



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

“AUTONOMÍA PERSONAL Y SU RELACIÓN CON LA INTERACCIÓN
SOCIAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA”

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Líneas de investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

ERIKA RAQUEL SEVILLA SÁNCHEZ

Directora:

MERCEDES ELOISA NARANJO YEPEZ; Dra. Mg.

Ambato – Ecuador

Diciembre 2017

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO**

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“AUTONOMÍA PERSONAL Y SU RELACIÓN CON LA INTERACCIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA”

Línea de investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental



BIBLIOTECA

Autora:

Erika Raquel Sevilla Sánchez

Mercedes Eloísa Naranjo Yopez; Dra. Mg

f.

CALIFICADORA

Ana del Roció Martínez Yacelga; Dra. Mg.

f.

CALIFICADORA

Lucia Almeida Márquez; Dra. Mg.

f.

CALIFICADORA

Ana del Roció Martínez Yacelga; Dra. Mg.

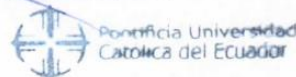
f.

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel; Dr.

f.

SECRETARIO GENERAL PUCESA



SECRETARIA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato - Ecuador

Diciembre 2017

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Erika Raquel Sevilla Sánchez portadora de la cédula de ciudadanía No. 1804789855-5 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.



Erika Raquel Sevilla Sánchez

CI. 180478985-5



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la sabiduría, la salud, la fortaleza y por ser el motor de mi vida para salir adelante en todo el trayecto de mi vida, a mis padres y hermanos quienes me brindaron su apoyo y comprensión.

Finalmente Gracias a todas las personas que han colaborado para la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a las personas que presentan alguna discapacidad física, quienes con su valentía y perseverancia salen adelante a pesar de sus dificultades, siendo así un gran ejemplo de superación y modelo a seguir.

RESUMEN

El objetivo de este proyecto de investigación fue analizar la relación entre la autonomía personal y la interacción social en personas con discapacidad física. El estudio fue de carácter descriptivo y correlacional, se fundamentó en el paradigma cognitivo conductual puesto que toma en cuenta los procesos del pensamiento de las personas y el comportamiento resultante de la interpretación que el individuo realiza de su entorno. Las personas con discapacidad física se encuentran en una condición que le predispone a contar con la ayuda de otras personas para desenvolverse y dependen de características como deficiencia y personalidad, el cual oscila entre el aislamiento a la dependencia y la incidencia sobre la forma como interactúa con los demás. La modalidad de investigación fue *cuantitativa*, ya que se desprendió de los resultados cuantificables de la aplicación de los instrumentos de medición; y *cualitativa* porque basó sus resultados en sustentos tanto lógicos como analíticos extraídos de la problemática contextualizada. El procedimiento metodológico fue parte del establecimiento del diagnóstico a través de la aplicación del método clínico: la entrevista semi-estructurada y la técnica psicométrica. Los resultados obtenidos demostraron que existe una correlación de tipo negativa significativa y pequeña de ($r=-,381^{**}$; $p<0,01$; $R^2 = 0.15$) entre las variables de estudio, esto significa que la autonomía personal opera con la ayuda del factor relacional, pero también con la influencia de factores internos (racionalidad) y externos (entorno social) los cuales constituyen un marco referencial en la calidad de vida del ser humano.

Palabras clave: Autonomía personal, interacción social, Discapacidad física, grados de dependencia.

ABSTRACT

The objective of this research project was to analyze the relationship between personal autonomy and social interaction of people with physical disabilities. The study was descriptive and correlational, based on the cognitive behavioral paradigm that takes into account the processes of people's thinking and their behavior resulting from the interpretation on how individuals live in their environment. People with physical disabilities live in a condition that predisposes them to require someone's help to manage on their own, depending on characteristics such as deficiency and their personality. Interaction can range from isolation to dependency and the impact on how people with disabilities interact with others. The research method was quantitative, as it was obtained from measurable results after running measuring instruments. A qualitative approach was applied since the results were based on both logical and analytical basis taken from a contextualized problem. The methodological process took part when the information was gathered through the application of the clinical method: the semi-structured interview and the psychometric technique. The obtained results showed that there is a small significant and negative correlation of ($r = -.381^{**}$, $p < 0.01$, $R^2 = 0.15$) among the variables under study, which mean that personal autonomy works with the help of the relational factor, but also with the influence of internal factors (rationality) and external factors (social environment), which provide a key a framework when talking about the quality of life of a human being.

Key words: Personal autonomy, social interaction, physical disability and degrees of dependence.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Problema	8
1.2.1. Descripción del problema	8
1.2.2.1. ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?.....	10
1.2.2.2. ¿Por qué se origina?.....	10
1.2.2.3. ¿Dónde se detecta?.....	10
1.3. Justificación	11
1.4. Objetivos	11
1.4.1. General.....	11
1.4.2. Objetivos Específicos.....	12
1.5. Pregunta de estudio, meta y/ o hipótesis de trabajo	12
CAPITULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.2.1. Personalidad.....	13

2.1.1. Conceptualización de la personalidad.....	13
2.1.2. Personalidad y Autonomía.....	15
2.1.3. Autonomía.....	17
2.1.3.1. Conceptualización de la Autonomía.....	18
2.1.3.2. Desarrollo de la Autonomía personal.....	22
2.1.3.3. Autonomía moral.....	26
2.1.3.4. Autonomía personal en personas con discapacidad física.....	30
2.1.3.5. Autonomía e Independencia.....	32
2.1.3.6. La dependencia.....	34
2.1.3.7. Grados de dependencia.....	37
2.1.3.8. Interdependencia de personas con discapacidad.....	39
2.2. Noción de personas con discapacidad.....	41
2.3. Discapacidad: Concepto.....	43
2.4. Evolución histórica del concepto de discapacidad.....	44
2.5. Tipos de discapacidad.....	47
2.5.1. Discapacidad sensorial.....	48
2.5.2 Discapacidad mental.....	50
2.5.3 Discapacidad múltiple o multiretos.....	52
2.5.4 Discapacidad motriz.....	52
2.5.4.1 Trastornos físicos periféricos.....	54
2.5.4.2 Trastornos neurológicos.....	54
2.6. Trastornos motores según el DSM 5.....	55
2.7. Clasificación de la discapacidad motriz.....	59
2.8. Causas de la discapacidad motriz.....	61
2.9. Factores que intervienen en la calidad de vida de las personas con discapacidad física.....	63
2.10. La construcción de identidad de las personas con discapacidad Física.....	65
2.11. Relaciones sociales de personas con discapacidad Física.....	66

2.12. Inserción laboral de personas con discapacidad Física	68
2.13. Actitudes disfuncionales en la conducta social de personas con discapacidad	70
2.14 Barreras contextuales para la participación de personas con discapacidad	72
2.15. Intervención psicológica a personas en situación de dependencia y sus familias	73
CAPÍTULO III	75
METODOLOGÍA	75
3.1 Metodología de la investigación	75
3.1.1. Métodos Aplicados	76
3.1.2. Método clínico	76
3.1.3. Hipotético Deductivo	78
3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	78
3.2.1. Entrevista semi-estructurada:	79
3.2.2. Técnica Psicométrica:	79
3.2.3. Test psicométricos:	80
3.3. Población y Muestra	82
3.4. Procedimiento Metodológico.....	83
CAPITULO IV	85
ANÁLISIS DE RESULTADOS	85
4.1. Análisis e Interpretación del Índice de Barthel: Grados de Autonomía.....	85
4.2. Análisis de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman	87
4.3. Análisis de la correlación entre índice de Autonomía y a la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman (Interacción social)	90
4.4. Análisis de Correlación entre Autonomía personal e Interacción Social.....	97
CAPITULO V	100
5.1 Conclusiones	100
5.2 Recomendaciones	103
Bibliografía	105
ANEXOS	115

Anexo N° 1. Solicitud a ASOPLEJICAT.....	115
Anexo N° 2. Solicitud a la Fundación Cuesta Holguín.....	116
Anexo N° 3. Escala de Actitudes de Weissman y Beck (Interacción Social)	117
Anexo N° 4. Índice de Barthel	120
Anexo N° 5. Entrevista de Discapacidad, Autonomía personal e Interacción social.....	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

TABLAS

Tabla 2. 1: Etapas del Desarrollo Moral	28
Tabla 2. 2: Clasificación de la discapacidad sensorial.....	49
Tabla 2. 3: Diferencia entre discapacidad física y motriz.....	53
Tabla 2. 4: Clasificación de trastornos motores del DSM5	56
Tabla 2. 5: Clasificación de la discapacidad motriz.....	60
Tabla 2. 6: Factores de la discapacidad motriz	62
Tabla 3. 1: Muestra	82
Tabla 4. 1: Matriz de correlación del índice de Autonomía y las Actitudes Disfuncionales.....	91

FIGURAS

Figura 4.1: Grados de Autonomía.....	86
Figura 4.2: Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman (Interacción social).....	87
Figura 4.3: Modelo Empírico Explicativo entre el Índice de Autonomía de Barthel y Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman.....	96
Figura 4.4 : Modelo Empírico Explicativo entre Autonomía personal e Interacción Social..	97

INTRODUCCIÓN

Para los seres humanos el ejercicio de la autonomía personal es un derecho primordial por el que todos luchan y en especial aquella persona que presenta alguna discapacidad, que por determinadas situaciones queda impedida su capacidad autónoma y por ende su participación en el entorno social, dependiendo del grado de severidad que presenten tanto en su estructura corporal y funcional.

Sin embargo, cabe recalcar que las limitaciones de la autonomía personal y la interacción social no solo se deben por la relación de la una con la otra, sino también de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales del ser humano, los mismos que condicionan o dificultan la competencia autónoma y relacional.

Por lo tanto este proyecto de investigación se enfoca en analizar la relación entre la autonomía personal y la interacción social en personas con discapacidad física, para lo cual se ha tomado como población de estudio a 25 beneficiarios de la Fundación Cuesta Holguín y 25 miembros de ASOPLEJICAT quienes cooperaron con la aplicación de los test.

En cuanto a la ejecución de la investigación está organizado en cinco capítulos, en el primer capítulo se explica el planteamiento para la propuesta de trabajo, en el que se

detallan los antecedentes, el problema, la justificación de la investigación, los objetivos a alcanzarse y las preguntas de estudio.

En el Segundo Capítulo para la construcción del Marco Teórico, se tomó en consideración los enfoques teóricos: cognitivo conductual y humanista, a través de autores como: Soto, Londoño, Miguel Ángel Avilés, Dr. Michael L. Wehmeyer, entre otros. Con las siguientes dimensiones de estudio: desarrollo humano y salud mental, las mismas que se operativizan en los siguientes temas: Concepto de autonomía personal e Interdependencia de personas con discapacidad.

La Metodología corresponde al Tercer Capítulo, donde se detalla el diseño, modalidad, método aplicado, los instrumentos aplicados en la población, técnicas, y muestras especificadas en el mismo.

En el Cuarto Capítulo se puntualiza el Análisis e Interpretación de los Resultados, obtenidos mediante la aplicación de los dos reactivos denominados: Índice de Barthel y Escala de actitudes disfuncionales de Weissman, para ello se ha utilizado un análisis cuanti-cualitativo el mismo que fue representado por tablas y gráficos.

En el Quinto Capítulo se realiza Conclusiones y Recomendaciones del trabajo investigativo, donde se concreta los resultados obtenidos y se da a conocer las opiniones y puntos de vista finales de la autora.

Y finalmente se añadió las listas de referencias bibliográficas de los temas tratados y como anexos se puso los reactivos utilizados, la entrevista semi-estructurada, las solicitudes a las instituciones ASOPLEJICAT y Fundación Cuesta Holguín en donde se evaluó a los participantes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Antecedentes

En el presente capítulo se expone un recorrido histórico a través de varios estudios realizados sobre la discapacidad física, donde se muestran los avances obtenidos con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas quienes presentan una discapacidad. De igual manera estos estudios se han tomado como base para el desarrollo del proyecto investigativo, los mismos que se detallaran a continuación.

Según un estudio propuesto por Mahoney y Barther plantean la utilización del índice de Barthel en el Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Escuela Nacional de Sanidad en Madrid, este instrumento es utilizado para medir la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, este índice se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 dando lugar a múltiples versiones. Su objetivo es obtener una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto, pues es de fácil aplicación e interpretación, con alto grado de fiabilidad y validez con una adaptación a diferentes ámbitos culturales (citado en Rudafa &

Moreno, 1997). Los resultados de esta investigación permiten determinar el grado de autonomía personal y cuáles son las deficiencias específicas de la persona con discapacidad, además de ser muy útil en la práctica clínica.

