

I
PLANTEAMIENTO Y
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace unas décadas atrás, existe una fuerte preocupación internacional por aquellas personas que padecen de alguna discapacidad, para asegurar su derecho al trabajo, a una educación de calidad, a ser tratadas sin ningún tipo de discriminación, tratando de fomentar la equidad, tomando medidas sistemáticas para reducir las desigualdades y suprimir las discriminaciones referidas a sus posibilidades limitadas en ciertos aspectos.

La mejora de la calidad de vida se ha convertido en uno de los aspectos fundamentales que, hoy en día, preocupan a la mayoría de sociedades. Existen numerosos y distintos medios a través de los cuales las personas pueden mejorar su calidad de vida.

Para ayudar de manera clara y concisa a las personas con discapacidad motora, primeramente hay que conocer cuáles son las características psicológicas que presentan, ya que al desconocer este aspecto la ayuda que se quiera brindar no va a tener la misma eficacia si es que se conocen las características psicológicas que poseen las personas con discapacidad.

Es importante conocer las características de personalidad de la persona con discapacidad motora ya que ésto ayudará a conocer de mejor manera a estas personas, ya que el hecho de vivir toda una vida con alguna deficiencia motora, ha debido de configurar un tipo característico de personalidad, de sentir y expresar afectos, tanto a padres como a amigos, ya que son personas comunes que también tienen necesidades afectivas, que influyen en gran manera en su desarrollo, que usualmente no son atendidas por la familia, instituciones educativas y la sociedad en general.

Por lo tanto esta situación establece condiciones desfavorables en el desarrollo del joven como persona capaz de ser parte de una sociedad porque afecta de manera significativa el hecho de no tener a lo largo de su vida apoyo afectivo, de ahí que, sea posible detectar casos que lo expresan a nivel afectivo, social, somático, etc. Se considera de gran importancia el afecto que se les brinde desde niños a estos jóvenes, para que puedan establecer vínculos estables en todo aspecto de su vida, en especial en lo emocional.

Mientras se ignora lo que ocurre alrededor del discapacitado, cuáles son sus relaciones afectivas, quién le ayuda y a quién ayuda; es decir, mientras no tratemos de evaluar, no comprenderemos las necesidades que éste pueda tener a causa de su situación como discapacitado, por ejemplo puede ser que estos jóvenes a parte de su discapacidad no puedan obtener un buen rendimiento en la educación a pesar de que sólo presenten un problema motor y no a nivel cognitivo, esto implicaría que existe una causa para que no alcance la educación respectiva. A través de diferentes investigaciones se considera una posible causa el déficit afectivo, sabiendo que es un factor principal no sólo en personas con discapacidad motora, sino también en personas normales; esto pasa por problemas afectivos que no son satisfechos. Si investigamos un poco las relaciones afectivas del discapacitado se podrá llegar a una respuesta a los problemas que puedan presentarse en estos jóvenes.

Según investigaciones realizadas (E. Barrull, P. González y P. Marteles, 2000) se ha comprobado que en realidad, es tan alta la falta de capacidad afectiva de desarrollo en las sociedades modernas, que una gran parte de los niños necesitan afecto de los demás para poder sobrevivir. Mientras sigamos idolatrando lo que llamamos el “cuerpo” y despreciemos lo que llamamos la “mente” nuestra capacidad afectiva seguirá siendo tan escasa como hasta hora, causando enormes problemas y enfermedades. Quizás si comprendemos por fin la sentencia griega de que la salud de nuestro cuerpo depende de la salud de nuestra mente y no al revés empezaremos a ganar en capacidad afectiva y a reducir la enorme incidencia de las enfermedades que

nos amenazan. Durante nuestra infancia y más si se padece de una deficiencia dependemos críticamente del afecto que recibamos es decir cuánto más afecto recibamos mejor vamos a estar, más o menos el afecto determinará irreversiblemente nuestro desarrollo en el futuro. Es decir, que el afecto es una necesidad primaria de los seres humanos. El afecto no es una entelequia espiritual ni angelical, sino la ayuda que necesitamos para sobrevivir. Y esta ayuda no es gratuita ni está disponible libremente, puesto que ayudar significa interesarse genuinamente por otro ser vivo.

Por otro lado dentro, de su ambiente además de los padres, es importante conocer qué tipo de relaciones interpersonales mantiene el joven con los demás, puesto que dentro del proceso de normalización es también fundamental el apoyo, comprensión, aceptación de todos los implicados en su entorno, ya que la socialización en éstos y en todos los demás configura de gran manera su personalidad y más todavía el tipo de estímulos que recibe de esta sociedad en cuanto a estos adolescentes que presentan deficiencia motora.

Incluso dado lo primario de las conductas motoras como elemento facilitador de nuestra inserción en el mundo circundante y en el desarrollo intelectual, la sociedad tiende a tratar a estos jóvenes como a personas con menos capacidades y habilidades de las que en realidad tienen; muchas veces dejando de lado el hecho de que estos también piensan, sienten. Por otro lado, dejamos de lado el hecho que son personas humanas y que merecen un lugar en la sociedad, que se tiene que brindarles las oportunidades y/o comodidades para que tengan un buen trabajo, puesto que no nos olvidemos que el trabajo dignifica a la persona. Es importante saber que, tener una discapacidad motora no implica deterioro de otras funciones, sobre todo si es un joven que ha satisfecho sus necesidades especiales adecuadamente y las personas que lo rodean le brindan además mucho cariño, amor, comprensión, etc.

La mayoría de las personas que asisten en las unidades de rehabilitación se enfrentan con el descubrimiento de tener que arreglárselas con pérdidas físicas, cognitivas y

sociales permanentes. Este descubrimiento a menudo se acompaña de niveles significativos de agresividad, ansiedad, disforia, aflicción y temor.

En nuestra sociedad no se han podido encontrar trabajos realizados en esta área o bien referidos a este tipo de población y es por tal motivo que ante la escasa documentación encontrada que aborde esta temática y la existencia de un buen número de personas con discapacidad motora en nuestro medio, nos planteamos la puesta en práctica del presente estudio, el cual pretende conocer: **¿Cuáles son las características psicológicas en los jóvenes con discapacidad motora, comprendidos entre las edades entre 18 a 23 años de la ciudad de Tarija?**

1.2. JUSTIFICACIÓN

Se es consciente de que será a partir del análisis de sus necesidades que se podrán adoptar las medidas oportunas que incidan favorablemente en la integración personal y social de la persona con discapacidad motora; de esta manera este trabajo constituyó un aporte para el área de la Psicología Clínica, las instituciones que trabajan con este tipo de personas, la población en general y en especial las personas con discapacidad motora quiénes fueron los directos beneficiados con el emprendimiento de esta investigación, pues se consideró que es necesario analizar la realidad actual en cuanto a las características psicológicas del joven con discapacidad motora, analizar sus emociones, sean estas positivas o negativas las que predominan en estos jóvenes, la ayuda brindada por los padres, el nivel de aceptación de sí mismo.

Dentro del aporte práctico se logrará conocer cuáles son las características psicológicas, lo que servirá para tener un amplio conocimiento e insumos informativos necesarios para orientar a toda las personas que forman parte del contexto de estos jóvenes para que puedan tomar acciones concretas, dándoles la importancia que se merecen, tomando consciencia a que los que no que estos jóvenes puedan tener sentimientos negativos hacia ellos mismos.

Analizar los diferentes aspectos de la personalidad del adolescente; es importante pues es una etapa en la que el joven enfrenta problemas de identidad y tiene la necesidad de adoptar varios roles para poder finalmente encontrarse a sí mismo. Si el joven no desarrolla debidamente su nivel de adaptación al núcleo familiar, a la sociedad y al grupo de pares podrían aparecer algunos rasgos negativos de personalidad.

Se convierte en un tema de gran importancia puesto que en nuestro medio, no se han podido encontrar trabajos en los cuales se hable sobre este tipo específico de problemas, a decir, características psicológicas de la persona con discapacidad, es así que este trabajo de investigación pretende de alguna manera hacer aportaciones nuevas sobre este tema.

II

DISEÑO TEÓRICO

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características psicológicas de los jóvenes con discapacidad motora, comprendidos entre las edades de 18 a 23 años de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características psicológicas de los jóvenes con discapacidad motora, comprendidos entre las edades de 18 a 23 años de la ciudad de Tarija.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los rasgos de personalidad de los jóvenes con discapacidad motora.
- Determinar las características emocionales y afectivas de los jóvenes con discapacidad motora.
- Identificar la percepción de los jóvenes con discapacidad motora ante el entorno familiar.
- Determinar las características afectivas emocionales del joven ante su discapacidad.

2.3. HIPÓTESIS

- Los jóvenes con discapacidad motora son jóvenes inseguros, introvertidos y con sentimiento de inseguridad.
- Las características afectivas del joven con discapacidad motora son: inestabilidad emocional y sentimientos de inferioridad.

- Aquellos jóvenes con discapacidades motoras tienen una percepción negativa de su entorno familiar.
- Los jóvenes que padecen discapacidad motora tienen una auto-percepción afectiva emocional negativa de sí mismos.

2.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA
Rasgos de personalidad	Características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones.	<p>Introversión</p> <p>Sentimiento de inferioridad.</p> <p>Inseguridad.</p> <p>Inhibición, pesadumbre.</p> <p>Inestabilidad.</p> <p>Fijación en la infancia.</p>	<p>Zona Izquierda del Dibujo.</p> <p>Tamaño pequeño.</p> <p>Trazos porosos.</p> <p>Dibujo sin raíces.</p> <p>Sin suelo.</p> <p>Frutos</p>	% de respuestas en el Test del Árbol de Karl Köch
Características emocionales y afectivas	Conjunto de afectos y emociones positivas o negativas, que experimenta el sujeto de manera subjetiva y que son manifestados mediante su comportamiento.	<p>Sujeto sin capacidad de ensoñación, rígido intelectualmente.</p> <p>Necesidad de afecto emocional.</p> <p>Resistencia a interactuar</p>	<p>Techo sin altura.</p> <p>Puerta abierta.</p> <p>Ventana con cortinas.</p>	% de respuestas en el Test de la Casa de Buck.

		con los demás. Falta de seguridad yoica. Persona cambiante	Accesorios. Ausencia de suelo	
Percepción de las Relaciones familiares	Es el modo o forma de cómo se ve estructurada la familia, de cómo la persona se siente inmersa en ella	Tensión en la familia Aferrado a la vida hogareña Importante influencia de la figura materna Necesidad de adaptarse al medio Sentimientos de soledad Carente de afectos	Chimenea con humo denso Camino hacia la izquierda Accesorios Puerta al costado Sin puerta Ausencia de suelo	% de respuestas en el Test de la Casa de Buck.
Auto – percepción afectivo emocional	Percepción que tiene la persona con discapacidad motora sobre sí misma, sobre cómo se siente, como se ve y como se considera.	Sentimientos de Inferioridad Falta de Apoyo emocional	Dibujos muy pequeños Ropa protectora	% de respuestas en el Test de la Figura Humana de Machover.

		Frustración	Brazos cruzados	
		Deficiente estimación	Auto Figura pequeña en la parte alta de la hoja	
		Contacto social defensivo	Manos imprecisas	
		Retraimiento	Manos en los bolsillos	
		Contacto social débil	Brazos cortos	

III

MARCO TEÓRICO

En el presente marco teórico se encuentra todo el sustento teórico que se ha utilizado para la realización del presente trabajo de investigación, en el cual se describirá cada una de las variables que se presentan en la investigación, las cuales estarán presentadas siguiendo el orden de los objetivos específicos, por lo cual se hará primeramente la definición de discapacidad, luego la definiciones de personalidad, afecto, emoción del joven con discapacidad motora.

3.1. DISCAPACIDAD

Tomando en cuenta las dificultades encontradas y el dilema de una clasificación internacional que sirva a todos y en todos los lugares para compartir y comparar la información sobre la discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tratado de dar respuesta con sus Clasificaciones, que se presentan a continuación:

Según la OMS (1980) en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980, una discapacidad *"es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano."*

En la nueva CIF, discapacidad aparece como término baúl para déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).¹

La Organización Mundial de la Salud (1980) indica que para poder entender a cabalidad el término de discapacidad y su impacto social y psicológico en la persona, ésta la define como un esquema que comprende cuatro momentos que van desde la

¹ Organización Mundial de la Salud (1980) extraída de la página web: www.definición.org.ar/discapacidad.

enfermedad, la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, las cuales se definen a continuación:

La **enfermedad** es una *situación intrínseca* que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).

La **deficiencia** es la *exteriorización* directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).

La **discapacidad** es la *objetivación* de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género,...).

La **minusvalía** es la *socialización* de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Cada uno de los tres ámbitos de las consecuencias de la enfermedad, que antes hemos descrito, fue definido de forma operativa por parte de la OMS en la CIDDDM. Así pues, siempre dentro de la «experiencia de la salud»:

Una **deficiencia** es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Una **discapacidad** es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Una **minusvalía** es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales)².

Después de un tiempo se ha visto necesario una nueva clasificación tomando en cuenta para esto el funcionamiento y la discapacidad, que representa una revisión del primero que fue publicado en 1980 (con carácter experimental y como una clasificación de las consecuencias de la enfermedad.).

Abellan, Antonio (2000) indica que en la CIDDM-2 clasifica el funcionamiento y la discapacidad asociados con los estados de salud. Organiza la clasificación en tres planos o niveles: a nivel del cuerpo, del individuo y en el contexto social. No cubre los estados funcionales que no están relacionados con estados de salud, como por ejemplo, los factores socioeconómicos independientes de los estados de salud (verbi gratia, pobreza) que puede provocar una menor participación o incluso la exclusión social del individuo.

Los conceptos funcionamiento y discapacidad abarcan tres dimensiones, que reemplazan a los términos utilizados en la primera clasificación, desde una óptica positiva. Además hace más complejas y ricas las interacciones entre los componentes del modelo, que en el de 1980 se limitaba a una dirección: enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía

Estas dimensiones son:

1. ***Funciones y estructuras corporales.*** Es la dimensión a escala o nivel del cuerpo. Funciones corporales son las funciones fisiológicas o psicológicas de

² Organización Mundial de la Salud (1997). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Madrid - España: Imsero. Pág. 17 – 18.

los sistemas corporales; estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo (órganos, extremidades). Su aspecto positivo es la integridad funcional y estructural; su aspecto negativo es la deficiencia: pérdida o desviación significativa en funciones o estructuras corporales.

2. **Actividad.** Es la dimensión a escala del individuo, de la persona. Su aspecto positivo es la realización de una tarea o acción por el individuo; su aspecto negativo implica una limitación en la actividad: dificultades que una persona puede tener en la realización de actividades, y que en la clasificación de 1980 se llamaba discapacidad.
3. **Participación.** Es la dimensión a nivel social. Significa la implicación del individuo en situaciones vitales relacionadas con estados de salud, funciones y estructuras corporales, actividades y factores contextuales. Su aspecto negativo es la restricción en la participación: problemas que una persona puede experimentar en su implicación en situaciones vitales; se equipara a la antigua .minusvalía. de la primera clasificación.

