

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO EDUCATIVO**

**LA AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA.
REVISIÓN TEÓRICA DESDE UN ENFOQUE SOCIAL EN EL ABORDAJE DE LA
DISCAPACIDAD.**

MARCO ANTONIO CHILIGUANO TORRES

DIRECTORA: MAGÍSTER VERÓNICA MALDONADO

QUITO, 2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho afecto a todas las personas que poseen una discapacidad y a aquellas que tienen afectaciones en la autoestima posean o no una discapacidad.

Que este trabajo permita reflexionar que la inclusión no solo es poner señaléticas, rampas, va con entender la persona y sus necesidades, comprenderla más allá de un diagnóstico.

A mi compañera de vida, quien, a través de su apoyo, compañía y cariño, me ayudo a alcanzar esta meta.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a mi familia, a mi madre por tener la confianza en mí y con sus palabras darme fuerza, a mi padre por enseñarme la importancia de la paciencia y realizar las cosas con calma. A mis hermanos Inti y Paulo que han sido un apoyo esencial en este camino. A mis sobrinos Elian y Esteban por su cariño. Y a mi abuelita Laura por la fortaleza y la compañía.

A mi segunda familia, *Toda Raba*

A Sergio por enseñarme que el arte es un camino en el cual se puede desarrollar las personas y combatir sus temores.

A los amigos con los que compartí momentos frustrantes y alegres: Esteffany, Víctor, Isa y al grupo de amiguitos educativos.

A las mujeres fuertes que me han orientado profesional y personalmente: principalmente a Carmen V., Daniela C., Jimena A., Ivonne A., Diana Z. especialmente a mi directora de tesis
Verónica M.

Muchas gracias a todos los que son parte de mi vida.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. Discapacidad	11
1.1. Breve historia de la discapacidad	11
1.2. Concepto de la discapacidad	12
1.3. Tipos de la discapacidad	13
1.4. Discapacidad Física	14
1.4.1. Causas y tipos de la discapacidad física	14
1.4.2. Grados de discapacidad física	17
1.4.3. Porcentajes de la Discapacidad Física	19
1.5. Enfoques de la discapacidad	24
1.5.1. Modelo De presidencia	24
1.5.2. Modelo Medico o Rehabilitador	25
1.6. Modelo Social en la discapacidad	26
1.6.1. Modelo biopsicosocial o CIF	26
1.6.2. Modelo escandinavo o relacional	27
	iv

1.6.3. Modelo de derechos humanos	28
1.6.4 Modelo de diversidad funcional	28
1.7 Adaptaciones y accesibilidad en la discapacidad física	29
1.8. Enfoque psicológico humanista	36
CAPÍTULO II. Autoestima	39
2.1. Tipos de autoestima	41
2.3. Autoestima en la discapacidad	41
2.4. Discapacidad física y autoestima	43
CAPÍTULO III. El cuento como herramienta psicoterapéutica	44
CAPÍTULO IV: Análisis y discusión de resultados	45
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	52
CAPÍTULO VI: PROPUESTA	54
BIBLIOGRAFÍA	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Origen de la discapacidad</i>	15
Tabla 2 <i>Causas de la discapacidad</i>	16
Tabla 3 <i>Escala genérica de gravedad de discapacidad</i>	18
Tabla 4 <i>Número de persona con discapacidad por Provincia.</i>	20
Tabla 5 <i>Áreas que surge la discapacidad.</i>	27
Tabla 6 <i>Cadenas de accesibilidad</i>	31
Tabla 7 <i>Diferencias del humanismo europeo y norteamericano.</i>	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Clasificación de la discapacidad Física</i>	17
Figura 2 <i>Estadísticas de personas registradas con discapacidad en el Ecuador.</i>	19
Figura 3 <i>Número de registro según tipo de discapacidad.</i>	21
Figura 4 <i>Grados de discapacidad física en el Ecuador</i>	22
Figura 5 <i>Número de personas registradas en la provincia de Pichincha y Quito</i>	23
Figura 6 <i>Número de personas registradas en la provincia de Pichincha y Quito.</i>	23
Figura 7 <i>Principios en el diseño de accesibilidad</i>	30
Figura 8 <i>Barreras del entorno</i>	33

RESUMEN

El siguiente trabajo teórico está dirigido en comprender diferentes aspectos y conceptos que permitan analizar la autoestima en personas con discapacidad física. Para cumplir con este fin, primero, se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema de discapacidad, con relevancia en el cambio que ha tenido este concepto a través del tiempo y enfatizando que dentro de esta disertación se trabaja a partir de un enfoque social como también psicológico humanista en relación con la discapacidad física. También se revisaron fuentes acerca de la autoestima para poder definir este término y conocer la relación que tiene con la discapacidad física. Además se investigó acerca del cuento como herramienta psicoeducativa. En base a la teoría revisada se propone un cuento para el fortalecimiento de la autoestima y la sensibilización de personas con esta condición. De este modo se contesta a la interrogante ¿de qué manera una condición de discapacidad física afecta la autoestima?

Palabras clave: Discapacidad física, accesibilidad, barreras, inclusión, enfoque humanista, enfoque social, autoestima.

ABSTRACT

The following theoretical work is aimed at understanding different aspects and concepts that allow us to analyse self-esteem in people with physical disabilities. To this end, first, a literature review was carried out on the subject of disability, with relevance in the change that this concept has had over time and emphasising that within this dissertation we work from a social approach as well as a humanistic psychological approach in relation to physical disability. Sources about self-esteem were also reviewed in order to define this term and to know the relationship it has with physical disability; and research was carried out on storytelling as a psychoeducational tool. Based on the theory reviewed, a story was proposed to strengthen self-esteem and raise awareness among people with this condition. In this way, the question is answered: ¿how does a physical disability condition affect self-esteem?

Keywords: Physical disability, accessibility, barriers, inclusion, humanistic approach, social approach, self-esteem.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad física es una condición cuya etiología es múltiple y puede presentarse durante cualquier momento de la vida, hay dos tipos que comprenden a este tipo de discapacidad que pueden ser de manera congénita o adquirida. Además, comprende deficiencias motrices, limitaciones y restricciones permanentes e irreversibles a nivel neuromusculoesquelético, lo que ocasiona una afectación a la movilidad de la persona y esta es catalogada según la gravedad a partir de un estudio biopsicosocial dependiendo de la entidad correspondiente de cada país. En el Ecuador para ser considerada una persona con discapacidad debe poseer el 30% de discapacidad considerada a partir de una gravedad moderada, a partir del porcentaje señalado existen diferentes rangos que determina si la persona tiene discapacidad grave, muy grave o completa.

Esta disertación, sigue una línea de investigación teórica donde se realiza una recopilación teórica de fuentes bibliográficas académicas relacionadas con la discapacidad física, la autoestima y el cuento como herramienta psicoeducativa. Se busca describir lo que sucede con las personas con discapacidad física en relación con la valoración que tiene de sí mismo. Además, con la información encontrada se realizó el cuento como una propuesta para el fortalecimiento de la autoestima de las personas con discapacidad también de la sensibilización de esta condición. El trabajo se desarrolla desde el enfoque social y psicológico humanista, tomando en cuenta autores como Abraham Maslow, Viktor Frankl, Velarde y Victoria. La pregunta de investigación es: ¿de qué manera una condición de discapacidad física afecta la autoestima? La interrogante será desarrollada y resuelta a lo largo de toda la disertación.

En el primer capítulo se investiga la evolución de la discapacidad, exponiendo las diferentes concepciones en un momento determinado, el cual es importante puesto que se reconoce sucesos que dieron paso para visibilizar a la discapacidad, en donde se originó un tratamiento y en el cual se observa a este grupo de personas sujetos de derechos al igual que las demás. Se definirá la discapacidad física mediante entidades nacionales e internacionales, dando a conocer los tipos de discapacidad. Se abordará diferentes aspectos que conforman la discapacidad física, como es su etiología, estadística a nivel de Ecuador, la accesibilidad y como se concibe a la discapacidad física a partir de los enfoques ya señalados.

En el capítulo dos se planteará la estima del individuo, es decir la valoración que hace de sí mismo. Se exponen los tipos de autoestima que son autoestima alta el poseer está, el sujeto se visualiza de manera positiva, reconoce sus limitaciones, capacidades y las utiliza a su favor. Por el contrario, si tiene una baja autoestima priman las emociones y sentimientos negativos que afectan directamente en su estado anímico. Como expresan Pérez y Garaigordibil (2017) que la persona debe aceptarse a sí misma y ser aceptada por la sociedad sin necesidad de ser etiquetada ni señalada. Desde este capítulo ya se comprende a profundidad la discapacidad física en relación con la autoestima.

En el tercer capítulo se aborda el cuento como herramienta psicoeducativa, de modo que se explica que es el cuento y como puede ser utilizado como una herramienta que fomente cambios positivos, que sensibilice a la población para facilitar el desarrollo personal. De este modo a partir de la revisión teórico se realizará la propuesta de la creación de un cuento que busca mejorar la autoestima de las personas con discapacidad como la sensibilización de la comunidad frente a la discapacidad. Finalmente se analizará y discutirá acerca de puntos relevantes de la investigación, permitiendo comprenderla de mejor manera y responder a la pregunta de investigación planteada en este trabajo de titulación.

CAPÍTULO I

Discapacidad

1.1. Breve historia de la discapacidad

Hay que tener en cuenta que el término de “Discapacidad” ha evolucionado a lo largo de la historia y se evidencian grandes diferencias con respecto al trato hacia las personas con discapacidad en la utilización de términos al referirse a estas. Valencia (2014) menciona que al poseer un paradigma dominante en la sociedad de “normalidad” se da esta exclusión, incluso expone diferentes términos negativos y discriminatorios que se han utilizado para referirse a las personas con discapacidad a lo largo del tiempo como son: minusvalía, deficiente, defectuoso, anormal, enfermo, deforme, incapacitado, inadaptado, lisiado o inválido. A partir de su texto se señalan diferentes acontecimientos en distintas épocas que permiten entender la situación de las personas con discapacidad en cómo eran vistas y tratadas.

En la Edad Media las personas con discapacidad eran consideradas herejes, delincuentes, brujos o vagos y eran confinados en el encierro. También exhibidos en zoológicos o representaciones circenses. Además, por el contexto religioso y su influencia se creía que discapacidad era una “marca del pecado”. En ese entonces también se los consideraba como pretexto enviado por Dios para que las personas que no poseían una discapacidad, es decir “normales” pudieran expiar la culpa de sus pecados mediante la realización de obras benéficas, por lo que las personas con discapacidad no solo tenían que permanecer ocultas, sino que pasaron a ser individuos con menos valor por la discapacidad que poseían ya que no podían cuidar de sí mismos. (Hernández, 2015 y Valencia, 2014).

Ya durante la modernidad, en la industrialización se empezó a utilizar el concepto de “Discapacidad” como la incapacidad para generar ganancia, por lo que, junto con los pobres, comenzaron a ser vistas como un problema social y educativo (Valencia, 2014). De esta manera existía una segregación de personas, por lo que solo las personas que no poseían una discapacidad eran productivas.

El mismo autor menciona que debido a las guerras que se suscitaron y el incremento de personas con discapacidad, se comenzó a buscar formas de rehabilitarlas. En Latinoamérica este campo comenzó alrededor de 1955, por la presión de servicios médicos y educacionales donde se crearon instituciones de carácter privado que solo cubrieron las necesidades de un pequeño sector.

Solo en 1960 se evidencia que el estado tiene un mayor protagonismo, pero de manera pasiva de sus servicios con las personas con discapacidad. Ya que comienza a ser vista la discapacidad como una enfermedad que debe ser curada.

De esta manera se puede tener en cuenta como estas connotaciones negativas que se han mantenido a lo largo de la historia, tienen peso en la sociedad sobre todo en personas con discapacidad y la manera en que son percibidas.

1.2. Concepto de la discapacidad

En la actualidad se tiene una mejor visión acerca de la discapacidad. En 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la discapacidad es un término genérico que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación. Las deficiencias son las que afectan a una estructura o función corporal, mientras que las limitaciones de la actividad aluden a las dificultades para ejecutar acciones y las restricciones de la participación son los impedimentos en la participación de situaciones vitales (Padilla, 2010). La CIF (Clasificación Internacional Funcional de la Discapacidad y la Salud) define a la discapacidad como “una interacción dinámica entre la alteración de las funciones o estructuras del cuerpo de una persona, las actividades que realiza en su vida cotidiana, su participación en la sociedad y los factores contextuales, ya sean ambientales o personales, que intervienen como barreras o facilitadores en el entorno del individuo” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2018).

En nuestro país la discapacidad es definida a partir de la Agenda Nacional de Discapacidades (2017), como una condición del ser humano y puede adquirirse en cualquier etapa de la vida, siendo esta, parte de la diversidad de las personas que conforman la sociedad y el país. Mientras que en el Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades en el Art. 1 se menciona que la persona con discapacidad “es toda aquella que como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad debidamente calificada por la Autoridad Sanitaria Nacional” (Moreno Gárces, 2017).

A partir de las definiciones presentadas se puede evidenciar que la visión que se tiene de las personas con discapacidad es de sujetos que poseen derechos, que organizaciones de salud y los distintos gobiernos deben velar por su bienestar integral, también existen planes de inclusión en diversas áreas, lo que no sucedía en la antigüedad. Sin embargo, pese a estos avances, aún existen barreras, actitudinales, físicas y de comunicación que no permiten del todo esta inclusión como se puede evidenciar en el apartado 1.4. y 1.7.

1.3. Tipos de la discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), clasifica a las discapacidades en cuatro tipos que se mencionan a continuación:

- a. Discapacidad Sensorial:** este tipo hace referencia a los sentidos, en los cuales se ubica el sentido auditivo, visual y también de comunicación o de utilizar el lenguaje. La discapacidad auditiva es la restricción de percepción de los sonidos externos de uno o de ambos oídos puede deberse a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis) (CIF, 2001). Por otro lado, la discapacidad visual comprende la deficiencia permanente en las estructuras y funciones asociadas con la visión. Por último, la discapacidad que también se comprende en este grupo es la de lenguaje, en el cual se da una deficiencia funcional o estructural irreversible de la expresión verbal, este afecta aspectos lingüísticos a nivel de comprensión como de expresión (Ministerio de Salud Pública , 2018).
- b. Discapacidad Intelectual:** se presenta un desarrollo mental incompleto o detenido, a causa en las afectaciones de funciones concretas en cada época del desarrollo que contribuyen al nivel global de la inteligencia (CIF, 2001). Mientras que el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2019) expresa que este tipo de discapacidad se relaciona con complicaciones a la comprensión de ideas, en la capacidad de razonar de manera rápida, en la resolución de problemas, el pensamiento abstracto y en la toma de decisiones.
- c. Discapacidad psico-social:** está relacionada al comportamiento adaptativo de la persona, estas padecen disfunciones temporales o permanentes de la mente, afectando la forma de pensar, los sentimientos, emociones, el humor, la conducta, de esta manera afecta desarrollarse en los ámbitos que le rodean (Ministerio de Salud Pública, 2018).

d. Discapacidad física: esta es la afectación permanente al cuerpo de manera interna y externa en el siguiente apartado se desarrolla de manera más profunda este tipo de discapacidad (CIF, 2001).

Además, existen personas que presentan dos o más discapacidades que generan limitaciones en la persona, este tipo se le denomina **discapacidad múltiple**; estas pueden ser la parálisis cerebral, epilepsia, autismo, etc., (Ministerio de Salud Pública, 2018).

1.4. Discapacidad Física

La Autoridad Sanitaria Nacional del Ecuador define a la discapacidad física como: deficiencias, limitaciones y restricciones permanentes e irreversibles, a nivel neuromusculoesquelética, que se traducen en limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento, fuerza reducida, dificultad con la motricidad fina o gruesa. Por lo que afecta la movilidad de la persona y en la realización de ciertas actividades de la vida diaria y/o autocuidado (Ministerio de Salud Pública , 2018).

Por otra parte, Tamayo (2021) menciona que la discapacidad física se reconoce también como discapacidad motriz e indica que existen diferentes tipos de discapacidad física, unas que se presentan desde el nacimiento y otras que son adquiridas, como puede ser debido a accidente; además expresa que las personas con discapacidad física suelen ser expertas en sus propias necesidades y que comprenden el impacto de su de la discapacidad.