Otro estudio realizado por Schalock y Verdugo (2007) quienes diseñaron un modelo operativo de calidad de vida dirigido a impulsar su aplicación en diferentes tipos de programas y servicios que mejoren la atención de las personas con discapacidad física, este modelo consiste en un enfoque multidimensional compuesto por ocho dimensiones diferentes que son bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, que a su vez se hacen operativas en la formulación de indicadores diferenciados. Con los resultados que se obtengan se podrá conocer el grado de atribución de importancia y uso que tienen tanto las dimensiones como los indicadores del modelo propuesto de calidad de vida, y si existen diferencias entre países con diferentes niveles de desarrollo y distintas culturas.

Posteriormente Keysor y colaboradores en el (2005) en la Universidad de Boston, crearon un instrumento HACE (Home and Community Environmen) con el objetivo de medir los factores ambientales del hogar y de la comunidad los cuales influyen en los distintos niveles de participación de las personas con limitación en la movilidad. Este instrumento fue aplicado en individuos mayores de 21 años, sin limitación cognitiva, que tuvieran dificultad para caminar o moverse o comunicarse. El HACE es un instrumento breve y de fácil aplicación con alto grado de fiabilidad y validez (citado

en Abril, Clavijo, Ramírez, Serrano & Guerra, 2014). Además, se basa en el modelo social de discapacidad y según los autores puede predecir cómo las barreras o facilitadores afectan la participación en la comunidad.

Más adelante Abril, Clavijo, Ramírez, Serrano y Guerra (2013) realizaron un estudio en la Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia sobre las barreras contextuales que dificultan la participación de las personas con discapacidad física, quienes demuestran que existen factores que obstaculizan la participación y el desarrollo de las personas, tanto en el funcionamiento de los órganos y las estructuras corporales, como en la realización de las actividades de la vida diaria y en el desempeño social. Entre estos factores se incluyen aspectos relacionados con la accesibilidad en el entorno físico, la tecnología, las actitudes de la población frente a la discapacidad y los sistemas, servicios y políticas. Esta investigación permite profundizar el análisis de las barreras psicológicas relacionadas con la autonomía personal como factor que influye en el desenvolvimiento cotidiano.

En la Agenda Nacional para la Igualdad en discapacidades en el (2010) se expone un estudio bio-psicosocial-clínico genético, denominado “Misión Solidaria Manuela Espejo”, implementado por la Vicepresidencia de la República, el cual determinó que 294.803 personas con discapacidad se encuentran en situación crítica. Se utilizó una metodología aplicada en Cuba y Venezuela para registrar un conjunto de variables de tipo socioeconómico-sanitario y un análisis médico de la discapacidad (Torres, 2013).

Estos estudios han permitido tener una visión más clara sobre la situación de las personas con discapacidad en el Ecuador reflejando que la discapacidad afecta de manera desproporcionada a poblaciones vulnerables, es decir en países de bajos ingresos donde no se ha dado mayor importancia a este tipo de población.

Por otro lado Botero y Londoño (2013), realizan un estudio correlacional descriptivo el cual propone evaluar los factores que determinan la calidad de vida (CV) relacionada con la salud en 78 personas con discapacidad física que vivían en Bogotá, y hacían parte de un proyecto de inclusión laboral dirigido por una ONG. Se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud (Cuestionario de Salud SF36 y visita domiciliaria), al igual que las condiciones asociadas a la discapacidad y algunos factores psicológicos (Escala de Autoeficacia Generalizada, Prueba de Imagen Corporal, Inventario de Estilos de Afrontamiento, Prueba de optimismo disposicional, Inventario de Depresión de Beck y Escala de Ansiedad de Zung). Esta investigación permite profundizar el análisis psicológico de personas con discapacidad relacionándolo con la autonomía personal como factor que influyente en el desenvolvimiento cotidiano.

En cuanto a datos locales el diario la Hora refiere la situación de las personas con discapacidad en la ciudad de Ambato, donde Villacrés (2016) coordinador provincial del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS), indicó que en el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (Cootad) se establece como competencia obligatoria que cada Municipio debe

encargarse del tema de accesibilidad, “que comprende la eliminación de cualquier barrera arquitectónica que exista y el diseño de carácter universal. En ese sentido se respeta el derecho de libre tránsito y movilidad de los ciudadanos en general incluidos los ciudadanos que tienen un tipo de discapacidad”. Para el Coordinador Provincial del CONADIS el problema no está en que coloquen el equipamiento urbano, lo que en realidad le incomoda a la persona con discapacidad y se vuelve una barrera es el hecho de que se construyen sin las especificaciones técnicas.

1.2. Problema

1.2.1. Descripción del problema

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad (Soto & Vasco, 2008). Esto hace énfasis a los criterios emitidos por la Organización Mundial de la Salud, al referir que la discapacidad se ha tratado de explicar desde diferentes modelos conceptuales, enfatizando al modelo social de la discapacidad el cual considera que se trata de una condición o fenómeno que desde el punto de vista social constituye un problema frente a la integración de las personas con discapacidad en la sociedad.

En base al ministerio de Salud pública los porcentajes según los tipos de discapacidad son el 12,81% es auditiva, el 47,07% es física, el 22.49% es intelectual, el 1.34% es de lenguaje, el 4.48% es psicosocial y el 11.80% es visual, el mayor porcentaje de discapacidad es la física.

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada, esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas. Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición prematura del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes o problemas del organismo.

En las fundaciones Cuesta Holguín y Asoplejicat se encuentran personas con discapacidad física las cuales son autónomas, su grado de discapacidad no les impide realizar ciertas actividades diarias, el problema radica en el desenvolvimiento social, ya que piensan que las personas con discapacidad no disponen de capacidades y las menosprecian.

1.2.2. Preguntas Básicas

1.2.2.1. ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

El problema aparece cuando se evidencian dificultades en la capacidad de interactuar con las demás personas debido a deficiente capacidad de autonomía personal caracterizado por sentimientos de minusvalía, dependencia, autocompasión, y subestimación de sus propias capacidades.

1.2.2.2. ¿Por qué se origina?

Se origina por una deficiencia física, es decir, la pérdida o anomalía en la estructura anatómica de los sistemas osteoarticular (huesos y articulaciones), nervioso o muscular.

1.2.2.3. ¿Dónde se detecta?

Se detecta en el desenvolvimiento social, laboral y familiar que a su vez le coloca en condiciones de vulnerabilidad.

1.3. Justificación

El presente trabajo de investigación comprende un estudio sobre la Autonomía personal y su relación con la Interacción social en personas con discapacidad física, con el fin de determinar la correlación de las variables. De igual manera permite tener un acercamiento con los factores influyentes a las variables como son lo biológico, psicológico y social, y por medio de ello comprender las limitaciones que se puede generar tanto en la autonomía personal y la interacción social. Por tanto, con la presente investigación se pretende facilitar la comprensión de las variables, la correlación existente entre ambas y con ello poder brindar un aporte a la comunidad científica, ya que a su vez los resultados permiten tener una explicación lógica y concreta acerca del estudio realizado y con ello motivar a que se generen más investigaciones referentes a la temática expuesta.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Analizar la autonomía personal y su relación con la interacción social en personas con discapacidad física.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Diagnosticar el grado de autonomía personal e interacción social en personas con discapacidad física.
- Establecer los fundamentos teóricos y metodológicos de valoración de la autonomía personal y la interacción social en personas con discapacidad física.
- Determinar la relación existente entre el grado de autonomía y la interacción social en personas con discapacidad física.
- Elaborar un informe de análisis de correlación entre el grado de autonomía y la interacción social en personas con discapacidad física.

1.5. Pregunta de estudio, meta y/ o hipótesis de trabajo

Hipótesis de trabajo: La autonomía personal tiene relación con la capacidad de interacción social en personas con discapacidad física.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Personalidad.

2.1.1. Conceptualización de la personalidad

La personalidad es uno de los temas más tratados y discutidos desde la antigüedad ya que varios autores de diferentes corrientes psicológicas han intentado explicar y formular una definición que abarque lo más completo posible, es por ello que se aborda la temática desde un enfoque cognitivo conductual tomando en consideración las definiciones que realizan los siguientes autores.

El estudio de la personalidad es un campo complejo ya que ahí intervienen todos los elementos que constituyen la vida del ser humano, es decir aquellos procesos integrativos como la conducta, los pensamientos, sentimientos, hábitos y todo tipo de características que sean consistentes y duraderas, de manera que estos elementos sirvan para comprender la vida humana (Gabalda, 2013). Por tanto el desarrollo de la personalidad se constituye a partir de la suma de interacciones de mecanismos

individuales entre ellos y con el ambiente, lo cual permite comprender a la conducta en términos de causa-efecto.

Otro termino que engloba a la personalidad es “el carácter el cual se va desarrollando a través de la vida del ser humano, cuando ha conformado un conjunto de situaciones neuro-psíquicas de las actividades y actitudes que resultan de la adaptación del temperamento a las condiciones del ambiente social” (Chico, 2015, p.26). Es decir el temperamento depende de la relación social que mantenga el individuo con su comunidad lo cual refleja las condiciones personales y la manera de vivir.

En cuanto a Bandura (1977) sostiene que “la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; ya que dichos elementos juegan un papel importante en las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la manera de comportarse” (citado por Montaña, Palacios, & Gantiva, 2009,p.96). En síntesis los factores internos (cogniciones) y externos (ambiente- estímulos) son los que determinan el desempeño del individuo en diversas situaciones, dando como resultado ciertos rasgos de personalidad como por ejemplo la autonomía y la dependencia en cuestión de interacción con el medio social.

En este mismo sentido, se considera la definición que realiza Skinner (1938) el cual “concibe a la conducta como un producto elicitado por el ambiente, donde se presentan estímulos que pueden actuar como reforzadores que incrementan la incidencia

conductual” (citado por Montaña, Palacios, & Gantiva, 2009,p.96). De tal manera que los estímulos del ambiente tienen gran relevancia en la vida del ser humano pues son estos estímulos los que moldean la conducta y por ende su rendimiento como por ejemplo en actividades del diario convivir y de interacción social.

Cabe decir también que la personalidad se manifiesta de forma interna mediante los procesos psicológicos que influyen al individuo como los pensamientos, actitudes, valores, intereses, estados de ánimo, etc y también de forma externa mediante la interacción que el individuo tenga con el medio ya que los estímulos del mismo influyen notoriamente a tener ciertas actitudes y conductas de acuerdo al significado que perciban del ambiente. Por tanto la personalidad se consolida con el tiempo mediante la influencia de dichos factores los cuales deben estar en equilibrio a fin de mantener la calidad de vida del ser humano.

En síntesis, la interacción de la personalidad con el ambiente opera en gran medida como complemento de la autonomía personal y la interacción social ya que su libre desarrollo implica que la persona ejerza su pleno derecho de conducir su vida sin interferencias o limitaciones, lo cual se abordará en los siguientes apartados.

2.1.2. Personalidad y Autonomía

La personalidad y la autonomía son elementos muy importantes para la vida del ser humano pues intervienen tanto en el desarrollo de procesos psicológicos como en la calidad de vida, es por ello que debemos fomentar una educación donde se permita al niño desenvolverse de forma libre, sin interferencias y restricciones, es decir que explore su entorno, que manipule todo lo que le rodea, que conozca las consecuencias de sus actos, que interactúe con sus iguales, etc., en otras palabras que puedan ser ellos mismo, ya que de esta manera se optimiza el desarrollo integral del ser humano.

De igual manera la familia tiene un papel fundamental ya que es ahí donde se realizan los aprendizajes básicos para el desarrollo personal y social, pues cada miembro constituye un marco referencial para el infante, considerando que dichas relaciones fraternas influyen en la conducta, en la forma de comunicarse y relacionarse con otros, en la expresión de sentimientos, en la formación de una auto-imagen positiva de sí mismos, es decir todo tipo de características personales que aportan indudablemente en la constitución de la personalidad y autonomía.

En ese mismo sentido Machargo (2005) define a la personalidad como el resultado de factores genéticos y ambientales, en el cual se incluye el sentido del yo, la visión que el individuo tiene de sí mismo, los sentimientos de autonomía e independencia, la confianza en su capacidad y el autocontrol de la conducta, la identidad sexual, etc. Por tanto se integra de todo tipo de rasgo que define la identidad del individuo y que hacen que se vea como parte de la realidad de su entorno.