La nueva clasificación señala los aspectos positivos de las dimensiones en que se organiza, y cambia los términos utilizados hasta ahora: funciones y estructuras corporales, en vez de deficiencias; actividad, en vez de discapacidad; participación, mejor que minusvalía; y señala los aspectos negativos para cada una de estas dimensiones: deficiencia, limitación de actividad y restricción en la participación³.

3.1.1. DISCAPACIDAD MOTORA

Un niño o joven con discapacidad motora es aquel que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración de su aparato motor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema nervioso, muscular y/o óseo-articular, o en varios de

³ Abellan, Antonio (2000). Nuevo Modelo del Funcionamiento y la Discapacidad. Madrid: Gerontol. Págs. 189 - 192

ellos relacionados, que en grados variables limita alguna de las actividades que puede realizar el resto de las personas de su edad.⁴

El rasgo más característico que presentan las personas con discapacidad motora es la alteración en el aparato motor; éste es el aspecto más significativo, ya que de manera prioritaria tienen dificultades en la ejecución de sus movimientos o ausencia de los mismos. Por ello hay que ser cuidadoso frente al déficit y evitar interpretaciones erróneas respecto a la capacidad de estas personas, basándose sólo en sus manifestaciones externas. Los niños en situación de discapacidad motora, presentan encefalopatías no progresivas, que pueden tener su comienzo antes del parto o durante él, o en la infancia temprana, y que obstaculiza o impide el desarrollo motor normal. Tienen una serie de características físicas, derivadas directa o indirectamente de su alteración neurológica. Logran ciertas habilidades motrices en forma más lenta y/o distorsionada, e incluso es posible que no las adquieran.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2001) la discapacidad motora comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana. A este grupo lo conforman tres subgrupos: 210 *Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza*, el 220 *Discapacidades de las extremidades superiores* y 299 *Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices*. Éstas son:

- **Subgrupo 210 Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza** Comprende a las personas que tienen limitaciones para moverse o caminar debido a la falta total o parcial de sus piernas. Comprende también a aquellas que aún teniendo sus piernas, no tienen movimiento en éstas, o sus movimientos tienen restricciones que provocan que no puedan

⁴ Extraído de la página web: www.redasistencialegal.org.ar/discapacidadfísica.htm

desplazarse por sí mismas, de tal forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento como silla de ruedas, andadera o una pierna artificial (prótesis). Incluye a las personas que tienen limitaciones para desplazarse y que no cuentan con ningún tipo de ayuda, así como a las personas que cojean para caminar.

Este subgrupo también incluye a las personas que tienen limitaciones para doblarse, estirarse, agacharse para recoger objetos y todas aquellas discapacidades de movimiento de tronco, cuello, y cabeza (excepto parálisis facial); asimismo, incluye a las deficiencias músculo-esqueléticas que afectan la postura y el equilibrio del cuerpo. Quedan comprendidas también en este subgrupo las personas que tienen carencia o dificultades de movimiento en tronco, cuello y cabeza combinada con la falta de movimiento en las piernas.

- **Subgrupo 220 Discapacidades de las extremidades superiores.** Comprende a las personas que tienen limitaciones para utilizar sus brazos y manos por la pérdida total o parcial de ellos, y aquellas personas que aún teniendo sus miembros superiores (brazos y manos) han perdido el movimiento, por lo que no pueden realizar actividades propias de la vida cotidiana tales como agarrar objetos, abrir y cerrar puertas y ventanas, empujar, tirar o jalar con sus brazos y manos etcétera. Excluye las discapacidades que tienen que ver con deformaciones del cuerpo y que no implican la carencia de movimiento.
- **Subgrupo 299 Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices.** En esta clave se clasifican las descripciones que no están claramente especificadas en alguno de los subgrupos anteriores o que su descripción va acompañada de términos ambiguos⁵.

⁵ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2001). Clasificación de Tipo de Discapacidad. México: México. Págs. 22 – 27.

3.1.2. CLASIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES FÍSICAS O MOTORAS

Las deficiencias motoras corresponden a una extensa y compleja variedad de situaciones. Una forma de clasificación consiste en considerar los siguientes aspectos:

3.1.2.1. SEGÚN EL MOMENTO DE APARICIÓN

- **En el nacimiento:** Las malformaciones congénitas o la espina bífida. (Transmisión genética)
- **Después del nacimiento:** Parálisis cerebral, distrofia muscular de Duchenne, distrofia muscular de Becker. (Infecciones microbianas)
- **Adolescencia:** Distrofia facioescapulohumeral (Accidentes)
- **A lo largo de la vida:** Traumatismos craneoencefálicos, Tumores.

3.1.2.2. SEGÚN LAS CAUSAS QUE LAS PROVOCAN (ETIOLOGÍA)

- Prenatales: **Si la lesión ocurre durante la gestación.**
- Perinatales: **Si la lesión ocurre durante el parto, sufrimiento fetal**
- Postnatales: **Si la lesión es ocasionada después del nacimiento (accidentes).**
- Adquiridas: **Si la lesión es debida a traumatismos, enfermedades etc.**

3.1.2.3. SEGÚN SU LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA

Parálisis:

- **Plejia:** Parálisis total de la musculatura de que las manifestaciones son variables según la intensidad del déficit y el segmento corporal dañado. La parálisis predomina habitualmente en los segmentos distales y puede limitarse a una reducción de la velocidad y de la precisión de los movimientos finos.

Ella se acompaña de otros signos clínicos variables según el sitio de la lesión responsable.

- **Monoplejía:** Afecta un sólo miembro ya sea brazo o pierna.
- **Hemiplejía:** Afecta a un lado del cuerpo, izquierdo o derecho.
- **Paraplejía:** Parálisis de los dos miembros inferiores.
- **Cuadriplejía:** Parálisis de los cuatro miembros.
- **Paresias:** Debilidad parcial que se manifiesta por una simple disminución de la fuerza muscular.
- **Monoparesia:** De un sólo miembro.
- **Hemiparesia:** De un lado del cuerpo (derecho o izquierdo).
- **Paraparesia:** De los dos miembros inferiores.
- **Cuadriparesia:** Parálisis leve de los cuatro miembros.

3.1.2.4. SEGÚN SU ORIGEN

- Cerebral (**parálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico y tumores**)
- Origen espinal (**poliomielitis anterior aguda, espina bífida, lesiones medulares degenerativas, traumatismos medulares**)
- Origen muscular (**miopatía, fibromialgia, distrofias muscular**)
- Origen óseo-articular (**malformaciones congénitas, reumatismo de la infancia y lesiones osteoarticulares**)

Respecto a estas clasificaciones se ha hecho referencia sólo a aquellas en las que existen acuerdos generalizados en los términos utilizados, aunque cabe destacar que pueden encontrarse otros términos utilizados en forma sinónima.

Estas alteraciones pueden ser transitorias o permanentes. Hay que señalar que estas lesiones pueden estar sujetas a mejorías mediante técnicas rehabilitatorias adecuadas, tanto en lo que se refiere a la ejecución de la marcha como a la adquisición o mejora

de diferentes movimientos. Las alteraciones se dan en grados variables: leves, moderados, severos, pero no puede generalizarse, ya que cada persona posee una capacidad funcional diferente, aún con el mismo tipo de déficit. Estos cuadros pueden ser evolutivos como las distrofias musculares, o no evolutivos como la enfermedad motriz cerebral y otras secuelas de lesiones cerebrales.

La discapacidad motora engloba trastornos muy diversos, que tienen en común las alteraciones o pérdidas del control motor. Estas perturbaciones varían desde grados leves hasta graves (imposibilidad de todo movimiento voluntario), desde personas con inteligencia normal superior hasta personas con retardo mental severo y otros con o sin trastornos sensoriales.

3.2. LA PERSONALIDAD

Muchas son las definiciones que se han dado de la personalidad y a pesar de todos los estudios, no se ha logrado precisar con exactitud.

Generalmente, las definiciones dadas se clasifican dentro de tres *tendencias*:

1. Considerar la personalidad como efecto exterior que una persona causa en los demás.
2. Definirla por su esencia y estructura.
3. Considerarla como algo operacional: por las operaciones que produce. No existen definiciones correctas o incorrectas, sino más o menos adecuadas para los objetivos que se pretenden.

En nuestro caso vamos a adoptar la definición de *W. Allport*, que sigue la tendencia esencialista: “*Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos*”.

Gordon W. Allport afirma que la personalidad se desarrolla a partir de cierto número de datos constitucionales (disposiciones afectivas, régimen emocional de tipos de actividad, entre otros) y bajo la influencia del medio, entendido éste en sentido amplio: físico, social, ideológico, temporal, es decir, como el conjunto de los acontecimientos y traumatismos que constituyen la historia del individuo.⁶ Distingue varios aspectos de ese desarrollo: los procesos de maduración, de diferenciación y de integración.

Esta definición indica:

- Que *la personalidad es de naturaleza cambiante: organización dinámica.*
- Que *es algo interno, no de apariencia externa.*
- Que *no es exclusivamente mental, ni exclusivamente neurológica* sino que su organización exige el funcionamiento de mente y cuerpo como unidad.
- Que *los sistemas psicológicos son tendencias determinantes* que dirigen y motivan la acción.
- Que *la conducta y el pensamiento son característicos de cada individuo, y que en ellos se refleja su adaptación al ambiente, a la vez que son formas de acción sobre él*⁷.

Aunque Allport en su definición no señala ningún sistema concreto, como aclaración que puede ayudar a comprenderla mejor, señalaremos algunos sistemas a los que él se refiere: costumbres, sentimientos, rasgos, creencias, expectativas, estilos de conducta, constitución física, sistema glandular y nervioso.

En la génesis de toda personalidad se encuentran elementos de origen hereditario y elementos de origen ambiental. La herencia proporciona una constitución física y una dotación genética, mediante las cuales se va a captar el mundo y a responder ante él.

⁷Allport. Gordon W (1986). *La personalidad*. España: TEA

El ambiente proporciona elementos de interpretación, pautas para dar significado a los estímulos, y determinar formas de respuesta. La influencia simultánea de lo hereditario y lo ambiental a través del tiempo y del espacio, van dando origen y determinando la personalidad.

El individuo no nace con una personalidad determinada, sino con cierta dotación que condicionará, en parte, el desarrollo posterior. La personalidad se conquista, se hace, se construye. Las condiciones heredadas se complementan y transforman a través de la experiencia, el aprendizaje, la educación, el trabajo, la fuerza de voluntad, la convivencia y el cultivo de la persona.

El estudio de la personalidad dentro de la Psicología es amplio. Los psicólogos no están de acuerdo con una definición única de la personalidad. Una definición actual es que la personalidad se refiere a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra; la personalidad está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter.

El concepto de personalidad es más amplio que ellos, si bien los incluye y completa.

Existen múltiples teorías tales como ideográficas, ideográficas conductuales, cognitivas, centralistas, nomotéticas conductuales, nomotéticas personales y culturales, que intentan dar cuenta del concepto de personalidad.

Es así como dentro de las teorías nomotéticas conductuales, Burhus Frederick Skinner plantea que la personalidad se estudia como la estructura global encargada de organizar todas las conductas del sujeto. Manifiesta que la conducta está regida por leyes que sólo conociéndolas y estableciendo control sobre ellas pueden ser modificadas.

La Escuela Rusa y seguidores de Skinner concluyen que la personalidad tiene utilidad para predecir el comportamiento, dado que éste en gran parte depende de aspectos externos al sujeto (condiciones ambientales) o de características particulares de núcleos específicos y relativamente independientes del Cortex.

Hermán (1969) define la personalidad como una correlación de conductas existentes en todo ser humano, realmente única y realmente estable, que perdura a lo largo del transcurso del tiempo.

Catell afirma que la personalidad permite predecir lo que hará una persona en una determinada situación. En el concepto de personalidad de Catell se habla de rasgos, como una estructura mental que se obtiene de la observación coherente de un determinado comportamiento; se compone de rasgos únicos (individuales) y comunes (poseídos por todos los que conviven ciertas experiencias), de rasgos superficiales y de rasgos originarios (estos últimos son la base del comportamiento y son identificables mediante el análisis factorial).

Según Dollard y Miller, la personalidad se constituye en función de un elemento esencial que es el hábito (asociado entre un estímulo y una respuesta y asociado con las pulsiones primarias y secundarias) y las jerarquías de respuestas que constituyen las estructuras individuales.

En buena parte, la personalidad está determinada por los genes, que nos proporcionan una gran variedad de predisposiciones. Pero el ambiente y las experiencias de la vida (padres, sociedad, amistades, cultura, etc.) se ocupan de moldear todas esas posibilidades en una dirección u otra. Por lo tanto, aunque podamos cambiar nuestra forma de ser, lo hacemos en base a esas características de personalidad con las que hemos venido al mundo.

Generalmente, existe una tendencia a comportarse a través del tiempo de una forma determinada, pero ésto no quiere decir que una persona se comporte de ese modo en todos los casos. Por ejemplo, si decimos que una persona es introvertida, significa que lo es la mayor parte del tiempo, pero no en todas las ocasiones. Los estados de ánimo influyen también en el comportamiento, de modo que una persona puede variar en función de sus cambios de humor. Sin embargo, esta variabilidad es un indicio de buena salud psicológica (siempre que no sea extrema), ya que indica la existencia de una personalidad flexible, capaz de adaptarse a distintas situaciones.

3.2.1. CUATRO ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONALIDAD

Al tratar de explicar qué es la personalidad, indicábamos que contiene elementos de origen hereditario y ambiental. Estos *elementos o factores constitutivos* de la personalidad son:

- La constitución física
- El temperamento
- La inteligencia
- El carácter moral

Todo ser humano al nacer posee *una personalidad "potencial"*, en cuanto a que tiene los elementos básicos de la misma. Esta potencialidad comenzará a ser realidad cuando se inicie el desarrollo de ciertas características y capacidades, como trabajo intelectual, creatividad, conducta intencional y valores éticos, entre otras, que indican que los diversos elementos de la personalidad están funcionando con cierto nivel de organización.

Y se puede hablar de *personalidad estructurada* cuando el individuo logra dinamizar de forma integrada y con autonomía estos aspectos básicos, lo que le llevará a tener

una conducta y un pensamiento característicos. Una personalidad estructurada dará origen a una identidad firme y sólida.

O en otros términos, el logro de una identidad personal requiere haber conformado una personalidad estructurada adecuadamente en sus aspectos esenciales.

3.2.2. NUESTRO CONCEPTO DE NOSOTROS MISMOS

Un aspecto muy importante de nuestra personalidad es la forma en que nos vemos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. Dos personas diferentes pueden interpretar la realidad de forma distinta. Al observar un bosque a lo lejos ambas coincidirán en que allí hay árboles y montañas, pero mientras una de ellas puede ver un lugar lleno de peligro, la otra puede estar viendo un paraíso en el que le gustaría perderse durante varios días.

Las personas reaccionan ante el mundo de acuerdo a su modo de percibirlo. La personalidad determina ese modo de ver el mundo y de vernos a nosotros mismos, pero, al mismo tiempo, la manera de vernos a nosotros mismos influye en nuestra personalidad. Por ejemplo, si varias personas le dicen a un niño que es muy inteligente, es muy probable que piense de sí mismo que lo es, mientras que si le dicen lo contrario llegará a considerarse una persona poco inteligente. Esto es debido a que es difícil comprobar si somos o no inteligentes (mientras que es bastante fácil comprobar, por ejemplo, la fuerza física). Por este motivo, muchas veces recurrimos a los demás para definirnos, basándonos en la opinión que otros tienen de nosotros. En otras ocasiones nos describimos tomando a los demás como punto de referencia. Si alguien nos dice "soy un dormilón", lo que nos está diciendo es que duerme más horas que la mayoría de las personas.