Además, se debe tomar en cuenta las discapacidades múltiples, las cuales según, el MSP (2018a) son la presencia de dos o más discapacidades como puede ser una física con una sensorial, que llegan a generar deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales en varios sistemas del organismo humano.

1.4.1. Causas y tipos de la discapacidad física

La etiología de la discapacidad física o motriz es múltiple porque puede aparecer en cualquier momento de la vida, creando una limitación funcional que se manifiesta en el diario vivir, pudiendo presentarse en la fase prenatal, perinatal y en la etapa posnatal; puede ser progresiva y degenerativa. A continuación, se presenta la *Tabla 1* sobre la clasificación etiológica

que el Ministerio de salud Pública utiliza para fines estadísticos y así tener una mejor comprensión al respecto. Y la *Tabla 2*, del Ministerio de Educación de Bolivia que describe a profundidad las causas de la discapacidad.

Tabla 1

Origen de la discapacidad

Periodo de adquisición	Causas		
Prenatal	Genéticas		
	Ambientales - genotoxicidad		
	Multifactoriales		
Perinatal	Infecciosas		
	Traumáticas		
	Asfixia o hipoxia		
	Prematurez		
Posnatal	Ambientales		
	Infecciosas		
	Toxicológicas		
	Neoplásicas		
	Inmunoprevenibles		
	Enfermedades crónicas no transmisibles		
	Desastres naturales		
		Accidentes:	Tránsito
			Deportivo
			Doméstico
	Laboral		
	Traumatológicas	Centros educativos	
		Social o delincuencia común	
		De género	
	Violencia:	Maltrato/negligencia	
		Lesión auto infligida	

Nota. La tabla representa orígenes de la discapacidad. Tomado de *Calificación de Discapacidad* (p.23) Ministerio de salud Pública, 2018.

Tabla 2*Causas de la discapacidad*

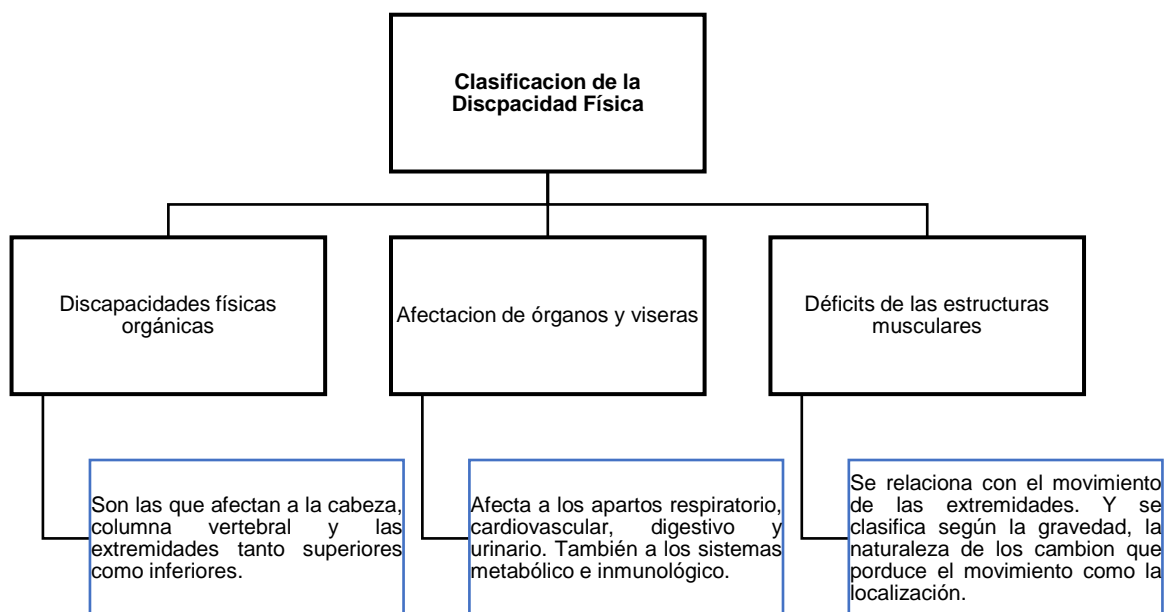
Etapas	Enfermedad/lesión	Descripción
Originadas en el nacimiento	Malformaciones congénitas	Ocurren durante el primer trimestre del embarazo.
	Parálisis braquial obstétrica (PBO)	Se produce una lesión mecánica en el momento del nacimiento en el plexo braquial.
	Espina bífida	Se desconoce su causa y se puede diagnosticar antes del nacimiento, es una anomalía del sistema nervioso central que ocurre durante el desarrollo intrauterino.
	Artrogriposis	Es una enfermedad congénita que se distingue por el desarrollo insuficiente de la musculatura esquelética y su causa es desconocida.
Después del nacimiento	Parálisis cerebral	Lesión irreversible, no progresiva que produce alteración de la postura y el movimiento.
	Miopatía de Duchenne	Es un trastorno degenerativo hereditario enlazado al cromosoma X que empeora rápidamente. Suele aparecer entre los dos y cuatro años y se caracteriza por la debilidad muscular.
A largo de toda la vida	Traumatismos	Este es el más común por accidentes o por la exploración de los niños, en los cuales pueden provocar lesiones físicas internas.
	Tumores	Se relacionan con la discapacidad física vinculada a la destrucción muscular, la compresión nerviosa.

Nota. En la tabla se aprecia causas de la discapacidad en el desarrollo de la persona. Tomado de *Discapacidad física motor* (p.31) Ministerio de Educación de Bolivia, 2013.

En la Figura 1 se puede apreciar la clasificación que realiza Tamayo (2021) a la discapacidad física, en la cual se visibiliza que la discapacidad física puede presentarse y afectar a diferentes partes del cuerpo.

Figura 1

Clasificación de la discapacidad Física



Fuente: creación propia a partir de la información de Tamayo (2021)

Para (Granda, 2020) y (Tamayo, 2021) las deficiencias se denominan según el número de extremidades y las partes del cuerpo que afectan como es la monoplejía (parálisis de una sola extremidad), paraplejía (afectación en piernas y pies), tetraplejía (pérdida total de movimiento de las extremidades inferiores y superiores), hemiplejía (parálisis de la parte contraria a la afectada como puede ser por accidente cerebrovascular), distrofia muscular, parálisis cerebral y amputaciones. También la discapacidad física se clasifica según el momento de la lesión, la etiopatogenia, la topografía y el origen de la deficiencia. Cada clasificación tiene subclasificaciones (Ministerio de Educación de Bolivia, 2013)

1.4.2. Grados de discapacidad física

La Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud conocida por sus siglas CIF (2011), establece los siguientes tres componentes a ser evaluados para determinar la discapacidad de una persona y su gravedad:

- Funciones y estructuras corporales: comprende y atiende principalmente a las condiciones fisiológicas y anatómicas de la persona.

- Actividades y participación: Está enfocado en analizar la capacidad de realizar tareas y acciones de la persona como pueden ser la comunicación, movilidad, autocuidado y la habilidad de relacionarse socialmente.
- Factores contextuales: Contempla a factores ambientales y personas que no forman parte de la condición de la persona.

Cuando se realiza este estudio biopsicosocial, se podrá llegar a encasillar la gravedad de la discapacidad en una de las siguientes escalas que se puede observar en la *Tabla 3*.

Tabla 3
Escala genérica de gravedad de discapacidad

Discapacidad	Definición	Porcentajes
Ninguna discapacidad	Persona con deficiencia permanente que ha sido tratada de manera oportuna y no presenta mayores problemas para ejecutar sus actividades de la vida diaria.	0 a 4%
Discapacidad leve	La persona manifiesta ciertas dificultades para efectuar actividades de la vida diaria, pero es muy independiente.	5 a 24%
Discapacidad moderada	Complejidad relevante al realizar algunas actividades cotidianas, pero independiente en actividades de autocuidado.	25 a 49 %
Discapacidad grave	Dificultad importante o imposible para realizar la mayoría de las actividades en su diario vivir, requiere cierta ayuda para las actividades de autocuidado.	50 a 74%
Discapacidad muy grave	Sintomatología que afecta gravemente la realización de actividades diarias. La persona requiere apoyo y cuidado de un tercero.	75 a 95%
Discapacidad completa	Deficiencia que afecta a la persona en su totalidad y necesita del apoyo de un tercero	96 a 100%

Nota. Se aprecia en esta tabla los grados que se considera en la discapacidad. Tomado de *Calificación de Discapacidad* (p.24) Ministerio de salud Pública, 2018.

1.4.3. Porcentajes de la Discapacidad Física

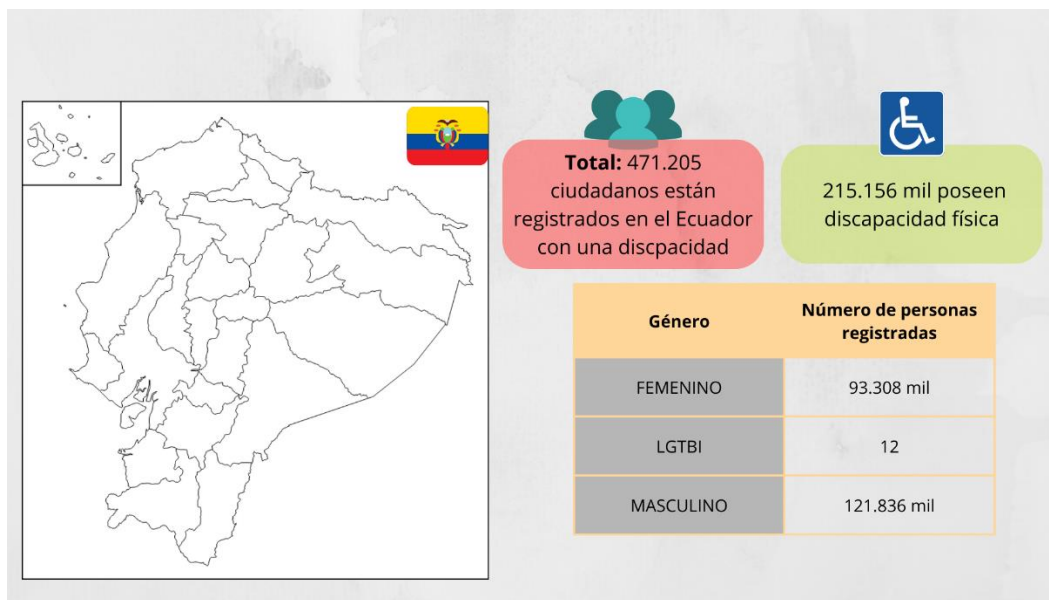
Según la OMS (2021), existen más de mil millones de personas con alguna discapacidad, es decir el quince por ciento de la población, además el número va en aumento por tendencias demográficas y la creciente prevalencia de dolencias. De esta manera no se puede llegar a conocer con certeza un porcentaje mundial de la discapacidad física.

Por otro lado, el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades hasta enero del 2022 se registró que 471.205 ciudadanos están registrados que poseen una discapacidad en el Ecuador, de una población de 17.674.788 mil millones, de los cuales 215.156 mil poseen discapacidad física como se evidencia en la figura 2 (Consejo Nacional de Discapacidades, 2022).

Según el número de registros, en la comunidad LGBTI se registran 12 personas en todo el Ecuador con discapacidad física; de género femenino, 93.308 mil y de género masculino se presentan con un mayor número registrando 121.836 mil que presentan discapacidad física, como se ve en la Figura 2 (Consejo Nacional de Discapacidades, 2022).

Figura 2

Estadísticas de personas registradas con discapacidad en el Ecuador.



En la tabla 4 se puede apreciar el número de personas que están registrados con una discapacidad en cada provincia del Ecuador donde se observa que Guayas tiene el mayor número

de personas con discapacidad con un número de 117.471 y en segundo lugar esta la provincia de Pichincha. Además, se puede observar que existe más personas con discapacidad física a diferencia de los otros tipos de discapacidad. De esta manera los tipos de discapacidad se distribuirían de la siguiente manera, la discapacidad física estaría en primer lugar, siguiéndole la discapacidad intelectual, discapacidad auditiva, discapacidad visual y la discapacidad psicosocial esto se puede visualizar en la Figura 3 (Consejo Nacional de Discapacidades, 2022).

Tabla 4

Número de persona con discapacidad por Provincia.

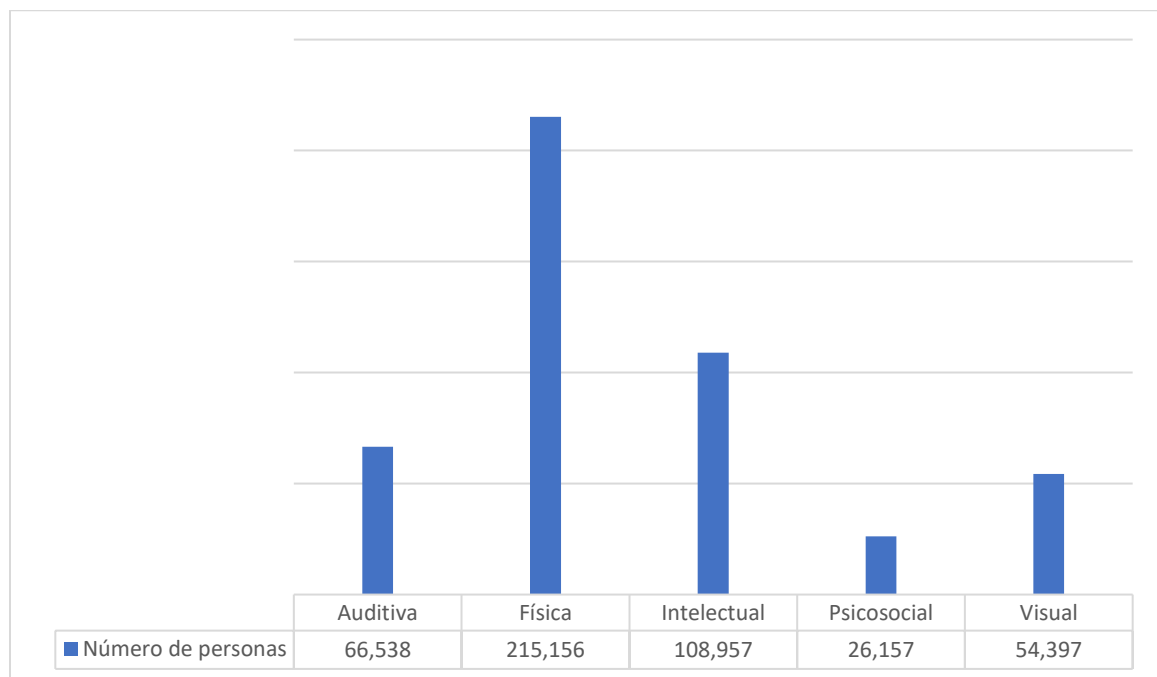
Provincia	Total, de personas con discapacidad
Azuay	29.522
Bolívar	7.545
Cañar	8.967
Carchi	4.910
Cotopaxi	11.272
Chimborazo	14.712
El Oro	19.708
Esmeraldas	16.038
Galápagos	669
Guayas	117.471
Imbabura	13.421
Loja	14.598
Los Ríos	23.377
Manabí	45.850
Morona Santiago	5.837
Napo	4.017
Orellana	6.394
Pastaza	3.281
Pichincha	76.518
Santa Elena	10.922
Santo Domingo de los Tsáchilas	12.720

Sucumbíos	6.274
Tungurahua	13.273
Zamora Chinchipe	3.905
Zona no delimitada	4
Total	471.205

Nota. Información tomada del Consejo Nacional de Discapacidades, 2022.

Figura 3

Número de registro según tipo de discapacidad.

