer cuadro referente a la edad, la misma fue organizada en dos grupos, divididos en adolescentes y adultos jóvenes, puesto que la información recabada por los mismos puede variar por la diferencia de etapas evolutivas en el desarrollo mental y emocional.

En la apreciación de las subdivisiones mencionadas se puede ver que el total compuesto por adolescentes alcanza un porcentaje igual al 40 % del total de la muestra, así mismo mencionar que los adultos jóvenes representan una mayoría equivalente a un 60 %.

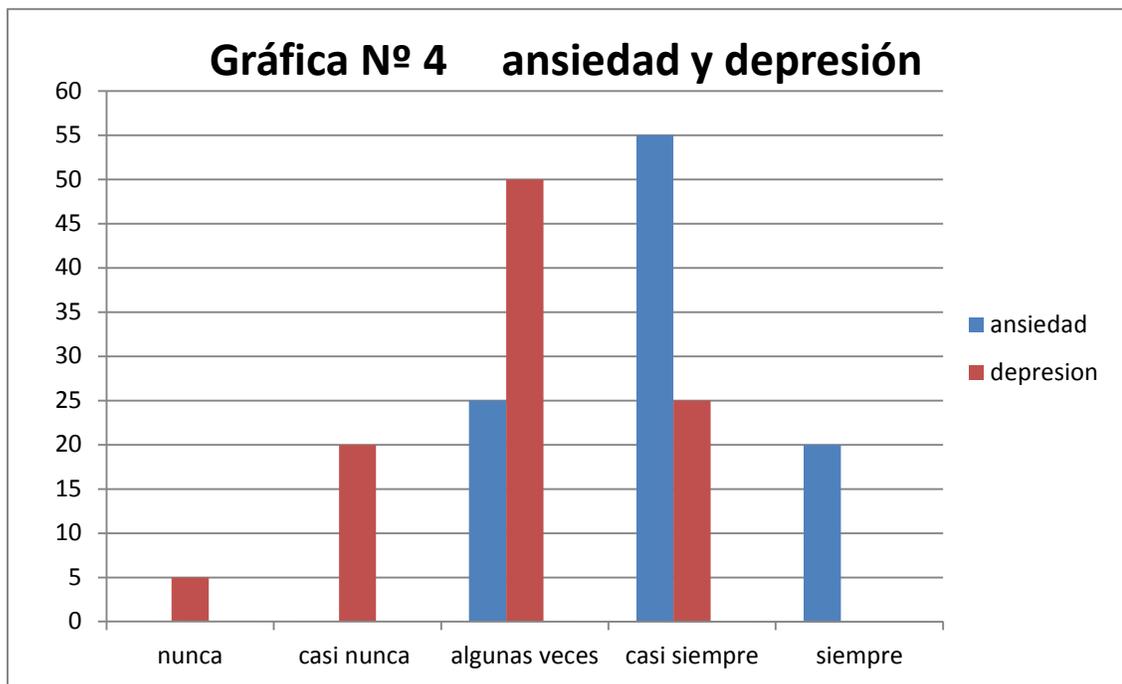
### 5.1 ANÁLISIS DEL PRIMER OBJETIVO

Una vez realizada la recopilación de los datos, se procedió al ordenamiento y la calificación correspondiente de los mismos para obtener la finalidad del primer objetivo, en el cual se analiza e interpreta: a) nivel de ansiedad. b) nivel de depresión que se describe a continuación.

**Objetivo:** Identificar el nivel de ansiedad y depresión de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes a CEADI.

**CUADRO N° 4**

ANSIEDAD Y DEPRESION				
CUESTIONARIO EDUCATIVO DE ANSIEDAD Y DEPRESION (CECAD)				
RANGO	ANSIEDAD		DEPRESION	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	0	0	1	5
CASINUNCA	0	0	4	20
ALGUNAS VECES	5	25	10	50
CASI SIEMPRE	11	55	5	25
SIEMPRE	4	20	0	0
<b>TOTAL</b>	20	100	20	100



En el análisis del presente cuadro, se hace referencia a la ansiedad y depresión, los mismos que son dos trastornos emocionales complejos, que implican también problemas en pensamientos y conductas.

Esta sección del análisis en el cuadro que hace alusión a la ansiedad se distingue que un 55% de los sujetos evaluados presentan un nivel de ansiedad equivalente a “casi siempre”, que llega a ser igual a 11 personas. Por otra parte un registro no menos importante que el anterior es el comprendido en el rango de “siempre”, el cual alcanza al 20% de la muestra siendo el mismo equivalente a 4 personas.

El concepto de ansiedad se define como, una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza, genera una marcada activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes.

Es para destacar las expresiones de los entrevistados con respecto a la ansiedad, de esa manera lograr un mejor entendimiento de la categoría correspondiente a “casi siempre”. Se describen a expresiones reiterativas en muchos de los entrevistados con las características propias de la ansiedad, las cuales refieren constantemente dificultades para comunicarse con las personas oyentes tanto fuera como dentro de su propio hogar, en algunos casos produciendo un aislamiento y un miedo a recibir algún daño de alguien por las calles, a veces produciendo discriminación y malos tratos por parte de personas que no entienden las limitaciones de las personas con discapacidad auditiva.

Las características propias del estado emocional de la ansiedad se perciben claramente en la descripción de los sujetos evaluados, tales como el miedo, la preocupación constante, la inseguridad ante los acontecimientos futuros, produciendo en algunos casos una respuesta fisiológica como el insomnio. Por tanto, los sujetos centran su pensamiento en algunas preventivas para que no se produzcan consecuencias desagradables que puedan al mismo tiempo agravar esta condición generando posibles trastornos de personalidad y de conducta.

De esta manera se puede evidenciar una coherencia con lo mencionado por la muestra en la entrevista y los datos extraídos de la aplicación del instrumento denominado C.E.C.A.D. Alcanzando identificar de manera clara los niveles de ansiedad marcados en el objetivo propuesto de los cuales se ha extraído los más significativos.

Es importante mencionar que en los datos recabados en la investigación sobre la ansiedad se tiene una marcada tendencia hacia una manifestación más intensa y constante de este trastorno, sin embargo posteriormente se observan datos importantes de la resiliencia que equilibran lo mencionado anteriormente.