En cuanto a la autonomía Muñoz (2010) manifiesta que conforme los niños se van haciendo capaces de hacer entender sus deseos van adquiriendo el sentido de independencia, ya que alrededor de los dos a tres años se manifiesta su necesidad de autonomía pues a esta edad surge una voluntad más fuerte y pueden ser obstinados, lo cual es completamente normal, pues de esta forma los niños ponen a prueba el nuevo conocimiento de que son seres individuales con algo de control sobre su mundo. Por lo cual es importante que los padres generen confianza e iniciativa ya que solo así se podrá potenciar el desarrollo autónomo.

En virtud de lo expuesto se concluye que, la personalidad y la autonomía se constituyen paulatinamente a través del tiempo mediante la acumulación de todo tipo de experiencias con el medio, lo cual hace referencia también al progresivo conocimiento en que las personas van adquiriendo de sí mismo, a la auto imagen que tendrán de dicho conocimiento, y por ende a la capacidad de utilizar sus recursos personales cuando lo consideren necesario. No obstante cabe recalcar la importancia de la autonomía y como esta influye en la calidad de vida de las personas con discapacidad, lo cual se profundizará a continuación.

2.1.3. Autonomía

2.1.3.1. Conceptualización de la Autonomía

La autonomía es un tema amplio que abarca varias disciplinas para poder entender su constitución, ya que según (Navarra, s.f) la autonomía es entendida desde la filosofía, la psicología evolutiva ,las percepciones conductuales (conducta autónoma), morales (autonomía moral) y cognitivas (autorregulación del aprendizaje, es decir sujeto que sabe “aprender a aprender”), por tanto la autonomía se encuentra en constante evolución ya que se nutre de varias disciplinas, las mismas que se detallan a continuación desde la percepción de diversos autores.

En ese mismo sentido (Navarra, s.f, p.2) expone algunos conceptos que contribuyen en la constitución de la autonomía los mismos que se definen a continuación:

- **La autonomía** se refiere a la regulación de la conducta por normas que surgen del propio individuo. Autónomo es todo aquél que decide conscientemente qué reglas son las que van a guiar su comportamiento.

- **La voluntad** no es en sí misma una facultad intelectual, ni tampoco es una facultad irracional. Sus actos se ejecutan conforme a la razón. Por lo tanto,

seguir los deseos no es ejercer la voluntad, es simplemente estar (ciegamente) dominado. De esta manera puede afirmarse que el deseo pertenece al orden de lo sensible, en tanto la voluntad pertenece al orden del intelecto.

- **La responsabilidad** es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral.

Es decir somos autónomos cuando hacemos uso de nuestra conciencia moral, nos fijamos en las consecuencias de nuestras acciones y por ende en los efectos que ello conlleva, asimismo contemplamos lo que es la responsabilidad, la voluntad y la libertad, de tal forma estamos ejerciendo el pleno derecho de nuestra autonomía.

De acuerdo con Kant (1936) “la filosofía trascendental es autonomía, en la medida en que la razón establece sus principios y traza su alcance y límites en un sistema” (citado por Conill, 2013, p.5). Esta definición hace referencia a una dimensión cognitiva y racional la cual influye notoriamente en la conducta autónoma.

Según manifiesta Zamudio (2012) la autonomía es todo acto que se realiza libremente sin interferencias o influencias externas, por tanto, sería lo opuesto a la heteronomía que implica en obrar por imposiciones externas. De tal forma que somos autónomos cuando utilizamos todo tipo de habilidades y capacidades que nos permitan actuar por nuestra propia iniciativa desenvolvemos en actividades cotidianas sin requerir ayuda de terceros.

De igual manera ocurre con nuestro comportamiento ya que este representa a la capacidad autónoma de regular cada una de nuestras acciones las mismas que son controladas por la voluntad siendo consecuencia de una predisposición afectiva anterior a la actuación. Por tanto la conducta se utiliza para resolver situaciones del diario convivir, la cual depende de la utilización de habilidades acertadas con la finalidad de crear alternativas de solución frente a los problemas, regulando a la vez sus emociones y pensando en las consecuencias de cada acción, lo cual lleva a la consecución del comportamiento autónomo.

En cuanto al aprendizaje autónomo Chica (2010) considera que “educarse a sí mismo es desplegar un repertorio de actividades que conduzcan a autorregular el aprendizaje cognitivo, meta cognitivo, sociocultural, ético y situacional, buscando siempre la apropiación de conceptos y la generación de otros” (p. 172). Por tanto el aprendizaje consiste en la base fundamental de regulación para que el sujeto aprenda a aprender, es decir la adquisición de habilidades y herramientas necesarias para resolver problemas referentes a la vida personal, laboral, profesional, familiar, social,

académico, etc., de acuerdo a la tarea y el contexto en que se encuentre y mediante ello se pueda dirigir el proyecto de su vida autónoma.

Acotando a lo expuesto Avilés (2011) menciona la definición que realiza la legislación española (ley 39/2009 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia), la cual afirma que “la autonomía se define como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (p. 289). De tal forma que se adquiere autonomía cuando la persona llega a ser capaz de pensar por sí mismo con sentido crítico, teniendo en cuenta varios puntos de vista y en lo moral pueda diferenciar lo bueno de lo malo, y en lo intelectual lo falso de lo verdadero.

Entorno a lo mencionado por los autores se concluye que la autonomía es un aspecto importante para el desarrollo del ser humano, de manera que fomentarla es el objetivo primordial de todo educador y en especial de los padres, ya que es ahí donde el niño aprende todo sobre la autonomía, adquiere capacidad de autorregularse, se responsabiliza de las consecuencias de su comportamiento y aprende a responder asertivamente con el medio. Así mismo la autonomía se desarrolla en mayor o menor medida, debido a que se encuentra en constante interacción con factores internos (racionalidad) y externos (contexto socio ambiental), es decir estos factores o condiciones se ajustan a la capacidad real del sujeto.

2.1.3.2. Desarrollo de la Autonomía personal

En un comienzo los seres humanos son heterónomos, pues cuando son pequeños necesitan la asistencia de los progenitores quienes se encargan de suplir las necesidades básicas como la alimentación, vestido, educación, etc., así como también la enseñanza de normas de comportamiento, por tanto la familia constituye la vía principal para el desarrollo de la autonomía personal.

El desarrollo autónomo implica un cambio constante a través de las etapas de crecimiento donde la actividad mental acciona la inteligencia y por ende va cambiando las ideas sobre nuestro entendimiento, voluntad y autocontrol. Dentro de esta perspectiva (Mansilla, 2000) manifiesta las etapas del desarrollo bio-psico-social del ser humano las mismas que se detallan a continuación:

- a. La etapa prenatal que comprende desde la concepción hasta el nacimiento donde el feto recibe su herencia tanto genética como colectiva. Se caracteriza por la relación diádica del niño/a y su cuidador pues ahí empieza sus primeras interacciones con la madre y por medio de ella con el medio.

- b. La Primera Infancia (0-5 años) se caracteriza porque existe un alto grado de dependencia en los infantes, además de riesgos de morbi-morbilidad (es decir muertes por alguna enfermedad), por lo que requiere un estricto control del

desarrollo y crecimiento ya que es una etapa de vulnerabilidad. Otras características en esta etapa (4-5 años) son las normas y sanciones sociales que ayudan al niño a aprender un razonamiento moral pues a través de reglas y límites impuestos por los padres y la escuela ayuda a regular el comportamiento del infante. Además el ingreso escolar permite al infante regular su autocontrol ya que se centra en las tareas escolares y controla sus impulsos frente a actitudes agresivas hacia otros niños en donde acata reglas impuestas por el profesor.

- c. La Segunda Infancia (6-11 años) se caracteriza porque hay más apertura al mundo externo lo cual ayuda a la adquisición de habilidades para la interacción social, tienen curiosidad por el mundo y buscan descubrir los significados. Se comienza a definir ciertos rasgos de personalidad, integra sus roles de género y por medio de los valores morales guía su comportamiento y mantiene expectativas sobre lo que quiere lograr, además adquiere independencia en cuanto a generar un criterio frente a juicios emitidos por los adultos pues basa sus razonamientos en los significados que da al mundo moral.

- d. La etapa formativa de 12-17 años, es un periodo donde se genera más independencia ya que los adolescentes afrontan nuevas dificultades como los estudios y decisiones personales, así mismo le interesa ser aceptado en un grupo social y siente la presión de sus iguales, es la etapa donde tiene mayor tendencia a conductas de riesgo debido a la influencia social, donde su

comportamiento cambia. En cuanto a lo psicológico surge una inquietud por explorarse a sí mismo y el entorno; también, en este período definen su identidad social y de género.

- e. Al llegar a la mayoría de edad (18 años) los individuos de ambos sexos, en la mayoría de países ya se los reconoce como mayores de edad y por tanto están capacitados para responder por sus actos ante la justicia, participar en el sistema de defensa nacional, en la población económicamente activa así como en actividades sociales y políticas, unirse en matrimonio y formar una familia.

Se dice que una persona es autónoma cuando ha adquirido las habilidades necesarias para desenvolverse en la vida, es decir que tenga la capacidad para decidir de acuerdo a los valores éticos aprobados por el medio social en que se desarrolla el individuo.

Con referencia a lo mencionado Gómez y Nieto (2013) sostienen que el desarrollo de la autonomía personal se fortalece a medida que los niños/as y adolescentes van adquiriendo paulatinamente conforme su desarrollo responsabilidades con las cuales se ven conscientes de sus actos y decisiones, y que tales responsabilidades les proporcionará un grado de madurez para enfrentarse a la vida, de manera que la autonomía es la base de aprendizaje para la vida.

Sin embargo el desarrollo de la autonomía personal no es un proceso fácil puesto que intervienen varios factores los mismos que pueden accionar como facilitadores de su desarrollo u obstáculos, como en el caso de las personas que presentan discapacidad física donde sus capacidades se encuentran limitadas y por tanto dependientes a otros agentes del contexto que les rodean como : la familia, la escuela, y la sociedad en general quienes los perciben a través de sus dificultades y no logran ver sus fortalezas, generando en estas personas baja autoestima, dependencia, inseguridad y por ende dificultad para relacionarse asertivamente con el medio.

Por tal motivo es importante que trabaje en conjunto tanto la familia, la escuela y los profesionales de salud quienes se enfoquen en concientizar a la sociedad en general, a que sea más incluyente y participativa con este grupo de personas. Así mismo cabe recalcar que el ámbito familiar y el vínculo afectivo que se forme en las relaciones interpersonales influyen de manera significativa en la infancia donde es aún incipiente el desarrollo de la autonomía personal.

Resulta oportuno también mencionar que la autonomía personal tiene relación intrínseca con los principios, valores, creencias reflejadas en la conducta moral, lo cual permite el desarrollo de la autonomía moral ya que esta constituye la meta central para alcanzar la identidad personal autónoma como un proceso de diferenciación e integración, a través del cual la persona organiza sus experiencias de acción y de interacción en el mundo. Por tanto se profundiza lo concerniente a la temática.

2.1.3.3. Autonomía moral

La autonomía moral es la meta que todo ser humano pretende alcanzar pues se forma a partir de la interacción del individuo con el medio social, donde se interiorizan los valores aprendidos y se hace uso del razonamiento o juicio, el cual ayuda a diferenciar lo bueno y lo malo y conforme a ello el individuo se desenvuelve en el contexto socio-ambiental, de modo que el ser humano se reconoce y lo reconocen como un ser libre.

Acotando a lo dicho anteriormente (Conill, 2013) refiere que;

La autonomía moral constituye un ideal vital y está en íntima relación con lo que se ha denominado “la voz de la conciencia”, con la conciencia moral y la libertad de conciencia”. Se presenta como una cierta “voz interior”, que puede inspirar, juzgar y obligar. En cambio, en la heteronomía los principios nos vienen dados desde fuera y los asumimos sin reflexión. Aquí lo que guía y domina son los instintos, las apetencias, la autoridad y/o la tradición (p.3). Cabe decir entonces que la autonomía moral es un elemento fundamental en la vida del ser humano el cual le permite vincularse al medio social con la finalidad de que exista un reconocimiento recíproco en cuanto a su capacidad autónoma donde el individuo forme su propia identidad.

Debido a las consideraciones anteriormente mencionadas, se toma como referencia a (Barra, 1987) quien a su vez cita las investigaciones de Kohlberg (1972) sobre el desarrollo moral, siendo el mayor exponente sobre la psicología moral y por haber elaborado la teoría más completa sobre el razonamiento moral.

Puesto que, describe la evolución del razonamiento moral a través de la utilización de categorías en la cual señala las diferencias que se dan en el modo de razonar a medida que el ser humano va creciendo y aprendiendo. Por tanto engloba las seis etapas en tres categorías que son: la pre-convencional, la convencional y la post-convencional las mismas que se detallan de forma resumida a manera de ejemplo en la siguiente tabla 1.