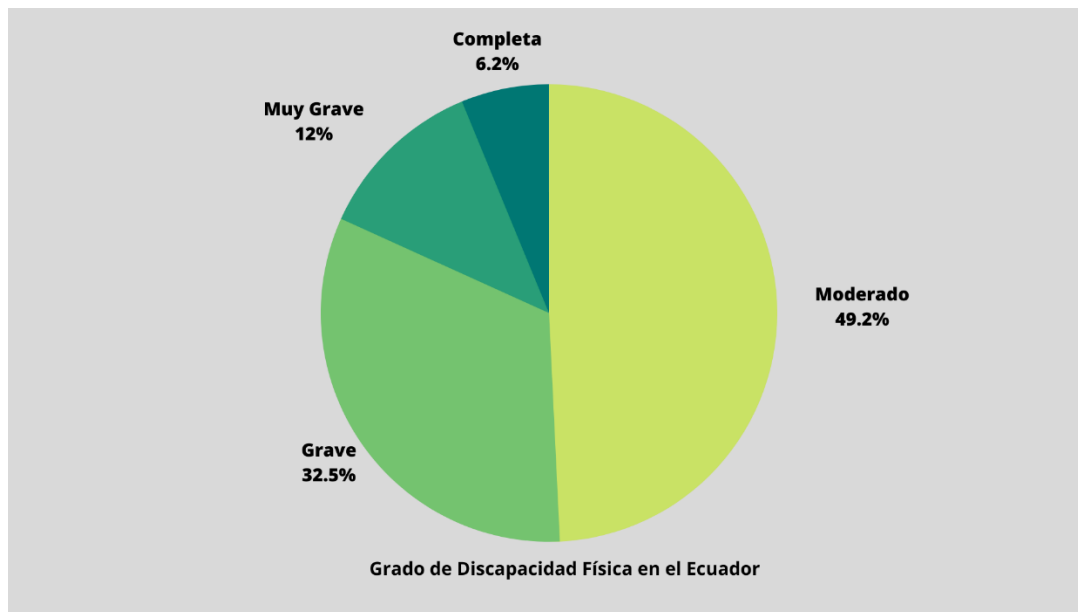


Nota. Información tomada del Consejo Nacional de Discapacidades (2022).

Como se indica en la Figura 4 se observa el grado de discapacidad el cual indica que el 49,24% de las personas con discapacidad física tienen una discapacidad moderada; el 32,52% posee una discapacidad grave; el 12,92% tiene una discapacidad muy grave y; el 6,23% posee una discapacidad completa. En estas estadísticas también, se evidencia que el mayor grupo etario que poseen una discapacidad física son personas de 35 a 64 años ocupando un 46,54%; el segundo es el grupo etario con un 30,16% es de 65 años en adelante y; el 10,45% de personas con discapacidad física son de 25 a 35 años en todo el país (Consejo Nacional de Discapacidades, 2022).

Figura 4

Grados de discapacidad física en el Ecuador

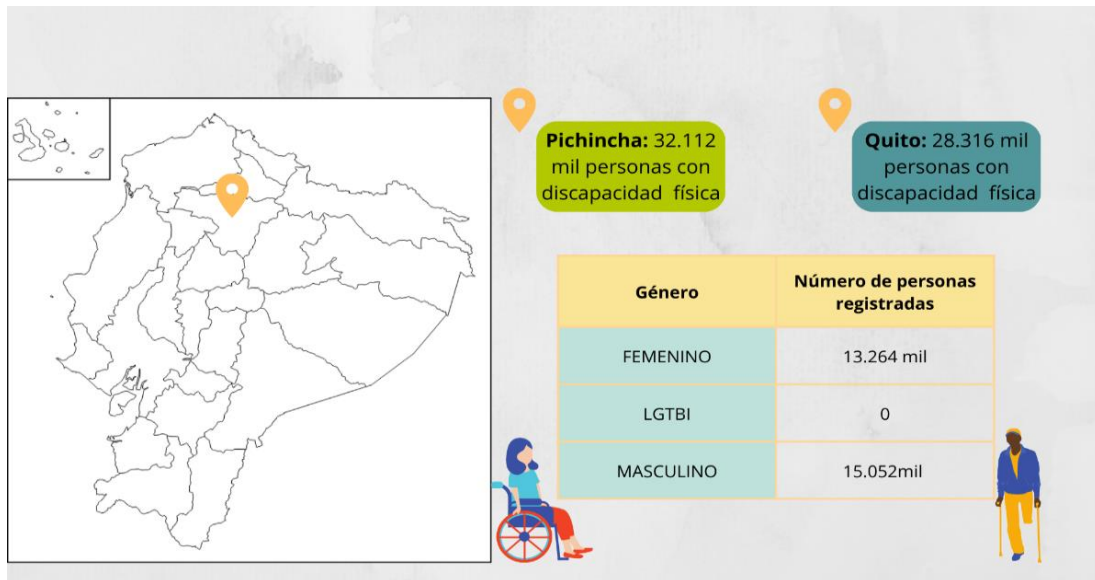


Nota: En la figura se aprecia el porcentaje de los diferentes grados de discapacidad en relación con la discapacidad física en el Ecuador.

En Pichincha se registra 32.112 mil personas con discapacidad física prevaleciendo con un 48,98% poseen una discapacidad física moderada, el 31,92% posee una discapacidad física grave, el 10,73% posee una discapacidad muy grave y el 8,37% tiene una discapacidad muy grave. En el cantón Quito se registra que 28.316 mil personas tienen discapacidad física, en esta ciudad no se registra casos de personas LGBTI con discapacidad física. También se evidencia que 15.052mil son de género masculino y que 13.264 mil, son de género femenino. Estas estadísticas constan en la Figura 5 (Consejo Nacional de Discapacidades, 2022).

Figura 5

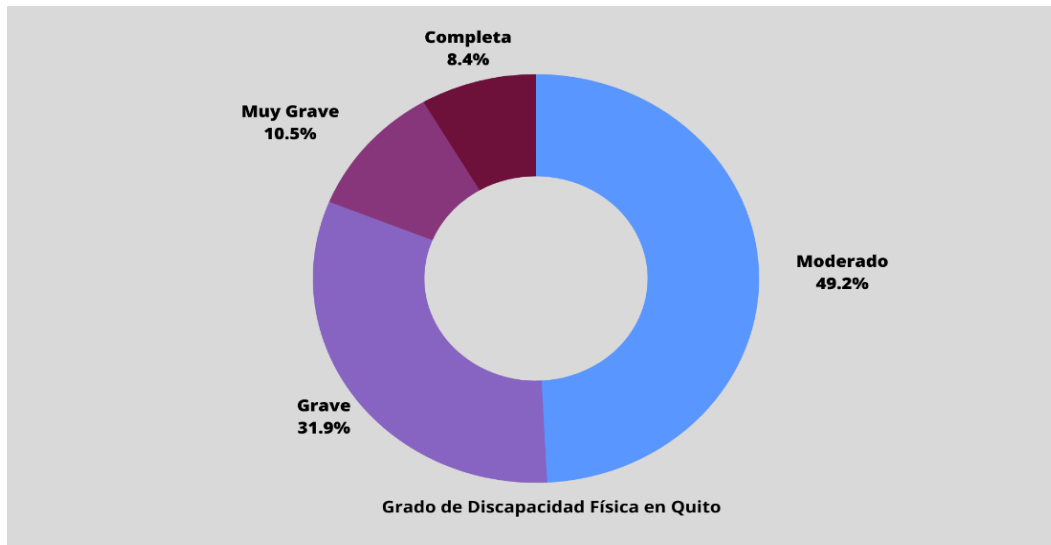
Número de personas registradas en la provincia de Pichincha y Quito



A partir de la Figura 6 se aprecia el grado de discapacidad en la ciudad de Quito, en la cual se registra que 13.934 mil poseen una discapacidad moderada, que 9.037 mil tiene una discapacidad grave, 2.964 mil, cuenta con una discapacidad muy grave y 2.381 mil posee una discapacidad física completa (Consejo Nacional de Discapacidades, 2022).

Figura 6

Número de personas registradas en la provincia de Pichincha y Quito.



1.5. Enfoques de la discapacidad

1.5.1. Modelo De presidencia

Este modelo es el más antiguo según Velarde (2012). Se podría ubicar entre la Antigüedad y la Edad Media. Posee una visión desde la religión, en el cual las personas con discapacidad poseen esta condición por castigo y se consideraba que no aportaban en nada a la comunidad. Además, menciona que, si la discapacidad era congénita, se consideraba la muerte por lo que se incurría en infanticidio, pero también las personas que sobrevivían eran objeto de burla y entretenimiento.

Por otra parte, Pérez y Chhabra (2019) denominan a este enfoque teórico como modelo tradicional, moral o religioso. A partir de la mirada de este modelo, el poseer una enfermedad era definida mediante fuerzas espirituales, por otro lado, a la discapacidad era vista como un defecto a causa de un fallo moral o un pecado cometido por la familia que tuvieran en su núcleo una persona con discapacidad.

Para Palacios y Bariffi (2007) y Toboso y Arnau (2008), se presentan dos submodelos en este enfoque, los cuales son: el Eugenesico que este considera que se podría situar en la antigüedad clásica, ya que desde ámbitos religiosos y políticos consideraban inconveniente la existencia de niños con discapacidad, ya que se tenía la percepción de que las personas que poseían discapacidad eran una carga. El otro submodelo es el de Marginación, se llega a ubicar en la Edad Media, con la llegada del cristianismo en el cual ya no se realiza infanticidio, pero las personas que poseían discapacidad morían por la omisión de sus necesidades básicas y los que sobrevivían lo hacían por medio de la mendicidad. Este submodelo es una constante histórica en personas con discapacidad y su característica principal es la exclusión, donde las personas con discapacidad eran tratadas como objetos.

Pérez y Chhabra (2019), mencionan que este modelo también se encuentra ligado a asentimientos de vergüenza, ya que en el tiempo que imperaba este arquetipo las familias se veían forzadas a ocultar a parientes con discapacidad, negándoles de esta manera, la posibilidad de desempeñar un papel activo en la sociedad, Por lo tanto, se puede observar, que el modelo de prescindencia se caracterizó por la discriminación y la exclusión, donde se percibe la respuesta

social hacia las personas con discapacidad y cómo sus connotaciones han tenido peso en el trato que se les da, por lo que en la actualidad se sigue trabajando y fomentando un proceso de inclusión.

1.5.2. Modelo Médico o Rehabilitador

Se desarrolla posteriormente al modelo de presidencia a comienzos del siglo XX, con motivo de la Primera Guerra Mundial, en el cual los impedimentos físicos y mentales provocados como producto de este conflicto, fueron considerados como enfermedades que podría recibir tratamiento, por lo que las personas con discapacidad dejaron de ser marginales. Desde este modelo se comprende que las causas de discapacidad son científicas y que pueden ser rehabilitadas para que, quienes las padecen, puedan aportar a la sociedad (Velarde, 2012).

Por otro lado, Pérez y Chhabra (2019) consideran a este modelo como individual, ya que tiene la visión de que el poseer discapacidad es sinónimo de poseer un cuerpo defectuoso, es decir que la discapacidad es un problema médico que reside en el individuo. También menciona que de esta manera busca dar un diagnóstico clínico y categorizar a la persona concede a los médicos y profesionales que puedan curar el “defecto”, “enfermedad” o que se pueda hacer a lo más “normal” posible. Para Velarde (2012) se crea un estigma sobre la persona con discapacidad, debido a la relación en la que el médico o profesional está por encima del paciente. Al respecto Toboso y Arnau (2008), mencionan que este modelo se fundamenta en actitudes paternalistas y caritativas, porque condena a las personas con discapacidad con menos valor que las otras.

Palacios y Bariffi, (2007) y Velarde (2012) expresan que la perspectiva que tiene este modelo rehabilitador es que la persona es definida desde un parámetro de normalidad ya que en la época en que se originó este enfoque, se utilizaban términos como invalidez o minusvalía para referirse a las discapacidades físicas o sensoriales; y de subnormal para catalogar a una diversidad psicológica o mental. Esto impidió que, tanto a nivel social como familiar, personas con distintas discapacidades puedan desarrollarse, ya que se consideraba que no son capaces de realizar actividades de su diario vivir ni por sus propios méritos y que necesitan de otro para su autorrealización. Esto puede afectar en cómo se percibe la persona con discapacidad ya que busca ser idéntico al otro, pasar de tener una “diferencia” a ser “normal o considerado de esta manera.

Lo positivo de este modelo es que dio lugar a la creación y cumplimiento en derechos a nivel jurídico y sanitario, generando políticas para tratamientos médicos y los servicios dirigidos

las personas con discapacidad. La atención sanitaria adquiere un rol fundamental en la esfera política. Por esta razón se lo toma en cuenta en la actualidad.

1.6. Modelo Social en la discapacidad

Pérez y Chhabra (2019); Velarde (2012) y Victoria (2013) expresan que este enfoque se origina entre los años 60, debido a grupos de personas con discapacidad que luchan en contra de su exclusión en instituciones educativas y laborales y el rechazo de vivir en instituciones apartadas y de ser sometidas a programas de rehabilitación, si tener el control de sus propias vidas, de esta manera exigen el derecho de autonomía.

En este modelo, se hace una distinción entre la deficiencia y discapacidad, en el cual, se menciona que la deficiencia es la pérdida o limitación total o parcial de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo, mientras que la discapacidad es la desventaja o restricción de la actividad. además, rechaza la noción de “normalidad” de esta manera da importancia a la identificación de capacidades (Velarde, 2012).

Este se diferencia de los anteriores modelos primeramente porque rechaza la noción de “normalidad”, dando importancia a la identificación de las capacidades que posee cada persona, la visión que tiene es que las discapacidades son un producto social, es decir que las personas son discapacitadas debido a que la sociedad no favorece y no otorga las necesidades adecuadas. Para Victoria (2013) los problemas que afrontan las personas con discapacidad no son debido a esta, sino, principalmente a las actitudes que la sociedad se presenta hacia la discapacidad. Aquí Pérez y Chhabra (2019) mencionan que estas actitudes también son a nivel arquitectónico y las barreras que han sido creadas por la sociedad. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (2013) menciona lo que conduce a tratarlos como personas incapaces de valerse por sí mismas, potenciarse y desarrollarse es la exclusión o discriminación social,

Por otra parte, Pérez y Chhabra (2019) exponen modelos que provienen del modelo social y que se han elaborado recientemente como son: el modelo biopsicosocial, de derechos humanos, y el de diversidad funcional, cada uno de ellos será abordado con su respectivo subapartado.

1.6.1. Modelo biopsicosocial o CIF

Este modelo está de cierta manera influenciado por el modelo médico, porque en 1980 la OMS creó una herramienta clasificatoria la cual denominó “clasificación internacional de

deficiencia, discapacidad y minusvalía”, esta clasificación tuvo fuertes cuestionamientos porque se ligaba al concepto de enfermedad que se manejaba el modelo médico. Por tal motivo se creó la Clasificación internacional del funcionamiento, la capacidad y salud en sus siglas CIF que define varias áreas de las cuales surgen las discapacidades como se aprecia en la **Tabla 5**. De este modo la CIF ha sido favorable como instrumento para personas que están a favor de los derechos de personas con discapacidad, investigadores y políticos, para el uso y entendimiento común del concepto de discapacidad (Pérez y Chhabra, 2019).

Tabla 5
Áreas que surge la discapacidad.

Área	Definición
Déficit	Perdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental
Limitaciones	Se clasifica en diferentes grados dependiendo la ejecución esperada de personas sin alteración de la salud.
Restricción	Son los problemas que puede una persona percibir en situaciones vitales.
Barreras	Factores que condicionan el funcionamiento de las personas con discapacidad y crean su discapacidad.

Nota. En la tabla se aprecia la clasificación que hace la CIF de cómo surge la discapacidad.

Fuente: elaboración propia mediante información de Pérez y Chhabra (2019).

1.6.2. Modelo escandinavo o relacional

Este modelo es más flexible que el modelo social y la base de como comprende la discapacidad es a partir de la relación de la persona con el medio que se desarrolla. También expresa que las personas que poseen discapacidad poseen capacidades y cualidades (Pérez y Chhabra, 2019). Este modelo posee tres ideas principales las cuales son:

- 1) La discapacidad proviene de una desarticulación entre la persona y su medio.
- 2) La discapacidad es situacional o contextual.

3) La discapacidad es relativa.

Gooley (2017), menciona que este modelo por el lugar que se ejecuta y que tiene adecuados servicios y derechos sociales, lo que permite que este modelo sea adecuado en referente a otros lugares, también que este modelo no es tan próximo a asociaciones de personas con discapacidad (Pérez y Chhabra, 2019).