La segunda parte de este análisis hace mención a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o

recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, pudiendo llegar hasta el suicidio.

Se puede observar claramente que en relación al factor de depresión la muestra alcanza un porcentaje de un 50% del rango de “algunas veces”, indicado por el instrumento. Así mismo otro dato que se considera significativo es el perteneciente al rango de “casi siempre”, el cual señala que un 25 % de los sujetos evaluados presentan este nivel.

Para reconfirmar los datos y los porcentajes indicados de los test aplicados y mencionados anteriormente se los respalda con lo expresado en la entrevista en profundidad, misma que mediante una tabla de respuestas se puede apreciar lo más sobresaliente.

La realidad de estas personas se encuentra afectada en muchos casos como lo manifiestan los mismos por el abandono de sus progenitores dejándolos a cargo de un familiar o de un tutor, o también provienen de hogares disfuncionales, estas situaciones repercute sin duda en sus emociones produciendo estados de ánimo depresivos, según los relatos ellos piensan que el hecho de ser sordos es la consecuencia del desinterés de los padres o de las personas que están a cargo de ellos, se sienten ignorados por sus familiares en momentos donde el resto de la familia comparte.

Es entonces, como se aprecia, estas personas padecen de este trastorno emotivo pero no de una forma constante e intensa, puesto que no se sienten comprendidos por sus respectivas familias y la comunicación se le hace difícil por su condición. Además cabe resaltar que los familiares no tienen la intención de aprender el lenguaje (LSB), ya sea por factores de tiempo o economía entre otros. Pero aun así no dejan consumirse por la depresión ya mencionada y logran enfrentarla con distintos mecanismos, como ser pasatiempos y trabajo.

Por lo tanto se deduce que existen claramente factores como tristeza, en el sentido de la falta de apego y cariño con sus familiares, el abandono de los progenitores, como

también la pérdida de interés por la falta de apoyo, motivación, valoración por las actividades que realizan y sentimientos de culpa por eventos sucedidos como el divorcio, donde ellos piensan que su discapacidad auditiva fue la razón o motivo del mismo.

Ahora bien, haciendo mención al nivel correspondiente a “casi siempre” esta depresión es más notoria, y está presente en el 25% de la muestra, donde las características de este trastorno emocional son más evidentes, puesto que dentro de los casos existentes se puede encontrar situaciones graves como abusos sexuales y maltrato físico, lo cual no hace otra cosa que agravar la condición emocional de los adolescentes y adultos jóvenes.

Estas situaciones adversas manifiestas en la entrevista dan a conocer que los sujetos se ven más afectados y perturbados, haciendo complejo el cotidiano vivir. Por lo tanto resulta necesario hacer frente a estas situaciones desfavorables para que no se produzca un aislamiento social, pérdida del sentido de la existencia, mayor abatimiento y la creencia de que no existe la solución para estos problemas, es decir, que requieren utilizar los mecanismos pertinentes para sumergirse en una situación patológica.

## **5.2 ANÁLISIS DEL SEGUNDO OBJETIVO**

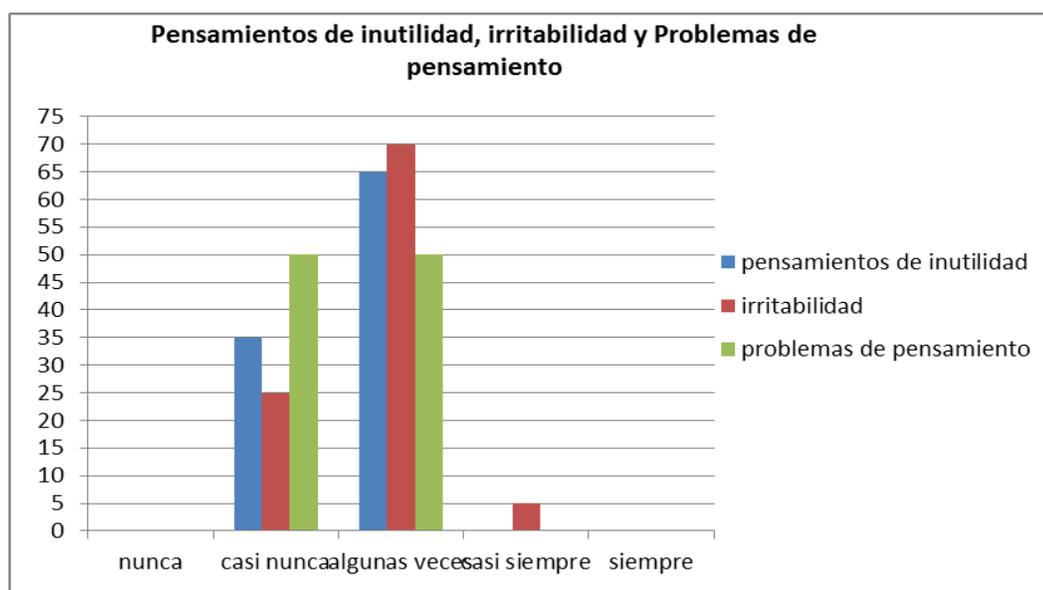
Una vez realizada la recopilación de los datos, se procedió al ordenamiento y la calificación correspondiente de los mismos para obtener la finalidad del segundo objetivo, en el cual se analiza e interpreta: a) nivel de pensamientos de inutilidad. b) nivel de irritabilidad. c) nivel de problemas de pensamiento.

**Objetivo:** Describir el nivel de irritabilidad, pensamientos de inutilidad y problemas de pensamiento de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes a CEADI.

**CUADRO N° 5**

CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (CECAD)						
RANGO	PENSAMIENTOS DE INUTILIDAD		IRRITABILIDAD		PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	0	0	0	0	0	0
CASI NUNCA	7	35	5	25	10	50
ALGUNAS VECES	13	65	14	70	10	50
CASI SIEMPRE	0	0	1	5	0	0
SIEMPRE	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Gráfica N° 5**



El cuadro N°5 muestra una tendencia uniforme con respecto al nivel de “algunas veces”, donde el mismo revela los porcentajes más significativos en los tres aspectos de: pensamientos de inutilidad, irritabilidad y problemas de pensamiento, los mismos que son de, 65, 70 y 50% respectivamente.