Tabla 2. 1: Etapas del Desarrollo Moral

NIVEL	EGOISMO		ALTRUISMO		SOLIDARIDAD	
	1 PRECONVENCIONAL		2 CONVENCIONAL		3 POSTCONVENCIONAL	
Etapa de Orientación:	Heterónoma	Instrumental y Relativa	Conformidad Inter-personal	Sistema Social, ley y Orden	Contrato Social	Principios éticos Universales
	1	2	3	4	5	6
¿Qué es lo bueno o correcto?	Evita romper las reglas temiendo al castigo de la obediencia por mera conveniencia.	Lo que sirve para satisfacer las propias necesidades, lo que es justo lo acordado.	“Ser bueno” es un rol importante según las expectativas del grupo, como buen hijo, buen hermano, alumno, amigo, padre, madre, esposo, esposa.	Cumplir con los deberes asumidos. Las leyes son para cumplirse, excepto las injusticias.	Aunque hay valores que entran en conflicto en la sociedad, prevalecen la vida, libertad y justicia.	Se siguen los principios éticos universales asumidos por uno mismo como la justicia, derechos humanos, la persona como un fin, utopía.
Niño: ¿Por qué no robas?	Porque mi mamá me pega.	Para que me permitan	En esta familia no hay ladrones	Un buen ciudadano no roba.	Auto obligado por el bien común.	El que se mueve por una utopía no roba.

Fuente: Kohlberg (1972)

En virtud de lo expuesto se alcanza la autonomía moral a través de un proceso de desarrollo donde el individuo contempla los principios morales universales por medio de la interacción social la cual debe ser responsablemente solidaria en interacción mutua, siempre y cuando estas relaciones se establezcan tomando en cuenta el potencial humano, ya que de esta manera se va interiorizando los valores de forma subjetiva, lo cual le permite al individuo desenvolverse libremente en el contexto en el que se encuentre. Por consiguiente la autonomía moral se logra de forma reflexiva, identificándose como un individuo que mantiene una cierta continuidad en el tiempo y que se distingue por una historia de vida única, en un contexto de interacción continua.

No obstante cabe señalar, la importancia que tiene la autonomía en personas con discapacidad física, pues esta funciona de manera diferente ya que estas personas se encuentran condicionadas a rendir según su grado de afectación, sus capacidades o habilidades desarrolladas, de manera que predispone a contar con la ayuda o asistencia de otras personas para poder desenvolverse en las actividades cotidianas, por lo cual se expone la temática a continuación.

2.1.3.4. Autonomía personal en personas con discapacidad física

Tener un desarrollo integral es la meta más importante por la cual los seres humanos luchan durante el trayecto de su vida, es por ello que la autonomía personal constituye la vía principal para alcanzar dicho desarrollo, sin embargo no se podría asegurar que alguien tenga autonomía personal absoluta o dependencia total, debido a que existen varios aspectos de la vida del ser humano que se encuentran condicionados por diversas situaciones que a su vez no tienen que ver con la decisión o revisión personal, tales como: la cultura, la etnia, el sexo, la genética, presencia de una discapacidad o enfermedad, la posición que el sujeto ocupa respecto de su entorno y del tipo de relación que tenga con las personas, el estilo de crianza, el nivel de educación, etc., es decir todo tipo de circunstancias que limitan y forman un marco referencial para la capacidad autónoma del sujeto y que a su vez aportan un significado que nutre a la capacidad emocional, cognitiva y conductual de la persona.

Por tanto Álvarez (2015) sostiene que “la autonomía personal es una capacidad que se encuentra en función del tipo de estímulos, incentivos, situaciones, relaciones o entorno con el cual se enfrenta el individuo, y que por medio de tales opciones se configura la capacidad autónoma” (p.19). Es decir que determinados factores conforman el escenario de la toma de decisiones de una persona, y por tanto la autonomía personal se encuentra en constante interacción con los agentes externos, los cuales determinan la capacidad autónoma del ser humano.

De igual manera Caba y López (2015), manifiestan que se entiende por autonomía personal como “la capacidad para auto gestionarse de acuerdo a lo que se piensa y siente, pero también consideración hacia los otros, asumiendo responsabilidades personales, interpersonales y sociales” (p. 151). En síntesis la autonomía configura gran parte de la vida del ser humano ya en ella intervienen factores bio-psico-sociales los cuales cumplen funciones importantes en la práctica de la autonomía y por ende el desarrollo integral del ser humano.

Sin embargo, la autonomía personal no solo es cuestión de saber desempeñarse en las actividades de la vida diaria y de desarrollar habilidades sociales más bien su búsqueda tiene que ver también con sus derechos civiles y políticos los cuales permitan el ejercicio pleno de dicha capacidad.

Hoy en día se evidencia en la sociedad el irrespeto por los derechos e igualdad de las personas que se encuentran limitadas en la capacidad autónoma como en el caso de la discapacidad, puesto que se ha mantenido a través del tiempo la discriminación, la exclusión e imposición de barreras a razón de la misma discapacidad.

Entorno a lo mencionado se determina que, es de vital importancia concientizar a la sociedad para que se cambie esas percepciones erróneas que se tiene sobre las personas con discapacidad, a fin de garantizar una vida independiente e inclusiva en donde se genere una total participación en la comunidad, de tal forma que se comprenda lo que es la autonomía personal e independencia en personas con discapacidad física, lo cual se abordara en el siguiente apartado.

2.1.3.5. Autonomía e Independencia

Alcanzar la autonomía e independencia es una de las metas más importantes en la vida del ser humano, puesto que ambos elementos contribuyen en el desarrollo personal y social, por tanto para que los niños logren ser independientes y desarrollen cierta autonomía en sus vidas deben recibir una educación que permita el libre ejercicio de la autonomía y de la independencia. Por lo cual es importante conocer la diferenciación de estos términos.

En este mismo sentido Gutiérrez (2012) señala en su narrativa que la independencia y la autonomía personal guardan sus diferencias en cuanto a lo que el ser humano puede hacer y desea realizar por mero derecho, de modo que la autonomía es la capacidad del individuo de valerse por sí mismo, de tomar decisiones personales, de actuar con libertad pero asumiendo las consecuencias de su conducta, mientras que la

independencia se enfoca más en cuanto a las actividades que puede realizar dentro del diario convivir, pero sin interferencias externas, es decir sin requerir ayuda de terceros.

Con respecto a lo tratado Álvarez (2015) sostiene que la independencia es la aptitud para decidir por uno mismo, para no dejar en manos de otras personas elecciones relevantes, de manera que dicha condición permite que las personas reflexionen sobre sí mismas, el entorno y las otras personas, tomando distancia respecto del entorno de relaciones y significado dado.

Asimismo estos elementos se forman a partir de la interiorización de valores y principios aprendidos a través del tiempo, los cuales apuntan a la autorrealización, a la emancipación, a la práctica de la libertad, a la responsabilidad, al respeto por las elecciones individuales, en si todas estas aspiraciones configuran tanto la independencia como la autonomía personal. Es evidente entonces que se encuentran intrínsecamente relacionados ya que ambos trabajan conjuntamente para potenciar las habilidades y capacidades del ser humano, de tal forma que no se los debe ver como elementos distintivos sino como elementos esenciales para la calidad de vida del individuo.

Por consiguiente se reconoce que la independencia y la autonomía se constituyen por medio de varios factores, contextos, situaciones, estímulos, los cuales no son suficientes para potenciar su capacidad, pues la autonomía como la independencia son

capacidades que se desarrollan gradualmente en el diario convivir y por tanto aparecen cada vez más opciones que delimitan su desempeño como por ejemplo las relaciones de subordinación, la dependencia y la marginación por causa de una discapacidad.

Con respecto a la dependencia es importante mencionar como esta se desarrolla en la vida de las personas con discapacidad, de que se trata y que aspectos relevantes existe sobre la misma, lo cual se tratara a continuación.

2.1.3.6. La dependencia

Cuando hablamos de dependencia en los seres humanos pensamos en personas complacientes, inseguras, obedientes, sumisas, incapacitadas para realizar alguna actividad o tomar alguna decisión ya que siempre están a expensas de recibir la ayuda de otras personas más capaces, lo cierto es que la dependencia no es tan mala del todo, siempre y cuando funcione de una manera constructiva para el individuo, ya que todos los seres humanos no somos totalmente capaces de resolver todo y por ende necesitamos de la ayuda de un otro en determinado momento.

De manera que la dependencia se desarrolla en el individuo a causa de varios factores del entorno social tales como; el tipo de relación que tengan las personas con su alrededor, la situación en que se encuentre la persona o estado de salud, el estilo de

crianza sobreprotector, etc., es decir todo tipo de elemento que configure o dificulte la capacidad autónoma del individuo.

Con respecto a lo mencionado (Rodríguez I. , s.f) refiere que: el autoritarismo parental se vincula con la generación de dependencias en los niños, adolescentes y adultos. De modo que si en las relaciones parentales no se ocasiona la capacidad de ofrecer al niño comportamientos independientes y autónomos, sobreprotegiendo y evitando que se desenvuelvan por sí mismos, se estaría formando individuos con alta probabilidad de padecer dependencia emocional hacia los demás y por ende se obstaculiza el desarrollo autónomo del infante haciendo que este no aprenda por ensayo error durante un periodo crítico de su desarrollo, es decir que no tenga la oportunidad de aprender de sus equivocaciones.

Asimismo la dependencia es mayormente percibida por la sociedad como un rasgo negativo de la personalidad del individuo el cual no le permite desenvolverse con normalidad ya sea en las actividades del diario convivir o en situaciones que deba tomar una decisión por su propia iniciativa, lo cual impide que el ser humano se desarrolle con la debida asertividad.

Cabe añadir también la definición que realiza Querejeta (2004) quien a su vez cita el criterio emitido por el Consejo de Europa, en su recomendación No R (98)9, el cual define a la dependencia como: "Un estado en el que personas, debido a una pérdida

física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias"(p.18). Por tanto las personas con discapacidad física o que tengan otras afecciones, se encuentran en una condición de vida diferente el cual condiciona su modo de vivir ya que requieren de la atención o ayuda de un familiar o su cuidador para desenvolverse, por tanto se encuentran en condición de dependencia.

En conclusión, la dependencia debe ser vista como un estado transitorio de aprendizaje en un sentido positivo, a fin de que las personas puedan aprender de su experiencia o situación, es decir en este caso la dependencia acciona de manera instructiva como por ejemplo cuando una persona sufre un accidente y queda imposibilitada para caminar entonces debe recibir ayuda o asistencia de otras personas, y a manera que transcurre el tiempo va aprendiendo como adaptarse a su nueva situación de manera que se desenvuelve e interacciona con el medio con las nuevas habilidades aprendidas.

No obstante la condición de dependencia de las personas con discapacidad física también dependerá del estado de salud, del tipo de deficiencia o limitación y del grado de afectación que tenga, lo cual se abordará a continuación.

2.1.3.7. Grados de dependencia.

Cuando el ser humano presenta dificultades para desenvolverse en las actividades de la vida diaria, se dice que se encuentra en una situación de dependencia, ya sea por diferentes causas, las cuales condicionan a las personas a rendir de acuerdo al grado de dificultad que tengan, pues dicha situación de vida predispone a la persona a contar con la ayuda de otros.

De igual manera (Querejeta, 2004) define a la dependencia como; “la situación en que la persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización o mejorar el rendimiento funcional de una determinada actividad” (p.18). Por tanto la dependencia generalmente se presenta con mayor frecuencia en casos de discapacidad ya que las personas sienten la necesidad de recibir algún tipo de ayuda técnica y asistencial, de tal forma que se encuentran en continua interdependencia.

Se ha tomado como referencia a Blasco (2006) quien explica la ley publicada en BOE, 14 de Diciembre del 2006 referida a la convención y derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la misma que realiza la siguiente clasificación sobre los grados de dependencia, que son los siguientes:

- a) **Grado I. Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al

menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Finalmente, se puede percibir a la dependencia de forma universal ya que todas las personas se encuentran en situación de dependencia en determinadas etapas de la vida, donde tienen dificultades para la realización de alguna actividad del diario convivir, por lo que requieren de la ayuda de otros. No obstante la situación de dependencia se ve agudizada más en caso de personas que presentan discapacidad física ya que por determinados motivos su capacidad autónoma se ve limitada y por tanto se encuentra en constante interdependencia con el entorno que le rodea.