1.6.3. Modelo de derechos humanos

Quinn y Degene (2002), mencionan que el principio de los Derechos Humanos es la identificación de la dignidad humana, de modo que toda persona es válida. Este modelo tiene seis principios esenciales, que son los siguientes:

- Se comprende a la discapacidad como un derecho humano y no está ligado a condiciones de salud o un estado corporal.
- Son más que leyes antidiscriminatorias e incluye derechos económicos, sociales y culturales.
- El impedimento debe ser distinguido como una variación humana.
- Se debe contemplar la discriminación múltiple y los diferentes tipos de la diversidad.
- Las políticas de prevención tienen que ser perceptivas a los derechos humanos.
- La pobreza y la discapacidad están interrelacionadas, por lo que el modelo busca políticas de desarrollo.

Es decir que este modelo busca cambiar actitudes y comportamiento que estigmatizan y marginalizan a personas con discapacidad, de modo que pretende el ajuste de leyes y programas para garantizar el cumplimiento y protección los derechos civiles, económicos y sociales de las personas con discapacidad (Pérez y Chhabra, 2019).

1.6.4 Modelo de diversidad funcional

Este comprende a la discapacidad como una parte de la diversidad humana y propone garantizar la dignidad de todas las personas a partir de la lucha de estereotipos socioculturales como también de la terminología como es “minusvalía” “discapacidad”, así resalta que al hablar de personas con diversidad funcional se entienda que estas personas realizan las mismas funciones de los demás, pero de modo diferente (Pérez y Chhabra, 2019). También Velarde (2012), indica que este modelo propone la aceptación de la diversidad funcional y la dignidad de esta, se sustenta de dos valores

fundamentales, los cuales son: dar el mismo valor a todas las vidas y garantizar los mismos derechos y oportunidades a todas las personas.

De este modo el enfoque social comienza a observar a la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, lo que implica que las personas con discapacidad sean tomadas en cuenta como sujetos de derechos; de esta manera reconoce los derechos de igualdad y no discriminación (Velarde, 2012 y Victoria, 2013). Este enfoque busca la construcción de sociedades, que sean integradoras, que valoren la diferencia y respeten la dignidad, la igualdad para todos, independientemente de las diferencias y discapacidades. De esta manera este sistema se relaciona con la inclusión y la aceptación plena de las diferencias, busca alcanzar en la atención de las necesidades de todas las personas (Toboso y Arnau, 2008). Y se basa en tres supuestos básicos los cuales son: la dignidad de la persona humana, la autonomía y la accesibilidad.

En resumen, la visión que tiene el Modelo Social es, que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad de igual medida que el resto de las personas, siempre desde la valoración y el respeto a su condición. Además, busca a una sociedad accesible que haga uso de la tolerancia y el respeto, para la construcción de una democracia verdadera y que se debe entender a la discapacidad desde un contexto social, cultural, histórico y geográfico (Velarde, 2012).

De este modo el presente trabajo toma como referente al modelo social en el cual se trabaja desde el enfoque de derechos, porque se busca la inclusión de personas con discapacidad como sujeto biopsicosocial de acuerdo con sus propias necesidades y el trabajo en conjunto de su entorno social para la creación de recursos para su desarrollo personal.

1.7 Adaptaciones y accesibilidad en la discapacidad física

A partir del documento Manual de Accesibilidad Universal de Boudeguer y Squella (2010) mencionan que la accesibilidad es el conjunto de varios atributos que tiene que poseer un entorno urbano, edificación, producto, servicio o medio de comunicación y estos deben brindar comodidad, seguridad, igualdad y autonomía a todas las personas. En el mismo documento se señala que una buena accesibilidad es aquella que es desapercibida por las personas. El término “accesibilidad desapercibida” se basa en tres condiciones en el diseño de accesibilidad, primero que sea seguro, segundo que brinde autonomía y tercero que sea cómodo para todas las personas. En caso de no

cumplir el requisito de seguridad para un grupo el espacio deja de ser accesible. Es decir que el espacio sea equivalente para todas las personas.

El concepto de accesibilidad ha ido evolucionando, concibiendo el entorno y lo objetos aptos para todas las personas, así creando un nuevo enfoque que sea inclusivo. De esta manera surge el concepto de Diseño Universal el cual comprende el diseño ligado a productos y entornos que respondan a las necesidades de la mayoría de las personas, (Boudeguer y Squella, 2010). Para lo cual existen siete principios para el adecuado desarrollo de diseño de productos y entorno que propone el Centro para el Diseño Universal de la Universidad Estatal de Carolina del Norte, los cuales se puede apreciar en la Figura 7.

Figura 7

Principios en el diseño de accesibilidad

1) Igualdad de uso	•El diseño debe ser facil de usar para todas las personas.
2) Flexibilidad	•El diseño se acomoda a una amplia gama y variedad de capacidades individuales.
3) Uso simple y funcional	•El diseño debe ser facil de entender, e intuitivo en el uso.
4) Información comprensible	•El diseño debe ser capaz de intecambiar infomación con el usuario de manera gráfica, verbal, táctil.
5) Tolerancia al error	•El diseñador reduce las posibilidades de realizar actos inconcientes que impliquen reisos.
6) Bajo esfuerzo físico	•El diseño debe poder ser usado eficazmente y con el mínimo esfuerzo posible.
7) Dimensiones apropiadas	•Los tamanos y espacio deben ser aporpiados para el alcance, manipulación y el uso; independientemente del tamaño, posición o movilidad.

Fuente: Esquema propio basado en la información de (Boudeguer y Squella, 2010)

Además, en la guía de accesibilidad de Boudeguer y Squella (2010) se menciona la “cadena de accesibilidad” refiriéndose a la manera de desplazarse de una persona de un punto a otro con independencia, facilidad y sin interrupciones. También el Sistema Ecuatoriano de Normalización INEN (2015) define a la cadena de accesibilidad como “el conjunto de elementos que, en el

proceso de interacción del usuario con el entorno construido, permite la realización de las actividades previstas en él”. En caso de la movilización de la persona no es posible realizar, y que la cadena se corte, hace referencia a que el espacio sea inaccesible. Para ejemplificar de mejor manera si la puerta de ingreso de un ascensor no cumple con las medidas para permitir el paso para una silla de ruedas ya está cortando la cadena. De igual manera si el ancho de una vereda principal no permite que una persona de silla de ruedas gire 360 grados también hace una ruptura en la cadena de accesibilidad.

Existen tres tipos de cadenas para que un espacio urbano o una edificación sea accesible, se puede apreciar en la Tabla 6 teniendo en cuenta las tres condiciones de accesibilidad.

Tabla 6
Cadenas de accesibilidad

Cadena	Condición	Seguridad	Autonomía	Comodidad
		Agrupar todos los parámetros en donde el incumplimiento de la norma crea peligro	Estructura todos los parámetros donde el incumplimiento a la norma constituye impedimento para que una persona pueda valerse por sí misma y no dependa de nadie	Reúne los parámetros donde el incumplimiento de la norma dificultaría el paso o estancia de un entorno
1) Espacio público y edificación		Ancho de la circulación exterior		
<i>Conectividad entre entorno urbano a la entrada principal de edificación o espacio público</i>		Señalización de paso peatonales		
		Pavimento podo táctil de advertencia en pasos peatonales		
		Pintura en bordillo		
2) Accesibilidad entre bloques		Pavimentación o repavimentación de superficies	Implementación y reubicación de señalización informativa y orientativa	Adquisición de acciones accesibles (bancas exteriores)
De la entrada principal de edificación o espacio urbano		Implementación y sustitución de rejillas de drenaje en aceras y circulaciones	Sustitución de manijas de puerta por otras de forma adecuada	

hacia bloques y entre ellos	Implementación de luminarias	Adecuación de baño existente para que sea considerado accesible	Sustitución de basureros o papeleras
(circulación horizontal)	Implementación de cinta antideslizante en superficies	Implementos de equipos (TICS) accesibles	
	Pulsador de alarma, kit de suministro de evacuación	Adquisición de mobiliario accesible como escritorios, mesas o pupitres	
3) Conexión entre niveles	Reconstrucción total o parcial de rampa	Construcción de rampa (para salvar nivel de escaleras)	Adecuado espacio de ascensores
<i>La conectividad entre los diferentes niveles y espacios de la edificación o espacio público</i>	Derroque de escalera y construcción de un nuevo bloque de escaleras		
(circulación vertical)	Colocación de pavimento táctil indicador de advertencia en aproximaciones de escaleras	Implementación de salva escaleras y plataforma elevadora	
	Implementación de pasamanos en escaleras		
	Implementación de pasamano en rampa	Implementación y reubicación de señalización informativa y orientativa	Adecuado espacio de escaleras
	implementación de sillas de evacuación en zonas cercanas a las escaleras de escape		
	Colocación de banda adhesiva de advertencia	Sustitución de manijas de puerta por otras de forma adecuada	
	Colocación de bordes táctiles en peldaños		

Fuente: Elaboración propia en base SETEDIS (2015) y Sistema Ecuatoriano de Normalización INEN (2015).

Por otra parte, Boudeguer y Squella (2010) hacen mención de que el ser humano es discapacitado dependiendo el entorno que se desenvuelva, los obstáculos que impidan a las personas su movilidad y autonomía crean barreras, y esto sucede porque el entorno ha sido

diseñado para un modelo de persona. De esta manera la accesibilidad tiene relación con el enfoque social, como se mencionó en el apartado 1.6 a partir de los autores como (Victoria, 2013; Pérez y Chhabra, 2019) que toman en cuenta que los problemas que enfrentan las personas con discapacidad son por actitudes de la sociedad sea en la creación de productos y el entorno. Las barreras del entorno se le puede clasificar de la siguiente manera, como se aprecia en la Ilustración 1.

Figura 8
Barreras del entorno



Fuente: Elaboración propia en base a información de Boudeguer y Squella (2010)

Además, Boudeguer y Squella (2010) indican que, entre las medidas máximas y mínimas, la medida universal para diseñar una superficie es la cual permita la libre circulación y de maniobras de desplazamiento de una persona en silla de ruedas, la cual permite una accesibilidad para todos en cuanto a movilidad y su medida es de 80 x 120 cm. Para que un espacio se encuentre adecuadamente accesible debe poseer medidas universales y brindar que el desplazamiento de todas las personas sea seguro, cómodo y que la persona logre hacerlo de manera autónoma, como

es brindar facilidades de apoyo como pasamanos o texturas en el suelo, que las zonas que sean de uso del peatón sean de materiales óptimos que no ocasionen accidentes, que posea además banda o guías táctiles, al igual que la señalización como es el de Símbolo Internacional de Accesibilidad (SIA), este indica que un sitio es accesible. En otras palabras, el diseño debe ser pensado para la utilización de todos.

En cuanto a mejorar el nivel de accesibilidad de diferentes entornos se debe realizar un plan que identifique las barreras de accesibilidad del estado actual para realizar soluciones adecuadas y comprender que adecuaciones se deben realizar con prioridad (SETEDIS, 2014). Para la realización del Plan de Accesibilidad Universal este compuesto de seis etapas esta es:

- Pre- requisitos: es recomendable tener los planos arquitectónicos que se va a intervenir y obtener datos generales.
- Diagnóstico: En esta etapa se identifica los elementos que no se ajustan a los parámetros de accesibilidad establecidos en la normativa, esta se realiza por visitas y fichas técnicas.
- Cadenas de Accesibilidad: Es como se encuentra el diseño de desplazamiento entre un punto a otro y este debe ser de forma continua sin rupturas, en caso de ruptura ya no es accesible el espacio.
- Escenario Ideal: Se reevalúa el estado de accesibilidad actual para indicar el nivel de accesibilidad que puede alcanzarse de manera factible y viable.
- Priorización según análisis multicriterio: En este se analiza las condiciones de accesibilidad, el impacto por tipo de discapacidad y otros grupos de atención prioritaria, además del costo, tiempo e impacto global.
- Toma de decisiones.

A partir de la accesibilidad en personas con discapacidad física en el Ecuador, la Defensoría del Pueblo del Ecuador (2016) en su reportaje menciona que a pesar de que existe avances en cuanto a la protección y cumplimiento de derechos de personas con discapacidad hay sectores que no se presenta una accesibilidad adecuada. Afirma que existen varias limitantes en la accesibilidad dificultando el acercamiento a entidades públicas o privadas, destacando el aspecto laboral y educativo. Además, destaca que, si no se genera un ambiente inclusivo en todos los espacios, el acceso a sus derechos no se efectúa por lo que el diseño y ejecución de programas para personas

con discapacidad debe mantenerse con el tiempo e ir adecuando a las necesidades que presente como parte compromiso estatal y social.

Por otra parte, Comciencia PUCE (2022), como medio de divulgación científico en una de sus producciones, da a conocer cómo se rompe las cadenas de accesibilidad, en el cual se visualiza como existe una rampa y después gradas, incluso que existe una rampa muy inclinada al acceso de entrada del centro médico. De esta manera se evidencia que no se cumplen las condiciones de seguridad, autonomía y comodidad en el diseño de accesibilidad. También indica que a pesar de que exista leyes y propuestas que buscan cumplir que el entorno, el transporte y la comunicación sea accesible, no todos los espacios son accesibles para todos, como personas con vulnerabilidad, adultas mayores o embarazadas.

En igual forma como expresan Boudeguer y Squella (2010) no se toma en cuenta los cambios naturales que generan una disminución durante el desarrollo de la vida de una persona como;

- La infancia
- Los cambios que trae consigo la vejez
- La obesidad
- Las diferencias en la antropometría o dimensiones del cuerpo
- El embarazo
- El uso de lentes y/o audífonos
- Secuelas físicas o sensoriales, de enfermedad o accidente.
- Lesionados temporales (persona enyesada)

De esta manera, la sociedad y el estado deben contribuir al desarrollo de un entorno accesible y universal, eliminando barreras, que los espacios sean inclusivos con todos, fomentar la empatía en el uso de estos espacios y en las diferentes áreas que se desenvuelve una persona. Además, que se logre adaptaciones de acuerdo con las necesidades que presenten grupos vulnerables y que no se deje programas que permitan la accesibilidad universal.

1.8. Enfoque psicológico humanista

El Humanismo tiene bases de diferentes épocas. En la Edad Media los griegos y romanos buscaban la autorrealización en libertad de las personas; mientras que, en la época de la ilustración, filósofos idealistas se basaron en la educación para la búsqueda de un desarrollo libre para las personas. De esta manera estos sustentos que se dieron en la historia fomentaron a una visión más amplia a partir de sus aptitudes y actitudes, lo cual permitió atender las necesidades de las personas. De este modo surgieron pensamientos y valores de reconocidos filósofos como Descartes, Kant y Hegel que resaltan los valores de libertad, dignidad, razón y respeto. Permitiendo de manera fundamental para lo que hoy se conoce como el enfoque humanista (Henaó, 2013).

Para Riveros (2014) y Henaó (2013), el enfoque humanista surge debido a acontecimientos históricos que atravesaba el mundo como son las guerras y las consecuencias que estas traen. En estos tiempos se reflexionó acerca del bienestar social. La visión del enfoque humanista se originó de diferentes maneras en Estados Unidos como Europa. El humanismo europeo aparece en el tiempo de la preguerra y toma una rama más filosófica desde la visión de pensadores como Heidegger, Merleau - Ponty, Unamuno y Sartre, tomando la fenomenología existencial y uniéndola con la logoterapia fundada por Viktor Frankl.

En USA no se contaba con bases filosóficas, como en Europa, pero debido a la emigración producto de la persecución nazi, el humanismo toma una mirada más amplia hacia la persona. De acuerdo con Estrada (2018), se presentaron varias causas para que el humanismo se manifieste como la tercera fuerza una de ellas era el cuestionamiento al psicoanálisis por el tratamiento hacia los traumas de la época. En la Tabla 7 se puede apreciar las diferencias entre estos dos continentes acerca del humanismo.

Tabla 7

Diferencias del humanismo europeo y norteamericano.

Movimiento humanista clásico norteamericano	Orientación existencial europea
Lo más importante es el desarrollo de las potencialidades: autorrealización	Su interés principal son las limitaciones del ser humano

Se centra en la conciencia, la superación de la angustia, el encuentro y las experiencias culminantes	Aceptación de las preocupaciones esenciales: angustia, aislamiento, separación, muerte, carencia de sentido de vida
El ser humano en cuanto al significado que le doy al Ser	El ser humano en cuanto a Ser

Nota. Adaptado de *Teorías y Métodos del Humanismo* (p.10), por L. Estrada, 2018.