Describiendo el factor de pensamientos de inutilidad se señala que las expresiones y comentarios reiterativos de los entrevistados, refieren que buscan una superación en diferentes aspectos como estudios superiores o de relacionamiento y comunicación en general, sin embargo, valga la redundancia, esta superación y relacionamiento sienten que es limitada y atribuida a su discapacidad auditiva, haciendo mención de manera textual declaraciones como: *“quiero trabajar en construcción (...) en la normal no creo (...) es mucho problema”*. *“pienso estudiar algo técnico, mecánica, aunque no sé si podré trabajar alguna vez, pienso que siempre contratan a oyentes y no sordos”*. *“siento que me falta mucho todavía siento que estoy cero tengo que practicar más, me equivoco, los libros, los módulos me falta leer tengo que aprender más es muy complicado es mucho lo que tengo que aprender es grande el libro, hay ¡!!!!”*. *“Algo técnico la universidad, es complicado, las veo a mis hermanas y muy complicado, mejor algo más fácil”*

En el factor de irritabilidad los entrevistados mencionan de manera reiterativa la molestia en la convivencia con oyentes, aluden que se debe a las dificultades que estos tienen para comunicarse, o de entendimiento, surgen manifestaciones como las siguientes: *“Aquí no me siento bien porque la directora siempre para enojada los profesores haj!!!!!! Mucho le llaman a mi tía ella siempre para enojada me dicen que a mí me faltan las señas que a mí me falta practicar”*. *“no me gustan mucho mis compañeros oyentes ellos mucho me molestan quieren ser mis novios, pero yo no quiero les digo a ellos que no pero no entienden mucho insisten, hacen enojar”*. *“Me siento más o menos viviendo allí en la casa de mi tío porque no podemos comunicarnos, yo tengo que tener paciencia porque él paga todo, allá en la casa yo vivo gratis y tengo mi propio cuarto, así que prefiero estar allí para no molestar a nadie”*. *“el almuerzo por ejemplo yo no puedo comunicarme bien con mi familia, así que lo que hago es, comer y me voy para mi cuarto, me siento solo”*. *“No me gusta los oyentes ellos molestan mucho piensan que no me doy cuenta porque soy sorda pero no es así”*.

Haciendo referencia al factor de problemas de pensamiento existe una manifestación significativa de esta característica, misma que se exhibe cuando los sujetos se sienten solos, tristes, vacíos, o también cuando piensan que no valen nada, en este componente las personas piensan de manera negativa, aunque haya aspectos positivos.

Es importante mencionar que la muestra de la presente investigación señala algunos aspectos anteriormente mencionados, puesto que al no poder comunicarse con personas oyentes, estos sienten un retraimiento que al mismo tiempo provocan pensamientos negativos. Declaran en el proceso de la entrevista frases como: *“Me siento muy solo, en el curso igual trabajo solo, cuando el intérprete esta me ayuda pero cuando no, me retraso no puedo hacer nada no le entiendo al profesor, siento en mi corazón que los oyentes hablan mal para mí, no me toman en cuenta mucho me discriminan”*. *“Siento discriminación y mala educación porque ellos hablan y me miran, después yo le pido a mi amiga que me interprete y resulta que ellas estaban hablando mal de mí, yo no entiendo porque hay personas tan malas con nosotros los sordos si no les hacemos nada, solo estudiamos igual que ellos, siento que me culpan a mí de lo malo que pasa en el curso y como yo no escucho ellos se aprovechan dicen muchas malas palabras. (...) Con los sordos buena comunicación podemos hablar de todo, pero yo siento que hay muchas preferencias con algunos a ellos solos los capacitan más y para otros no hay oportunidades, no debería ser así al final todos somos sordos y tenemos que cuidarnos y ayudarnos.”* *“los oyentes no nos toman en cuenta hablan entre ellos y se olvidan que nosotros estamos allí también después uno pregunta qué dijeron? y ellos dicen que nada que no nos preocupemos que no es nada grave, yo entiendo que no es así porque yo leo sus labios, veo sus gestos a veces hablan para nosotros pensando que nosotros no nos damos cuenta, pero si lo hacemos,”*

Como se puede apreciar en los relatos muestran un común denominador en los entrevistados con referencia a este factor y se debe a que la dificultad de comunicación que hay entre sordos y oyentes hace que se produzca en estas personas

con discapacidad problemas de pensamiento que provoca un distanciamiento entre estos dos grupos.

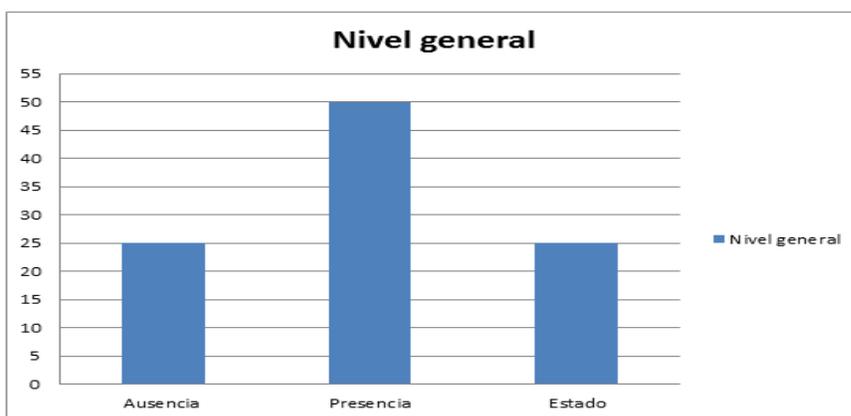
Sin restar importancia a los datos indicados en el rango de “casi nunca” los cuales se pueden percibir en los siguientes resultados: 35% en el factor equivalente a pensamientos de inutilidad, un 25% en irritabilidad y un 50% en problemas de pensamiento.

Son casi imperceptibles las expresiones vertidas de manera específica por los entrevistados en cuanto a esta categoría, pero lo positivamente recuperable es que se nota de manera evidente que los porcentajes se distinguen de manera declinante de “algunas veces” a “casi nunca” lo cual hace entrever que los sordos poseen elementos innatos que los fortalecen y los hacen resistentes a los problemas que les puedan causar daño físico o psicológico.