2.1.3.8. Interdependencia de personas con discapacidad

Para comenzar hablar de interdependencia en personas con discapacidad, es importante recalcar la diferencia de esta con la dependencia, pues la diferencia básica entre ambas es que la dependencia es un condicionamiento de una persona hacia otra, un apego que la limita y la tiene pendiente del accionar del otro, mientras que en la interdependencia hay un intercambio mutuo de ambas partes y por ende un vínculo o relación. Es por ello que somos seres sociales y condicionados por el actuar de un semejante, de tal manera que la interdependencia es el modo de intercambio donde damos y recibimos afecto, información, ayuda recíproca, conocimientos, etc.

En ese mismo sentido Palacios (2008) considera que la asistencia que se brinda a las personas con discapacidad física opera en cierta forma como un aspecto negativo de la interdependencia ya que las personas son desplazadas del gobierno de sus vidas, por tal razón cuestiona la forma en como las personas son asistidas más no ve perjudicial el impulso humanitario de ayudar a otro cuando lo necesita, debido a ello reconoce que la interdependencia humana fortalece los derechos de las personas y que la asistencia en la toma de decisiones aporta al desarrollo de las habilidades autónomas.

En base a las consideraciones anteriores la interdependencia de parte de la familia, amigos y otros con quienes interactúan las personas con discapacidad, se ve reflejada de forma evidente en el diario convivir pues estas personas se enfrentan a barreras

tanto físicas como sociales las mismas que impiden que la interdependencia se genere de forma asertiva, es decir que se tome en cuenta la capacidad de decisión de las personas.

No obstante es necesario reiterar la definición de autonomía ya que esta se encuentra inexorablemente conectada con la interdependencia pues la conducta autónoma no puede ejecutarse sin la influencia del entorno social, de tal forma que el ser humano no puede ser autónomo en su totalidad pues su condición natural le predispone a estar en constante interdependencia con otros elementos del entorno social.

Por cuanto autores como Kelchner, Richards y Wehmeyer (1996) afirman que; “la conducta es autónoma si la persona actúa según sus propias preferencias, intereses, y capacidades, es decir de forma independiente y libre de influencias externas o interferencias deseadas” (citado por Cabezas, Sánchez & Perez,2002, p.334). De modo que el comportamiento autónomo no puede existir sin el aprendizaje resultante de la interdependencia del ser humano con la sociedad.

Lo que indica que la interdependencia es un estado natural de convivencia ya que somos seres sociales y por tanto necesitamos convivir con otros agentes externos cómo la familia, amigos, compañeros, etc., pues de esta manera aprendemos del medio y desarrollamos habilidades de interacción social. Si bien es cierto para poder comprender como funciona la interdependencia en personas con discapacidad, es

necesario tener en claro la noción de lo que es una persona con discapacidad, lo cual se tratara a continuación.

2.2. Noción de personas con discapacidad

Generalmente la sociedad tiene una percepción diferente de lo que es una persona con discapacidad especialmente quienes las miran desde otro modo o no han tenido la oportunidad de conocer de cerca a una persona con discapacidad, pues las familias y los profesionales en salud son quienes pueden dar una concepción más real de lo que son las personas con discapacidad.

Las posibilidades de las personas que presentan discapacidad se encuentran disminuidas como consecuencia de la deficiencia que padecen; de igual manera presentan barreras debido a la estructura social tanto así que la falta de integración educativa, laboral o social, son dadas por la percepción que tiene la sociedad de este grupo en particular, por lo cual es evidente entonces que la sociedad los ve como vulnerables, incapaces de controlar, afrontar y tomar decisiones por su propia iniciativa, es decir es así como se construye la noción de lo que es una persona con discapacidad.

Referente a lo mencionado Palacios (2008) sostiene que “se entiende por persona con discapacidad a toda aquella cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas a consecuencias de una deficiencia, previsiblemente permanente ya sea en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales” (p.80). Es decir una persona con discapacidad es aquella que se encuentra en una condición de vida o salud diferente puesto que presenta alguna deficiencia o limitación que impide su libre participación, ya sea en actividades cotidianas como en las de interacción social.

En cuanto a la perspectiva que tiene la sociedad de las personas con discapacidad es aun excluyente y discriminativa por el hecho de ser “diferentes” según la sociedad, por tanto esta es la realidad que vive este grupo social al que denominamos personas con discapacidad. Sin embargo es importante que la sociedad tome conciencia, sea más inclusiva, respete los derechos de las personas con discapacidad y por ende los contemple a estas personas como individuos con habilidades, recursos y potencialidades.

De igual manera, cabe recalcar lo importante que es conocer y comprender lo que es una discapacidad puesto que el concepto ha ido evolucionando con el tiempo y la falta de información hace que la sociedad no sepa interactuar con las personas que presenten una discapacidad, por tanto se abordará la temática a continuación.

2.3. Discapacidad: Concepto

Se ha intentado explicar la discapacidad desde diversos modelos conceptuales, a fin de entender mejor la problemática de la misma; la cual se encuentra en constante interacción entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve; es decir, en ella intervienen factores como: funciones y estructuras alteradas del cuerpo.

Por tanto, se ha tomado en consideración la definición que realiza La Organización Mundial de la Salud OMS (2001) la cual ha formulado un modelo integrador biopsicosocial para conceptualizar y categorizar a la discapacidad, definiéndola como “las deficiencias en las funciones y/o estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona que tiene una condición de salud en interacción con factores ambientales y personales” (citado en Botero & Londoño, 2013, p. 126). De tal forma que la discapacidad no es una enfermedad sino más bien es una condición de salud o de vida diferente, que predispone a la persona a rendir según las capacidades o funcionalidades que posea.

Cabe mencionar también que es fundamental realizar un análisis sobre la incidencia del entorno social frente a la aparición de deficiencias, pues muchas de ellas no solo tienen un origen biológico sino que también son producto social.

En cuanto a los avances que ha tenido el concepto de discapacidad se hace necesario dar a conocer datos relevantes sobre su evolución lo cual aportará una mayor comprensión sobre la temática que se presenta a continuación.

2.4. Evolución histórica del concepto de discapacidad.

La conceptualización de discapacidad ha evolucionado a través del tiempo, ya que antiguamente la postura social ante la discapacidad oscilaba entre discriminación social y la compasión por este determinado grupo de personas. Con respecto a la diversa terminología y conceptualización acerca de las personas con discapacidad se debe a la percepción que ha tenido el medio social a través de la historia, de manera que estos significados y términos son propios de cada contexto sociocultural.

Acotando a lo expuesto anteriormente Padilla (2010) expone acontecimientos históricos que conceptualizan a la discapacidad:

- En la antigua Grecia (siglo IV a.C.), las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad notoria eran sacrificadas a los dioses; sin embargo, no se ha respondido la pregunta sobre si ello era un privilegio o, más bien, una forma de excluirlas de la sociedad por no poder adaptarse a ella.

- Durante la Edad Media, con las cruzadas y demás guerras de la época, se incrementó el número de personas con discapacidad, y a pesar de que en estos tiempos era difícil sobrevivir, se crearon instituciones que en la mayoría de casos eran auspiciadas por la Iglesia. Durante el siglo XVI, se desarrollaron las primeras prótesis de mano y Juan Luis Vives postuló el trabajo y la educación como medios de rehabilitación.
- En los siglos XVIII y XIX se dieron varios cambios, entre los cuales resaltamos los escritos de Denis Diderot sobre las competencias de los ciegos o las primeras escuelas para sordomudos y otras para ciegos, donde se formó Louis Braille, quien desarrolló su conocido método, que en 1878 se reconoció como un sistema universal para enseñar a personas ciegas.
- En el siglo XX se recrudeció la persecución contra personas con discapacidad, aun cuando la más visible fue la perpetrada por Adolf Hitler, bajo el pretexto de mejorar la raza; así mismo, las dos guerras mundiales y otros enfrentamientos bélicos (guerras de Corea, Vietnam, etc.) dejaron un sinnúmero de personas con discapacidad física y mentalmente que indujeron a crear cierta conciencia sobre el problema.

Todo ello conlleva el inicio cada vez más fuerte de agrupaciones de personas con diferentes tipos de discapacidades, en diferentes partes del mundo, que además de propender por su bienestar, crean conciencia acerca de sus derechos.

De acuerdo con los razonamientos que se han expuesto se reconoce que: “La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evita su participación plena y efectiva en la sociedad” (Roig & Barranco,2010,p.26). De todo esto se desprende que la discapacidad ha tenido grandes avances tanto en su tratamiento como en la lucha por sus derechos lo cual se ha logrado por medio de los movimientos sociales, pues estos han permitido que las personas con discapacidad adquieran las mismas oportunidades que los demás y por ende que sean reconocidos como parte de la sociedad.

Cabe mencionar también sobre la importancia de conocer sobre los tipos de discapacidades ya que pueden afectar a las personas de distintas maneras puesto que existen diversas deficiencias con sus respectivas características sintomáticas las mismas que pueden estar ocultas o no se puedan notar con facilidad, por tal razón antiguamente se presenciaba dificultades para su clasificación y tratamiento. Por otro lado con el avance en estudios sobre la temática se ha logrado clasificar a las discapacidades para ser estudiadas, las mismas que se detallan más adelante.

2.5. Tipos de discapacidad

La tipología de la discapacidad ha sido creada fundamentándose en la existencia de diversas deficiencias que presentan las personas, cada una con sus características singulares, las mismas que han servido para ser tomadas para su clasificación y por ende para ser estudiadas y tratadas por los especialistas en salud de manera más eficaz.

Para lo cual se toma como referencia a la clasificación que realiza Valarezo (2013) quien a su vez cita información proporcionada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, la ONU y de un proyecto censal sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, del Instituto Nacional de Estadística, Madrid, España (1999), las cuales clasifican a las discapacidades en las siguientes; sensoriales, motrices, intelectuales, múltiples, las mismas que se detallarán continuación:

En síntesis, la clasificación de discapacidades ha sido de gran utilidad tanto para su estudio y comprensión por los profesionales de la salud así como para las personas que presentan una discapacidad.

2.5.1. Discapacidad sensorial

Es una discapacidad de uno de los sentidos y por lo general se utiliza para referirse a la discapacidad visual o auditiva, sin embargo los otros sentidos también pueden desarrollar discapacidades como pueden ser, discapacidades olfativas (onosmia, que es una incapacidad para oler), discapacidad somato-sensorial (falta de sensibilidad al tacto, calor, frío y dolor). Por tanto abarca aquellas deficiencias que impiden la comunicación con el entorno, pues las personas que padecen este tipo de discapacidad ya sea de ceguera visual y auditiva, sufren de una desconexión con el medio y por ende se restringe su participación a eventos sociales.

Los seres humanos poseemos cinco sentidos la vista, el oído, el olfato, y el tacto, los cuales son vitales, de manera que al carecer de uno de ellos se dificultaría el desenvolvimiento en el diario convivir de las personas.

Así mismo a consecuencia de tener esta discapacidad se podría generar angustia en el proceso de aceptación y adaptación, de aprender a vivir con la persona y su discapacidad, el desconocimiento del problema concreto, la falta de información acerca de la significación de la misma. Por tanto se presenta a continuación la clasificación de la discapacidad sensorial de forma sintetizada en la siguiente tabla 2.

Tabla 2. 2: Clasificación de la discapacidad sensorial

Tipo	Definición	Subdivisión
Discapacidad visual	-Es una carencia, deficiencia o disminución de la visión	<p>Ceguera total: es la ausencia de respuesta visual.</p> <p>Visión parcial: 3/10 de agudeza visual en el ojo de más visión, con corrección o 20 grados de campo visual total.</p> <p>Baja visión: Es la agudeza central reducida que incluso con corrección óptica proporcionada por lentes convencionales, presenta una pérdida bilateral de la visión con algún resto visual.</p>
Discapacidad Auditiva	-Es la carencia, disminución, o deficiencia de la capacidad auditiva	<p>Hipoacusia/ sordera de transmisión: La causa se sitúa en el oído externo o medio.</p> <p>Hipoacusia/ sordera de percepción o neuro-sensorial: Es el daño causado en el oído interno o en la vía auditiva.</p> <p>La sordo-ceguera: Es una discapacidad multisensorial que resulta de la combinación de dos deficiencias sensoriales (visual y auditiva)</p> <p>Mixta: suele ser la más frecuente y aglutina las alteraciones propias de la sordera de transmisión o la sordera neuro-sensorial.</p>
Discapacidad olfativa	-Es una discapacidad sensorial que consiste en la ausencia del sentido del olfato, y las personas que sufren perciben el mundo de una forma radicalmente diferente. Un término relacionado es la hiposmia el cual se refiere a la disminución en la habilidad olfativa.	
Discapacidad del gusto	-En este caso las personas que padecen este trastorno pueden sentir sabores que no existen, no diferenciar los sabores o no percibir ningún sabor.	
Discapacidad del tacto	-La analgesia congénita es una enfermedad presente desde el nacimiento, que se caracteriza por la existencia de indiferencia ante	

el dolor ante los estímulos dolorosos.