La percepción de nosotros mismos y de los demás suele estar relacionada. Por ejemplo, a veces atribuimos a los demás rasgos de personalidad que nos pertenecen a

nosotros, porque de ese modo nos resultan más fáciles de entender y porque en ocasiones los conocimientos que tenemos para explicar las causas de nuestra conducta son los únicos de los que disponemos. Es decir, si yo hago tal cosa, lo haría por el motivo X; por tanto, esta persona lo ha hecho por el mismo motivo (por supuesto, éste no tiene por qué ser cierto). Por eso, cuando alguien cambia su autoconcepto cambia también el modo que tiene de ver a las demás personas.

3.2.3. CUANDO AUTOCONCEPTO Y REALIDAD NO COINCIDEN

Es normal que haya cierta distorsión entre autoconcepto y realidad. Algunas personas se ven como más o menos capaces de lo que son. Pero cuando este desajuste es muy grande se produce una psicopatología.

Supongamos que una persona se considera a sí misma como alguien capaz de mantener la calma en situaciones tensas. Si se declara un incendio y se bloquea, siendo incapaz de reaccionar adecuadamente y poniéndose excesivamente nerviosa, habrá una incongruencia bastante grande entre su autoconcepto y la realidad, debido a que su comportamiento no ha estado de acuerdo con dicho autoconcepto. Cuando se produce este tipo de incongruencia (llamada disonancia), resulta intolerable y tratamos de eliminarla inmediatamente. Ésto se consigue de dos formas:

- 1) cambiando el autoconcepto para ajustarlo a la realidad, o
- 2) distorsionando la realidad para adaptarla al autoconcepto. En este segundo caso podría producirse un trastorno psicológico.

Por tanto, para evitar que se den estas disonancias, tratamos de comportarnos siempre de acuerdo con nuestro autoconcepto. De este modo, si pensamos algo de nosotros mismo, nos comportamos de acuerdo con eso, tanto si es positivo como si es negativo. Por ejemplo, si alguien se considera agresivo, se sentirá incómodo al

comportarse de forma cariñosa, porque crea una incongruencia con su autoconcepto. Ésto puede hacer difícil el cambio, pero no imposible.

3.3. FACTORES PSICOLÓGICOS DE LAS PERSONAS QUE PADECEN DISCAPACIDAD MOTORA

Estos adolescentes con discapacidad física deben enfrentar además otras tareas complejas en esta etapa, lo que trae como consecuencia, casi siempre, que este período se prolongue más en el tiempo comparado con adolescentes sin discapacidad física. Algunas de las razones para ello son que en general son sobreprotegidos y mucho de su desarrollo transcurre en relación a su familia y experimentando una relación con sus pares bastante limitada, lo que lleva a un empobrecimiento en la disponibilidad de figuras apropiadas de modelaje de roles que son necesarias en esta etapa, prolongando el período de crisis de identidad. Parte importante del alcanzar la propia identidad es la aceptación de la imagen corporal, tarea que con frecuencia en estos casos puede estar dificultada. El conocimiento y la aceptación del propio cuerpo, el proceso de independencia, la relación con el grupo de pares y el establecimiento de relaciones afectivas y de pareja son sólo algunos ejemplos de tareas que adquieren un mayor grado de complejidad para este grupo de adolescentes⁸.

En ocasiones, las personas afectadas por alguna discapacidad motora pueden carecer de estrategias, habilidades y competencias para establecer relaciones sociales satisfactorias. De hecho, se ha observado que niños y adolescentes discapacitados motores no consiguen una buena interacción con sus iguales. Esta carencia de relaciones ricas y variadas, necesarias para el desarrollo de habilidades sociales, puede deberse a diversas razones tales como: las actitudes de sobreprotección de los adultos, la carencia de relaciones sociales y la falta de conocimiento social,

⁸ Luengo Ch. Maria Ximena (2000). Adolescentes discapacitados: Talleres de afectividad y sexualidad. Revista Chilena de Pediatría. Santiago. Vol. 1 Pág. 15

relacionados con las limitaciones funcionales derivadas de la propia discapacidad, que restringen su participación en algunas actividades, especialmente las que exigen esfuerzo físico, y la falta de interés y motivación por parte del discapacitado ante el temor al fracaso o rechazo social.

Sin embargo, poseer habilidades y competencias para las relaciones interpersonales es relevante para mejorar la integración social de los niños y adolescentes con discapacidad motora. Concretamente, poseer un autoconcepto positivo y una adecuada competencia social y emocional son factores que determinan la calidad de vida de las personas físicamente discapacitadas⁹.

3.3.1. LA AFECTIVIDAD

De acuerdo con Gonzales, Carlos (2008)¹⁰ definir la afectividad no es fácil. Así como las otras funciones psíquicas se pueden expresar de forma clara, ésta es mucho más complicada. Vamos a intentar esclarecer el concepto y apuntar sus alteraciones más frecuentes. Afectividad es el modo en que nos afectan interiormente las circunstancias que se producen a nuestro alrededor; está constituida por un conjunto de fenómenos de naturaleza subjetiva, diferentes de lo que es puro conocimiento, que suelen ser difíciles de verbalizar y provocan un cambio interior que se mueve entre dos polos opuestos: agrado-desagrado, alegría-tristeza, atracción-repulsión.

Hay cuatro características básicas que nos permiten delimitar la afectividad:

1. Es un estado subjetivo, interior, personal, en el que el protagonista es el propio individuo.
2. Es algo experimentado personalmente por el sujeto que lo vive, es la situación afectiva de uno mismo en cada momento.

⁹ Ibídem. Pág. 2

¹⁰ <http://proyectostv.com>

3. Tiene tres expresiones: emociones, sentimientos y pasiones. Se manifiesta por el estado de ánimo, que es el afecto fundamental o humor dominante.
4. Toda experiencia tiene una manifestación afectiva y deja un impacto o huella que persiste en la historia vital del individuo.

Al estado de ánimo normal se le llama eutímico. Las distimias son las alteraciones de este humor normal que pueden desviarse en dos polos opuestos: en uno de ellos está la tristeza, la angustia, el tedio y la inhibición, y en el polo opuesto lo contrario: la alegría, el éxtasis, el entusiasmo y la exaltación.

La euforia es la exaltación del estado de ánimo por encima de la normalidad, el sujeto se encuentra alegre, optimista, satisfecho de sí mismo y con una profunda sensación de bienestar que, en ocasiones, no tiene una justificación real. Cuando esta euforia «suena a falsa» y carece de contenido, se llama euforia insípida.

El polo opuesto es la depresión o melancolía que se caracteriza por tristeza, pena, abatimiento, desánimo y pesimismo. La angustia y la ansiedad son dos estados afectivos similares que se manifiestan por un miedo a algo, sin saber muy bien a qué y que conlleva componentes psíquicos y somáticos.

El estado de ánimo no es inmutable, sino que se modifica incluso dentro de la normalidad y siguiendo los estímulos que proceden del exterior. La sintonización afectiva es la capacidad de conectar afectivamente con el entorno y acusar la alegría o tristeza existentes en lo que a uno le rodea. Lo contrario es la capacidad de irradiación afectiva; es decir, la capacidad para que los otros se hagan eco del estado de ánimo propio. Esta capacidad de reacción afectiva puede verse bloqueada, el sujeto no cambia su estado de ánimo a pesar de las influencias del exterior, a esto se le llama rigidez o congelación afectiva.

Cuando el estado de ánimo cambia bruscamente y de forma injustificada, por ejemplo, cuando alguien se pone a llorar o a reír de pronto por el más mínimo incidente, hablamos de labilidad afectiva. La incontinencia afectiva es la imposibilidad para controlar las emociones, que se manifiestan de forma aparatosa, sin que el sujeto pueda evitarlo. Parecido a la congelación afectiva es la indiferencia o embotamiento afectivo en la que el sujeto «deja de sentir» lo que normalmente sentía, ya no es capaz de querer como antes, ni odia, ni rechaza, ni se siente atraído, etc. Finalmente, la inversión de los afectos es quizá el trastorno afectivo más alarmante para quien lo sufre y quienes le rodean, típico de ciertas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia o la demencia, el sujeto deja de querer a quienes antes quería y puede empezar a odiarlos.

3.3.1.1. LA AFECTIVIDAD EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD MOTORA

Los jóvenes con discapacidad viven en la sociedad, hace falta que se les integre, lo que necesitan es que se cumplan los derechos, que les sean satisfechos en su totalidad. Existen muchas falencias en relación a lo que un joven con discapacidad realmente necesita, como por ejemplo la falta de lo más importante en la vida de un ser humano como es la afectividad; este tema es muy obviado en general y no se considera importante. La importancia de saber cómo un joven con discapacidad motora vive su entorno tanto familiar como social, sin ninguna clase de apoyo psicológico influye en el desenvolvimiento de joven dentro de una sociedad.

Además, éstos sufren diferentes consecuencias; para ello debemos empezar a hablar de derechos y de justicia social; es decir, que cualquier joven, independientemente de sus condiciones físicas, tenga las mismas oportunidades y pueda disfrutar de los mismos derechos, que cualquier otro. Y esta tarea, la de garantizar la igualdad de oportunidades, es algo que precisa para su desarrollo, es la existencia de un fuerte Estado de Bienestar. La accesibilidad, por ejemplo, tiene que convertirse en un requisito legal para la apertura de cualquier edificio ya sea público o privado, y la

administración laboral tiene que hacer cumplir la normativa sobre la cuota de la reserva de empleo. La igualdad de oportunidades de los jóvenes con discapacidad no tiene que ser una simple declaración de principios, sino una verdadera declaración de derechos.

Otro factor importante es en lo laboral, el rechazo de algunos en nuestro medio por qué subestiman la capacidad de los jóvenes discapacitados cuanto al empleo, sí que han habido avances, pero es llamativo que la inserción laboral de los jóvenes con discapacidad, en su gran mayoría, sólo se realice a través de los Centros Especiales de Empleo, ésto va influir mucho en sentirse satisfecho en cuanto a su persona misma.

Aquellos jóvenes con alguna discapacidad y más aquellos que por diversas falencias en su afectividad, ya sea por falta de apoyo de la familia en poder incentivar la autonomía en los mismos, se les imposibilita vivir de forma autónoma, si desean emanciparse, como aspiramos la mayoría de los jóvenes, tengan que depender de sus familias o de su capacidad económica. También se olvida otro factor esencial en la vida de todas las personas, que es un elemento más del concepto de la calidad de vida, como es la sexualidad. Los jóvenes con discapacidad tienen las mismas necesidades y derechos a recibir una educación y orientación sexual para mantener una buena salud sexual y sobre todo, para que el hecho de tener una discapacidad no suponga la merma automática de nuestra actividad, ésto es de total importancia para considerar la autoestima de los jóvenes con discapacidad motora.

El gran impacto que sufren estas personas que están afectados en su funcionamiento físico repercute en lo social, vocacional y psicológico, por lo que el hombre como ser biopsicosocial se afecta en toda su medida.

La mayoría de las personas que viven en las unidades de rehabilitación se enfrentan con el descubrimiento de tener que arreglárselas con pérdidas físicas a su vez

cognitivas y sociales permanentes. Este descubrimiento a menudo se acompaña de niveles significativos de agresividad, ansiedad, disforia, aflicción y temor.

En cuanto al apoyo emocional, no refieren recibir por ningún nivel de atención de salud con apoyo de tipo informativo, más bien requiere toda la atención necesaria que se les puede brindar de acuerdo a lo que se refiere a la atención, comprensión, cariño, medidas que se toman para su recuperación, y sobre todo debe ser en conjunto de toda la familia y algo fundamental que sea desde la infancia y a lo largo de su vida¹¹.

3.3.1.2. REPERCUSIONES AFECTIVAS DEL JOVEN CON DISCAPACIDAD MOTORA

El joven vive una difícil "postura existencial". Ello puede ayudar a comprender las "inestabilidades" y "vaivenes" emocionales a los que se ve sometido y que suele expresar en su conducta.

El joven suele tener una afectividad muy rica pero inestable; extremista en sus estados de ánimo (grandes alegrías y grandes tristezas) como si también en esto - como ocurre en el mundo intelectual- "quisiera probar de todo" y "a tope".

En efecto, vive todo de forma comprometida: se mete hasta el fondo. Es capaz de grandes depresiones o entusiasmos "irreflexivos". "Son capaces de lo mejor y de lo peor"...

A veces, se muestran irreflexivos, se angustian, o les entra el pánico y "salen con bobadas" de lo más pueriles.

Por eso, su conducta resulta "rara" y muchas veces "desconcertante". Podemos plantearnos el "porqué" de todo esto:

¹¹ http://www.netcom.es/acondro/social/jovenes_discapacitados.htm

- I.** Ya hemos visto que gran parte de los cambios que se dan en el joven (los cambios corporales y sociales) tienen un denominador común en cuanto a consecuencias: les provoca angustia, más si tiene una discapacidad física esto se va ver conflictuado en su personalidad.

La angustia es uno de los fenómenos más frecuentes en el joven. Esta angustia a veces se expresa en forma de miedos, o de sentimientos de extrañeza, o en "nostalgias" (el adolescente que durante la noche se imagina que "sus padres no son sus padres", "que se mueren y él se queda solo"... etc.). Esto muchas veces ocurre cuando no hay aceptación de los padres y el joven ha vivido toda su vida sin la atención de los mismos.

Otras veces se elabora en forma de rebeldía, de "depresiones", de soledad... etc.

- II.** Junto a la angustia, e inseparable de ella, surge la inseguridad. El adolescente se nota incierto ante sí y ante lo que le rodea, por eso es ambivalente frente a la mayoría de las cosas.

- III.** La inseguridad y la angustia, unidas a su capacidad de conceptualización, conducen al adolescente a un "meterse en sí mismo". Se vuelve introvertido y se plantea una serie de cuestiones acerca de él mismo: ¿quién soy yo?, ¿qué quiero?, ¿adónde voy?. No le resulta fácil contestarse: no se comprende a sí mismo y por eso piensa que los demás tampoco le comprenden. Ésto le desanima, duda de sí, se siente inseguro... y todo ello contribuye a que se aísle, se "encierra en su habitación"... etc. Y si tienen una discapacidad muy notoria optan por encerrarse con el mundo circundante y desconocen en su totalidad lo que ser un ser sociable.

Ésto no quita para que, frente a los demás, "mantenga el tipo" y se muestre fuerte, arrogante, incluso agresivo. Dará "contestaciones" a todo, expresará "convicciones" firmísimas... se convertirá en el prototipo de la edad difícil.

No hay que olvidar que esta manera de comportarse, excéntrica y rara, obedece a dos necesidades:

- a) La de autoafirmarse y "sentirse alguien" en medio de su caos y angustia, por haber nacido o ser una persona diferente por su discapacidad,
- b) La de poner a prueba a los adultos, debido a que sienten miedo de que los rechacen

IV. Esta situación afectiva incómoda del joven justifica -al vivir tan centrado en sí mismo- la aparición en esta fase de la vida de numerosos mecanismos de defensa a los que tiene acceso por su recién adquirida capacidad de conceptualización. Además defensa excesiva a cuidar su ego para no sentirse maltratado.