**CUADRO N° 6**

<b>TOTAL GENERAL DEL CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN</b>		
<b>RANGO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva</b>	<b>5</b>	<b>25</b>
<b>Presencia de sintomatología de ansiedad y depresión</b>	<b>10</b>	<b>50</b>
<b>Estado de ánimo depresivo-ansioso</b>	<b>5</b>	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Gráfica N° 6**



Al realizar un enfoque general de los resultados del instrumento denominado C.E.C.A.D. se observa que el 50% de la muestra están dentro del rango que indica la “presencia de sintomatología de ansiedad y depresión”, y el otro 50% de los sujetos participes en la investigación se encuentran divididos de manera equilibrada en un 25% en el nivel de “ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva”, y el restante 25% en la categoría de “estado de ánimo depresivo-ansioso”.

Estos datos son claramente evidentes en los cuadros y expresiones anteriormente señaladas donde manifiestan y son percibidas las características específicas de las perturbaciones emocionales que se han propuesto en los objetivos de la investigación. Se entienden las perturbaciones emocionales a partir de los estudios realizados por Newcomer (1993) como: *“Un estado del ser, caracterizado por aberraciones en los sentimientos que tiene un individuo con respecto a sí mismo y al medio ambiente. La existencia de la perturbación emocional se deduce del comportamiento. Por lo general si una persona actúa de una manera que le es perjudicial a ella y/o a los demás, puede considerarse en un estado de perturbación emocional.”*

Haciendo un análisis más general de todo el cuestionario utilizado se identifica y describe que la depresión y la ansiedad junto a los demás factores de irritabilidad, pensamientos de inutilidad y problemas de pensamiento que los acompañan, son reforzados por componentes tanto externos como ser: falta de apego familiar, incomprensión social, discriminación y abusos entre otros, e internos tales como: miedo, frustración, inseguridad, retraimiento, angustia y tristeza. Por todo lo indicado sumado a su discapacidad auditiva hace que se haga presente la sintomatología de ansiedad y depresión.

Estos aspectos internos y externos indicados anteriormente pueden ser importantes en el crecimiento o disminución de la intensidad de los trastornos emocionales evaluados, puesto que por ejemplo un ambiente familiar sano y/o comprensivo así como una sociedad inclusiva, más unas funciones yoicas fortalecidas pueden hacer la diferencia para establecer en ellos un equilibrio emocional.

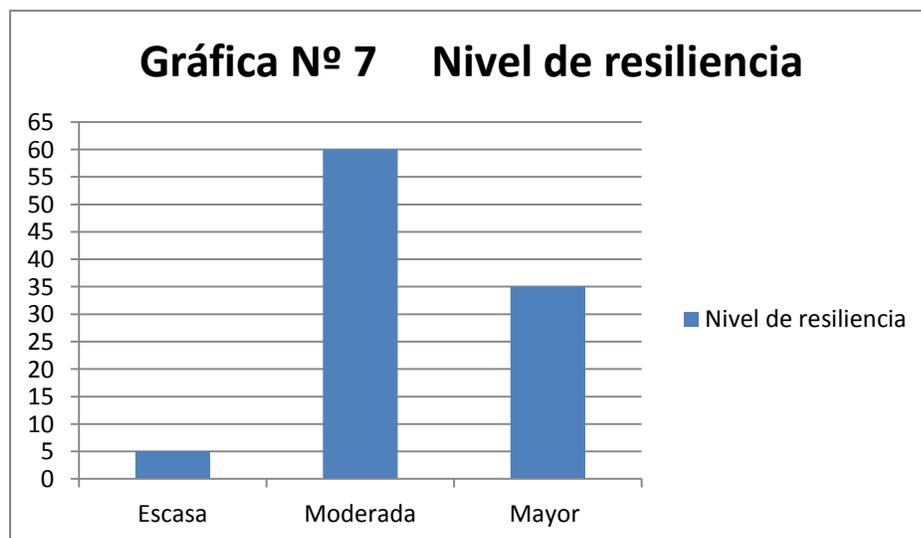
### 5.3 ANALISIS DEL TERCER OBJETIVO

Una vez realizada la recopilación de los datos, se procedió a al ordenamiento y la calificación correspondiente de los mismos para obtener la finalidad del tercer objetivo, en el cual se analiza e interpreta en nivel de resiliencia que se presenta en las personas con discapacidad auditiva del Centro de Educación Auditiva Diana, por medio de dos factores: competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida.

**Objetivo:** Establecer el nivel de resiliencia de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes a CEADI.

CUADRO N° 7

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG		
NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Escasa	1	5
Moderada	12	60
Mayor	7	35
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Para fines de la investigación, en el análisis del cuadro de los niveles resiliencia, es prudente recordar que se define como: *“la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”* (Garmezy 1993).

Se aprecia claramente que el 60% de los sujetos tiene un rango de resiliencia “moderada”, es decir, 12 de las 20 personas participes de la investigación. Otro dato de gran importancia es el equivalente al 35% de la muestra que corresponde a aquellos que presentan en el nivel “mayor” de resiliencia, que es igual a 7 de los individuos evaluados.

Para comprender y reconfirmar estos datos obtenidos en la aplicación del instrumento se refuerzan los mismos por medio de la entrevista donde se muestra de manera evidente que los sujetos poseen muchas ganas de salir adelante en la medida de sus posibilidades manifiestan deseos de trabajar, estudiar, sobre todo muestran mucho interés en áreas técnicas como mecánica o construcción.

Analizando los relatos se descubre que existen elementos propios de la resiliencia que son planteados por Werner (1982), los mismos se entienden como “factores protectores” que están vinculados a la anteriormente citada habilidad, que harán que las fuerzas negativas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolos en un factor de superación de la situación difícil.

Tales factores protectores ligados a aspectos sociales que fortifican la resiliencia, son precisamente la práctica de deportes, tener un grupo de pares, una buena relación con la comunidad en general como ser el trabajo.