Fuente: Collis (2003)

2.5.2 Discapacidad mental

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización.

Más actualizada es la definición que hace la Asociación Americana sobre Retardo Mental (AARM), en su edición de 1992 refiriéndose al retraso mental como a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.

La OMS propone una clasificación básica de la discapacidad mental según el coeficiente intelectual: Leve, moderada, severa y profunda. De acuerdo a esta

clasificación y a modo de referencia, se pueden reconocer las siguientes características según Guevara & Fuenzalida (2006):

- **Leve:** Se trata de personas capaces de mantener una conversación sencilla. La persona alcanza la independencia para el cuidado personal (comer, asearse, vestirse, controlar esfínter, etc.).
- **Moderada:** Hay lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje. La capacidad de cuidado personal y las funciones motrices están en desventaja.
- **Severa:** Se observa un desarrollo psicomotor muy limitado la articulación es defectuosa, la persona suele reconocer algunos signos y símbolos.
- **Profunda:** En general, la persona presenta movilidad restringida o inexistente. Habitualmente, no controla esfínter. Requiere supervisión y ayuda constantemente, ya que suele presentar patologías asociadas. (pp. 75-76)

El grado de discapacidad que presente la persona determinará su autonomía y capacidad de integración. Aquellas personas con necesidades de dependencia requerirán de atención especial y protegida. Los esfuerzos en estos casos apuntan a mejorar al máximo su calidad de vida y espacios de dignidad humana.

2.5.3 Discapacidad múltiple o multiretos

Podemos decir que las personas portadoras de discapacidad múltiple son las afectadas en dos o más áreas, caracterizando una asociación entre diferentes discapacidades, con posibilidades bastante amplias de combinaciones. Un ejemplo serían las personas que tienen discapacidad mental y física.

Según Pérez (2012) la persona que sufre de sordo-ceguera no puede ser comparada a un sordo ni a un ciego, ya que la persona ciega y la persona sorda utilizan sus sentidos de forma complementaria, es decir la persona con discapacidad visual trabaja más su audición y la persona sorda cuenta más con su visión.

En conclusión, la discapacidad múltiple es una situación grave ya que limita en mayor medida las capacidades de las personas que la padecen dando así un pronóstico menos alentador en su la calidad de vida. Sin embargo, la presencia de este tipo de discapacidad afortunadamente se presenta en menor medida en la población en general.

2.5.4 Discapacidad motriz.

Para comenzar a hablar de discapacidad motriz es necesario que se comprenda que las capacidades motrices del ser humano están vinculadas con el sistema nervioso el cual pasa información a los nervios a través del cuerpo, para que este pueda realizar cualquier actividad que requiera de movimiento como caminar, comer, vestirse, etc., es decir todas aquellas actividades cotidianas que generen autonomía para el ser humano, es el producto de una imposibilidad que impide el desenvolvimiento motor, involucra anormalidad en estructura anatómica, sistema óseo- articular, nervioso o muscular.

Acotando a lo expuesto anteriormente se reconoce que; la discapacidad motriz constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a las personas en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión.

Sin embargo es importante recalcar la diferencia de discapacidad física y discapacidad motriz para una mayor comprensión de lo que es lo físico y motriz, lo cual se sintetiza en la siguiente tabla 3, a continuación.

Tabla 2. 3: Diferencia entre discapacidad física y motriz

Discapacidad Física	Discapacidad Motriz
<p>-Genéticas Se puede transmitir de padres a hijos.</p>	<p>-Transmisión genética, se puede transmitir de padres a hijos.</p>

-Congénitas

Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen sólo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación

-Adquiridas

Ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento.

-Infecciones microbianas

Se refiere a microorganismos adquiridos en algún momento durante su vida, que causaron enfermedad en el individuo

-Traumatismos Ocasionados por algún accidente o enfermedad que deja secuelas.

-Origen desconocido

Fuente: (Castañeda, Campa, & Ruiz, 2013)

De igual forma, cabe señalar que la discapacidad motriz se clasifica en trastornos físicos periféricos y neurológicos, los cuales se detallan a continuación.

2.5.4.1 Trastornos físicos periféricos.

Afectan huesos, articulaciones, extremidades y músculos. Se presentan desde el nacimiento (por ejemplo, algunas malformaciones de los huesos), o bien, son consecuencias de enfermedades en la infancia (como la tuberculosis ósea articular). Algunos accidentes o lesiones en la espalda dañan la médula espinal e interrumpen la comunicación de las extremidades (brazos y piernas) hacia el cerebro y viceversa.

2.5.4.2 Trastornos neurológicos

Significan el daño originado en el área del cerebro (corteza motora cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo. Origina dificultades en el movimiento, y en el uso, sensaciones y control de ciertas partes del cuerpo. Los más comunes son la parálisis cerebral, los traumatismos craneoencefálicos y los tumores localizados en el cerebro (Mondragón & Lobera, 2010, p.18).

Por tanto la discapacidad motriz abarca toda aquella deficiencia que limita el funcionamiento motor del individuo que la padece; pues dichas deficiencias pueden ser temporales y permanentes o ir acompañadas de otras deficiencias, por lo mismo estas se clasifican tomando en cuenta varios aspectos que se detallaran en el siguiente capítulo.

2.6. Trastornos motores según el DSM 5

Los profesionales de la salud mental utilizan el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la quinta edición (DSM-5) como una herramienta básica para elaborar un diagnóstico y tratamiento eficaz, el cual brinda un resumen conciso de los signos y síntomas de los síndromes, con la finalidad de determinar el trastorno base que aqueja al paciente en este caso de los trastornos motores.

Los trastornos motores son aquellas afecciones que se encuentran relacionados con alguna alteración motriz ya sea por un mal funcionamiento del sistema óseo articular, muscular o nervioso, cuya principal característica es la asociación de tics motores y fónicos de carácter crónico, los cuales causan un daño significativo en la vida de las personas que padecen este tipo de trastornos y que en determinado grado de daño representa una limitación u obstáculo para el desempeño de determinadas actividades del diario convivir. Estas deficiencias pueden ser causadas por anomalías congénitas, enfermedad u otras causas.

Tabla 2. 4: Clasificación de trastornos motores del DSM5

Tipos de Trastornos	Definición	Criterios diagnósticos
1.-Trastorno del Desarrollo de la Coordinación	Es un trastorno de la niñez que lleva a que se presente coordinación deficiente y torpeza	<p>A. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está muy por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo y la oportunidad de aprendizaje y el uso de las aptitudes.</p> <p>B. El déficit de actividades motoras del Criterio A interfiere de forma significativa y persistente con las actividades de la vida cotidiana apropiadas para la edad cronológica</p> <p>C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo.</p> <p>D. Las deficiencias de las habilidades motoras no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o deterioros visuales, y no se pueden atribuir a una afección neurológica que altera el movimiento.</p>
2.-Trastorno de Movimientos Estereotipados:	Se caracteriza por la presencia de movimientos repetitivos, que no tienen función concreta, suelen ser rítmicos	<p>A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo.</p> <p>B. El comportamiento motor repetitivo interfiere en las actividades sociales, académicas u otras y puede dar lugar a la autolesión.</p> <p>C. Comienza en las primeras fases del período de desarrollo.</p> <p>D. El comportamiento motor repetitivo no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica y no se explica mejor por otro trastorno del desarrollo neurológico o mental.</p>

3.-Trastornos de tics

Un tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico.

- **Trastorno de Tourette:**

A. Los tics motores múltiples y uno o más tics vocales han estado presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente de forma concurrente.

B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.

C. Comienza antes de los 18 años.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

4.- Trastornos de tics motores o vocales crónicos

Los tics motores o vocales únicos o múltiples han estado presentes durante la enfermedad, pero no ambos a la vez.

Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette.

- **Trastornos de tics transitorios:**

A. Tics motores y/o vocales únicos o múltiples.

B. Los tics han estado presentes durante menos de un año desde la aparición del primer tic.

C. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette o de trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico).

5.-Otro Trastorno específico de tics

Se aplica a presentaciones donde predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causa malestar clínicamente significativo, pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics o de trastornos del desarrollo neurológico.

Para citar estos trastornos se han tomado como referencia los criterios mencionados por el psicólogo clínico (Ladón, 2013) quien a su vez cita la clasificación de los trastornos motores del DSM5 los mismos que se detallan en la siguiente tabla 4.

Para finalizar los trastornos motores clasificados por el manual DSM -5 son de gran utilidad porque permiten comprender las diversas alteraciones que se reflejan en varios aspectos en los que se ve afectado el desarrollo psicomotor de las personas, por lo cual es importante la intervención antes de que el trastorno repercuta con severidad el desarrollo psicomotor.

2.7. Clasificación de la discapacidad motriz.

La discapacidad motriz es una condición de vida diferente, donde se aprecia dificultades en el desplazamiento, equilibrio, manipulación de objetos, habla y respiración, etc., limitando de esta manera su capacidad autónoma y relacional.

En esta discapacidad se presentan alteraciones que afectan al sistema óseo, articular, nervioso y muscular, por tal motivo se toma en consideración la clasificación citada por Rodríguez (2011) para su clasificación según el origen y la localización topográfica que se presenta a continuación en la siguiente tabla 5:

Tabla 2. 5: Clasificación de la discapacidad motriz

Clasificación	División	Subdivisión
SEGÚN EL ORIGEN	CEREBRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis cerebral • Traumatismo craneoencefálico • Tumores • Poliomielitis
	ESPINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Espina bífida • Lesiones medulares degenerativas • Traumatismo medular
	MUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Miopatías (i.e. distrofia muscular progresiva de Duchenne, distrofia escapular de Landouzy-Djerine) • Malformaciones congénitas (amputaciones, luxaciones, artrogriposis) • Distróficas (condrodistrofia, osteogénesis imperfecta)
	ÓSEO-ARTICULATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Microbianas (osteomielitis aguda, tuberculosis, óseo-articular). • Reumatismos infantiles (Reumatismo articular agudo, reumatismo crónico) • Lesiones óseo-articulares por desviación del caquis (cifosis, escoliosis, lordosis) • Monoplejía o Monoparesia (parálisis de un solo miembro, ya sea brazo o pierna)
SEGÚN LA LOCALIZACIÓN TOPOGRAFICA	PARÁLISIS	<ul style="list-style-type: none"> • Hemiplejía o hemiparesia (parálisis de un lado del cuerpo, derecho o izquierdo) • Diplejía o diparesia (parálisis que afecta a partes iguales a cada lado del cuerpo) • Tetraplejía o tetraparesia (parálisis de los cuatro miembros)
	PARÁLISIS CEREBRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Espástica (afecta sobre todo a los músculos necesarios para realizar movimientos voluntarios de los miembros superiores e inferiores) • Atetósica (se dan alteraciones del tono manifestándose normalmente hipotonía que puede ir a hipertonia cuando hay que realizar un acto voluntario.) • Atáxica (se da una perturbación del equilibrio que afecta a la marcha y a la coordinación de movimientos, sobre todo los relacionados con la postura) • Leve (en estos casos pueden hablar y andar, aunque los movimientos son un poco torpes)

- Moderada: con un lenguaje impreciso, marcha inestable y dificultades en el control manual. Y/o severa: en estos casos no andan y se carece de lenguaje en la mayoría de los casos.

Fuente: Rodríguez, 2011

En conclusión la discapacidad motriz no solo afecta el sistema motor sino también el desenvolvimiento socio personal y emocional de quien la padece ya que afecta su desarrollo en varios aspectos, es por ello que los padres de familia con hijos con discapacidad se preguntan cuáles fueron las causas que generaron dicha condición de vida, pues la mayoría son ocasionadas debido a problemas durante la gestación, dificultades en el nacimiento, lesiones medulares, traumatismos craneoencefálicos, accidentes, transmisión genética, infecciones virales, entre otras que se detallaran más adelante.