Es en 1962 que se origina oficialmente en Norteamérica, la Psicología Humanista cuando Abraham Maslow fue presidente de la Asociación Americana de Psicología Humanista, en sus siglas en inglés AAHP. Surgió por un grupo de psicólogos que buscan desarrollar un nuevo enfoque debido al cuestionamiento de las perspectivas del Conductismo y el Psicoanálisis, de esta manera dar origen a una psicología que tenga la perspectiva de la persona como un todo, comprendiendo la subjetividad y su experiencia interna (Estrada, 2018; Riveros, 2014).

La perspectiva de la corriente psicológica humanista es tener en cuenta a las personas de forma holística, destacar sus características y cualidades, atender a las experiencias humanas como la voluntad, amor, captación y vivencia de valores éticos, vacío existencial, experiencias transpersonales, etc. Reconocer y fomenta la capacidad de tomar decisiones libres a partir del respeto hacia sí mismo como a los demás, de modo que se pueda experimentar el sentimiento sano de culpa y no aquel neurótico del psicoanálisis. Existen teorías que forman parte fundamental de la psicología humanista porque resaltan los valores de esta corriente como es el centrarse en la persona, potencializar sus capacidades, brindar un ambiente de aceptación y recursos necesarios para que logre su proyecto de vida y el sentido la misma (Rosal, 2017).

Abraham Maslow es considerado el padre de la Psicología Humanista, porque fue uno de los primeros en teorizar el potencial humano, referente a la autorrealización de la persona para ser uno mismo, también brindo un panorama más amplio de la persona en el cual se debe poner atención sus ámbitos tanto biológicos, psicológicos, sociales como espirituales. (Estrada, 2018; Henao, 2013; Riveros, 2014). Además, propuso la teoría de la motivación humana en la que planteo la jerarquía de las necesidades, en el cual existen cinco niveles que se ubican en una pirámide y se da en modo jerárquico mencionando que es estas necesidades son la que motiva a la persona a su propio desarrollo.

En la base de la pirámide se ubica las necesidades fisiológicas, las cuales son primordiales para el sustento de la vida, al momento de estar satisfechas estas necesidades se manifiestan las de seguridad, estas hacen que las personas logren estabilidad, librarse de riesgos y de esta manera asegurar su supervivencia. Consecuentemente aparecen las necesidades de amor y pertenencia, en este la persona busca relacionarse al ser un ser social por naturaleza y ser aceptado por sus círculos sociales, a continuación, se encuentran las necesidades de estima, se relaciona con el sentimiento de bienestar de sí mismo, a partir de la valoración que se dan, el respeto, así logrando una autoestima positiva y en esta escala influye la estima que tiene de los demás. Finalmente, dentro de la jerarquía de las necesidades se halla la autorrealización, esta también se relaciona con la autoestima, en el cual a persona posee autonomía y autocontrol, así desarrollando sus talentos de esta manera posee un sentimiento de satisfacción por sí mismo, al final de sus días Maslow expreso que la autorrealización puede ser dinámica debido a las críticas que se tenía acerca de que sea jerarquizada. (Naranjo, 2009; (Maslow, 1991)

Carl Rogers (1951/1997) brindo grandes aportaciones a este enfoque como es la teoría de la personalidad del sí mismo o Self, que explica que dependiendo el modo de que llegue a los objetivos del proyecto de vida, la persona se desarrollará. Además, apporto con la Terapia centrada en la persona, también llamado como Terapia no directa, esta se centraba en la persona, de modo que se le aceptaba de manera positiva a través del respeto y la comprensión. De esta manera brindado un ambiente de empatía para que la persona estructure una visión de sí mismo generando cambio y el desarrollo individual (Arias, 2015; Estrada, 2018).

Otro autor que brindo significativos aportes es Viktor Frankl (1905-1997), no solo indago en la dimensión biopsicosocial de la persona, también inspecciono la dimensión espiritual del ser humano, que tiene como objetivo encontrar el sentido de la vida. De esta manera fundo la Logoterapia, esta tiene tres pilares fundamentales, los cuales son: 1) la libertad en voluntad, el cual menciona que cada persona es libre de sus instintos, la herencia y el medio externo. 2) voluntad de sentido, este comprende el impulso propio a localizar un significado y propósito en la vida. Es importante recalcar que cuando este pilar falla Frankl lo define como “frustración existencial”, que en la actualidad se presenta en la consulta. 3) Sentido de vida, este debe ser develado por la misma persona, en el cual se tiene que descubrir las más profundas motivaciones, que permitan otorgar

este sentido de vida, esto con ayuda de un profesional que lo oriente (Estrada, 2018; Riveros Aedo, 2014).

Para llegar a encontrar el Sentido de vida, el mismo autor menciona que existen tres caminos a partir de valores que las personas encuentran sentido: el primero es el de Valor de experiencia, este comprende a la acción de recibir lo que el mundo ofrece; el segundo es el Valor de creación, el cual se refiere a lo que se da al mundo y el tercer camino es de Valores de actitud, el cual consiste en poseer una posición distinta ante dicha situación dolorosa (Estrada, 2018).

De esta manera se puede apreciar que la Psicología humanista ha pretendido validar a la persona de manera integral, refiriéndose acerca de la discapacidad se puede llegar a inferir que, si se toma este enfoque, se puede observar a la persona con discapacidad más allá de su condición, respetándola, comprendiéndola, atendiendo a sus necesidades, logrando así la inclusión. Además, a través de la logoterapia se puede trabajar situaciones que se deben afrontar en relación con la discapacidad, siendo así que la persona pueda descubrir nuevos valores y potencialidades. Por esta razón se ha tomado a este enfoque en la presente disertación porque concibe la persona como un ser integral, tiene en cuenta sus necesidades y potenciar sus cualidades, evitando caer en prejuicios o estigmatización.

CAPÍTULO II

Autoestima

Para tratar el concepto de autoestima es importante abordar el término de autoconcepto, ya que la autoestima se fundamenta en este, pero son diferentes. Para Perpiñán, (2013) y (Consuegra, 2010), el autoconcepto es el conjunto de atribuciones que la persona tiene sobre sí misma, características que la definen como persona, lo cual ayuda a que el sujeto se sitúe en el mundo con una identidad concreta, aprendiendo a valorarse por los atributos que posee y los que no, pero esta se nutre a partir de las percepciones que personas significativas tienen sobre ella.

Perpiñán, (2013) menciona que la autoestima es la valoración positiva o negativa que se tiene de uno mismo; se diferencia del autoconcepto, pues ya no se cuestiona el cómo soy, sino el sí me gusta cómo soy. Para Rossemberg (1965), la autoestima es la evaluación global positiva de la persona hacia sí misma, que consiste en el respeto que la persona tiene de sí misma y se considere digna (Abdel-Khalek, 2016).

También Rodríguez (2012), menciona que para tener autoestima es necesario que la persona se conozca y esté consciente de sus propios cambios. El individuo crea su escala de valores y desarrolla sus capacidades, si se acepta y respeta a sí mismo. En caso de que esto no se efectúe, tendrá un pobre concepto de sí mismo; si no se acepta, no tendrá autoestima. Además, expresa que la autoestima se compone del autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación y autorrespeto. Y Brown, Dutton y Cook (2001) reconocen tres formas de utilizar el término "autoestima": la primera como la autoestima global o de rasgo para referirse a la forma en que las personas se sienten característicamente sobre sí mismas la segunda, la autoevaluación para referirse a la forma en que las personas evalúan sus diversas capacidades y atributos, y la tercera sentimientos de autoestima para referirse a estados emocionales momentáneos (Abdel-Khalek, 2016).

Por otra parte, Naranjo (2007), expresa que la autoestima se desarrolla a lo largo de la vida, a partir de la interacción de la persona con otros, de esta manera el sujeto se considera importante para los demás y para sí mismo, a partir de logros y el reconocimiento. Stosny y Morrel (2005), expresan que la autoestima se relaciona con las creencias personales de las habilidades, capacidades y relaciones sociales, también que es un barómetro global de autoevaluación que involucra valoraciones cognitivas de la autoestima general y experiencias afectivas que están vinculadas a estas valoraciones (Abdel-Khalek, 2016). Y para López, Pérez, y Sales (2001) mencionan que su concepto es la aceptación y aprecio que tiene el sujeto a sí mismo y que este es aprendido mediante la valoración que se hace del comportamiento y de la incorporación de la opinión de los otros con respecto al individuo. De este modo se puede comprender al concepto de autoestima como la autoevaluación y conceptualización descriptiva que las personas se hacen y sostienen con respecto a su persona. También se evidencia que, para el desarrollo de esta, influye las relaciones sociales con quienes tenga interacción el sujeto. Por lo que, la autoestima es un factor importante para la autorregulación y la calidad de vida.

Perpiñán (2013), también menciona acerca del concepto de autoestima positiva, haciendo referencia este término a la aceptación no solo de los aspectos positivos que tiene el sujeto, sino de las debilidades y los aspectos que puede cambiar. Además, hay que tener en cuenta que la

construcción de la autoestima está ligada a los diferentes sistemas en los que se desenvuelve el sujeto.

2.1. Tipos de autoestima

Cuando se habla de autoestima la mayoría de los autores menciona dos tipos los cuales son: autoestima alta y autoestima baja. Para Abdel-Khalek (2017), a partir de la autoestima alta, menciona que las personas que poseen una alta autoestima son más resilientes a las adversidades de la vida, posee la habilidad de aceptar momentos difíciles y manejar situaciones desagradables. Mientras que la autoestima baja se puede llegar a presentar en sentimientos de inutilidad, inferioridad e inestabilidad emocional, conduciendo estos sentimientos a la insatisfacción con la vida. Para Rodríguez (2012), la autoestima alta es el reconocer las limitaciones, debilidades propias y de éstas, sentir orgullo y confianza de las habilidades y capacidades y el modo que se toma decisiones. Y esta no se debe asociar con un estado de éxito total y constante. Y la autoestima baja se asocia con sentimientos de desesperanza, desconfianza lo cual ocasiona aislamiento o sentir la envidia de lo que otros tienen

De igual modo como lo explica Martínez (2010), la autoestima alta es el conjunto de percepciones y actitudes positivas que tiene un individuo de sí mismo, las personas que poseen este tipo de autoestima de cierta manera son más autónomas y tiene más fortaleza al momento de recibir críticas. Mientras que explica que la baja autoestima se distingue por la poca capacidad que tiene una persona para enfrentar los problemas y que su estado anímico se ve afectado por situaciones difíciles (Panesso y Arango, 2017).

2.3. Autoestima en la discapacidad

Desde el análisis de la discapacidad motriz, el autoconcepto y la autoestima son variables críticas. La comparación social juega un papel primordial en el desarrollo de la autoestima por lo que cualquier información negativa en base a limitaciones significativas en el funcionamiento de alguna de las habilidades adaptativas puede ser una amenaza potencial tanto a la autoestima como a la salud de la persona (Pérez y Garaigordobil, 2007). Además, hay que tener en cuenta que la sociedad los limita, ya sea por la estigmatización que existe, por barreras arquitectónicas y el no

saber cómo dirigirse o actuar frente a una persona con discapacidad si se observa desde el modelo social.

Sanz (2011), menciona que el sujeto está inmerso en una cultura competitiva, donde la autoevaluación se basa en la comparación de características con los otros, en la cual debería darse importancia a una autoevaluación, en la que las personas con discapacidad física acepten sus limitaciones, pero también se debe hacer énfasis a lo externo al sujeto como es la accesibilidad y la participación en diferentes ámbitos sociales y cómo estos factores externos contribuyen positivamente a la construcción de la identidad y a la mejora de la autoestima en la persona que presenta discapacidad física. De esta manera, se puede inferir que la persona con discapacidad física no solo debe aceptar su condición, también debe ser aceptada por la sociedad.

Maslow, (1991), en la pirámide de necesidades, en las necesidades de estima, mencionaba que cuando estas se cumplían existían sentimientos de autoconfianza, fuerza y de ser útil, lo cual lograba una armonía tanto para sí como para el mundo externo así dar paso a su autorrealización, pero mencionaba que si no se llegaba a satisfacer estas necesidades se podrían presentar sentimientos de inferioridad, de debilidad y abandono; y estos sentimientos dan paso a otros como el desaliento o tristeza afectando a su ser y de cómo es percibido por los otros. Además, expresa que la autoestima más sana y estable es aquella que se sustenta en el respeto de los demás. De este modo a lo que se refiere a inclusión y discapacidad se puede expresar, el valor del respeto y la empatía y que es necesario el aporte social para visibilizar las problemáticas, atender a necesidades que pueden tener las personas con discapacidad.

Para Orbaiz (2017), en su discurso “Discapacidad, poder distinto” menciona su sentir a través de la experiencia de ser una persona con discapacidad

“Los chicos después de la escuela tienen fútbol, danza, hockey.

Pero los chicos con discapacidad tienen terapias.

Largas horas, diferentes caras, diferentes formas de mirar.

¿Saben cómo convive con sus dificultades?

¿Saben cuáles son sus deseos y sus temores? (...)

Responder estas preguntas nos va a permitir saber lo que la persona necesita para ser y hacer. Y así el mundo en donde clasificamos los diagnósticos nos va a quedar chico, porque la persona siempre es mucho más que un diagnóstico. Pareciera que la discapacidad es un espejo en el cual nadie se quiere ver. Y para aprender a convivir hace falta generar contextos más flexibles que no solo pasan por construir una rampa y no taparla sino por crear entornos en donde la persona con discapacidad pueda ser y hacer a su modo sin tener que parecerse a nadie para recibir el premio de ser incluido.”

De este modo se puede afirmar que si existe una afectación de cierta medida en la autoestima con personas con discapacidad ya que como se ha mencionado con anterioridad desde la historia y enfoques en cómo se percibía a la discapacidad, se aprecia una connotación negativa que tiene peso en la sociedad y en la forma de actuar, percibir y dirigirse frente a esta condición.

2.4. Discapacidad física y autoestima

En la investigación de Suriá (2012), acerca de la resiliencia en jóvenes con discapacidad, expresa que cuando la persona nace con una discapacidad aprende a convivir con ella y de esta manera desarrolla aspectos resilientes desde el inicio de su infancia, mientras que una persona que adquiere una discapacidad con posterioridad, la persona podría presentar un desajuste al comparar su vida con antes y después de poseer una discapacidad, esto puede afectar ámbitos psicológicos, físicos, sociales y familiares de la persona. El mismo autor expresa que dependiendo del grado las personas con discapacidad, no solo se enfrentan a las limitaciones que poseen, también a barreras sociales y ambientales en el caso de personas con discapacidades. En su hallazgo indicó que las personas con discapacidad física y visual poseen una alta resiliencia, pero también menciona que esto se puede deber que el estudio los participantes pertenecían a alguna fundación, por lo que pueden presentar más apoyo, además no identificaron otras variables como el nivel socioeconómico (Suriá, 2012).

De esta manera, aunque las personas con discapacidad física tanto congénita como adquirida indiquen altos grados de resiliencia, este término comprendido como la capacidad de adaptarse ante situaciones difíciles (Consuegra Anaya, 2010). También se debe tomar en cuenta el ámbito personal, social y económico de la persona, además la etapa de desarrollo, de igual manera sus oportunidades y apoyo que recibe para intuir si existen barreras que puedan afectar la estima de las personas con discapacidad física

CAPÍTULO III

El cuento como herramienta psicoterapéutica

El cuento a partir de la Real Academia Española (RAE), define a este como la narración breve de ficción, en Wordreference se menciona que el cuento es una narración breve de sucesos ficticios o de carácter fantástico, hecha con fines didácticos o recreativos. De esta manera se puede considerar que los cuentos, al ser una narración breve de carácter ficticio poseen determinados personajes que tienen un argumento sencillo en el cual se puede narrar hechos reales como de fantasía.

Toledo (2005), menciona que los cuentos se han ido desarrollando de manera histórica y que tienen un valor formativo que llega a provocar y utilizar las emociones de las personas tanto que escuchan como las que leen. De igual manera (Carretero Moreno, 2017; Rico Norman, 2016), expresan que estos han sido parte de la tradición humana, y han sido utilizados como recurso para transmitir información de generación a generación, además de difundir contenidos morales.