Los mecanismos de defensa más frecuentes utilizados por el joven con discapacidad y que explican alguna de las conductas que observamos en ellos, son: **La fantasía** (el "soñar despierto" imaginándose grandes, queridos, admirados...); **La sublimación** (eleva el móvil de sus acciones al no saber cómo enfrentarse con situaciones concretas y al alcance de sus manos: Es esta la época de las "vocaciones misioneras", del amor a la humanidad, del pensar en un mundo limpio y justo, de los "idealismos"...); **La intelectualización** (el "tener una razón" y "perdersse en divagaciones y explicaciones" para todo); **El ascetismo** (el deseo de "poder" al cuerpo y así sentirse "controladores" de lo que les desconcierta). El deporte, la naturaleza, etc., cobran un nuevo sentido "finalista" ya que es la manera en que se expresan, ya no se practica sólo "por pasarlo bien"¹².

¹²<http://www.aciprensa.com/Familia/afectividad.htm>

3.3.1.3. LA FAMILIA COMO BASE DE LA AFECTIVIDAD EN LA VIDA DEL JOVEN CON DISCAPACIDAD MOTORA

Cada familia es, o debiera ser, un grupo humano que se respeta, donde cada uno tiene su espacio y encuentra los recursos para crecer y desarrollarse. Nuestra familia nos hace sentir, o tendría que hacernos sentir, que tenemos un grupo de pertenencia y un lugar en el mundo. En familia somos, o tendríamos que ser, además de un yo irrepetible, un nosotros nutriente, fuerte y flexible. Pero, es un hecho que así como puede ser el recurso más importante para el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, la familia puede, a veces, erigirse en el mayor de los obstáculos y profundizar nuestras limitaciones hasta, casi, anularnos como personas.

Convivimos, con nuestros parecidos y diferencias a partir de elecciones que decidimos o asumimos. Más allá de la genética, lo que nos une es el amor. Pero este sentimiento luminoso tiene, a veces, pasadizos y subterráneos que lo mezclan y lo ligan a otras emociones más oscuras. El miedo juega ahí un papel protagónico y si el temor empaña el amor podemos dejar de ser nutrientes para el crecimiento de los nuestros.

Crecer juntos no significa crecer igual, al mismo ritmo, - ni siquiera – en el mismo sentido. Implica reconocer la diferencia y alentarla para que cada quien se sienta apoyado en sus propios proyectos. La autonomía y la independencia que todos quisiéramos que nuestros hijos logaran, para volar por sí mismos, requiere, sobre todo, que sean ellos quienes definan su ruta de vuelo.

Uno de los aspectos que influyen de manera determinante en el proyecto familiar es cómo se asumen y se tratan las diferencias. Si no tenemos bien claro que lo que nos une es el amor y que éste es flexible, elástico y aceptante, buscaremos formas de identidad muy asfixiantes: fortalecer nuestros parecidos, uniformar nuestras conductas, aferrarnos a nuestras semejanzas a costa de aquellas diferencias que

forman la identidad individual y que pueden ser las aportaciones importantes que nos hagan crecer como familia.

La identidad familiar está dada por los diferentes matices en los modos de percibir, de responder y de ser de cada uno; también, por la forma en que cada quien, y todos juntos, respondemos ante los retos que la vida nos va proponiendo. Cuando una de las diferencias y de los retos que enfrentamos es la discapacidad, nuestra vida personal y familiar cambia. Las necesidades especiales de ese hijo implicarán una sobrecarga emocional, física y económica y la vida nos pone ante una encrucijada: o encontramos los subterfugios necesarios para negar la discapacidad y huir de ella, dejándole toda la carga de las necesidades especiales a aquel miembro de la familia que está dispuesto a asumirlo – aún a costa de sí mismo, o enfrentamos el reto juntos, en familia, compartiendo y asumiendo los costos y dolores que ésto implica.

Empezar a lidiar con los sentimientos que provoca la sola mención de la palabra discapacidad es muy difícil, encontrar un lugar y un sentido para esa palabra, tan lejana antes...tan presente ahora, es doloroso. Nuestra relación con la discapacidad será, sobre todo al principio, una lucha sin cuartel. Pareciera que sólo venciénola, escapando de ella, podemos reencontrarnos con el bebé amado y deseado. De modo que ocupamos en esta lucha todos nuestros recursos y energías.

Empezamos, entonces, a amar al bebé “a pesar de su discapacidad”, ésto es, por la sonrisa, el abrazo, la respuesta que nos da a pesar de la discapacidad. Pero ese a pesar..., - pronto lo descubrimos -, es una barrera que nos separa. Parece implicar que si y sólo si, la discapacidad desapareciera, querríamos más al bebé. Cerramos los ojos a su discapacidad, la toleramos para poder amarlo como un hijo y él tendrá, entonces, que hacer esfuerzos extraordinarios para recibir nuestro reconocimiento y amor. Sólo así podrá compensar su falta, lavar el grave estigma.

No parece justo. Amar, “a pesar de”, es amar a contracorriente del corazón, lo cual es un sinsentido.

Otra forma de relacionarnos con la discapacidad es ponerla en el centro de todas nuestras relaciones familiares. En ese caso decidimos amar al hijo por su discapacidad y condicionamos nuestro afecto a su discapacidad, como si el objeto de nuestro amor fuera compensarlo por ella. El niño conseguirá el reconocimiento, los privilegios y el amor no por lo que él es, sino por sus limitaciones que, de esta manera, se vuelven su centro.

Estas dos posiciones extremas tienen algo en común: nos hacen vivir en función de la diferencia. Aceptarla, por el contrario, es integrarla, asumirla como un hecho que determina algunos aspectos de nuestra personalidad, de nuestro estilo de vida, sin ocuparla toda. Nuestros límites son diversos, pero nuestras capacidades también lo son y eso, precisamente, nos hace complementarios¹³.

3.3.2. LAS EMOCIONES

De acuerdo con Chóliz Montañés Mariano (2005) habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Este planteamiento coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang (1968). Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que, al igual que en el caso de la ansiedad, suele aparecer desincronía entre los tres sistemas de respuesta.

Además, cada una de estas dimensiones puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada.

¹³ www.pasoapaso.com.ve/motiva/motiva79.htm

En muchas ocasiones, las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a cada una de las dimensiones que hemos mencionado.

Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico.

Es difícil, entonces, lograr una clasificación exhaustiva de todas las emociones posibles en base a dimensiones independientes. No obstante, la dimensión agrado-desagrado sería exclusiva y característica de las emociones, de forma que todas reacciones afectivas se comprometerían en dicha dimensión en alguna medida. Esta dimensión alguedónica de placer-displacer sería la característica definitoria de la emoción respecto a cualquier otro proceso psicológico. De forma similar, Oatley (1992) señala que lo realmente definitorio y diferenciador de las emociones es la disposición para la acción y la "cualidad fenomenológica". Así, una emoción podría definirse como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo¹⁴.

3.3.3. FUNCIONES DE LAS EMOCIONES

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

¹⁴ Choliz, Mariano. Psicología de la emoción. El proceso emocional. Universidad de Valencia. España. 2005

Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales:

- Funciones adaptativas
- Funciones sociales
- Funciones motivacionales¹⁵

3.3.3.1. FUNCIONES ADAPTATIVAS

Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandó la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

Plutchik (1980) destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde. De esta manera será más fácil operativizar este proceso y poder aplicar convenientemente el método experimental para la investigación en la emoción¹⁶.

3.3.3.2. FUNCIONES SOCIALES

Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal.

Izard (1989) destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de

¹⁵ Reeve, J. Motivación y emoción. Mc Graw Hill. Madrid. 1990

¹⁶ Plutchik, R. Emoción: Teoría, búsqueda y experiencia. Academic. New York. 1980. Pág. 33

facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira pueden generar repuestas de evitación o de confrontación. De cualquier manera, la expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás.

La propia represión de las emociones también tiene una evidente función social. En un principio, se trata de un proceso claramente adaptativo, por cuanto que es socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar incluso a la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social. No obstante, en algunos casos, la expresión de las emociones puede inducir en los demás altruismo y conducta prosocial, mientras que la inhibición de otras puede producir malos entendidos y reacciones indeseables que no se hubieran producido en el caso de que los demás hubieran conocido el estado emocional en el que se encontraba. Por último, si bien en muchos casos la revelación de las experiencias emocionales es saludable y beneficiosa, tanto porque reduce el trabajo fisiológico que supone la inhibición como por el hecho de que favorece la creación de una red de apoyo social ante la persona afectada, los efectos sobre los demás pueden llegar a ser perjudiciales, hecho éste que está constatado por la evidencia de que aquéllos que proveen apoyo social al afligido sufren con mayor frecuencia trastornos físicos y mentales¹⁷.

3.3.3.3. FUNCIONES MOTIVACIONALES

La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta

¹⁷ Izard, C.E. *La Psicología de las Emociones*. Plenum Press, Nueva York. 1991.

motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. Como hemos comentado, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro, dirige la conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características algedónicas de la emoción.

La función motivacional de la emoción sería congruente con lo que hemos comentado anteriormente, de la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: dimensión de agrado-desagrado e intensidad de la reacción afectiva.

La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras.

3.3.3.4. EMOCIONES BÁSICAS

Una de las cuestiones teóricas actuales más relevantes, al mismo tiempo que más controvertidas, en el estudio de la emoción es la existencia, o no, de emociones básicas, universales, de las que se derivarían el resto de reacciones afectivas. La asunción de la existencia de tales emociones básicas deriva directamente de los planteamientos de Darwin y significaría que se trata de reacciones afectivas innatas, distintas entre ellas, presentes en todos los seres humanos y que se expresan de forma característica (Tomkins, 1962, 1963; Ekman, 1984; Izard, 1977). La diferencia entre las mismas no podría establecerse en términos de gradación en una determinada dimensión, sino que serían cualitativamente diferentes.

Según Izard (1991), los requisitos que debe cumplir cualquier emoción para ser considerada como básica son los siguientes:

- Tener un sustrato neural específico y distintivo.
- Tener una expresión o configuración facial específica y distintiva.
- Poseer sentimientos específicos y distintivos.
- Derivar de procesos biológicos evolutivos.
- Manifestar propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas.

Según este mismo autor, las emociones que cumplirían estos requisitos son: placer, interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo y desprecio. Considera como una misma emoción culpa y vergüenza, dado que no pueden distinguirse entre sí por su expresión facial. Por su parte, Ekman, otro de los autores relevantes en el estudio de la emoción, considera que son seis las emociones básicas (ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo), a las que añadiría posteriormente el desprecio

En general, quienes defienden la existencia de emociones básicas asumen que se trata de procesos directamente relacionados con la adaptación y la evolución, que tienen un sustrato neural innato, universal y un estado afectivo asociado único. Para Izard (1977), las emociones son fenómenos neuropsicológicos específicos fruto de la selección natural, que organizan y motivan comportamientos fisiológicos y cognitivos que facilitan la adaptación.

Como hemos comentado, la cuestión de la existencia de emociones básicas es un tema controvertido, sobre el que no existe todavía el suficiente consenso entre los investigadores. Ortony y Turner (1990) señalan que no existen tales emociones básicas a partir de las cuales puedan construirse todas las demás, ya que cada autor propone un número y unas emociones determinadas que no suelen coincidir con las

que proponen otros investigadores. Si realmente existieran emociones básicas claramente distintivas no debería existir tal desconcierto. Para Ortony y Turner (1990) existen dos corrientes principales que abordan las emociones básicas. Una biológica, que defiende que las emociones básicas han permitido la adaptación al medio, se encuentran en diferentes culturas y debe haber un sustrato neurofisiológico común entre las emociones básicas de los mamíferos, e incluso de los vertebrados. La otra corriente, psicológica, defiende que todas las emociones se pueden explicar en función de emociones irreducibles. Ambas concepciones están muy relacionadas y su distinción es fundamentalmente didáctica.

3.3.4. VARIABLES IMPLICADAS EN LA EMOCIÓN (TEORÍAS SOBRE LA EMOCIÓN)

Al igual que en el caso de la motivación, una de las razones de la variedad de modelos teóricos acerca de la emoción se debe al hecho de que cada orientación incide especialmente sobre algunas de las variables que la componen, sobre las cuales se establecen los diversos desarrollos conceptuales y procede al estudio de las mismas mediante procedimientos metodológicos alternativos. Vamos a centrarnos en algunos de los aspectos que consideramos de interés, recordando en cada caso los acercamientos teóricos más representativos.

De una forma similar a la clasificación de Plutchik (1980), las principales variables que vamos a describir se han abordado desde perspectivas:

- a) Evolucionistas (con Darwin como principal punto de referencia),
- b) Psicofisiológicas (seguidoras de la tradición de James),
- c) Neurológicas (cuyos desarrollos teóricos arrancan de Cannon),
- d) Conductistas (que enfatizan procesos de condicionamiento como Watson pusiera de manifiesto a principios de siglo),
- e) Teorías de la activación (con diferentes autores, de los que Lindsley quizá

sea uno de los más representativos) y

f) Cognitivas (desarrolladas a partir de los experimentos de Schachter y, en la actualidad, unas de las más representativas).

3.3.5. EMOCIONES Y SALUD

La relación entre procesos mentales y orgánicos es una cuestión presente no sólo en los orígenes de la psicología, sino también en el inicio de la medicina. Desde que Hipócrates estableciera una tipología que relacionaba temperamento con enfermedad, la relación entre procesos psicológicos y reacciones fisiológicas (mente-cuerpo, psique-soma) ha sido uno de los problemas conceptuales de mayor envergadura. Podemos afirmar que se trata de las cuestiones filosóficas que todavía quedan sin resolver en la actual psicología experimental.

A pesar que se trate de una cuestión tan antigua como la propia medicina, sólo muy recientemente se ha abordado su estudio de forma experimental. No obstante, desde el acta fundacional de la Psicología de la Salud en la American Psychological Association en 1978 (División 38 del APA), los avances en este ámbito han sido ciertamente notorios. De entre todos los procesos psicológicos que inciden en la salud y enfermedad, las emociones son, sin duda, uno de los más relevantes (Adler y Matthews, 1994).

La investigación sobre la relación entre emoción y salud se ha centrado, entre otros, en dos grandes aspectos. En primer lugar, en establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, intentando relacionar la aparición de determinadas emociones (ansiedad, ira, depresión, etc.) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, alteraciones gastrointestinales, o del sistema inmunológico, por ejemplo).

En segundo lugar, en el papel que ejerce la expresión o inhibición de las emociones en la salud y en el enfermar.

IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.- TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El área en la que se enmarcó el presente trabajo de investigación, es el *Área Clínica*, que es el campo que dirige el estudio, diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos y conducta anormal a través de diferentes instrumentos psicológicos. Es así que esta investigación pretende indagar cuales son las características psicológicas del joven con discapacidad motora donde se tomaron aspectos como: la percepción de sí mismo, las necesidades afectivas más sentidas, las características de las relaciones familiares y el apoyo brindado por los padres.