2.8 Causas de la discapacidad motriz.

Existen muchos cuestionamientos sobre las causas de la discapacidad motriz especialmente quienes más se preguntan son los padres y familiares de personas con discapacidad motriz, debido a su interés por conocer a fondo sobre el origen y características de dichas limitaciones ya que son diversas deficiencias o alteraciones que aparecen en determinadas etapas de la vida del ser humano (pre-natal, peri-natal y post-natal). De acuerdo con lo mencionado anteriormente se reconoce que la discapacidad motriz se debe a los siguientes factores los mismos que se detallan en la siguiente tabla 6:

Tabla 2. 6: Factores de la discapacidad motriz

Clasificación	Concepto	Subdivisión
FACTORES CONGÉNITOS:	Alteraciones durante el proceso de gestación como malformaciones congénitas	<ul style="list-style-type: none"> • Espina bífida: defecto del normal cierre del canal óseo de la columna vertebral, producido en la etapa embrionaria, frecuentemente se localiza en la región lumbro-sacra. • Amputación: Pérdida total o parcial de una parte de cuerpo, puede ser adquirido o congénito. • Agnesia: Falta de formación o desarrollo incompleto de alguna parte u órgano del cuerpo, ocurre en etapa embrionaria. • Tumor: Alteraciones de los tejidos u órganos del cuerpo que se manifiesta con una hinchazón. • Parálisis cerebral: Síndrome caracterizado por trastornos motores por lesión cerebral no progresiva ocurrida en etapas tempranas del desarrollo del sistema nervioso central.
FACTORES HEREDITARIOS	Transmitidos de padres a hijos.	<ul style="list-style-type: none"> • Distrofia muscular de Duchenne: Enfermedad del músculo, hereditaria, afecta a los varones, aparece en la infancia o edad escolar. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la fuerza muscular. • Ontogénesis Imperfecta: trastorno genético en el cual los huesos se fracturan con facilidad.
FACTORES ADQUIRIDOS EN LA ETAPA POST-NATAL		<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo: Efecto en el organismo de una lesión producida por un agente mecánico exterior. • Infecciones: Entrada, crecimiento y multiplicación de un microorganismo (virus, bacteria, protozoo) en el hombre. • Anoxia: Ausencia de oxígeno en las células o tejidos vivos. El tejido más sensible a la anoxia es el nervioso. • Asfixia: Suspensión de la respiración por inmersión, estrangulamiento, por vía respiratoria obstruida por cuerpos extraños, por paro respiratorio, etc.

- **Accidente vascular:** o accidentes vasculo cerebrales, cuadro clínico neurológico, de origen isquémico (déficit repentino del riego sanguíneo en una zona del cerebro) o hemorrágico (rotura de arterias o venas)

Fuente: Guzmán (2007)

Para finalizar, es de suma importancia la detección de las causas de la discapacidad motriz pues de esta manera se puede tratar eficazmente las necesidades de quien la padece, además de ser una tarea multidisciplinaria ya que su diagnóstico es proporcionada por varios especialistas como el neurólogo, medico fisiatra, y el pediatra quienes accionan de manera oportuna para favorecer el desarrollo de la persona con discapacidad motriz y por ende mejorar su calidad de vida.

2.9. Factores que intervienen en la calidad de vida de las personas con discapacidad física.

Cuando las personas se ven afectadas por algún tipo de discapacidad suelen presentar diferentes actitudes o modos de comportamiento frente a la situación que atraviesan ya sea de aceptación o de adaptación hacia un nuevo estilo de vida, o a su vez pueden presentar sentimientos como rechazo, depresión, desesperanza, tristeza, llanto, ira, angustia, etc. Por lo cual es importante que las personas cuenten con los mecanismos y recursos necesarios para enfrentarse y retomar su vida con normalidad y por ende puedan mejorar su calidad de vida, pero a su vez las personas se ven influenciadas por

diversos factores que intervienen en su calidad de vida, los mismos que se detallaran a continuación. (Castilla & León, 2014)

- Factores previos de personalidad
- Edad
- Circunstancias externas
- Apoyo o falta del grupo familiar
- Historia laboral previa
- Tipo y grado de discapacidad
- un entorno físico que no es accesible
- falta de tecnología de asistencia relevante [dispositivos de asistencia, adaptables y de rehabilitación]
- actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad;
- servicios, sistemas y políticas que no existen o perjudican la participación de todas las personas con una afección en todos los aspectos de la vida.

De los planteamientos anteriores, se deduce que es fundamental la intervención multidisciplinaria hacia la discapacidad, donde todo tipo de identidad tome acción frente a la influencia negativa de factores bio-psico-sociales ya que de esta manera se estaría previniendo que dichos factores perjudiquen más la calidad de vida de las personas con discapacidad.

2.10. La construcción de identidad de las personas con discapacidad Física

La reafirmación de las diferencias grupales, en individuos con discapacidad puede ser necesaria para favorecer el cambio de perspectiva de la ciudadanía pues de esta manera se hace más énfasis y concientización en la conformación de una identidad propia de las personas con discapacidad. Puesto que Según Díaz (2010) sostiene que “la ciudadanía también es identidad compartida, aunque algunos grupos, como puede ser el caso de las personas con discapacidad han podido considerarse excluidos de la misma” (p.129). Por tal razón la reafirmación de las diferencias grupales, tal y como abogan los teóricos de la ciudadanía de la diferencia, puede favorecer la percepción y conformación de la identidad propia de las personas con discapacidad.

En síntesis, la sociedad y las entidades públicas deben formar parte en la lucha para la construcción de una propia identidad de aquellos individuos que se encuentran en condiciones de discapacidad y así cambiar la barrera que limita a estas personas y los excluye de la sociedad. Asimismo es de vital importancia eliminar aquellos estereotipos de autonomía que solo alimentan la idea errónea de que las personas con discapacidad solo pueden desempeñarse en ciertas cosas de acuerdo a la deficiencia que posean.

2.11. Relaciones sociales de personas con discapacidad Física

La interacción social es un aspecto fundamental para el desarrollo integral del ser humano ya que establecer relaciones sociales a temprana edad proporciona un equilibrio interpersonal, pues a medida que el individuo adquiera experiencia en establecer relaciones sociales mediante error y ensayo, mejor significado social tendrá del contexto en el que se desenvuelva y mientras menos oportunidades de interacción social, mayor consecuencia de desajustes psico-emocionales, dificultades a nivel personal y social se tendrá, como por ejemplo la manifestación de actitudes disfuncionales en su comportamiento tales como: el rechazo social, desaprobación, necesidad de amor, aislamiento, etc.

Por tanto Luque y Rojas (2011) mencionan que es fundamental “trabajar las actitudes (como tendencia o respuesta) en un ámbito social, conlleva intervenir en lo cognitivo, en lo afectivo y en lo conductual. Sólo así cualquier actuación o programa, podrá promover actitudes positivas o modificar en ese sentido, las ya existentes” (p.3). En definitiva las actitudes tienen un particular campo de ejercicio en las relaciones sociales hacia las personas con discapacidad, ya que todos no somos iguales y el tener capacidades diferentes no les impide interrelacionar con los demás sin ningún inconveniente, solo es necesario cambiar ese pensamiento equivocado sobre las personas con discapacidad o aquellos pensamientos

distorsionados que impiden a las personas con discapacidad interrelacionarse de manera adecuada.

Cabe mencionar también que las personas con discapacidad suelen manifestar dificultad en sus relaciones sociales debido a las barreras que impone el entorno y las situaciones de discriminación que aún prevalecen, por lo cual sería fundamental trabajar primero en la estructura social para que así las características del ambiente se modifiquen y se de apertura a la interacción social, ya que de esta manera se podría mejorar aquellas dificultades que presentan las personas con discapacidad en su comportamiento.

Dadas las condiciones que anteceden Ibáñez y Mudarra (2004) afirman que “las personas con discapacidad, suelen mostrar un deterioro relativamente generalizado en sus relaciones sociales por la dificultad para flexibilizar su comportamiento, de modo que las características del ambiente se modifican, por tanto les resulta difícil cambiar sus pautas de respuesta” (p. 523). Por tanto su capacidad para desenvolverse socialmente depende tanto de la disposición de la sociedad a aceptar a las personas con sus diferencias así como sus limitaciones funcionales.

En virtud de lo expuesto anteriormente, se determina que es de vital importancia trabajar con la sociedad y con las entidades públicas para que favorezcan los derechos de estos individuos a fin de lograr que haya una disponibilidad para aceptar las

diferencias y limitaciones de las personas con discapacidad y por ende eliminar aquellas barreras que impiden que se genere la autonomía personal e internación social.

2.12. Inserción laboral de personas con discapacidad Física

La inserción laboral constituye un aspecto importante para la vida de las personas y en especial de quienes presentan alguna discapacidad ya que por determinadas situaciones les es más difícil tener acceso a un trabajo, por tanto es fundamental abogar por este derecho ya que de esta manera la sociedad toma acciones para ayudar a equiparar oportunidades procurando de esta manera a que se genere una inclusión verdadera donde toda la sociedad pueda ejercer sus derechos. Es por ello que hoy en día en el Ecuador se ha incorporado y modificado concepciones acerca de la discapacidad y su forma de atención.

Acotando a lo expuesto anteriormente se toma de referencia el análisis que realiza

(Ordoñez, 2011) donde expone lo siguiente:

- Actualmente el Ecuador cuenta con políticas que identifican a las personas con discapacidad como un “grupo de atención prioritaria”. Dentro de la Constitución vigente se enfatiza que la discapacidad requiere atención especial y aprovisionamiento de recursos económicos y humanos, así como de ayudas

técnicas, con el fin de hacer efectivos los derechos que estas personas tienen a la educación, salud, rehabilitación y habilitación, inserción social y empleo.

- La inserción laboral permite a las personas con discapacidad mejorar sus condiciones de vida, mantener a su familia y apoyar al desarrollo del país a través de un trabajo productivo. Para lograr una verdadera inserción laboral debemos empezar mejorando la educación y la formación ocupacional. Es importante que se desarrollen las competencias y capacidades de esta población, pues en nuestro país el 85% de las personas con discapacidad no ha accedido a la educación y solo el 15% ha terminado el colegio o tienen una profesión.

Así mismo la falta de socialización para comprender que estas personas son seres humanos que gozan de derechos y obligaciones, al igual que el resto de la población, es un punto importante para reflexionar ya que debido a sus limitaciones deben tener cierto tipo de protección, pues una discapacidad sí es un limitante en determinados momentos.

En conclusión, la inserción laboral es un derecho primordial ya que permite a las personas con discapacidad mejorar sus condiciones de vida, mantener a su familia e incluirlos en el medio social, ya que de esta manera se respeta sus derechos como ciudadanos así como también se toma en cuenta sus fortalezas y capacidades, lo cual resulta favorable para mantener la calidad de vida de estas personas.

En cuanto a las actitudes disfuncionales, cabe reiterar que estas manifestaciones del comportamiento causan daños significativos en la vida de las personas, por tanto se analiza la temática a continuación.

2.13. Actitudes disfuncionales en la conducta social de personas con discapacidad

La conducta social de las personas se constituye desde el núcleo familiar ya que es ahí cuando los seres humanos aprenden a relacionarse desde el primer vínculo que forman con los padres donde sienten aceptación o a su vez rechazo en caso de concebir un hijo con discapacidad, y a medida que se van desarrollando interiorizan los conceptos sociales dándoles un significado y a consecuencia de su interacción social van generando actitudes ya sean positivas o disfuncionales.

De acuerdo con Luque y Rojas (2011) señalan que “socialmente, las personas se comportan y tienen cambios en su conducta con los demás, debido a las cogniciones sociales que tienen sobre los otros, a su desarrollo cognitivo y al papel que la Educación y el sistema educativo juegan”. (p.2) De tal forma que el enfoque cognitivo y evolutivo en un medio social, explica la adquisición y el desarrollo de comportamientos sociales.

Las actitudes disfuncionales en la conducta social de las personas con discapacidad son un producto social no esperado comúnmente en un contexto socio cultural determinado, como resultado de interacciones conflictivas con el medio social. En ese mismo sentido las falencias en el comportamiento social se deben a su misma discapacidad, pues se encuentran excluidos de participar en la sociedad lo cual imposibilita su desarrollo en habilidades sociales.

Según Ibáñez y Mudarra (2004) la psicología social explica diversos fallos en la conducta de las personas con discapacidad como son las siguientes características: los desajustes entre los objetivos de las personas y su realidad, errores perceptivos, errores en la traducción o comprensión de pensamientos, sentimientos, falta de motivación de otras personas en sus relaciones interpersonales, errores en la planificación o en la actuación y el desconocimiento de respuestas adecuadas.

En torno a lo mencionado, se concluye que las actitudes disfuncionales constituyen un aspecto debilitante en el proceso de interacción social, ya que son el resultado de pensamientos inadecuados, distorsionados de la realidad del individuo, puesto que intervienen en del comportamiento de las personas haciendo que estas tengan dificultades para establecer relaciones laborales, de amistad, familiares, de pareja, etc. Por tal razón causan un malestar significativo en el bienestar psico-emocional de las personas.