Del Camino (2016) ya asocia al cuento como un recurso educativo en el cual se puede conocer diferentes realidades y observarlas desde distintos puntos de vista. Y recalca que estos pueden ser una herramienta para trabajar de manera sencilla las emociones y habilidades sociales como la empatía. Por otra parte, Bruder, (2006) y Rico Norman, (2016), hacen mención del cuento terapéutico, como herramienta utilizada en consulta, este refiere a un proceso en el cual alivia a la persona que pasa por una situación que perturba su bienestar emocional y el uso de esta herramienta puede llevar a la resiliencia.

En Psicorevista (2020) se menciona que el cuento desde el punto como herramienta psicoterapéutica, favorece la diferenciación de esquemas emocionales, el desarrollo de empatía el respeto por el otro, la tolerancia y la cooperación social. En la entrevista a Laura Aguilera, escritora de cuentos infantiles, ella manifiesta que la esencia de un cuento terapéutico son los personajes,

porque activan las neuronas espejo de los lectores, así empatizando con la historia (Filippi, 2020). Mientras que Carretero (2017), expresa que el valor de este depende tanto del contenido como de la capacidad para transmitir el mensaje de este sea de manera oral o escrita.

El médico psiquiatra y psicoterapeuta gestáltico Jorge Bucay (Buenos Aires, 1949), utiliza a los cuentos como un medio para el afrontamiento de problemas mediante la escritura y narración, en el cual hace reflexiones psicológicas. Bucay menciona que los cuentos que ha escrito han sido de inventiva propia para sus pacientes, Además expresa que los cuentos aportan a la sabiduría de otros que han pasado por mismas situaciones, así brindando recursos para afrontarlas (Nieto, 2002).

En la actualidad se realizan cuentos como herramientas para abarcar temas de relevancia biopsicosocial de las personas, como es el duelo, el divorcio, el acoso escolar, la inclusión, etc. Por lo cual es importante tener en cuenta al cuento como una herramienta psicoeducativa en la que se pueda trabajar en diferentes contextos y sistemas. Por este motivo, se realiza la propuesta de crear un cuento para el fortalecimiento de la autoestima en personas con discapacidad física como también que personas que no posean una discapacidad puedan comprender el cuento desde una manera empática y el poder accionar desde este recurso con el mensaje que da.

CAPÍTULO IV: Análisis y discusión de resultados

A partir de la revisión teórica presentada en este trabajo, se ha indicado diferentes temas los cuales permiten abordar el objetivo principal de la presente disertación. Por lo cual en este apartado se analizará de manera profunda los diferentes apartados que se desarrollan en el trabajo.

En primer lugar, por medio de Valencia (2014) se comprende de manera breve las diferentes percepciones que se poseía con respecto a la discapacidad a lo largo del tiempo y que por lo general tenían connotaciones negativas. Así mismo, se evidencia hitos importantes acerca de la evolución, la visión y de la definición de discapacidad. Además, se destaca terminologías que son discriminatorias que se han sido utilizado para referirse a las personas con discapacidad como es: minusvalía, deficiencia, defectuosos, anormal, enfermo, deforme entre otros.

Por otra parte, al conceptualizar la discapacidad se toma la OMS en el cual indica que la discapacidad es un término universal el cual abarca las deficiencias mentales, físicas, intelectuales

o sensoriales, además se mencionan limitaciones en ejecutar acciones y las restricciones en la participación de situaciones vitales. Mediante la Agenda Nacional de Discapacidades (2017) se toma a este término como una condición que puede adquirirse en cualquier momento de la vida y las personas que lo posean se debe considerar parte de la diversidad de la sociedad y del país. De este modo cualquier tipo de discapacidad afecta a diferentes ámbitos de las personas cómo es a nivel escolar, social y familiar. Además, se evidencia un cambio de visión en el cual organizaciones de salud y los gobiernos velan por el bienestar de las personas que poseen discapacidad lo cual no ocurría en épocas anteriores.

Mediante la revisión bibliográfica también se evidencia los diferentes tipos de discapacidad existentes. Para la CIF (2001) y el MSP (2018), reconocen cinco tipos de discapacidad: intelectual, psico-social, discapacidad múltiple, discapacidad intelectual y discapacidad sensorial en la cual se derivan la discapacidad auditiva visual y de lenguaje. Esta distinción es de utilidad para el desarrollo del trabajo porque al diferenciar sus distintos tipos, se puede abordar adecuadamente a la discapacidad física, por lo cual facilita la delimitación del tema de estudio.

A partir de la clasificación de los tipos ya se aborda el concepto de discapacidad física por medio del Ministerio de Salud Pública (2018) en el cual expresa que son las deficiencias, limitaciones y restricciones permanentes e irreversibles a nivel neuromusculoesquelética, afectando al movimiento, la coordinación, fuerza y motricidad. Alterando el desenvolvimiento en la vida diaria de la persona. Además, se señala que su etiología puede ser multicausal porque puede presentarse en diferentes etapas de la vida como en los periodos pre y perinatal en el cual puede deberse a causas genéticas, infecciones, asfixia, partos adelantados, entre otras. Y a largo de la vida se puede manifestar por causas traumatológicas como accidentes o diferentes tipos de violencia. Así se toma lo que señala Tamayo (2021) acerca de los tipos de discapacidad física los cuales son de manera congénita, es decir lo que nacieron con una discapacidad física o múltiple y los que adquieren una discapacidad como se mencionó por accidentes o por sufrir distintos tipos de violencia. También señala que esta discapacidad se clasifica por la topografía la cual comprende según el número de extremidades y parte del cuerpo afectados, están la monoplejía, paraplejia, tetraplejia, hemiplejia, distrofia muscular, parálisis cerebral y amputaciones.

Sobre esta base la CIF (2011) expresa que para que se considere que una persona posee discapacidad física, se evalúan tres componentes para determinar el porcentaje y la gravedad que

posee los cuales son: 1) las funciones y estructuras corporales, 2) la actividad y participación y 3) factores contextuales. El MSP (2018) establece seis rangos que determinan si las personas no poseen una discapacidad o si es leve, moderada, grave, muy grave o inclusive completa, cada uno contempla un porcentaje. En el Ecuador, la persona requiere tener un 30% de discapacidad lo que corresponde a una discapacidad moderada, para que sea reconocida como sujeto con discapacidad.

De acuerdo con cifras del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS,2022) de los casi 18 millones de ecuatorianos, 471.205 se encuentra registrados como personas con discapacidad con fecha de corte en 2022; de este número, 215.156 tienen discapacidad física y se presenta con mayor prevalencia en hombres (121.836) que en mujeres (93.308), apenas 12 pertenecen a la población LGBTI. Además de los datos se toma en cuenta que casi la mitad de las personas que se registran con discapacidad física poseen un grado moderado de discapacidad. abarcando el 49,24% de registros.

Teniendo en cuenta la información mencionada hasta el momento se puede abordar los enfoques con los que se desarrolla el trabajo. Principalmente hay que tener en cuenta que existen tres modelos que contemplan la discapacidad. Por un lado, está el Modelo de Presidencia que según Velarde (2012) data de la Antigüedad y la Edad Media, caracterizado por la discriminación y la exclusión de personas con discapacidad, producto de una actitud religiosa marcada por el cristianismo. A partir de este modelo las personas que tienen alguna afectación o poseían discapacidad morían debido a que se tenía la visión sobre esta como una carga y las personas con discapacidad que sobrevivían lo hacían por medio de la mendicidad. Por otra parte, Pérez y Chhabra (2019), asocian que este modelo esta enlazado a sentimientos de vergüenza porque las familias que tenían algún pariente con discapacidad las ocultaban y de esta manera se negaba la participación en la sociedad.

El siguiente es el modelo Médico o Rehabilitador, para Velarde (2012) este surgió a comienzos del siglo XX, debido a la Primera Guerra Mundial, como producto de este conflicto a las discapacidades tanto físicas como mentales se considera como enfermedades que pueden recibir tratamiento. Para Pérez y Chhabra (2019) este modelo tiene la perspectiva que la discapacidad es un problema medico el cual hay que curar para que la “enfermedad o “defecto” sea lo más “normal” posible. Si se guía a partir de un parámetro de normalidad este puede ocasionar afectación tanto a la persona como a la sociedad hacia las personas que no cumplen con el

parámetro de “normal”. Además, cabe destacar que este modelo aportó en la creación y cumplimiento de derechos a nivel jurídico y sanitario.

Y, por último, se encuentra el Modelo Social, que concibe a las personas con discapacidad como sujetos biopsicosociales con necesidades, derechos y habilidades para aportar al progreso de la sociedad; este es precisamente el enfoque al que se alinea el presente estudio. Los autores Pérez y Chhabra (2019); Velarde (2012) y Victoria (2013) identifican que este modelo se originó en los años 60 debido a que varios grupos de personas con discapacidad luchaban por derechos de inclusión y de autonomía. Además, a partir de Victoria (2013) manifiesta que los problemas más relevantes que afrontan las personas con discapacidad son principalmente por actitudes que la sociedad tiene frente a la discapacidad. Pérez y Chhabra (2019) exponen varios modelos que provienen del modelo social los cuales son: el modelo biopsicosocial, de derechos humanos, y el de diversidad funciona. A partir de estos se toma en cuenta el modelo de derechos humanos ya que este busca cambiar las actitudes y comportamiento que estigmatizan a las personas con discapacidad mediante programas y sobre todo garantiza el cumplimiento y protección de los derechos que poseen.

De este modo el enfoque social busca la construcción de sociedades inclusivas que valoren la diferencia y la igualdad para todos, de este modo Toboso y Arnau (2008) menciona que este modelo se maneja en tres premisas básicas que son, la dignidad, la autonomía y la accesibilidad.

Teniendo en cuenta la visión y objetivo del enfoque social se puede desarrollar el apartado que se dominó *Adaptaciones y accesibilidad en la discapacidad*, para Boudeguer y Squella (2010) mencionan que el termino accesibilidad universal comprende las cualidades que presenta el entorno urbano, edificaciones, productos, servicios o medios de comunicación los cuales deben brindar seguridad, igualdad y autonomía a todas las personas en todos los cambios naturales que puede suscitarse durante el desarrollo de su vida. Además, tanto los autores mencionados, el INEN (2015) expresan que el termino de “cadenas de accesibilidad” tiene relación en como una persona se desplaza de un punto a otro sin complicaciones e interrupciones de manera independiente, en caso de que se presente que no pueda trasladarse debido al entrono o al espacio la cadena se rompe y el lugar deja de ser accesible y se crea barreras pueden ser, urbanísticas, arquitectónicas, de transporte o de comunicación. Adicionalmente Boudeguer y Squella (2010) manifiestan que para

que un espacio también sea accesible debe poseer medidas universales y el diseño debe ser pensado para la utilización de todos.

La defensoría del Pueblo del Ecuador (2016) menciona que en el Ecuador existen varias limitantes en la accesibilidad, el cual dificulta el acercamiento a ámbitos laborales o educativos. Mientras que Comciencia PUCE (2021, como medio de divulgación científica, en una de sus producciones, afirma que en el país existen barreras que impiden la accesibilidad universal. De este modo este apartado ayuda a comprender y reflexionar si los entornos en los que se desenvuelven las personas son accesibles para todos y brindan seguridad, autonomía y comodidad.

Además de la perspectiva social, a lo largo del trabajo también se profundiza en el enfoque psicológico humanista que permite tener una mirada más abierta hacia la discapacidad física. En este se realiza una investigación de su origen para tener mejor comprensión de su perspectiva. Esta postura es impulsada por varios autores estudiados como Abraham Maslow, Carl Rogers y Viktor Frankl, quienes buscaban validar a la persona de manera integral en todas las áreas que se desempeña. Así, al vincular estas teorías con la discapacidad física, la concepción del sujeto trasciende de su evidente condición física hacia una dimensión en la que prima la empatía, el respeto, y se evita caer en prejuicios y estigmatizaciones. Además, que a partir de este modelo se puede trabajar en situaciones para el afrontamiento de la discapacidad, potenciando nuevos valores a las personas con discapacidad física y comprendiendo las necesidades que poseen.

A partir de todos los puntos señalados con anterioridad se puede comprender a la discapacidad y discapacidad física, permitiendo un acercamiento profundo acerca de estas y de esta manera se puede entender la evolución de como visualizaba a las personas con discapacidad. Se infiere que a pesar de que se contempla a la discapacidad desde un enfoque de derechos que busca la inclusión, existen barreras, de carácter social que no lo permiten. De este modo se adentra en afectaciones que puede presentar personas con discapacidad física.

Es así como a partir de la exploración teórica se realiza el apartado de *Autoestima*, se toma en cuenta las definiciones que comparten varios como Abdel-Khalek (2016); Consuegra (2010); Naranjo (2007) y Perpiñán (2013) de este modo se llega a comprender a la autoestima como la valoración que tiene una persona de sí misma, desarrollado a lo largo de la vida, gracias a su interacción de relaciones sociales, lo que es importante para la calidad de vida. Se destaca que los tipos de autoestima son: autoestima alta que corresponde al reconocimiento tanto de limitaciones

y capacidades, de manera que se acepta de forma positiva es decir no solo se mide el éxito, si no es identificar aspectos tanto negativos como positivos de la persona y como se desenvuelve ante momentos difíciles o dificultades que se presentan en la vida. y; la autoestima baja, es aquella donde se presentan sentimientos que afectan al estado anímico de la persona debido a adversidades o dificultades que presentan en el diario vivir. Para Rodríguez (2012) en este tipo de autoestima se puede presentar sentimientos de desesperanza, desconfianza en sí mismo, originando posiblemente aislamiento o llegar a compararse con otras personas, además que no solo afecta a persona si no a sus diferentes círculos en los que desenvuelve.

Teniendo en cuenta lo que comprender la autoestima se puede abordar en conjunto con la discapacidad. Así menciona Pérez y Garaigordibil (2017), el tener dificultades o limitaciones en el funcionamiento de las habilidades adaptativas, afecta a la salud de la persona quien debe aceptarse a sí misma y también debe ser aceptada por la sociedad, sin necesidad de etiquetarla o señalarla por ello. De este modo, se puede observar que la autoestima juega un rol importante en las personas y no solo parte de cómo se autopercibe o autoevalúa, sino también en cómo la sociedad las toma en cuenta. Aquí se distingue que puede existir la comparativa en poseer una discapacidad y no poseerla, como se manifiesta en el discurso de Orbaiz (2017). Es así como en esta sección también se tiene en cuenta que se debe mirar a la persona más allá del diagnóstico, en otras palabras, observar a la persona como cualquiera que tiene miedos, metas, deseos y sueños, también como son sus dificultades que convive.

En relación de la autoestima y la discapacidad física no hay estudios que contemplen que las personas con esta condición tengan una afectación, en la revisión teórica en este apartado se toma la de Suriá (2012) en la cual se encontró altos grados de resiliencia en personas con discapacidad física de una fundación y expone que la persona con una discapacidad adquirida tiene una alteración a nivel anímico porque podría comparar la vida que tenía antes y después de poseer la discapacidad. Mientras que las personas que tienen una discapacidad física desde su infancia son más resilientes por que conviven con su condición mucho más tiempo. Pero se debe considerar que el ser resiliente es un proceso en el cual la persona identifica las capacidades que posee para enfrentar situaciones difíciles. Además, va ligado al apoyo que recibe de afuera, de este modo no se puede llegar a generalizar que las personas con discapacidad física son más resilientes, ya que

depende en el ámbito que se desarrolla la persona y como se encuentra en su ámbito personal, social y económico, además de la etapa de desarrollo en que se encuentra.

De acuerdo con la exploración teórica el concepto de cuento se toma a partir de los autores como Toledo, Carretero y Rico en el cual se expresa que el cuento es de carácter formativo y que facilita para difundir contenidos que llegue a las personas con un mensaje. Es así que se toma al cuento como una herramienta lúdica, psicoeducativa y psicoterapéutica porque dependiendo del contenido puede facilitar la comprensión de temáticas relevantes en la sociedad de carácter psicológico y esta herramienta puede ser utilizada en diferentes contextos y poblaciones dependiendo que se quiera abordar, para ejemplificar pueden ser cuentos que traten sobre el duelo, el manejo de emociones, el acoso escolar, el divorcio y otros más. De esta manera se toma al autor Jorge Bucay como un exponente importante ya que el realiza cuentos de inventiva propia para el afrontamiento de problemas y los cuales fomenta la reflexión psicológica.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Una vez concluido el presente estudio, se han desarrollado las siguientes conclusiones, basadas en los objetivos planteados al inicio de la investigación. De esta manera se puede responder a la pregunta *¿de qué manera una condición de discapacidad física afecta a la autoestima?*

En el primer capítulo se puntualiza que la discapacidad ha tenido diferentes conceptos a lo largo de la historia, en los que se aprecian connotaciones negativas acerca de esta. De esta forma pasa a ser visibilizada por acontecimientos que marcan la historia como las guerras y consecuentemente la lucha por la obtención de derechos en los cuales se aprecia los enfoques que contemplan la discapacidad. De esta manera, se observa cambios significativos tanto al momento de referirse a la discapacidad, así como el trato hacia las personas que poseen esta condición. En la actualidad, se consideran a la persona con discapacidad, desde una evaluación que categoriza el tipo de discapacidad que posee, teniendo en cuenta deficiencias: física, mentales, intelectuales o sensoriales, que afectan de manera biopsicosocial a la persona.