El presente trabajo de investigación corresponde al diseño Diagnóstico-Descriptivo, *Diagnóstico* porque para obtener la información deseada, se emplearon instrumentos psicológicos que brindaron la información suficiente, los cuales fueron administrados a toda la muestra objeto de estudio para su posterior análisis; *Descriptivo*, porque su: “preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales (...) que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes”¹⁸.

Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizará el enfoque *Cuantitativo*, porque nos informa de los datos empíricos y medibles en términos de “cuantos”, expresados a través de los procesos estadísticos en forma de cuadros, gráficos, seguidos de su correspondiente descripción de las variables. Se tomara el enfoque *Cualitativo*, porque nos brindara aspectos interpretativos de los datos empíricos que se verán analizados desde una perspectiva analítica. Dicho estudio cualitativo busca analizar fenómenos en los que se privilegia la perspectiva del sujeto investigado, enriqueciendo el análisis final con la interpretación psicológica de los datos.

¹⁸ Sabino, Carlos (1992). *El proceso de investigación*. Caracas: Panapo. Pág. 54

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. POBLACIÓN

De acuerdo con las estadísticas encontradas en el Sistema de Información del Programa de Registro Único Nacional de la Persona con Discapacidad (SIPRUNPCD – 2010) se pudo observar que en el Departamento de Tarija se encuentra registrados en el presente gestión un total de 1975 personas con discapacidad, de los cuales sólo el 25% de los mismos corresponden a discapacidad motora. En el Municipio de Tarija – Cercado la cifra de personas con discapacidad es de 883, de las cuales sólo el 28% de la población padece de discapacidad motora, lo que corresponde a un total de 247 personas¹⁹.

La población de estudio de este trabajo de investigación fueron jóvenes con discapacidades motoras, comprendidos entre las edades 18 y 25 años del grupo del Deporte Integrado, perteneciente a la ciudad de Tarija

Cabe mencionar que se trata de déficit físicos, sin asociaciones con trastornos intelectuales, ni perceptivos, etc. Esto significa que la población que se pretende estudiar no incluirá aquellos jóvenes que presenten otras deficiencias como por ejemplo deficiencia mental, auditiva, visual, de lenguaje, etc., sino únicamente la discapacidad motora.

4.2.2. MUESTRA

Debido a las características de la presente la investigación por el tipo de población que se pretende estudiar la muestra está constituida por 10 jóvenes que comprenden las edades de 18 a 23 años, lo que representa al 4% de la población actual de personas

¹⁹ Estadísticas (2010). Sistema de Información del Programa de Registro Único Nacional de la Persona con Discapacidad (SIPRUNPCD). Bolivia. <http://siprunpcd.sns.gob.bo>

con discapacidad motora, quienes son parte del grupo del deporte integrado de la ciudad de Tarija y que en el momento de la investigación se encontraban residiendo en esta ciudad.

Tomando en cuenta las peculiaridades de la investigación, el tipo de muestreo fue intencional, es decir, que se eligió “a cada unidad según características que para el investigador resultaron de relevancia”.²⁰ Estas características fueron:

- Que estén entre los 18 a 23 años de edad.
- Que presente alguna discapacidad motora.
- Que pertenezca al grupo de deporte integrado.
- Que en el momento de la investigación estén viviendo en la ciudad de Tarija.

Cuadro N° 1
Distribución de la Muestra

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Proporción
Hombres	5	50	0.5
Mujeres	5	50	0.5
Total	10	100 %	1

Fuente y Elaboración: Propia

4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- **Test del Árbol de Köch**

El test del árbol es un test proyectivo de personalidad “sumamente útil ya sea por su rápida aplicación y valoración como también por la rica información que nos arroja

²⁰ *Ibíd.* Pág. 101

del sujeto autor del dibujo”²¹. A través de sus distintos contenidos se irá explorando áreas de su personalidad.

En la aplicación, se le entregará una hoja bond tamaño oficio en posición horizontal, un lápiz y un borrador, se le dará la consigna “dibuje un árbol” de manera que el sujeto pueda entenderla correctamente; el tiempo de aplicación es libre, lo que sí es importante explicarle al sujeto que el dibujo que vaya a realizar sea totalmente espontáneo, natural, puesto que, no se valorará la destreza artística del dibujo. Una vez finalizado el dibujo se tomará en cuenta para la valoración del test, el trazo del dibujo (fuerte, débil, rápido, lento, curvo, recto,...), su tamaño, el tipo de suelo, la estructura del árbol, etc.²²

Para la interpretación del test del árbol se toman en cuenta las siguientes características del dibujo: el tronco, la copa, las ramas, las raíces, suelo, pasto, desbordes y emplazamiento.

- **Test de la Casa de Buk**

Este test permitirá (entre otras cosas) a evaluar las relaciones familiares del sujeto y su relación madre hijo.

En la aplicación, se le entregará una hoja bond tamaño oficio en posición horizontal, un lápiz y un borrador, se le dará la consigna “dibuje una casa” de manera que el sujeto pueda entenderla correctamente, el tiempo de aplicación es libre, lo que sí es importante explicarle al sujeto que el dibujo que vaya a realizar sea totalmente espontáneo, natural, puesto que no se valorará la destreza artística del dibujo.

De acuerdo con Masuello, Adriana (2008) para la interpretación del test de la casa se toman en cuenta los planos gráfico y formal. En el plano gráfico se toman en cuenta

²¹ Masuello, Adriana S. (1998). *Curso. Test del Árbol*. Phoenix: Grafoanalizando, Pág. 10

²² Ibid. Pág. 11

el tamaño de los trazos, dirección, presión, continuidad, situación en la hoja, estilo personal. Mencionamos que el plano gráfico representa el “modo de hacer” como proyección de la personalidad, más allá del dibujo que realiza la persona; en el plano gráfico se interpreta las variaciones constructivas de sus partes: tipo de tejado o techo, puertas, ventanas, tejas, chimenea, paredes, etc. Mencionemos que el plano formal se refiere al “dibujo en concreto”, en este caso de “La Casa”²³.

- **Test de la Figura Humana de Machover**

Como plantea Machover (1974), la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino a través de los movimientos, sentimientos y pensamientos de un cuerpo específico. Los métodos proyectivos permiten explorar las motivaciones internas del individuo que de otras formas no podrían expresarse, ponen al descubierto determinantes profundas y quizá inconscientes de la expresión de la personalidad, que difícilmente se manifestarían en la comunicación directa. La actividad despertada en respuesta a la expresión “dibuje una persona” es realmente una experiencia creadora según lo atestiguará el individuo que dibuja. La experiencia vasta y concentrada en dibujos de la figura humana indica una conexión íntima entre la figura dibujada y la personalidad del individuo que hace el dibujo.

En cuanto a la interpretación, se toman aspectos como: el tamaño de la figura, el sitio en que se la ubica en la hoja, la rapidez del movimiento gráfico, la presión, la firmeza y la variabilidad del trazo empleado, la sucesión de las partes dibujadas, el porte, el uso del fondo o de los efectos de la base, la extensión de los brazos hacia el cuerpo o en dirección opuesta, la espontaneidad o la rigidez, si la figura está dibujada de perfil o de frente, todo esto hace parte de la presentación del sujeto. En el análisis también se da importancia a otros aspectos como: las proporciones de las partes del cuerpo, los rasgos incompletos, los detalles, los refuerzos, los borrones y cambios de líneas, el

²³ Masuello, Adriana S. (2008). Curso. Test de la Casa. Phoenix: Grafoanalizando, Pág. 4

grado de simetría, la representación de la línea media y, sobre todo, la disposición de ánimo expresada en la cara o en la postura del dibujo.²⁴

- **La Entrevista**

Según Bernstein (1987), la entrevista es en gran medida el instrumento más empleado en la Psicología Clínica. Tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y, como se ha visto, es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue el tratamiento²⁵. La entrevista es uno de los instrumentos más importantes a la hora de realizar estudios de casos, puesto que nos ofrece la posibilidad de dar libertad al sujeto para poder “exponer sus problemas y comenzar por donde prefiera e incluyendo lo que desee”.²⁶

La entrevista que se utilizó fue la **semiestructurada** que, “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas).”²⁷

4.4. PROCEDIMIENTO

La siguiente investigación siguió las siguientes fases:

Primera fase.- (Búsqueda Bibliográfica) Esta fase consistió en la búsqueda bibliográfica para la realización del presente trabajo de investigación.

Segunda fase.- (Contacto con la Institución) Se procedió al contacto informativo con la institución, donde se coordinó con la directiva del Grupo del Deporte Integrado,

²⁴ Machover Karen, Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Ediciones cultura Bogotá Colombia 1974.

²⁵ Bernstein, Douglas A. (1987). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Calipso. Pág. 168

²⁶ Sequier de Ocampo, María L. y Colab. (2003). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión. Pág. 23

²⁷ Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana. Pág. 597

para pedir la autorización y el consentimiento de los jóvenes con deficiencia motora para efectuar el trabajo de investigación. Se les explicó qué es lo que se pretendía investigar y cómo se lo abordaría, cómo se iba a proceder con las sesiones, que es lo que se iba a hacer en cada una de ellas, el tiempo de cada sesión y el número de sesiones destinadas a cada joven que participe en dicho trabajo.

Tercera fase.- (Selección de la Muestra) Se procedió a la selección de la muestra para la presente investigación, tomando para ello las características de selección del presente trabajo de investigación. Descartando a aquellos que no contaban con los requisitos establecidos.

Cuarta fase: (Preparación de los Instrumentos) En esta fase se procedió a la elaboración y/o preparación de cada uno de los instrumentos seleccionados para esta investigación. Las cuales fueron: la entrevista en profundidad el cual enfatizó en conocer cómo es la relación con los padres para conocer el tipo de relaciones afectivas que existen entre ellos; se prepararon los materiales necesarios para poder aplicar, corregir y analizar los test del árbol de Köch, el test de la casa de Buck y el test de la figura humana de Machover.

Quinta fase.- (Aplicación de Instrumentos) Se procedió a la aplicación individual de cada uno de los instrumentos seleccionados para la presente investigación, lo cual se lo ha realizado en un ambiente que ha aportado la institución para tal efecto.

Sexta fase: (Sistematización de los Resultados) Se realizó la sistematización de los datos que consistió en ordenar toda la información recopilada para poder obtener el diagnóstico de cada uno de los casos. Se tomaron en cuenta los datos obtenidos con cada uno de los instrumentos seleccionados.

Séptima fase.- (Análisis de Resultados) En esta fase se procedió al análisis e interpretación de cada uno de los cuadros y gráficos que se presentan en el presente

trabajo de investigación, datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos aplicados, para posteriormente realizar un diagnóstico general acerca de las características psicológicas de los jóvenes con discapacidad motora.

Octava fase.- (Conclusiones y Recomendaciones) Después del análisis de los datos obtenidos mediante diferentes instrumentos se procedió a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones a las cuales se ha llegado luego de haber alcanzado un conocimiento amplio acerca del tema de investigación.

Novena fase.- (Redacción del Informe Final) Por último se procedió a la redacción del informe final, en el cual se han tomado en cuenta los formatos establecidos por nuestra Universidad.

V
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados a los que se ha arribado mediante la aplicación, corrección e interpretación de los instrumentos utilizados como: el test del árbol, el test de la casa de Buck, el test de la figura humana de Machover y la entrevista a través de las cuales se pretende *“Determinar las características psicológicas de los jóvenes con discapacidad motora, comprendidos entre las edades de 18 a 23 años de la ciudad de Tarija”*.

Los datos fueron organizados en una serie de cuadros en los que se reflejan los valores numéricos y porcentuales de cada una de las dimensiones de las variables investigadas, derivando de ello un análisis cuantitativo y cualitativo, dando mayor énfasis a éste último. La interpretación de cada uno de los cuadros se hará tomando en cuenta los tres resultados generales obtenidos en cada uno de los cuadros presentados, para posteriormente realizar el análisis, tomando en cuenta el sexo de las personas.

El orden de presentación de los cuadros y análisis, estará conforme al de los objetivos que han sido planteados al inicio de la investigación. Y a manera de cierre se hará un análisis global de cada apartado.

Para poder realizar una interpretación más significativa se va a tomar en cuenta en cada uno de los objetivos a ser interpretados la entrevista aplicada, para que de esta manera se pueda entender más claramente las características psicológicas de la persona con discapacidad.

5.1.1. Objetivo Específico N° 1: *Identificar los rasgos de personalidad de los jóvenes con discapacidad motora.*

Para este objetivo, se utilizó el Test del Árbol que es un instrumento diseñado para poder establecer los rasgos de personalidad de quien se ha administrado. Para la interpretación se han elaborado cuadros donde se muestran los principales

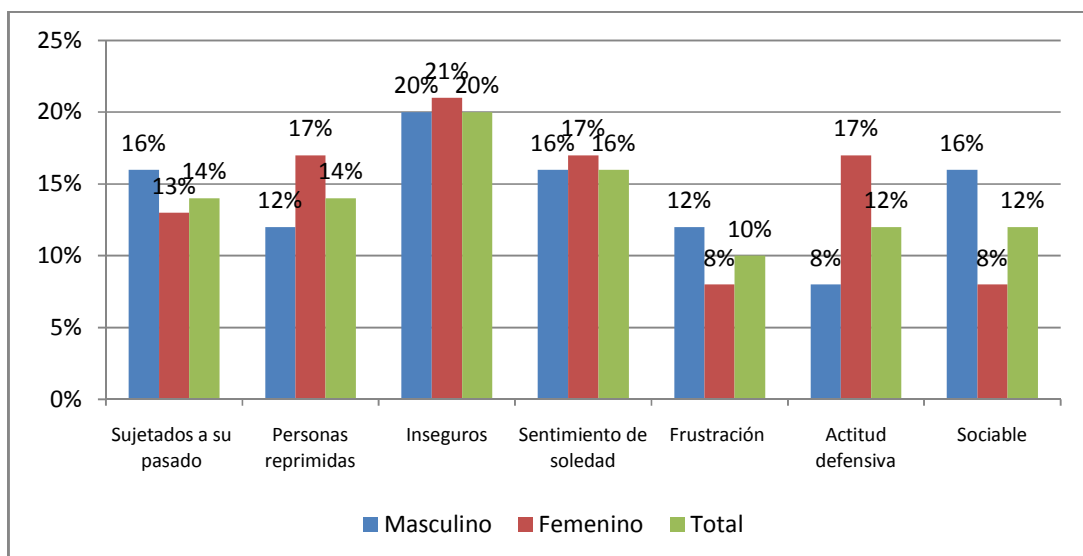
indicadores que se han encontrado en la aplicación del test y no así todos, ya que sólo se tomarán aquellos indicadores que son estadísticamente significativos. Para la interpretación, primeramente se analizarán los resultados generales, para luego dar paso a la interpretación de acuerdo al sexo.

Cuadro N° 2
RASGOS DE PERSONALIDAD

Rasgos de Personalidad	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sujetados a su pasado	4	16%	3	13%	7	14%
Personas reprimidas	3	12%	4	17%	7	14%
Inseguros	5	20%	5	21%	10	20%
Sentimiento de soledad	4	16%	4	17%	8	16%
Frustración	3	12%	2	8%	5	10%
Actitud defensiva	2	8%	4	17%	6	12%
Sociable	4	16%	2	8%	6	12%
Total	25	100%	24	100%	49	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfico N° 1
RASGOS DE PERSONALIDAD



Las personas reaccionan al mundo de acuerdo a su modo de percibirlo. La personalidad determina ese modo de ver el mundo y de vernos a nosotros mismos, pero, al mismo tiempo, la manera de vernos a nosotros mismos influye en nuestra personalidad.