Las expresiones manifestadas por los sujetos en las entrevistas hacen evidencia de los aspectos individuales que expone Werner (1982) que de igual forma están vinculados a los factores protectores, siendo estos los siguientes: alta autoestima, seguridad de sí mismo, locus de control interno; que este último se comprende cómo, la percepción

del sujeto de que los eventos ocurren como efecto de sus propias acciones, es decir, la idea de que él mismo controla su vida.

En la búsqueda para establecer los elementos principales de la resiliencia se encuentran en el caso citado, donde se puede señalar uno de los factores planteados por Garmezy (1993) el cual sería el temperamento y los atributos de la personalidad del individuo donde incluye el nivel de actividad, la capacidad reflexiva, cuando afrontan nuevas situaciones, las habilidades cognitivas, y la responsabilidad positiva hacia otros.

Si bien la resiliencia es una capacidad innata que nos permite desarrollar rasgos o capacidades que pueden ayudar al individuo a un éxito social, nuestros entrevistados se muestran más fortalecidos y apoyados cuando provienen de hogares con vínculos afectivos fuertes, también donde participan de manera positiva los amigos, la escuela, el trabajo y la sociedad en general, lo cual colabora a transformar la vida de este ser humano.

Sin dejar de lado al porcentaje notado en las personas que presentan mayor resiliencia se hace mención a expresiones significativas; por ejemplo yo quiero estudiar, yo sé que puedo, además la existencia de un adulto significativo en sus vidas, algunos mencionan a sus padres, otros a sus hermanos (as) y simplemente a la persona que está a su cargo, lo cual favorece al éxito en los deseos y metas planteadas por las personas con esta discapacidad.

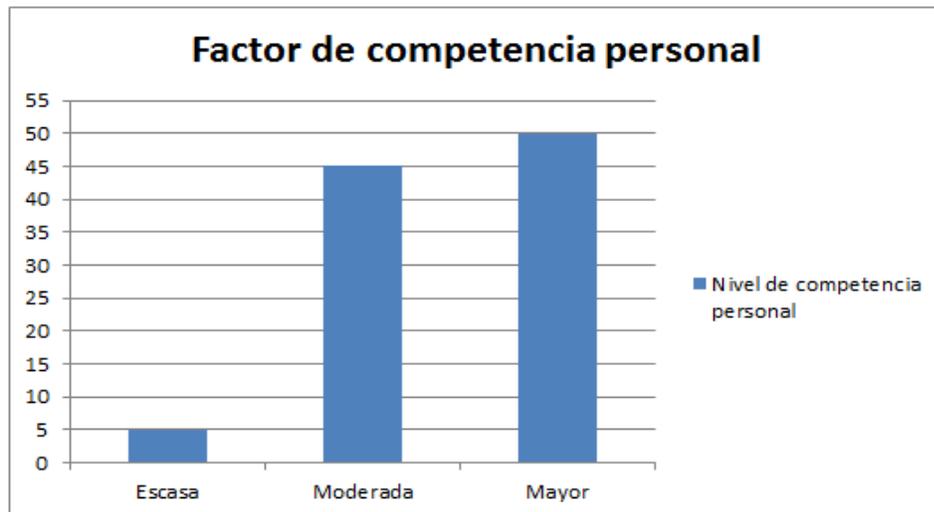
En los diferentes aspectos que mencionan la entrevistados se hace referencia a los dos componentes que contiene la resiliencia que llega a ser la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos, ayuda a ver con claridad que existe esa dimensión en esas personas y aporta una nueva mirada esperanzadora y optimista.

### 5.3.1 ANÁLISIS DEL FACTOR DE COMPETENCIA PERSONAL

El instrumento aplicado de Wagnild y Young (1993), para la investigación contiene factores de segundo orden como lo es el de Competencia personal que está integrado por 17 ítems los cuales se analizaron en el presente cuadro, donde se indican aspectos como: la autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

CUADRO N° 8

FACTOR DE COMPETENCIA PERSONAL ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG		
NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Escasa	1	5.0
Moderada	9	45.0
Mayor	10	50.0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>



Cabe destacar que en el presente cuadro existe un porcentaje equilibrado y casi similar donde el nivel “mayor” contiene el 50% de la muestra y el nivel “moderada” alcanza un 45% del total, claramente se observa una tendencia ascendente a una mayor cantidad de sujetos que tienen características resilientes.

Se perciben de manera evidente la autoconfianza que tienen estas personas al sentirse capaces de poder alcanzar la meta de formarse profesionalmente, la decisión de seguir adelante pese a cualquier adversidad a presentarse en un futuro, el poderío que presentan al proponerse crecer económicamente, estos elementos hacen que estas personas contengan estos datos resilientes notables, como se las puede evidenciar en el cuadro anterior.

Sobre estas características resilientes, (Grotberg, 1995) menciona que existen expresiones en el lenguaje del resiliente como el: “yo tengo”, “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”. En las entrevistas se aprecia que los sujetos mencionan estas palabras, pero además tienen a su lado a personas en quienes confían, algunas son parientes y otras no, pero que de igual forma les brindan cariño y apoyo, así la presencia de estos adultos significativos es muy importante para el fortalecimiento de la resiliencia mediante los factores protectores como menciona (Werner 1982). Por otra parte son capaces de aprender lo que sus maestros les enseñan y son felices cuando hacen algo bueno por los demás y les demuestran su afecto.