La discapacidad física es uno de los cinco tipos de discapacidad y comprende la afectación del cuerpo de manera interna y externa, alterando la movilidad de la persona y la realización de ciertas actividades en la vida diaria, dependiendo de la gravedad. Además, se puede presentar a lo largo de la vida pudiendo ser de tipo congénita o adquirida y puede presentarse por diferentes causas, afectando distintas partes del cuerpo. En el Ecuador, se registran más personas con discapacidad física que los otros tipos de discapacidad. Además, la mayoría son de género masculino. También, que es la provincia del Guayas la que cuenta con mayor número de personas que posee esta condición y; en segundo lugar, está la provincia de Pichincha.

El modelo social y el enfoque psicológico humanista permite tener en cuenta a la persona con discapacidad física de manera holística, lo que permite evidenciar que tanto la sociedad, el cumplimiento de derechos, como la accesibilidad, pueden afectar la percepción propia de la persona. De esta manera, no solo se centra en la condición, sino que también busca que el entorno y diferentes ámbitos, en los que se desenvuelven estas personas, sean inclusivos y atienden a las necesidades que una persona con discapacidad física necesita. Además, a partir de estos dos enfoques se puede potencializar a la persona y sensibilizar al resto sobre lo que conlleva poseer una discapacidad.

Adicionalmente, en el segundo capítulo, ya se toma en cuenta la autoestima, concebido este término como la valoración, sea positiva o negativa, que tiene la persona de sí misma en sus habilidades, capacidades y sus relaciones. Con respecto a la discapacidad, se pudo apreciar que a causa de limitaciones en el funcionamiento de habilidades adaptativas puede presentarse afectaciones en la autoestima como en la salud de la persona, debido a la comparación social. De esta manera, el entorno social juega un papel importante en la autoestima.

Finalmente, en el tercer capítulo, se comprende al cuento como una herramienta que puede ser utilizada de manera psicoeducativa porque tiene un impacto positivo a nivel psíquico y personal ya que este tiene carácter formativo en el cual se puede conocer diferentes realidades y sensibilizar acerca de temas importantes de carácter social. Además, puede facilitar al desarrollo personal en temas específicos. De este modo el cuento es un instrumento útil que puede ser empleado en diferentes ámbitos.

Frente a la hipótesis planteada, la discapacidad física sí puede afectar la autoestima, ya que, en primer lugar, este tipo de discapacidad afecta al cuerpo en su movilidad, de manera que si se considera esto se debe comprender en cómo se compone el entorno de la persona, que tiene esta condición, el cual, en la mayoría de los casos, no son espacios accesibles, generando, de esta forma, barreras y afectando a nivel personal al individuo e incluso a quienes le rodean. Al ser también un tipo de discapacidad visible, puede generar comparaciones por parte de la persona que posee una discapacidad. A pesar de que el concepto de discapacidad haya evolucionado y se propongan guías, protocolos y nuevos proyectos de sensibilización, la sociedad no se encuentra preparada para abordar las necesidades que una persona con discapacidad física posee e incluso cómo dirigirse a ella. Además, aún se mantienen términos discriminatorios para referirse a las dificultades físicas que atraviesa una persona con discapacidad, ya que, en ciertos lugares, aún se manejan por el paradigma de “normalidad” y se mantiene una mirada que victimiza de alguna manera a las personas que poseen esta condición.

CAPÍTULO VI: PROPUESTA

Nombre del cuento: Te quiero contar

Edades que comprende: De 9 años en adelante

Te quiero Contar

- *Para todo aquel que se siente diferente y para los que pueden hacer la diferencia.*

Quiero presentarte a alguien, él es Elian, a él le gustan muchas cosas; tiene una sonrisa contagiosa, pero quiero que tú lo conozcas.

-Hola, sabes tengo un lugar que me gusta mucho, es un espacio verde con juegos y es increíble no solo por los juegos o por lo verde que es, también porque, las personas que van siempre sonrían – O eso es lo que veo yo-

También tengo mi propio lugar cerca del abuelo árbol- así le digo yo porque me dijeron que lleva muchos años ahí porque es muy viejo- viejo es una palabra que no me gusta por eso le digo el abuelo árbol.

Me gusta estar junto el abuelo árbol, disfruto mucho de la vista- porque así puedo observar todo el parque.

¿Sabes lo que veo?

¡Es algo increíble!

Mi panorama son mis amigos y otros niños corriendo, “luego te contaré sobre mis amigos”, unos saltan, otros suben sin temor por la resbaladera y bajan gritando de emoción, otros juegan a la pelota, mientras otros se acercan para trepar el abuelo árbol, cuando lo hacen algunos me saludan, otros solo me miran y me dan una pequeña sonrisa.

¿A ti te gustan los insectos?

A mí me fascinan, me gustan las arañas que son pequeñas y suelen saltar, también las que corren muy rápido, los escarabajos son geniales y los insectos que suelen camuflarse los adoro, mis amigos me ayudan a encontrarlos, también me ayudan a ser el más veloz, porque el parque es un buen lugar para ir lo más rápido

¡Me gusta este parque!, es el momento que más me gusta de mis días...pero también me gusta cuando voy a la escuela, es algo emocionante.

De seguro piensas que soy un chico raro que le gusta la escuela, te contaré porque me gusta.

Me gusta porque puedo aprender cada día cosas nuevas, pero por supuesto porque ahí están mis mejores amigos Carla y Esteban, es sobre ellos que te iba a contar. Ellos son los que hacen mis días más divertidos, cuando falta uno de ellos se siente diferente y cuando yo faltó, me dicen que la escuela estaba aburrida y que me extrañaron. -Espero sea verdad – con una (lo dice con pequeña carcajada) –

A Carla la conozco desde hace dos años, me hizo muchas preguntas cuando nos conocimos, recuerdo que estaba con su mamá y ella le decía que no pregunte esas cosas, no entendía el porqué, en ese entonces, -mmm - ahora entiendo un poco más.

Bueno, bueno, ella es una niña a quien le gusta trepar al abuelo árbol, es muy divertida le encantan los insectos al igual que a mí, ella los busca y los trae hacia donde esté para indicarme qué insecto encontró, luego de un tiempo los dejamos en el parque. También es algo enojona con los otros niños cuando suelen mirarme, siempre va detrás mío con mucha seguridad y suele ir riendo y cantando y es la más parlanchina de nuestro grupo.

Ella siempre dice con una voz algo gruesa y segura – yo soy tu guardaespaldas nada te pasara cuando yo esté cerca-.

Carla es muy amable siempre que me ve me pregunta - ¿necesitas algo? - Y yo suelo responder lo mismo – no, no te preocupes- y ella solo me mira un momento y luego sigue con lo suyo. A diferencia de su mama, ella me pregunta y no espera respuesta y hace lo que yo estaba tratando de hacer.

A Esteban lo conocimos en la escuela hace un año, no le gusta hablar mucho, pero, le encanta moverse, no puede estar quieto, es muy divertido en clase porque a pesar de que es algo callado nos hace reír con las cosas que hace, adora dibujar y pintar, suele hacer dibujos para Carla y para mí, sus dibujos son de nosotros tres con ojos enormes o cabezas gigantes, luchando contra monstruos o teniendo aventuras. En sus dibujos tenemos super poderes, ya te contaré de ellos. También le encanta dibujar dinosaurios y animales que viven en el océano.

A él no le gusta estar todo el tiempo sentado y me pregunta con gran intriga - ¿Tú no te cansas de estar sentado? - por esa razón no le gusta la escuela, a veces los profes no saben qué hacer y no le hacen caso, pero Carla y yo somos su apoyo.

La materia preferida de Esteban es Arte y Educación física, la mía es Ciencias y Carla le gusta Lengua.

Al principio Esteban faltaba mucho pero luego dejó de faltar. Escuche que fue porque ahora tiene buenos amigos, obvio somos Carla y yo.

Cuando Carla falta a la escuela de seguro es porque se resfrió, no le gusta faltar, pero las veces que falta, la extraño mucho porque ella es la que más habla en nuestro grupo y la que me lleva por diferentes lugares diciendo que tendremos una aventura como los dibujos que hace Esteban. Y cuando falta Esteban extraño sus dibujos, su risa contagiosa y la diversión que pone en las clases.

Mi escuela es grande, hay muchos, pero muchos niños, tiene un patio enorme, lo cual nos gusta mucho porque podemos movernos tranquilamente con Carla y Esteban. A hora del receso, nos sentamos y vemos que tenemos para comer y compartimos, Esteban a veces no nos acompaña porque suele ir a jugar pelota o a correr con los otros niños, pero está bien porque Carla siempre me acompaña, no he visto como son los baños de mi escuela, Esteban dice que son como todos pero bueno. Sabes, mi aula es algo grande, pero para mí es estrecha, siento que casi no puedo moverme, mis profes me estiman mucho, dicen que los tres somos muy responsables y buenos amigos.

Dicen que soy muy observador y valiente, a otras personas también les he escuchado decir que soy valiente, y no estoy seguro si soy valiente, le tengo algo de miedo a los payasos y a veces a quedarme en un lugar y no saber que hacer para donde ir y no sé si más adelante tendré otros miedos, por ejemplo, también suelo tener miedo de que alguno de mis amigos se tenga que mudar o cambiar de escuela.

Cuando se terminan las clases, voy en un recorrido junto con Carla porque ella vive más cerca y su mamá sabe cuidarnos en mi casa. A Esteban lo vienen a ver, él también vive algo cerca de mi casa y del parque. En el recorrido Carla siempre habla sobre los planes para hacer en el día, o la

semana, las actividades de la escuela que tenemos que realizar o si nos vamos a encontrar en la tarde.

- ¿Quieres venir a conocer a mi casa? (dice con emoción)

Cuando bajo del recorrido siempre hay alguien esperándome ya sea Carmen la mamá de Carla o mi hermana mayor, Andrea; ellas siempre están porque suelo necesitar ayuda en algunas cosas, a veces creo que todos piensan que no puedo hacer nada. Aaahh, mi mamá suele estar conmigo cuando tiene días libres ella trabaja como fisioterapeuta, suelo ir a visitarle al trabajo tres veces a la semana.

Bueno sé que tienes preguntas, pero quiero que conozcas mi casa, no es demasiado grande ni tan pequeña, podría decir que es más fácil para todos, porque el espacio que tiene ayuda a movernos a todos, sobre todos a mis amigos y a mi cuando jugamos.

Porque donde vive Esteban es en un departamento de cuatro pisos, él vive en el tercero y le gusta contar lo rápido que sube las gradas. Y Carla vive en una casa que tiene un patio lindo pero su casa es algo pequeña, así que en mi casa es más fácil jugar, aunque solo se puede jugar dentro de la casa. Es por eso por lo que suelo ir al parque – Ahora sabes porque me encanta y no es tan lejos de casa.

Cuando no voy al parque es porque está lloviendo, adoro la lluvia, pero solo estuve unas veces debajo de ella – para mi sabe ser complicado estar bajo la lluvia –

El ir de un lugar a otro cercano, es lindo, a veces no tanto, depende del estado de la calle, pero lo bueno es que puedes ver las diferentes aves y escucharlas; y árboles, por eso me gustan las calles de donde vivo, porque tienen árboles o pequeñas plantas, cuando salgo a la calle o al parque siempre limpio mis manos pueden ser lavándolas o suelo llevar toallitas húmedas.

El movilizarme a un lugar más lejos suele ser complicado, no tenemos un auto y nos toca viajar en taxi, porque los buses son mucho más complicados, es otra aventura, ¿sabes por qué?

Porque me encanta ir en la ventana y poder ver que pasa alrededor, - ah- sabes algo que no me gusta- es cuando otra persona me empuja- es verdad, ¿a quién le gusta que lo empujen? -. Bueno también depende.

Como te iba contando el ir junto a la ventana es algo que me gusta, el anterior día vi un chico con una bicicleta muy linda, pedaleaba muy rápido lo quedé viendo hasta que lo perdimos no fue tan rápido como el taxi. Creo que esas son las cosas que me gustan, bueno algunas de las cosas que me gustan, es algo difícil contar las cosas que te gustan, ¿lo has pensado?

-Ahora que sabes que le gusta a Elián ¿quieres saber que le pasó hoy?

Hoy le mandaron una actividad para que lo haga en casa, tenía que hacer una pequeña presentación de las cosas que le gustan, lo que le gusta de él. Podía utilizar lo que él quiera para la presentación, podía poner dibujos, colores, recortes, fotos, cualquier cosa; su trabajo era muy lindo, te contaré lo que hizo o mejor que te cuente él.

Para la presentación me dibujé sentado junto al gran abuelo árbol “ya que este es el árbol” que más me gusta y a dentro, puse todo lo que me gusta, algunas cosas ya sabes, como que encanta pasar con mis amigos, que el parque es el lugar que más me gusta estar, que me encanta ir junto a la ventana, me gusta observar cómo los niños suben por la resbaladera, sentir el aire correr sobre mi cara y sentir que soy el más veloz.

A mi lado coloqué lo que me gusta de mí, como mi sonrisa, que soy observador, amable, un buen amigo, que siempre hago bien mis deberes.

Me gustó el trabajo que hice, a mis amigos también les gustó mucho y a la profesora igual, pero cuando los otros niños expusieron su trabajo me sentí algo raro.

Muchos dijeron que les gusta correr, otros que les gusta saltar, andar en bici, jugar fútbol, Carla dijo que le encanta trepar árboles y Esteban saltar charcos.

Me siento raro porque no sé cómo es hacer esas cosas, pero me alegro mucho ver los dibujos de Carla y Esteban (Poner al final los dibujos de Esteban y Carla).

Ese mismo día de regreso a casa, estaba viendo por la ventana estaba pensando, que me gustaría poder saltar como Juan, trepar árboles y llegar a los más alto igual que Carla, saber porque se divierte tanto Esteban saltando charcos y subiendo las gradas lo más rápido. ¡Qué tan emocionante es jugar fútbol en el recreo, o jugar a las atrapadas!

Carla me preguntó si me pasaba algo, solo le dije que estoy cansado. Sí lo estaba y también un poco raro, con un vacío pequeñito dentro de mí del cual surgieron tanto las pequeñas como las grandes cosas.

Cuando llegué a Casa, mi hermana me estaba esperando, ella es muy cariñosa, me sabe abrazar mucho, como es más grande siempre me da abrazos por la espalda, siempre me trata de “lindo” pero ese día no me sentía así, ella siempre me anima, pero esta vez, nada ni siquiera ella me lograba animar.

Fuimos al parque por la tarde y pensé que el lugar que más me gusta de seguro me animaría, pero me hizo sentir más raro conmigo mismo, sentí algo que no sé muy bien cómo explicarlo, como, como, cuando quieres un juguete, pero no puedes tenerlo, esta vez me pasó con otra cosa, vi a los niños corregido, saltando, trepando, jugando en los columpios y resbaladeras; riendo felices, riendo, no entiendo bien porque no me sentía feliz.

Mi hermana, se acercó a jugar con una pelota, la lanzábamos, me animo un poco, pero sentí que ese vacío de nuevo en el pecho. Regresamos a casa y quería que el día pasara porque sé que al día siguiente sería un nuevo día y tal vez todo pasaría.

Pero no fue así, mis días en la escuela, en casa, con mis amigos, en las visitas al trabajo de mi mamá, se sintieron como si todo estuviese opaco, como si al hogar le faltara colores y luz. El mirarme al espejo hacía que me sintiera alguien incompleto.

Las personas que notaron que algo me pasaba eran: mi hermana, mi mamá y un poco Esteban y Carla.