Como se puede observar en el Cuadro N° 2 de manera general se tiene que el 20% de los indicadores que se han encontrado en las personas con discapacidad motora, éstos pertenecen al ítem de inseguridad, es decir, que estas personas se sienten inseguras con los demás, y que muchas veces estos sentimientos son reacciones a situaciones en particular. Son personas que suelen mostrar una imagen pobre de sí misma ante los demás, ya que pueden ser participativos y afables con el trato a los otros; ésto puede deberse a que se siente menos que los demás, es decir sienten que no son personas normales y que la gente siempre los están mirando con lástima por el padecimiento que tienen. Los sentimiento de inseguridad que experimentan estas personas puede deberse a que no sienten que la familia les apoye o que los den ánimos, para que puedan mejorar, ya que por la dificultad que presentan puede ser que la familia no espera nada de ellos y los dejen de lado. Estos aspectos generalmente hacen que en las personas con discapacidad se generen este tipo de pensamiento, tal y como lo expresa uno de ellos: “... *me estoy sintiendo insegura, muchas veces sola, no me siento apoyada comparto no me gusta mi familia, me aburro de ellos me quiero ir a la China para poder vivir tranquila, me hubiese gustado ser normal algunas veces he pensado hasta matarme...*”²⁸. Por otro lado, estos sentimientos de inseguridad pueden provenir porque no se siente capaces de poder llevar a cabo aquellas metas que se proponen, pues se sienten inútiles incapaces de poder realizar las actividades que les agrada, tal y como lo describe uno de ellos en la entrevista: “*me siento que no valgo para nada, que no podré afrontar la realidad, que tengo muchas dificultades para poder realizar algunas cosas que me agrada*”²⁹. En cuanto a los rasgos de inseguridad, no se han encontrado diferencias significativas en relación al sexo, pues

²⁸ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

²⁹ *Ibidem*.

en ambos géneros las puntuaciones son similares, indicando con ello que estas características de personalidad son las mismas para ambos géneros.

Siguiendo con el análisis, se puede observar de manera general que el segundo porcentaje sobresaliente lo tiene el indicador de sentimientos de soledad, con un 16% del total de los indicadores, lo que muestra que estas personas, creen que no tienen el apoyo de la familia, ni de los amigos, sienten que no son apoyadas por sus parientes más cercanos como lo indican: “...no tuve nada de atención siempre sentí en muchas momentos que en esta vida estuve sola”, lo que se puede deber a que la familia ya no le toma la misma atención (tal vez con la que los trataban en años anterior), ya que generalmente las familias se ocupan y tratan de que los niños y adolescentes se sientan más cómodos con su discapacidad, pero al pasar el tiempo, muchas veces la familia se cansa de alguna manera y se van alejando paulatinamente de ellos, es por tal motivo que estas personas puedan tener estos sentimientos de soledad, porque sienten que su familia se ha ido alejando y prestándoles menos atención que antes y ellos creen que ya no valen para ellos o bien que ya se han aburrido de su persona.

Otro de los motivos por los cuales tienen ese sentimiento de soledad, es porque ellos muchas veces deciden estar solos, ya que no quisieran dar lástima a los demás por su condición, y en muchas casos ellos son los que se alejan de los demás, tal vez por el miedo al rechazo social, como lo explica una de ellas: “...no soy igual a otras chicas que tienen mi edad soy tímida me gusta encerrarme , me gusta más la soledad...”, y en muchas de las ocasiones se alejan de los demás porque se sienten que son personas que molestan a los demás, ya que algunos para poder movilizarse necesitan de la ayuda de otras personas y que si están en silla de ruedas, para poder acceder a alguno lugares necesariamente tienen que pedir la ayuda de los demás. Esto genera sentimientos no son inútiles y que muchas veces es por tal motivo que ellos se alejan de los demás, tal y como lo menciona una de ellas: “cada vez que me acuerdo y veo que soy una persona diferente me pongo mal por eso me encierro... me siento mal por mi discapacidad a veces pienso que soy un estorbo para mis padres. En cuanto a

las discrepancias de acuerdo al sexo, se puede decir de que no se han encontrado diferencias entre los mismos, ya que como se puede observar en el cuadro los varones han llegado a un porcentaje de 16% y las mujeres a un 17% del total de los indicadores, y como se puede notar no hay diferencias significativas. De esta manera, se infiere que este estado se manifiesta en ambos sexos de la misma forma. En relación con el sexo, no se han encontrado diferencias pues en ambos géneros se han encontrado porcentajes similares, con lo que se puede concluir que esta característica de personalidad afecta tanto a varones como a mujeres.

También se observa que hay puntuaciones altas en el indicador de sujetados a su pasado, ya que el 14% de los sujetos de la muestra han puntuado en ellos, indicando con ellos que los jóvenes con discapacidad motora prefieren estar o regresar a un estado anterior, pues se observa que muchas veces los niños no se dan cuenta de su estado de discapacidad, “...como era niño no me daba cuenta que tenía alguna discapacidad me consideraba normal”³⁰, pero a medida que pasa el tiempo y que ellos van creciendo se van dando cuenta de que ellos son diferentes y que a muchas personas le dan lastima por su estado; es por ello que tal vez ellos quisieran regresar a un estadio anterior pues en él se sentían igual a los demás y no se sentían diferentes. Por otro lado al ser niños los familiares se ocupaban mas de ellos, de las necesidades que tenían y que en la medida que éstos fueron creciendo las atenciones brindada por los demás han ido disminuyendo de alguna manera, teniendo que empezar a valerse por sí mismos. También puede ser de que hayan disminuido drásticamente las muestras de amor brindadas por los padres y hermanos a medida de que pasaba el tiempo, como indica alguien: “...yo me acuerdo de chiquito a pesar de todo recibí amor, comprensión, apoyo mucho afecto de mis padres y de mi demás familia...” aspecto que cambió.

Por último, dentro de las características de personalidad se manifiesta que las personas con discapacidad motora son personas reprimidas, ya que según los datos

³⁰ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

generales del Cuadro N° 2, se puede observar que el 14% de los mismos han puntuado en este indicador, con lo que se sostiene que estas personas no dejan fluir libremente sus emociones y se controlan mucho a la hora de expresar lo que sienten, lo que se puede deber a que, al sentirse inseguras, tienen miedo de que las demás personas la rechacen, temen confiar en los demás, dejar que los otros lleguen a saber sus sentimientos. En cuanto a las diferencias entre los sexos, no se ha encontrado ninguna, pues en ambos casos las puntuaciones han sido semejantes y no han mostrado diferencias estadísticamente significativas.

Haciendo un análisis más específico de acuerdo a la interpretación de acuerdo al sexo en este gráfico se puede observar que existen diferencias en cuanto a que en las mujeres existe mayor represión a comparación de los varones puesto que así lo refleja este gráfico donde indica que el 17% recae en el sexo femenino y solo el 12% en el sexo masculino, es decir que a las mujeres les resulta más difícil expresar sus emociones que a los hombres.

Otro porcentaje significativo recae en el ítem de actitud defensiva puesto que el 17% pertenece al sexo femenino y solo el 8% pertenece al sexo masculino, esto quiere decir que las mujeres en el momento de relacionarse con los demás está más a la defensiva que los varones debido a que son más susceptibles a las diferentes situaciones negativas que pueden presentarse dentro de su entorno familiar y sobre todo social.

También se puede observar una clara diferencia significativa en el ítem de sociable puesto que un 16% lo puntúa el sexo masculino y solo un 8% recae en el sexo femenino, esto nos muestra claramente que los varones les cuesta menos la socialización, es decir el establecer contacto con los demás.

5.2. Objetivo Específico N° 2: *Determinar las características emocionales y afectivas de los jóvenes con discapacidad motora.*

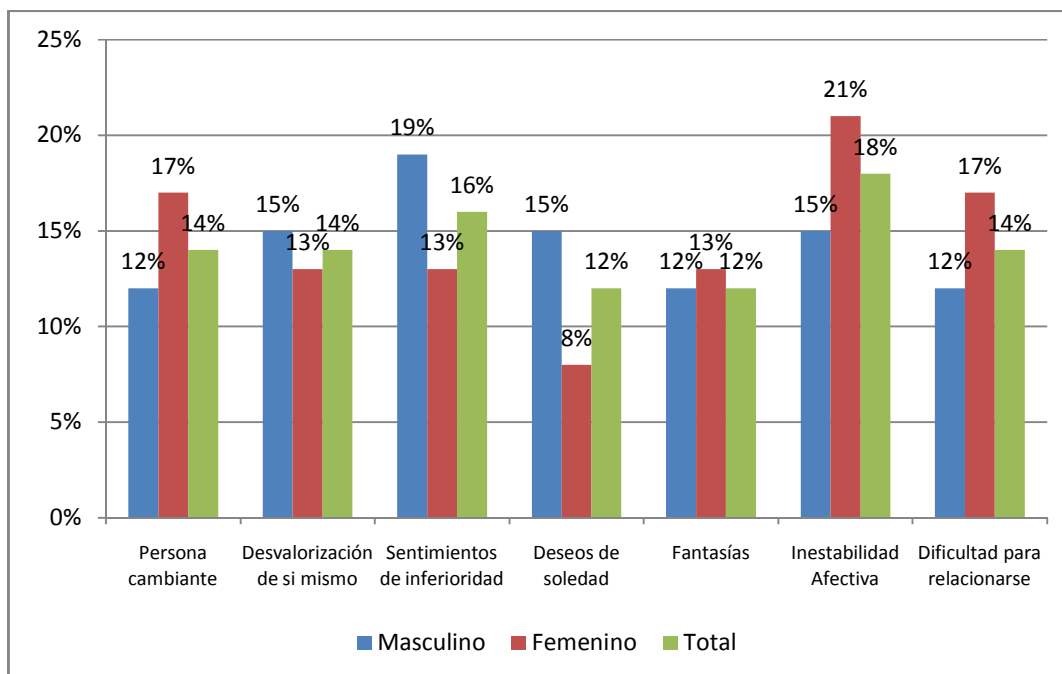
Para este objetivo, se utilizó el Test de la Casa Buck, con la finalidad de recabar información y conocer las características emocionales y afectivas que los jóvenes con discapacidad motora pudieran llegar a tener. En el presente cuadro se hace la interpretación de cuáles son las principales características emocionales y afectivas que presentan los jóvenes con discapacidad motora.

Cuadro N° 3
CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES AFECTIVAS

	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Persona cambiante	3	12%	4	17%	7	14%
Desvalorización de sí mismo	4	15%	3	13%	7	14%
Sentimientos de inferioridad	5	19%	3	13%	8	16%
Deseos de soledad	4	15%	2	8%	6	12%
Fantasías	3	12%	3	13%	6	12%
Inestabilidad Afectiva	4	15%	5	21%	9	18%
Dificultad para relacionarse	3	12%	4	17%	7	14%
Total	26	100%	24	100%	50	100%

Fuente y Elaboración: Propia

Gráfico N° 2
CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES AFECTIVAS



De acuerdo con Gonzales, Carlos (2008)³¹ definir la afectividad no es fácil. Así como las otras funciones psíquicas se pueden expresar de forma clara, ésta es mucho más complicada. Vamos a intentar esclarecer el concepto y apuntar sus alteraciones más frecuentes. Afectividad es el modo en que nos afectan interiormente las circunstancias que se producen a nuestro alrededor; está constituida por un conjunto de fenómenos de naturaleza subjetiva, diferentes de lo que es puro conocimiento, que suelen ser difíciles de verbalizar y provocan un cambio interior que se mueve entre dos polos opuestos: agrado-desagrado, alegría-tristeza, atracción-repulsión.

Como se puede Observar en el Cuadro N° 3, de manera general se ha encontrado que en cuanto a las características emocionales afectivas, se puede observar que el 18% del total de los indicadores se encuentra situado en el de Inestabilidad Afectiva, lo que indica que los jóvenes con discapacidad motora son personas con cierta falta de

³¹ <http://proyectostv.com>

control ante ciertas características afectivas, pues en ciertas ocasiones, éstos pueden mostrarse tranquilos y serenos y mostrar adecuadamente sus sentimientos, pero de la misma manera habría situaciones similares en las cuales no podrían controlarse, explotando en actos agresivos. Lo que puede generarse gracias a los comentarios de la familia, pues en muchas de las ocasiones tratan de querer ser lo mejor para sus padres y tratan de cambiar para poder complacerlos, de ser más comprensivos y generosos pero muchas veces no lo logran y se sienten que no pueden hacerlo lo que los afectaría, ya que ellos estarían tratando de ser las personas que no son, sólo por complacer a sus padres “...al final no sé qué odio mas porque a veces quiero ser como mi hermano mayor a veces pienso que mi mamá lo prefiere mas a él que a mí”, lo que generaría en ellos una inestabilidad afectiva emocional, pues estarían tratando de ser personas que no son.

Por otro lado, puede generarse porque estas personas suelen ser muy susceptibles en cuanto al trato de los demás, pues por lo general, piensan que las personas que se acercan a ellos sólo lo hacen por compasión y que la amistad que ellos tienen no es sincera reaccionando a veces de sobremanera ante situaciones que no se prestan para ello. Otro de los aspectos a tomar en cuenta es cuando se les asigna de manera brusca roles a los cuales no están acostumbrados, ya que en muchas de las familiares suelen ser muy protectores y a veces por ciertos problemas familiares tienen que cambiar de manera rápida, asignándole roles que no esperaban cumplir en la familia: “...cuando estaba en segundo medio me quede sola con mi hermano, mi mamá se fue a Yacuiba, no estaba conmigo, cambie de ser protegida a proteger...”³².

En cuanto a las diferencias por sexo, se puede apreciar de que existe una pequeña diferencia, pues al observar el cuadro se puede evidenciar que en el sexo femenino se encuentran con un 21%, a comparación del sexo masculino con un 15%, lo que se puede deducir que al ser mujeres esto les afecta más, ya que de ambos géneros ellas

³² Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 2” para esta investigación. Ver Anexo.

son las más afectivas y las más susceptibles a las emociones, es por ello que ellas se muestran más predispuestas a tener esta característica afectivo-emocional.

Otro de los porcentajes que se analizan son aquellos que se encuentran referidos al sentimiento de inferioridad ya que del 100% de los indicadores el 16% de ellos ha puntuado en esta categoría, indicando que las personas que sufren de discapacidad motora se caracterizan por ser personas que desconfían de sus capacidades, no se sienten capaces de lograr y alcanzar las metas que se proponen, se siente menos que los demás, ya que si tomamos en cuenta sus discapacidad, ésto les afecta mucho, ya que varios de ellos no pueden moverse si no es con una silla de ruedas, sin muletas o aparatos que de alguna manera tienen que utilizar de por vida. Este hecho hace que estas personas, al ver que el resto es capaz de moverse libremente por las calles, se sienten inferiores.