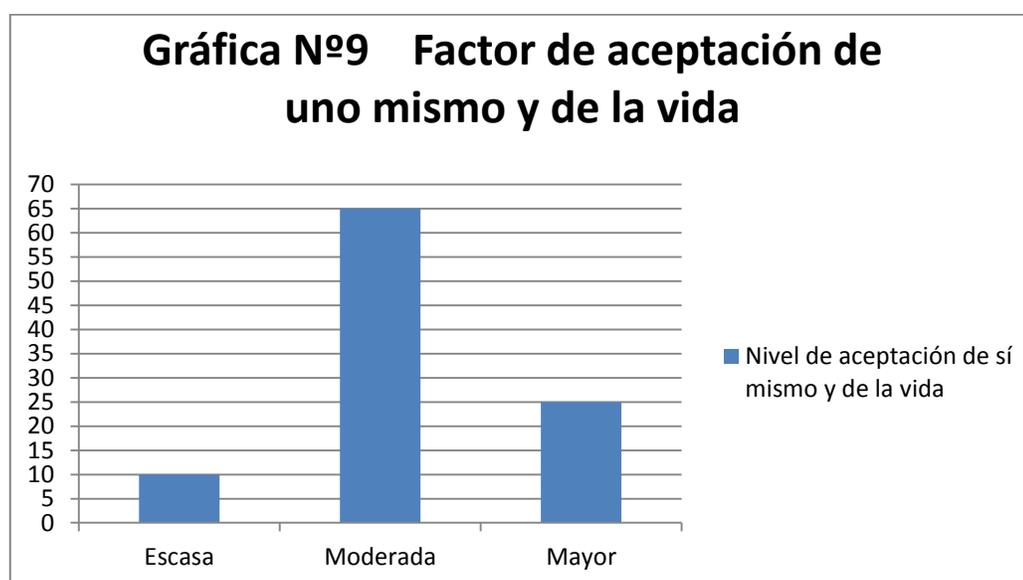
### **5.3.1 ANÁLISIS DEL FACTOR DE ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA**

En el otro factor de segundo orden que contiene el instrumento aplicado y que se analiza en el presente cuadro, es el de: Aceptación de uno mismo y de la vida, este está integrado por 8 ítems donde se indican aspectos como: adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. (Wagnild y Young, 1993).

El análisis del presente cuadro resulta significativo tanto como el anterior porque se examina la auto aceptación de sí mismos, porque sólo a partir de reconocerse como sordos se puede transformar lo que es susceptible, sin la auto aceptación la autoestima es imposible.

CUADRO N° 9

<b>FACTOR DE ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG</b>		
<b>NIVEL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Escasa	2	10.0
Moderada	13	65.0
Mayor	5	25.0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>



En el presente factor se presenta un porcentaje importante en el nivel de resiliencia “moderada” el cual logra obtener un total de 65%, sin dejar de lado el 25% de la muestra que corresponde al nivel de resiliencia “mayor”. Al igual que el anterior factor este presenta una tendencia inclinada hacia el nivel máximo dentro del instrumento.

En el análisis de los presentes datos conjuntamente con las expresiones de los sujetos en la entrevista se refleja una perspectiva de la vida y acerca de lo que ellos desean conseguir, esto le ayuda a conseguir un sentimiento de paz pese al desánimo de

algunas personas o en algunos casos familiares, además de las adversidades por las cuales ellos atraviesan, así mismo se adaptan a las circunstancias y exigencias del futuro, debido a la confianza que tienen en sus potencialidades y capacidades.

Con respecto a las características planteadas por Grotberg (1995), se descubre en estas personas un respeto de sí mismos y del prójimo, como también muestran capacidades de aprender lo que sus maestros les enseñan, pueden buscar la manera de resolver sus problemas y están dispuestas a responsabilizarse de sus actos.

Cabe destacar que en las entrevistas en general aparece de manera reiterativa las manifestaciones de la preferencia en el relacionamiento entre sordos, haciendo mención la existencia de una mejor comunicación mediante el lenguaje LSB el mismo que es parte fundamental de su identidad como personas con discapacidad auditiva.

#### **5.4 ANÁLISIS DEL CRUCE DE VARIABLES**

Para el análisis del cruce de variables se tomó en cuenta: el total general del Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión C.E.C.A.D., el grado de discapacidad auditiva y resiliencia.

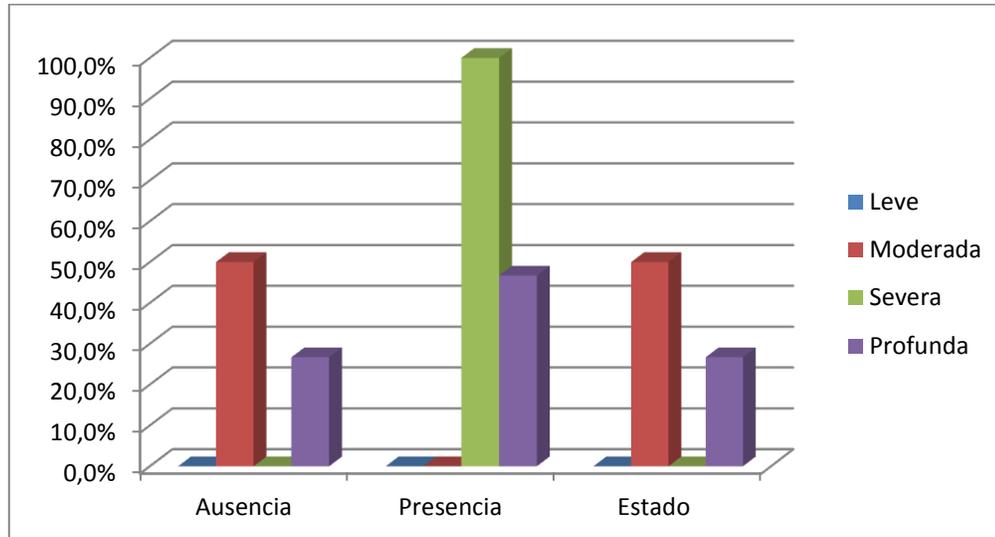
##### **5.4.1 TOTAL GENERAL DEL CECAD CON DISCAPACIDAD**

**CUADRO N° 10**

<b>TOTAL GENERAL CECAD CON GRADO DE DISCAPACIDAD AUDITIVA</b>								
<b>NIVEL CECAD</b>	<b>LEVE</b>		<b>MODERADA</b>		<b>SEVERA</b>		<b>PROFUNDA</b>	
Ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>50.0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>4</b>	<b>26.7%</b>
Presencia de sintomatología de ansiedad y depresión	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>3</b>	<b>100.0%</b>	<b>7</b>	<b>46.7%</b>
Estado de ánimo depresivo-ansioso	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>50.0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>4</b>	<b>26.7%</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>2</b>	<b>100.0%</b>	<b>3</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>

## GRÁFICA N° 10

### TOTAL GENERAL CECAD CON GRADO DE DISCAPACIDAD AUDITIVA



El presente cuadro de cruce de variables del cuestionario educativo clínico de ansiedad y depresión, y los grados de discapacidad auditiva existentes, se hace notar que la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión destaca más en el grado de discapacidad profunda, llegando este al porcentaje del 46.7% de la muestra que llegan a ser 7 sujetos, de igual manera en el mismo nivel del instrumento del CECAD existe un porcentaje del 100% del grado de discapacidad severa el cual corresponde a un total de 3 personas.