No imaginé que la persona que más se dio cuenta de esto era mi amigo Marco, él es un chico que también va donde trabaja mi mamá, tiene 17 años, es super sonriente y amigable con todos, conoce a la mayoría que van.

Si lo sé, sé que has tenido preguntas, y bueno sé que ahora entenderás. Te cuento, nací con algo que los doctores llaman “Paraplejia”. Esto es que no puedo mover mis piernas, son como rocas, suelo sentir muy poco y es por eso tengo esta silla de ruedas. Y voy al trabajo de mi mamá porque tengo terapias con mi fisioterapeuta Jimena, ella me ayuda a que mis piernas hagan ejercicio.

Este día antes de empezar la sesión de fisioterapia, Marco me vio y me dijo: te veo un poco desanimado ¿te paso algo? Antes de que le responda, dijo: nos vemos después de la sesión.

Marco sí puede caminar, pero utiliza un aparato ortopédico en su pierna izquierda y viene a fisioterapia para tener mejor movilidad de su pie. Mientras estaba haciendo los ejercicios para mis piernas, pensaba que Marco me va a entender lo que estoy pasando.

Al terminar mi sesión, me acerqué a Marco y le conté cómo me sentía, lo primero que salió de mi fue decir: No quiero seguir en silla de ruedas, quiero poder caminar.

Él me preguntó si había pasado algo.

Yo le contesté que ahora veo como la gente me mira, cuando ando por la calle siempre te ven con una mirada como si estuvieras muy enfermo o fueras de otro planeta.

Quiero poder sentir como es correr, qué se siente trepar árboles, poder caminar sin necesitar que alguien me empuje, no tener que lavar las manos porque en la calle o en el parque botan basura y saber por qué es tan divertido bajar la resbaladera.

(Sentía como si mi pecho estuviera lleno de muchas cosas y cómo al contarle a Marco estos iban desapareciendo).

El me miró y me contestó (se podía ver en sus ojos que me entendía completamente).

Sabes te entiendo, yo también siento esas miradas, aunque puedo caminar, quisiera poder caminar sin este aparato, también me gustaría correr y que no me duela porque utilizo esto, te cuento lo que yo he aprendido.

¡Si! – contestó Elian muy emocionado.

Mira, entendí que las miradas van a estar ahí siempre pero que a veces no te ven a ti, tal vez te ven porque tienes el cabello lindo, te vestiste bien, tal vez se preguntan qué tal será andar en silla de ruedas, o en mi caso porque caminará así, la gente no lo hace porque es mala, solo que algunos desconocen que esto nos puede incomodar o molestar.

También entiendo un poco cuando la gente te quiere ayudar mucho, cuando me operaron por primera vez, todos estaban pendientes de mí hasta para ir al baño, fue lindo por una semana, pero

luego fue raro que hagan las cosas que quieres hacer tu solo y que te ayuden sin pedirlo, me imagino como debes sentirte.

¿Además, sabes lo que más importa?

¡¿Qué cosa?! -dijo Elian

Cómo tratas a los demás y lo que tú ves de ti mismo, mira hagamos algo dime cinco cosas que te gustan de ti.

Mmm ... bueno, lo que me gusta de mi es mi sonrisa, que soy responsable, soy amigable, que mis brazos son algo fuertes, y soy bueno para ciencias naturales.

¿Ves? – dijo emocionado Marco- me dijiste solo cinco y te pone contento, ¡imagina la cantidad de cosas buenas que la gente ve de ti!

Creo que tienes razón – dijo Elian muy sonriente.

Sabes, necesito tu ayuda, hay alguien que también siente mucho más fuerte ese vacío que tú me dijiste, ¿quieres ayudarme a darle una sonrisa?

Por supuesto – dijo Elian mientras iba con marco por la sala de fisioterapia.

¿Ves aquel joven? Se llama Sergio, tuvo un accidente hace poco, no le vendría mal un nuevo compañero.

Yo me tengo que ir, anda no tengas miedo- Le dijo Marco haciendo el pulgar arriba mientras se despedía.

Acercándose tímidamente con su voz algo temblorosa dijo: Hola soy Elian.

Hola, soy Sergio– le contestó el joven, casi sin mirarlo.

¿Por qué te ves triste? le preguntó

A lo que contestó suspirando: quisiera poder caminar como una persona normal

¿Ya no vas a poder hacerlo?

Sí podré caminar, de nuevo, pero falta aún mucho tiempo y no va a ser igual.

¿Como se siente caminar?

¿Que? - estaba Sergio asombrado por la pregunta que le hizo, ahí fue donde vio al chico con silla de ruedas y entendió que su pregunta no era para ofender sino de curiosidad.

No sé cómo explicarlo, es como mover las manos, pero diferente, le explicaba asemejando sus manos como si fueran pies.

¿Corrías muy rápido hasta sentir el aire sobre tu cara?

Mmm- sí creo – ahí Sergio se dio cuenta que no recordaba eso

Me dijo Marco que sentías un vacío en el pecho igual que yo ¿Por qué?

Bueno, ya no tengo mi pierna, ahora no sé qué voy a hacer, cómo trabajaré, mi familia me trata diferente, la gente me mira diferente, no me gusta y tengo que venir aquí a rehabilitación y así el músculo de la pierna esté bien para utilizar una pierna ortopédica.

¿Cómo te trata diferente tu familia?

Están siempre pendientes de mí, casi no me puedo mover, me hacen sentir que no puedo hacer nada.

¿Y porque no se los dices?

Porque no quiero hacerlos sentir mal.

Creo que ellos van a entender, aunque siempre van a estar pendientes como mi mamá y mi hermana, aunque suelo hacer las cosas solo, siempre están pendientes por si necesito alguna ayuda.

Con una pequeña sonrisa Sergio lo mira, y dice: quizá solo tenga que decirles.

Creo que ambos debemos decir cómo nos sentimos y no guardarlo.

Bueno tengo que regresar a casa, ¿nos vemos la próxima sesión? – Casi yéndose le pregunto- Elian solo con una sonrisa dijo que sí.

El vacío que sentía se fue haciendo más chiquito y estaba más contento, pregunté a mi mamá, a mi hermana y en la escuela a Carla y Esteban que les gustaba de mí, y me dijeron casi las

mismas cosas, que les gusta que soy gracioso, amable, que comparto las cosas, que mi sonrisa es contagiosa, soy un buen amigo. Escuchar esto de las personas que más quiero me animó mucho.

Aunque ese vacío este chiquito aún sigue ahí, aparece cuando alguien me ve diferente o me trata diferente y solo en esos momentos siento que crece y crece, haciéndome sentir un poco extraño con mi cuerpo, pero es ahí cuando recuerdo lo que hablé con Marco, todas las cosas buenas que tengo y lo que las personas que más quiero me dijeron.

También les dije a mi mamá y a mi hermana, que me ayuden solo cuando yo se los pida, ellas aceptaron. Ahora siento que puedo hacer más cosas por mí mismo y me siento más liviano, son esos pequeños logros los que ahuyentan ese vacío.

La siguiente vez que fui a fisioterapia, estaba contento y con más preguntas para hacerle a Sergio y a Marco; después de concluir de mis ejercicios, ellos estaban hablando y me acerqué para contarles que estaba contento pero que aún siento ese vacío.

Marco sonrió y me dijo: Me alegra que estés contento, y eso que sientes está bien, el vacío tal vez no desaparezca de la noche de la mañana.

Sergio estaba algo pensativo y dijo: Ojalá eso que a veces sentimos desaparezca de la noche a la mañana.

Hubo un pequeño silencio y Sergio habló: a mí se me hace difícil como me ve la gente, siento que me tienen lastima y siento que no voy a poder hacer nada.

A mí lo que se me hace difícil es poder andar, porque hay lugares en los que no alcanzo o no puedo moverme con facilidad y me tienen que ayudar – Dijo Elian

Marco, para cambiar un poco los ánimos dijo: a mí se me hace difícil conseguir zapatos, fuera bueno que pueda comprar un zapato de un tamaño y un zapato de otro tamaño.

Sonreímos los tres, hablamos sobre algunas cosas que se nos hacen difíciles, los tres estábamos de acuerdo que a veces nos incomodan las miradas. También en que hay muchos lugares que no están pensados para nosotros y que, a veces, hacemos piruetas para llegar de un lado a otro.

Nos reímos mucho como cada uno veía estas dificultades. Así ese vacío que sentía se fue haciendo pequeñito, pequeñito.

Ese día en mi cabeza cruzaban varias cosas que hacían que saliera una sonrisa y que mi cuerpo sintiera tranquilidad. Pensaba que no voy a saber cómo es que se gastan los zapatos para caminar, correr o jugar. Que no me voy a ver como otros niños. Que algunos juegos con amigos los voy a poder hacer y otros no, Que a veces voy a sentir que quiera poder caminar y está bien.

Bueno ahora sabes muchas cosas de mí, pero ¡quiero contarte algo que ahora sé!

Se que todos podemos a veces vamos a sentir ese vacío de diferentes formas y de diferentes razones, a veces vamos a sentirnos un poco extraños con nuestro cuerpo y saber que este sentimiento puede ser pasajero, que a veces va a volver y tal vez venga y nos haga compararnos con los demás. Va a ver situaciones y lugares que nos hagan sentir incómodos con nosotros mismos.

Pero este es un proceso, un aprendizaje que se debe hacer y que cada uno lo va a hacer de diferente manera. También es muy importante no sólo hablar de cómo nos sentimos, en especial con las personas con quienes tenemos confianza para que sepan y puedan ayudarnos de alguna manera.

Recordar lo que nos gusta de nosotros mismos, de lo que somos capaces, que a veces las miradas que sentimos no son reales y que no todas las personas miran las diferencias físicas. Que incluso las cosas negativas que pensamos de nosotros no son lo que ven los demás.

Aun me falta muchas cosas por descubrir y aprender, pero lo que sé es que a todos nos gusta que nos traten con respeto y que, en medio de nuestras diferencias, todos somos valiosos y capaces.

Bueno nos vemos otro día,

Chao.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdel-Khalek, A. (2016). *Introduction to the Psychology of self-esteem*. Nova Science Publishers, Inc.
- Arias Gallegos, W. (2015). Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el Cliente. *UniFe*, 141-148.
- Boudeguer, A., & Squella, P. (2010). *Guía de Consulta Accesibilidad*. Santiago de Chile.
- Bruder, M. (2006). El cuento terapéutico como favorecedor de la resiliencia. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 15-28.
- Carretero Moreno, C. (2017). Mindfulness y educación emocional en la educación social. *Revista de Educación Social*, 1060-1068.
- CIF. (2001).
https://www.mintrabajo.gob.gt/images/Servicios/DEL/Informe_del_Empleador/Clasificaci%C3%B3n-CIF-Tip
- Comciencia PUCE. (2022). *Accesibilidad: Un mundo para todos*. Instagram:
<https://www.instagram.com/p/CmDAkcGDi5G/>
- Consejo Nacional de Discapacidades. (Enero de 2022). *Estadísticas de Discapacidad*.
<https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Defensoría del Pueblo del Ecuador. (2016). *Reportaje - Personas con Discapacidad*. YouTube:
<https://www.youtube.com/watch?v=obnd3sssn04&list=WL&index=1>
- del Camino, M. (2016). *Los cuentos como herramientas psicoeducativas*.
<https://mariadelcaminopsicologiayorientacion.blogspot.com/2016/03/los-cuentos-como-herramientas.html>
- Estrada, L. (2018). *Teorías y Métodos del Humanismo*. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina.
- Filippi, A. (12 de 09 de 2020). El poder terapéutico de los cuentos infantiles. *El País*.
https://elpais.com/elpais/2020/09/10/mamas_papas/1599735451_500149.html
- Granda, K. (2020). *Discapacidad Física*. YouTube:
https://www.youtube.com/watch?v=XrjDR1djUZg&t=151s&ab_channel=KatiGranda
- Heno Osorio, M. C. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanística - existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 83-100.
- Hernández, M. I. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho*, 46-59.
- López, M., Pérez, M., & Sales, M. (2001). *Autoestima y Conducta*.

- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ministerio de Educación de Bolivia. (2013). *Discapacidad física motora - Estudio de caso, Comprensión de la discapacidad VII*. La Paz.
https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/veaye/dgee/jica12_DISCAPACIDAD_FISICO-MOTORA.pdf
- Ministerio de Inclusión económica y social. (2013). *Modelo de Atención de Discapacidades*.
<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Discapacidades.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Reglamento para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con deficiencia o condición discapacitante*.
https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_Reglamento-calificaci%C3%B3n-recalificaci%C3%B3n-acreditaci%C3%B3n-personas-discapacidad-deficiencia-condici%C3%B3n-discapacitante.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social & Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/81610>
- Moreno Garcés, L. (2017). Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Moreno, L. (2017). *REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES*.
https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-12/Documento_Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Discapacidades.pdf
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su Importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 153-170.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*.
<https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>
- Nieto, M. (1 de Diciembre de 2002). Jorge Bucay defiende el cuento como terapia para superar los problemas. *El País*.
https://elpais.com/diario/2002/12/01/paisvasco/1038775216_850215.html?event=fa&event_log=fa&prod=REGCRART&o=cerrado
- OMS. (2021). *Organización Mundial De la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health#:~:text=Se%20calcula%20que%20m%C3%A1s%20de,servicios%20de%20atenci%C3%B3n%20de%20salud>
- Orbaiz, C. (2017). *Discapacidad, poder distinto*. YouTube:
https://www.youtube.com/watch?v=4NuF4HD94Qs&t=1s&ab_channel=TEDxTalks

- Padilla, A. (2010). DISCAPACIDAD: CONTEXTO, CONCEPTO Y MODELOS. *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414.
- Palacios, A., & Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos*. Madrid: Grupo editorial Cinca, S. A.
- Panesso, K., & Arango, M. (2017). La Autoestima, Proceso Humano. *PSYCONEX psicología, psicoanálisis y conexiones*.
- Pérez, M. E., & Chhabra, G. (2019). “Modelos teóricos de discapacidad: Un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7-27.
- Pérez, J. I., & Garaigordobil, M. (2007). *Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima, y síntomas psicopatológicos*.
- Perpiñán, S. (2013). *La salud emocional en la Infancia - Componentes y estrategias de actuación en la escuela*. Madrid: NARCEA, S.A. <https://digitalia.puce.elogim.com/visor/29049>
- Psicorevista. (2020). <https://psicorevista.com/psicoterapia/el-cuento-como-tecnica-psicoterapeutica/>
- Real Academia Española. (s.f.). <https://dle.rae.es>
- Rico Norman, D. (2016). Terapia Narrativa y Cuentos Terapéuticos. *Revista Hacer Psicología*. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2016/10/terapianarrativa.pdf>
- Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 135-186.
- Rodríguez, M. (2012). *Autoestima: clave del éxito personal*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/39624?page=1>
- Rosal Cortés, R. (2017). Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la Psicología Humanista. *Revista de Psicoterapia*, 85-126.
- Sanz, M. (2011). *Crecer con una discapacidad física*.
- SENPLADES; CONADIS. (2017). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades*.
- SETEDIS. (2014). *Accesibilidad Universal en el Ecuador*. Quito.
- Sistema Ecuatoriano de Normalización INEN. (2015). *Accesibilidad Universal y Diseño para Todos*. Ecuador. https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/norma_inen_2849_1_criterios_DALCO.pdf
- Suriá Martínez, r. (2012). Resiliencia en jóvenes con discapacidad. ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad? *Boletín de psicología*, 75-89.

- Tamayo, M. (2021). *¿Qué es la discapacidad y qué tipos de discapacidad existen?* tododisca:
<https://www.tododisca.com/que-es-discapacidad/>
- Toboso, M., & Arnau, S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*.
- Toledo, P. (2005). *El valor educativo del cuento: didáctica y evolución histórica*.
https://www.researchgate.net/publication/324774827_El_valor_educativo_del_cuento_didactica_y_evolucion_historica
- Valencia. (2014). *Breve Historia de las Personas Con discapacidad*.
- Velarde, V. (2012). Los Modelos de Discapacidad: un recorrido histórico. *Los modelos de la discapacidad: un*, 115-136.
- Victoria, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 1093-1109.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008&lng=es&tlng=es.
- Wordreference. (s.f.). <https://www.wordreference.com/definicion/cuento>