Además, también para que las personas con discapacidad se sientan así, influyen la familia, los amigos, y personas más cercanas a ellos, pues muchas veces éstos podrían haber dicho frases o comentarios que puedan haber afectado a los sentimientos de estas personas, tal y como recuerda una de los jóvenes de la muestra quien dice: “...mi hermano me decía que no sirvo para nada, que soy inútil”, aspecto que es muy perjudicial, pues la persona, al ponerse a pensar en su situación, llega a creer en este hecho y por consiguiente, deja de intentar nuevas metas, pues como su familia, la sociedad le dice que es una persona que no puede valerse por sí mismo; por lo tanto no es de extrañar que se sientan así.

Analizando las expresiones de la joven, se nota que le ha hecho falta mucho este componente afectivo, en especial el de sus padres puesto que en todos los momentos cruciales, ellos nunca pueden estar, por diferentes razones. De los padres debe surgir la base de atención para hacerlo sentir importantes y que existe alguien a quien le importamos. En este caso, al no estar presentes los padres, este componente afectivo tan importante produce desvalorización para la joven, llegando a considerarse ella

misma que no es importante para nadie. Ellos siempre están solos frente a su discapacidad, se tienen que desenvolver como pueden, en todo sentido de la vida, no tienen a ninguna persona que les pueda brindar la atención que normalmente necesitan por eso se percibe que la atención ha sido la necesidad más sentida en estos jóvenes.

Otro de los indicadores que se pueden observar es el que refiere que tienen dificultades para poder relacionarse; de manera general se presenta un porcentaje de 14%, en el cual un 12% en varones y un 17% en mujeres han puntuado dentro de este ítem, indicando con ello que son personas que por algún motivo no pueden relacionarse adecuadamente con los demás, teniendo dificultades al momento de establecer relaciones interpersonales y como lo mencionaron en la entrevista: *“siempre he tenido problemas con socializarme... mi nunca me ha gustado hacer lo malo, no me gusta hacer daño,... Soy una persona muy indecisa, no soy muy decisivo, siempre estoy dudando, casi nunca me siento satisfecho de lo que hago, yo veo mucha inseguridad de mi parte, tengo temor a equivocarme... siempre he pensado que por ser enfermo soy menor que los demás... Yo soy una persona que no le gusta que le contraríen, es parte de mi personalidad, a veces soy terco... no me gusta aparentar lo que yo no soy, por eso trato de aceptarme tal como soy... Yo soy un tipo que soy estable, claro que tengo algunas cosas pero trato de controlarme para no decaer no llego a deprimirme fácilmente, yo cuando me deprimó no le doy mucha importancia, soy muy fuerte y trato de defenderme”*³³. Como se puede observar no son significativas las diferencias encontradas en el cuadro N° 3 con relación al sexo de las personas, pues en ambos casos han generado puntuaciones similares en este indicador.

De acuerdo a otros ítem que se han puntuado y que resultan significativos para interpretar de acuerdo al sexo tenemos deseo de soledad donde se observa que han

³³ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

puntuado un 15% que recae en el sexo masculino y un 8% en el sexo femenino, esto se refiere a que los varones prefieren la soledad seguramente encuentran su tranquilidad en ella, por ello prefieren esa soledad más que en el caso de las mujeres.

5.1.3. Objetivo Específico N° 3: *Identificar la percepción de los jóvenes con discapacidad motora ante el entorno familiar.*

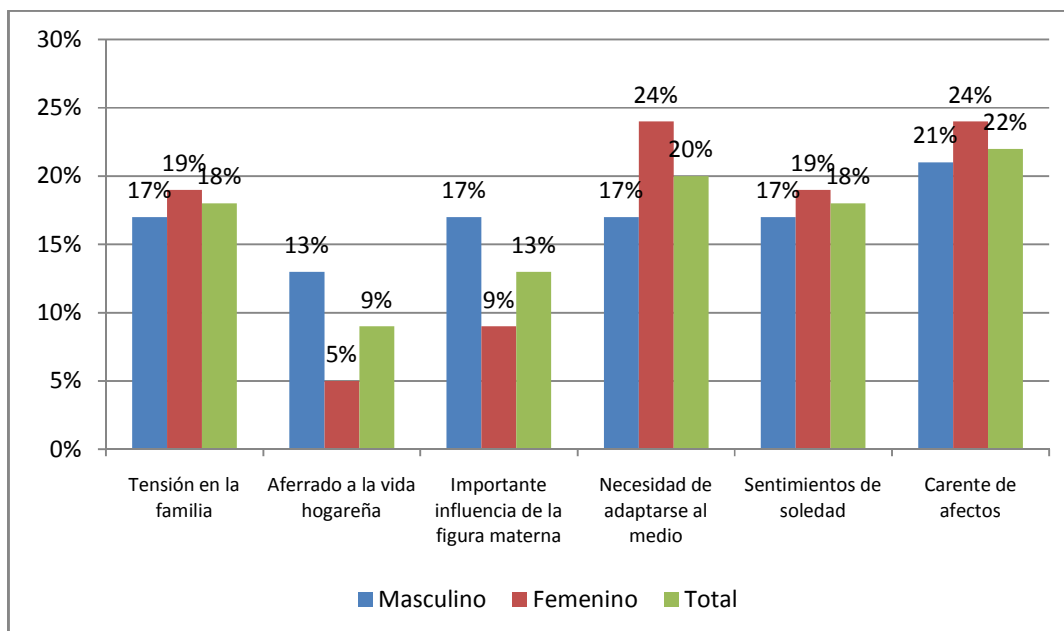
Para este objetivo se utilizó el Test de la casa de Buck, el cual posibilita identificar el percepción del entorno familiar.

Cuadro N° 4
PERCEPCIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR

	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Tensión en la familia	4	17%	4	19%	8	18%
Aferrado a la vida hogareña	3	13%	1	5%	4	9%
Importante influencia de la figura materna	4	17%	2	9%	6	13%
Necesidad de adaptarse al medio	4	17%	5	24%	9	20%
Sentimientos de soledad	4	17%	4	19%	8	18%
Carente de afectos	5	21%	5	24%	10	22%
Total	24	100%	21	100%	45	100%

Fuente y Elaboración: Propia.

Gráfico N° 3
PERCEPCIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR



Algunas de las razones de las características de personalidad, de las características afectivas emocionales y del modo de percibir el entorno familiar son producto del clima familiar en el cual se desenvuelven los sujetos, ya que en algunas familias son sobreprotegidos y mucho de su desarrollo transcurre en relación a su familia, experimentando una relación con sus pares bastante limitada, lo que lleva a un empobrecimiento en la disponibilidad de figuras apropiadas de modelaje de roles que son necesarias en esta etapa, prolongando el período de crisis de identidad³⁴.

Un papel importante en el desarrollo de una persona es el entorno familiar y sabiendo claramente que los padres son los directos encargados de brindar atención a sus hijos, en el cuadro N° 4 se puede observar que, de manera general el porcentaje más alto se encuentra en el de carente de afectos. Esto, obviamente, es prueba de que los jóvenes no reciben la atención necesaria, ya sea porque los padres trabajan o porque

³⁴ Luengo Ch. Maria Ximena (2000). Adolescentes discapacitados: Talleres de afectividad y sexualidad. Revista Chilena de Pediatría. Santiago. Vol. 1 Pág. 15

simplemente no le prestan atención, lo que hace que ellos piensen de que no puede contar con ellos en todo momento tal y como lo dice una entrevistada: “...*nunca me dieron atención porque mi mamá trabajaba y mi papá nunca estaba siempre me tenía que quedar sola con mi hermano*”³⁵ Este hecho genera inevitablemente en las personas carencias de afecto, pues ellas además de sentirse minusválidas, sin poder moverse a libertad, necesitan un poco más de atención por parte de los familiares. De ahí también proviene de que carencia de afecto por parte de los padres o por la falta de su atención cuando empiezan a contarles las actividades que realizaron, porque piensan que no les interesa “...*mis cosas no cuento a nadie ni a mi mamá porque casi ella nunca está...*”³⁶ “...”*lo que más falta me ha hecho en mi vida es lo afectivo, amor, comprensión, apoyo. Porque mis papás no me apoyaban, nunca me apreciaron, nunca hicieron nada por mí...*”³⁷

Habría que tomar en cuenta también que muchas veces los padres se alejan de esa manera porque tienen que trabajar, pero el error que se comete es el de que los padres no hablan de eso con sus hijos, no les dicen, del por qué están así, pues muchas veces deben de llegar cansados a su casa, sin ánimos para nada. Llegan cenar y muchas veces se van a descansar, sin siquiera atender aunque sea un momento a sus hijos: “*después comenzó a alejarse como que ya no tenía tiempo para mí y se comenzó a dedicar por su trabajo*”³⁸

En este indicador no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a los porcentajes por sexo, pues en ambos casos los resultados son muy similares, dando por entendido que no habría diferencias entre los géneros, pues ambos experimentan carencias de afecto por parte de la familia.

³⁵ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

³⁶ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 3” para esta investigación. Ver Anexo.

³⁷ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 4” para esta investigación. Ver Anexo.

³⁸ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

Otro indicador que será analizado es el de necesidad de adaptarse al medio que ha obtenido de manera general un 20% del total de los indicadores, mostrando que estas personas necesitan adaptarse a su familia, a la sociedad, a los amigos, ya que ellos deben percibirse como personas que no pueden caber en ningún lado por la discapacidad que presentan, ya que la misma les dificulta el libre movimiento por los ambientes, y viendo la libertad que los demás tienen para poder moverse de un lugar a otro, ellos sienten que no pueden adaptarse al medio en el cual se desenvuelven.

La necesidad de adaptarse al medio es producto de las relaciones familiares en las cuales se desenvuelve el sujeto ya que si la familia los considera incapaz de poder llevar a cabo las metas que tienen, si siempre están indicándoles que son inútiles y que no pueden valerse por sí mismos, empezaran a sentirse así, ya que ni en sus respectivos hogar pueden muchas veces adaptarse por que no pueden ayudar mucho en el hogar , y los relegan muchas veces a un rincón de donde tienen que observar sin hacer nada lo que pasa en la casa. Pero en caso de poder ayudar, la familia solo les permite hacer cosas que son bastante sencillas.

Por otro lado, también existe esta necesidad de poder adaptarse al medio porque a veces los familiares no quieren las ellos salgan a la calle, por no dar pena a los demás, por no mostrar a los vecinos un hijo con discapacidad; aunque también ésto puede nacer de la misma persona, de querer quedarse sola en casa, pero eso no impide querer estar en contacto con los demás: *No salgo de mi casa, no tengo amigos, no hablo con nadie porque no tengo con quien hablar solo con María que es mi empleada pero ella también para ocupada...*”

Otro factor es que muchas veces las características psicológicas de estas personas también limita mucho las relaciones sociales que pudiera tener, como lo menciona el caso N° 1 “...Yo era tímida pero no demasiado a veces me sentía limitada y no

participaba con mis compañeros sentía que no podía, a veces por eso me quedaba sola... ”³⁹

El último factor relacionado con la percepción del entorno familiar se refiere a que estas personas tienen sentimientos de soledad, ya que de acuerdo a los datos generales se puede observar que en el Cuadro N° 4, el 18% del porcentaje se encuentra en este indicador, con lo que se afirma, que las personas que padecen de discapacidad física son personas que se sienten solas, abandonadas por sus padres, familiares y amigos, “...*hasta ahora nunca he esperado nada de mi padre por cómo es él, conmigo no me habla, ni conversa, no me tiene en cuenta...*”⁴⁰. Ya que por la discapacidad que tiene el hijo muchas veces ya no le prestan atención porque puede ser que lo vean como una carga para ellos; alguien que sólo ocupa un espacio y que no aporta a la familia y de quien no se espera nada, y que por ello no lo toman en cuenta para muchas de las actividades.

Por otro lado, se puede deber a que la familia se ha cansado ya de ver a los jóvenes que no progresa y que por ello los dejan así abandonados a su suerte, o porque no tienen tiempo para preocuparse por ellos, por el excesivo trabajo que tienen, como indica el caso N° 4 “...*Le retaban a mi mamá porque no me cuidaba bien, mi mamá no podía peinarme porque no tenía tiempo...mi mamá solo llegaba a mi casa a la noche nomás...me he sentido sin apoyo de mi mamá porque no me ha hecho curar nunca ...nunca recibí un te quiero, no me demostraba nunca su cariño...*”⁴¹ “...*no tuve nada de atención siempre sentí en muchos momentos que en esta vida estuve sola...*”⁴²

En cuanto al sexo de las personas, en relación a este indicador se puede observar que no hay diferencias significativas entre ambos resultados, mostrando de esta manera que este problema afecta a ambos sexos.

³⁹ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

⁴⁰ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 8” para esta investigación. Ver Anexo.

⁴¹ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 4” para esta investigación. Ver Anexo.

⁴² Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

De acuerdo a otros datos puntuados y que se observan en el gráfico N° 3 en relación al sexo se puede apreciar que existe diferencias significativas en cuanto al ítem de aferrado a la vida hogareña puesto que un 13% corresponde al sexo masculino y un 5% al sexo femenino, esto quiere decir que de alguna forma los hombres se aferran a su hogar no se sienten cómodos afuera de su hogar porque se enfrentan muchas veces a situaciones desfavorables para el joven esto a diferencia del sexo femenino que no incide tanto.

Otro ítem donde se aprecia claramente una diferencia significativa es el de importante influencia de la figura materna que representa un 17% al sexo masculino y un 13% al sexo femenino lo cual indica que en el caso de los varones la madre representa un lugar importante en la vida del joven con discapacidad es decir influye en gran manera sobre el joven.

Por último se puede observar que un 24% del sexo femenino y un 17% del sexo masculino recae en el ítem de necesidad de adaptarse al medio lo cual determina una diferenciación notable puesto que se afirma que las mujeres necesitan encontrar un lugar en la sociedad debido a que diferentes factores influyen en la limitación de la adaptación al medio.

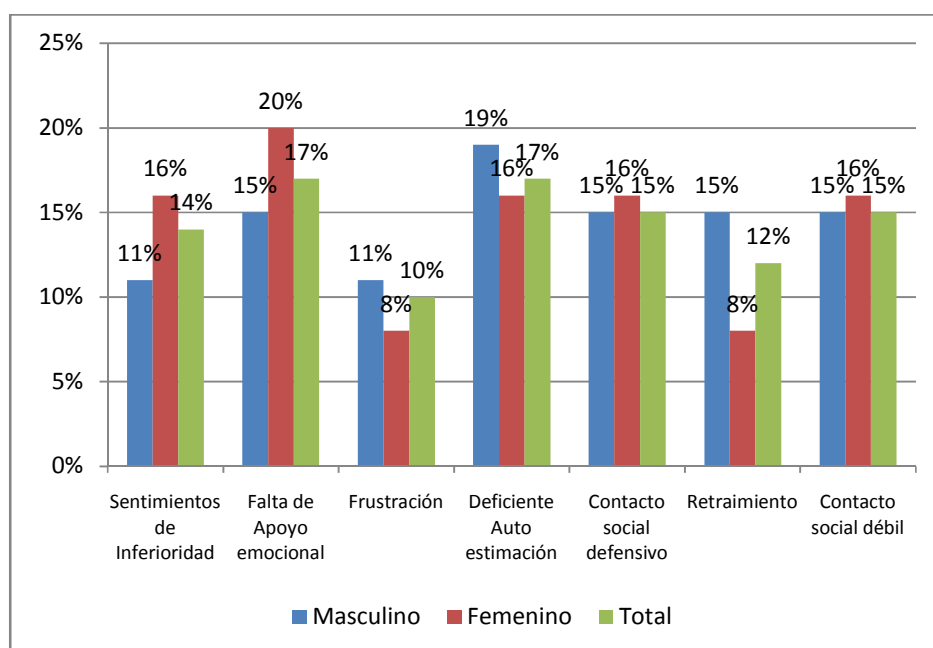
5.1.4. Objetivo Específico N° 4: *Determinar las características afectivas emocionales del joven ante su discapacidad.*

Los datos recabados para el cumplimiento del objetivo fueron obtenidos a través del Test de la Figura Humana de Machover, el cual fue aplicado a cada uno de las personas que formaron parte de este trabajo de investigación y está orientado a indagar la configuración afectiva emocional ante la discapacidad motora que padecen.