Es importante subrayar que tanto en el nivel de ausencia de sintomatología ansiosa - depresiva, así como el estado de ánimo depresivo ansioso presentan un porcentaje del 26.7% el cual corresponde a 4 personas en cada uno respectivamente y ambos en el grado de discapacidad profunda.

De manera global se puede entender que debido al grado de discapacidad profunda en el cual no hay percepción de sonidos del habla, pueden repetir palabras de uso frecuente en la cotidianidad, utilizando la información visual de movimientos de la boca; esta situación repercute en los trastornos emotivos existentes en la muestra,

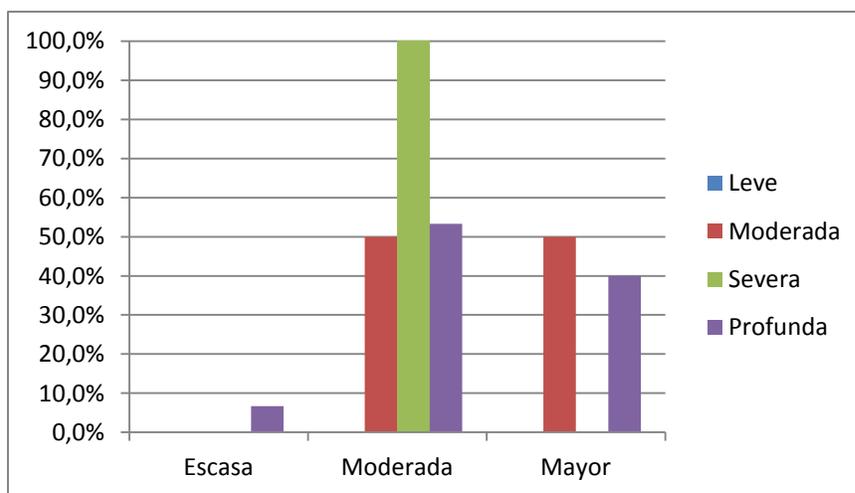
puesto que, las personas con este grado de discapacidad señalado presentan mayores dificultades al momento de comunicarse y de integrarse a la sociedad, llegando a depender de un conocimiento pleno del LSB para poder interactuar con su grupo de pares.

#### 5.4.2 RESILIENCIA Y GRADO DE DISCAPACIDAD AUDITIVA

CUADRO N° 11

RESILIENCIA	GRADO DE DISCAPACIDAD							
	Leve		Moderada		Severa		Profunda	
Escasa	0	0%	0	0%	0	0%	1	6.7%
Moderada	0	0%	1	50.0%	3	100.0%	8	53.3%
Mayor	0	0%	1	50.0%	0	0%	6	40.0%
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>2</b>	<b>100.0%</b>	<b>3</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>

Gráfica N° 11 RESILIENCIA Y GRADO DE DISCAPACIDAD AUDITIVA



En el segundo cruce de variables el cual se realiza entre la resiliencia con el grado de discapacidad, el mayor porcentaje en el nivel “moderada” existe una mayor cantidad en el grado de discapacidad profunda llegando este al 53.3% correspondiente a 8 ocho personas del total de la muestra. Así mismo el segundo dato significativo se

presenta de igual manera en el mismo resiliente el cual es de un 100% equivalente a 3 personas de todos participes en la investigación, tales sujetos pertenecen al grado de discapacidad severa.

Sin dejar de mencionar que existe un porcentaje importante del nivel mayor en resiliencia el alcanza un 40%, es decir 6 personas en el grado de discapacidad profunda.

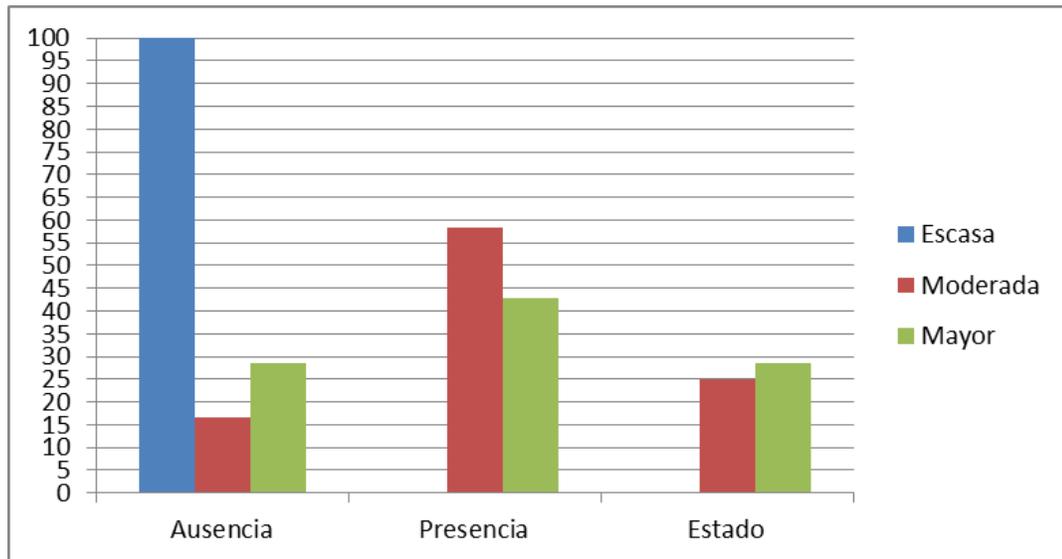
Los datos existentes en el cuadro permiten entrever que las personas con un grado de discapacidad profunda poseen un importante grado de resiliencia que les permite luchar ante las adversidades que les presentan en la vida diaria utilizando los mecanismos internos como externos que ratifican nuevamente la existencia de los escudos protectores que hacen que fuerzas negativas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos contraproducentes y, a veces, transformándolos en un factor de superación de la situaciones difíciles.