Cuadro N° 5
AUTO PERCEPCIÓN AFECTIVO EMOCIONAL

	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sentimientos de Inferioridad	3	11%	4	16%	7	14%
Falta de Apoyo emocional	4	15%	5	20%	9	17%
Frustración	3	11%	2	8%	5	10%
Deficiente Auto estimación	5	19%	4	16%	9	17%
Contacto social defensivo	4	15%	4	16%	8	15%
Retraimiento	4	15%	2	8%	6	12%
Contacto social débil	4	15%	4	16%	8	15%
Total	27	100%	25	100%	52	100%

Gráfico N° 4
AUTO PERCEPCIÓN AFECTIVO EMOCIONAL



Parte importante del alcanzar la propia identidad es la aceptación de la imagen corporal, tarea que con frecuencia puede estar dificultada. El conocimiento y la

aceptación del propio cuerpo, el proceso de independencia, la relación con el grupo de pares y el establecimiento de relaciones afectivas y de pareja son sólo algunos ejemplos de tareas que adquieren un mayor grado de complejidad para este grupo de adolescentes⁴³.

Como se puede observar, el porcentaje más alto de manera general se encuentra dentro del indicador de Deficiente auto-estimación, es decir, que estos jóvenes con discapacidad se sienten inferiores a los demás, creen de que no podrán alcanzar algo en la vida; es decir que tienen una percepción negativa de sí mismos, no se sienten motivados para salir adelante, no tienen objetivos concretos, más bien se encierran en sí mismos para alejarse de todo lo que le genera alguna dificultad en su vida “... *me siento fracasada, pienso que no puedo dar todo, me falta ser mas perseverante, cuando no puedo hacer algo prefiero alejarme, no soy capaz de luchar*”, de la misma manera indica que se siente incapaz de poder hacer las cosas, que se ve inútil como lo describe el mismo; “*me siento que no valgo para nada, que no podré afrontar la realidad, que tengo muchas dificultades para poder realizar algunas cosas que me agrada*”⁴⁴

Se consideran sin la capacidad de enfrentar todos sus problemas, debido en parte a su discapacidad, pues se sienten inferiores a los demás debido a sus limitaciones, ya que al querer movilizarse por las diferentes áreas de nuestra ciudad tienen que verse limitados a su condición física, pues los colegios, las universidades, y demás instituciones aún no cuentan con las rampas necesarias para que las personas con discapacidad motora y se movilicen a través de una silla de ruedas. Por esto se ven inútiles ya que para poder llegar a pisos superiores tendrían que disponer la ayuda de alguien más, hecho que de alguna manera hace se sientan menos que los demás, que no necesitan de ayuda y pueden moverse libremente por donde ellos así lo deseen, al

⁴³ Luengo Ch. Maria Ximena (2000). Adolescentes discapacitados: Talleres de afectividad y sexualidad. Revista Chilena de Pediatría. Santiago. Vol. 1 Pág. 15

⁴⁴ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

respecto indica el caso N° 1 “...*me hubiese gustado ser normal algunas veces he pensado hasta matarme...*”

Se sienten incapaces de realizar una serie de actividades tanto físicas como sociales dentro y fuera de su entorno familiar, “*tenía problemas en la escuela porque en educación física no podía pasar clases, y me preguntaban que me pasaba me daba vergüenza me sentía mal, cuando venían familiares de mis padres le preguntaban que me había pasado y eso me hacía sentir mal.*” (Entrevista). Ésto les puede llevar a que sean renuentes a las amistades y a la interacción con los demás y a verse como personas que no puede pertenecer a un lugar, por eso una de ellas alude a alejarse, a vivir sola...”

Otro de los indicadores que muestran altos porcentajes es el de falta de apoyo emocional, con un porcentaje de 17%, lo que indica que estos jóvenes se sienten abandonados, sienten que no les interesan a nadie, lo que pueden atribuirá a su discapacidad, pues podrían suponer que nadie se les acerca por su discapacidad. Ellos mismos pueden alejarse de los demás al no querer sentir que despiertan lastima y que es por ello que se acercan.

Ante su estado de discapacidad y su percepción de sí mismos, son personas que están a la defensiva a la hora de tener contacto con los demás, tal y como lo muestra el Cuadro N° 5, puesto que el 15% del total de los indicadores han puntuado en este ítem, hecho que les debe de generar conflictos, pues estarían muy a la defensiva en el sentido de querer ser menospreciados, desvalorizados por su condición de incapacidad, y que a la mínima percepción de esto, ellos se alejan y rehúyen del contacto social.

Ésto se corrobora con el otro indicador que ha llegado a un puntuación del 15% que señala que las personas con discapacidad motora tienen un contacto social débil.

Ésto repercute de manera directa en la percepción que tiene la personas de sí mismas, pues al no tener amigos, ya sea por su negativa a hacer amistades por no querer despertar lastima en los demás o por el hecho de que los demás le rehúyen, éstos se muestran muy defensivos y tal vez puedan llegar a reaccionar impulsivamente ante ciertas situaciones.

De acuerdo a la interpretación según las variables del sexo podemos identificar siguiendo la gráfica N° 4, se observan las diferencias más significativas que recaen en el ítem de retraimiento puesto que un 15% pertenece al sexo masculino y un 8% el sexo femenino, esto indica que los varones son mas retraídos que las mujeres.

Siguiendo la gráfica también se puede observar que en el ítem puntuado la falta de apoyo emocional también existe una diferencia puesto que presentan las mujeres un 20% y los del sexo masculino un 15% afirmando así que los varones carecen de afectos del entorno familiar y social, claro que esto no significa que las mujeres no les hace falta el afecto pero en comparación que los varones se aprecia que estos últimos sufren más la carencia de afecto.

Por último vemos que existe también una diferenciación en sentimientos de inferioridad puesto que las mujeres con un 16% a diferencia de los varones con un 11% tienen sentimientos negativos hacia ellos mismos, esto en referencia a la percepción que tienen de sí mismo

5.1. 5. ANÁLISIS DE LAS HIPOTESIS

Luego de haber realizado el análisis e interpretación de cada uno de los cuadros se va a hacer el contraste con cada una de las hipótesis de estudio y comprobar si se acepta o rechaza cada una de nuestras hipótesis de trabajo.

Primera Hipótesis: *Los jóvenes con discapacidad motora son jóvenes inseguros, introvertidos y con sentimiento de inseguridad.*

De acuerdo a los datos obtenidos gracias a la aplicación del Test del Árbol y reflejados en el cuadro N° 2, se puede evidenciar que se encontró que el 20% de las personas que se encuentran con discapacidad motora experimentan sentimientos de inseguridad: “... me estoy sintiendo insegura, muchas veces sola, no me siento apoyada comparto no me gusta mi familia, me aburro de ellos me quiero ir a la China para poder vivir tranquila, me hubiese gustado ser normal algunas veces he pensado hasta matarme...”⁴⁵, un 16% de ellos sufre sentimientos de soledad: “...no tuve nada de atención siempre sentí en muchos momentos que en esta vida estuve sola”, el 14% de los mismos se sienten sujetos a su pasado: “...como era niño no me daba cuenta que tenía alguna discapacidad me consideraba normal”⁴⁶, y por último se observa que el 14% son personas reprimidas, concluyendo de esta manera que éstas serían las características de personalidad encontradas en la muestra objeto de estudio de la ciudad de Tarija. Según los datos encontrados se ha llegado a aceptar esta hipótesis de trabajo.

Segunda Hipótesis: *Las características afectivas de los jóvenes con discapacidad motora son: inestabilidad familiar y sentimientos de inferioridad.*

Para poder dar respuesta a esta hipótesis se ha procedido a la aplicación, corrección y análisis de los resultados del Test de la Casa de Buck, con el cual se ha llegado a las siguientes conclusiones: que las personas que padecen de discapacidad motora son personas con inestabilidad afectiva, ya que 18% del total de los indicadores se encuentra situado en este ítem, son personas con cierta falta de control ante ciertas características afectivas.

⁴⁵ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

⁴⁶ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 5” para esta investigación. Ver Anexo.

Por otro lado, también se encontraron porcentajes significativos en cuanto a sentimientos de inferioridad, ya que el 16% de ellos ha puntuado en esta categoría, indicando con ello que desconfían de sus capacidades, no se sienten capaces de poder lograr y alcanzar las metas que se proponen además que la familia hace que se sientan de esta manera “...mi hermano me decía que no sirvo para nada, que soy inútil”, y el último porcentaje a ser analizado fue el indicador de dificultades para relacionarse ya que el 14% de ellos ha puntuado en este ítem: “siempre he tenido problemas con socializarme... mí nunca me ha gustado hacer lo malo, no me gusta hacer daño,... Soy una persona muy indecisa, no soy muy decisivo, siempre estoy dudando, casi nunca me siento satisfecho de lo que hago, yo veo mucha inseguridad de mi parte, tengo temor a equivocarme... siempre he pensado que por ser enfermo soy menor que los demás...”⁴⁷. De acuerdo a los datos mostrados se llega a la conclusión de que se acepta la hipótesis de trabajo.

Tercera Hipótesis: *Aquellos jóvenes con discapacidades motoras tienen una percepción negativa de su entorno familiar.*

Según los resultados obtenidos y el análisis realizado del Cuadro N° 4 se encontró que para los jóvenes con discapacidad motora se sienten carentes de afectos por parte de la familia, ya que dicho indicador obtuvo el puntaje más alto, llegando a un 22% del total de los indicadores, “...nunca me dieron atención porque mi mamá trabajaba y mi papá nunca estaba siempre me tenía que quedar sola con mi hermano”⁴⁸, tienen una fuerte necesidad de adaptarse al medio, pues ha obtenido de manera general un 20% del total de los indicadores, mostrando que necesitan adaptarse a su familia, a la sociedad, a los amigos, y por último son personas que tienen sentimientos de soledad, ya que según el Cuadro N° 4, el 18% del porcentaje se encuentra en este indicador, se sienten solas, abandonadas por sus padres, familiares y amigos, “...hasta ahora nunca he esperado nada de mi padre por cómo es él, conmigo no me habla, ni conversa, no

⁴⁷ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

⁴⁸ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 1” para esta investigación. Ver Anexo.

me tiene en cuenta...”⁴⁹. De acuerdo a los resultados mostrados en el Cuadro N° 4 se puede concluir que se acepta la tercera hipótesis, ya que ellos ven su familia que no les brinda afecto, por lo tanto se puede adaptarse y se sienten solos.

En cuanto a los resultados obtenidos por género, se puede observar de que no hay diferencias significativas, pues en ambos casos las puntuaciones fueron similares, mostrando que tanto varones como mujeres presentan estos tipos de inconvenientes en cuanto a las relaciones familiares.

Cuarta Hipótesis: Los jóvenes que padecen discapacidad motora tienen una auto-percepción afectiva emocional negativa de sí mismo.

Por último y gracias a los resultados obtenidos con el test de la figura humana de Machover, se puede observar que las personas con discapacidad motora tienen una percepción afectiva emocional negativa de sí mismos, puesto que se sienten con una deficiente auto-estimación, es decir, que estos jóvenes con discapacidad se sienten inferiores a los demás, “... *me siento fracasada, pienso que no puedo dar todo, me falta ser mas perseverante, cuando no puedo hacer algo prefiero alejarme, no soy capaz de luchar*”, ya que de acuerdo el Cuadro N° 5 el 17% ha puntuado en este ítem, sienten falta de apoyo emocional, con un porcentaje de 17%, lo que indica que estos jóvenes se sienten abandonados, son personas muy defensivas en el contacto con los demás y tienen un escaso contacto social con un porcentaje de 15% en cada indicador. De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir que se acepta esta hipótesis de trabajo.

⁴⁹ Entrevista a profundidad realizada a “Sujeto N° 8” para esta investigación. Ver Anexo.

VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Luego del respectivo análisis de los resultados presentados, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- En cuanto a los **Rasgos de Personalidad**, se ha encontrado que los jóvenes con discapacidad motora presentan sentimientos de inseguridad, sentimientos de soledad y que son personas reprimidas, con lo que se llegó a la aceptación de la hipótesis de trabajo, la cual dice: *Los jóvenes con discapacidad motora son jóvenes inseguros, introvertidos y con sentimiento de inseguridad.*
- En cuanto a las **Características Afectivas** se ha encontrado que los jóvenes con discapacidad motora son personas con inestabilidad afectiva, poseen sentimientos de inferioridad, dificultades para poder relacionarse, con lo que se llega de la misma manera a la aceptación de la segunda hipótesis que dice que: *Las características afectivas del adolescente en conflicto con la ley son: inestabilidad emocional y sentimientos de inferioridad.*
- *En cuanto a la percepción que tiene de su Entorno Familiar se ha encontrado que los jóvenes con discapacidad motora se sienten carentes de afectos por parte de la familia, tienen una fuerte necesidad de adaptarse al medio y por ultimo son personas que tienen sentimientos de soledad. Datos que vienen a aceptar la tercera hipótesis que dice: Aquellos jóvenes con discapacidades motoras tienen una percepción negativa de su entorno familiar.*
- Por último en cuanto a la **Auto Percepción** afectiva emocional ante su discapacidad se ha podido observar que las personas con discapacidad motora tienen una percepción afectiva emocional negativa de sí mismos, sienten falta de apoyo emocional. Con lo anteriormente expuesto se ha llegado a la

conclusión de que se acepta la cuarta hipótesis de trabajo que dice: *Los jóvenes que padecen discapacidad motora tienen una auto-percepción afectiva emocional negativa de sí mismos.*

6.2. RECOMENDACIONES

Gracias a los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se recomienda lo siguiente:

- A los futuros investigadores, que puedan realizar estudios comparativos en cuanto al grado de discapacidad de la persona y las características psicológicas que posee.
- De la misma manera, se puedan hacer estudios comparativos en relación con las otras discapacidades, para que se pueda tener una visión general de la personas con discapacidad y de esa manera poder realizar intervenciones más certeras.
- A las instituciones que trabajan con este tipo de población, que realicen diagnósticos psicológicos constantes, para que se puedan prevenir efectos negativos de la discapacidad sobre el individuo.
- A las diversas instituciones que adecuen su infraestructura para que las personas con discapacidad tengan un mejor acceso a cada uno de los servicios que esas empresas puedan brindar.