#### 5.4.3 TOTAL GENERAL C.E.C.A.D. CON RESILIENCIA

**CUADRO N°12**

<b>TOTAL GENERAL C.E.C.A.D. CON RESILIENCIA</b>						
<b>TOTAL GENERAL CECAD</b>	<b>ESCASA</b>		<b>MODERADA</b>		<b>MAYOR</b>	
Ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>16.7%</b>	<b>2</b>	<b>28.6%</b>
Presencia de sintomatología de ansiedad y depresión	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>7</b>	<b>58.3%</b>	<b>3</b>	<b>42.8%</b>
Estado de ánimo depresivo-ansioso	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>3</b>	<b>25%</b>	<b>2</b>	<b>28.6%</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100.0%</b>	<b>7</b>	<b>100.0%</b>

**GRAFICA Nº 12 TOTAL GENERAL C.E.C.A.D. CON RESILIENCIA**



En la lectura de este último cruce de variables se observa el 58% de las personas que poseen una “moderada” resiliencia también cuentan con una presencia de sintomatología de ansiedad y depresión siendo igual a 7 sujetos de la muestra, la segunda lectura dentro del mismo nivel de presencia de sintomatología de ansiedad y depresión corresponde al porcentaje de un 42,8 % que se encuentran de “mayor” resiliencia, el mismo que alcanza la cantidad de 3 personas, dando a entender que la mitad de las personas que cuentan con una resiliencia considerable también presentan un trastorno emotivo, el cual puede ser el causante de que la habilidad resiliente se active en el momento adecuado para no dejarse sumergir en mencionados trastornos.

La resiliencia como un mecanismo de protección frente a situaciones que puedan causar daño físico y psicológico, se hace evidente en el presente cuadro de cruce de variable en las personas con discapacidad auditiva, demostrando así que la resiliencia es una habilidad innata del ser humano y también depende del fortalecimiento de factores externos denominados como factores protectores para que pueda hacer frente de manera efectiva ante las adversidades, estos mismos tienen que sostenerse una con la otra.

## **5.5 ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS**

En cuanto a las hipótesis planteadas en la investigación se deduce que:

- Los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva que asisten al Centro de Educación Auditiva Diana (CEADI) presentan un nivel de ansiedad de casi siempre y un nivel de depresión de algunas veces, por lo tanto la hipótesis se acepta parcialmente.
- Los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva que asisten al Centro de Educación Auditiva Diana (CEADI) presentan un nivel de pensamientos de inutilidad, irritabilidad, y problemas de pensamiento de algunas veces, por lo tanto la hipótesis se acepta parcialmente.
- Los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad auditiva que asisten al Centro de Educación Auditiva Diana (CEADI) presentan un nivel de resiliencia moderada, por lo tanto la hipótesis se acepta.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 CONCLUSIONES

El presente trabajo concluido con las personas con discapacidad auditiva es muy enriquecedor puesto que no solo se cumplió los objetivos planteados al inicio sino también fue un espacio para poder aprender acerca de su cultura, lenguaje y su identidad. También se fortalecieron todos los conocimientos aprendidos durante los años de estudio.

Luego de la aplicación de los instrumentos y la realización de la entrevista se llega a las siguientes conclusiones.

1. En cuanto se refiere a los trastornos emocionales se pudo verificar que los estudiantes del Centro de Educación Auditiva Diana poseen un estado de ánimo ansioso, probando así lo planteado en la hipótesis al inicio de la investigación.
2. Al señalar el estado de ánimo depresivo cabe destacar que según los datos extraídos y el análisis realizado, no toda la población padece este trastorno, y el porcentaje que si lo posee solo alcanza a la mitad y hasta nivel de algunas veces.
3. Las demás variables estudiadas como son la de pensamientos de inutilidad, irritabilidad, y problemas de pensamiento, arrojaron datos muy variados con una característica promedio en el nivel de algunas veces, concluyendo que las personas sordas también poseen las mismas.
4. De acuerdo a los resultados del Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young los sujetos investigados muestran una predominancia en el nivel de resiliencia moderada, mostrando así capacidades de superación y de fuerza de voluntad para la solución de sus problemas cotidianos. Es importante destacar este aspecto puesto que aun al encontrarse algo limitado en la comunicación con las personas oyentes los mismos son capaces de desarrollar algunas actividades al mismo nivel.

En general la investigación es de mucho beneficio para las personas sordas puesto que sirve como referente para el tratamiento de las mismas variables pero en un futuro con personas de diferentes edades, enriqueciendo así los conocimientos científicos.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

Una vez finalizado todo el proceso investigativo se puede recomendar lo siguiente:

Al Centro de Educación Auditiva Diana:

1. Al tratarse de personas con discapacidad que atraviesan por diferentes problemas emocionales, resulta imperativo trabajar más de cerca con los estudiantes, para lograr un ambiente educativo favorable para los alumnos de manera que estos puedan sobrellevar las diferentes situaciones difíciles que les toque vivir.
2. Incluir dentro de su POA de actividades programas que ayuden a fortalecer los factores resilientes tanto en ellos mismos como en sus familiares más cercanos, para formar personas más autónomas capaces de enfrentar sus problemas y de ayudar a sus pares en el contexto en el que se desenvuelven.
3. Ayudar a las personas sordas a la búsqueda y reconocimiento de su identidad, de esa manera promover el trabajo de la autoestima y de las relaciones de convivencia con sus pares sordos y también oyentes.

A la universidad:

4. A que pueda realizar investigaciones con personas con discapacidad sobre casos de violación sexual, al notarse cierta vulnerabilidad de los mismos hacia estas situaciones.
5. Promover en la educación universitaria el aprendizaje de la Lengua de Señas Boliviana, para que los profesionales psicólogos puedan comunicarse de mejor manera con esta población.

6. A partir de lo experimentado durante todo este proceso, se considera importante poder llevar a cabo un estudio similar o una réplica del mismo en alguna otra población, es necesario considerar la necesidad que hay de trabajar el aspecto emocional de las personas y sus potencialidades para enfrentar los problemas habituales que se presentan tanto en la familia como en la sociedad en general.