2.14 Barreras contextuales para la participación de personas con discapacidad

Los obstáculos que dificultan la participación en actividades de ocio interfieren en el desarrollo integral de las personas ya que tienen un gran impacto tanto en la funcionalidad como en las estructuras corporales, pues dicha situación impide la realización de las actividades de la vida diaria y también aquellas actividades que se encuentran vinculadas con el desempeño social. Ante la situación planteada las actividades de ocio permiten a las personas que desarrollen competencias sociales, pues de esta manera aprenden a desenvolverse de forma voluntaria en la vida social.

Con referencia a lo anterior Ibáñez y Mudarra (2004) afirmo que “este colectivo de personas con discapacidad, no participa de forma estable de las ofertas de Ocio, por la existencia de múltiples obstáculos o barreras” (p.523). Por tanto es de suma importancia prestar especial atención a los problemas derivados de sus características específicas y a aquellos relacionados con el medio físico y social que dificultan la participación en actividades de Ocio, particularmente los relativos a la movilidad y la comunicación como las barreras urbanísticas, de transporte, de orientación y comunicación sensorial etc.

Finalmente, las barreras físicas (limitaciones funcionales y estructurales) e internas (cogniciones) que padecen las personas con discapacidad causan un daño significativo en la calidad de vida de las personas y por ende en su desarrollo personal y social. Por tal razón es importante la participación en actividades de ocio ya que no solo favorece al desarrollo social sino no también físico y mental. Por tal motivo se profundizara a continuación sobre la importancia de una intervención psicológica a personas en situación de dependencia.

2.15. Intervención psicológica a personas en situación de dependencia y sus familias

Hoy en día la atención a personas en situación de dependencia ha ido mejorando debido a la creación de nuevos modelos de salud, los cuales operan de forma interdisciplinaria pues centran su atención en psico-educar primeramente a las familias, haciendo que tomen conciencia y responsabilidad de como asistir a personas con dependencia a fin de que estas personas logren desenvolverse en ciertas actividades de la vida diaria y de igual manera puedan integrarse en la sociedad.

Referente a lo mencionado Ortiz (2007) sostiene que “la atención e intervención con familias es fundamental para realizar programas de intervención eficaces con personas dependientes, asimismo la psicología cuenta con un cuerpo de conocimientos que junto

con instrumentos y técnicas psicológicas avaladas capacitan a sus profesionales para intervenir efectivamente” (p. 94). Por tanto es fundamental capacitar a las familias de personas con discapacidad física ya que de esta manera se estaría interviniendo sobre cómo tratar a este tipo de personas y por ende mejorar el estilo de crianza donde se tome en cuenta sus capacidades y fortalezas, a fin de no generar personas dependientes.

De los anteriores planteamientos, se deduce que es fundamental que el área de salud trabaje de forma multidisciplinar pues la labor del profesional de psicología opera de manera muy amplia y variada al tratar aspectos como estimulación cognitiva, contención de las emociones, resolución de problemas, duelos, habilidades sociales, de conducta y sobre todo al asistir a personas con discapacidad ya que trabaja de la mano con la terapia ocupacional los cuales se enfocan en ayudar a que las personas generen autonomía y puedan realizar las actividades de la vida diaria y por supuesto a incluirlos en el ámbito social; por tal razón se tiene que las dificultades que presentan las personas con discapacidad se debe a que están asociados a problemas de salud mental.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Metodología de la investigación

La metodología de la presente investigación se fundamentó en el modelo cognitivo conductual, cuyo aporte fue la factibilidad para el análisis de las variables socio contextual y su influencia en la conducta humana; mientras que el abordaje cognitivo se enfocó en la interpretación de las experiencias del sujeto conforme a su estructura y procesamiento cognitivo.

La modalidad de investigación fue cuantitativa ya que se desprendió de los resultados cuantificables de la aplicación de los instrumentos de medición y cualitativa porque basó sus resultados en sustentos tanto lógicos como analíticos extraídos de la problemática contextualizada. Además, se fundamentó en una base científica detallada en el marco teórico

El alcance fue descriptivo porque detalló características de la autonomía personal, interacción social, aspectos psicológicos de la discapacidad física lo cual permitió establecer la correlación del grado de autonomía personal e interacción social.

3.1.1. Métodos Aplicados

El procedimiento metodológico partió del establecimiento del diagnóstico a través de la aplicación del método clínico e hipotético deductivo.

3.1.2. Método clínico:

Se aplicó el método clínico el cual permitió realizar un análisis sistemático y concreto de la población estudiada.

Para ampliar a lo mencionado se toma como referencia a Díaz (2011) quien define al Método Clínico como el conjunto de procedimientos, ordenados sistemáticamente, que se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano. El método clínico se constituye de 5 pasos: la observación, indagación, abstracción, integración o diagnóstico informal y diagnóstico.

- La observación sistemática del comportamiento, la cual es guiada por el marco teórico metodológico, que tiene el psicólogo y que influye en esa forma de observación, iniciándose el proceso de conocimiento de la persona que acude en búsqueda de solución de los problemas que le aquejan, observa a la persona sobre la base de lo que “es”, lo que se “agrega” y lo que “comunica”, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite se parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, lo inconsciente, se utilizó al momento que se acudió a las fundaciones.
- El segundo paso es la indagación, que explora por medio de la entrevista, el padecimiento del usuario, su origen y circunstancias, las consecuencias del mismo y dependiendo del marco teórico en que se basa, la influencia del ambiente, del contexto, las relaciones interpersonales y obedeciendo de la etapa en que se encuentra el usuario.
- La abstracción, que consiste en identificar todos los elementos significativos de una situación, vivencia o conducta, tomando en consideración aquellos elementos o experiencias que aun cuando no están presentes, influyen en la actividad o conducta del sujeto.
- La integración o diagnóstico informal, consiste en después de interpretar la información, se procede a integrar el material obtenido a través de la entrevista semi -estructurada así como en las pruebas psicométricas. Si estos datos no son

tomados en cuenta, el resultado estará basado en inferencias muy teóricas, y difícilmente reflejarán aspectos precisos de la vida de una persona.

- Finalmente, con el material integrado se elaboró un análisis de correlación de manera precisa y comprensible, a fin de facilitar la devolución de los resultados, concluyéndose así el proceso diagnóstico.

3.1.3. Hipotético Deductivo

Se consideró este método debido a la factibilidad de realizar análisis e interpretaciones de los resultados mediante el establecimiento de hipótesis, con lo cual se pudo explicar el fenómeno estudiado y por ende establecer las correlaciones respectivas.

Acotando a lo mencionado (Gonzaga, 2014) refiere que el método hipotético-deductivo es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional o momento racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación).

3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para el desarrollo del presente proyecto investigativo se utilizó test psicométricos y la entrevista semi-estructurada los mismos que se detallarán a continuación:

3.2.1. Entrevista semi-estructurada:

Se utilizó la entrevista semi-estructurada puesto que dicha estrategia mixta permitió profundizar y aclarar aspectos relevantes del tema tratado, ya que se hacen preguntas abiertas y estructuradas las mismas que dan apertura a recibir más matices de respuestas e ir en entrelazando temas pertinentes que ayuden a explicar la correlación de las variables estudiadas. De igual manera mediante esta técnica se obtuvo datos valiosos con los cuales se logró extraer resultados que fueron sujetos a comprobación.

3.2.2. Técnica Psicométrica:

Se utilizaron instrumentos objetivos de medición válidos y confiables, los cuales permitieron cuantificar los resultados de la investigación por medio de su aplicación, en este caso se utilizó el índice de Barthel y la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck.

Los Instrumentos utilizados en la investigación son los siguientes:

3.2.3. Test psicométricos:

En la variable de autonomía se utilizó el “índice de Barthel” (Rudafa & Moreno, 1997) que es un instrumento aplicable para medir la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Es una medida fácil de aplicar con buena fiabilidad inter-observador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la fiabilidad intra-observador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.922 para la versión original y de 0.90-0.92 para la de Shah, siendo capaz de interpretar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias y su adaptación a diferentes ámbitos culturales es casi inmediata.

Su aplicación trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse en la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango total puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Tiene un porcentaje de confiabilidad del 98%.

En conclusión el índice de Barthel es un instrumento muy útil para la valoración de la discapacidad física pues a partir de él se puede conocer el grado de dependencia de las personas en proceso de rehabilitación y por ende las deficiencias específicas que presentan. Además aporta fundamentos científicos a los resultados obtenidos por los profesionales de rehabilitación y de salud pública, ayudando a mejorar la calidad de vida de las personas.

En la variable de interacción social se vio conveniente evaluar a las actitudes disfuncionales mediante la utilización de la “Escala de Actitudes disfuncionales de Weissman”, la cual mide como las personas valoran los procesos de interacción social, ya que determina el comportamiento basándose en la interiorización de conceptos sociales, de las experiencias y resultados que obtuvieron de dicha interacción.

De igual manera este cuestionario es recomendable para el diagnóstico y prevención de cuadros clínicos depresivos, ya que incluye una serie de pensamientos distorsionados, de creencias y de estereotipos referentes a la escala de valores que rige el auto concepto de las personas: una necesidad de aprobación, de amor o de utilidad desproporcionadas, un afán de perfeccionismo.

Según (Sanz , 1994) la Escala DAS-A evalúa 35 ítems que expresan actitudes o creencias hacia las que el sujeto muestra su conformidad o disconformidad en esta escala: 1-Totalmente en desacuerdo, 2-Bastante en desacuerdo, 3-Ligeramente en desacuerdo,

4-Neutral, 5-Ligeramente de acuerdo, 6-Bastante de acuerdo, 7-Totalmente de acuerdo. En cuanto a su interpretación un puntaje mayor sumado a 15 o más por cada creencia significa que presenta problemas en esa área. El porcentaje de confiabilidad de la Escala DAS-A es del 83%.

3.3. Población y Muestra

Es necesario hacer referencia como fue determinado el tamaño de la muestra y la forma del muestreo, para lo cual se habrá de referir en primera instancia a la población:

Participantes: Se tomó como referente de investigación a 25 usuarios que asisten al servicio psicológico de la Fundación Cuesta Holguín y 25 miembros de Asoplejicat.

Muestra: Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se consideró a los usuarios de la Fundación Cuesta Holguín y los miembros de la institución de ASOPLEJICAT quienes conformaron el tamaño de la población en un total de 70 personas, de los cuales se extrajo a 50 puesto que la investigación requirió enfocarse en la discapacidad física, así también se tomó como criterio de inclusión la edad de (18-45 años).

Tabla 3. 1: Muestra

Institución	Edad	Usuarios
Fundación Cuesta Holguín	(18-45 años)	25
Asociación de Personas con Limitaciones Pléjicas de Tungurahua (Asoplejicat)	(18-45 años)	25
Total		50

En total se trabajó con 50 participantes.

3.4. Procedimiento Metodológico

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo “Autonomía personal y su relación con la Interacción social en personas con discapacidad física, se procedió en primera a la identificación de la problemática de los beneficiarios que asisten a la Fundación Cuesta Holguín por servicio psicológico y de los miembros de ASOPLEJICAT quienes manifestaron sus necesidades en la visita que se les realizó se evidencio que las personas con discapacidad física presentaban conflictividad en el área de autonomía personal e interacción social y de igual manera se visitó y se constató las mismas dificultades en los miembros de ASOPLEJICAT; posteriormente se efectuó la selección de los participantes de manera aleatoria con la cual se llevó a cabo la entrevista semi-estructurada, y previo al consentimiento informado se aplicó los reactivos consecutivo a ello se realizó la investigación teórica y metodológica, además

de la formulación de la hipótesis a comprobar mediante el uso de test se obtienen la correlación de las variables.

La interpretación cuantitativa de los resultados se efectuó por medio del programa estadístico IBM SPS STATISTICS PERSON. Al finalizar este proceso se analizaron los resultados del grado de autonomía e interacción social en forma cualitativa y cuantitativa, estableciendo de esta manera el estudio correlacional y el establecimiento del informe de resultados. Finalmente se realizó el planteamiento de conclusiones y recomendaciones que se obtuvo durante todo el proceso investigativo.

Los datos fueron analizados, interpretados y representados a través de gráficos que permitieron observar la representación de los resultados de forma sencilla donde los porcentajes y conclusiones son fáciles de interpretar.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis e Interpretación del Índice de Barthel: Grados de Autonomía

El trabajo se realizó de forma individual, la muestra con la que se trabajó se encuentra conformada por 25 usuarios que asisten a la Fundación Cuesta Holguín y 25 miembros de Asoplejicat, que da un total de 50 usuarios comprendidos entre 18 y 45 años de edad, para realizar el análisis de la muestra se determinó en qué medida las personas pueden ejecutar las 10 actividades básicas de la vida diaria la cual muestra el grado de autonomía personal en que se encuentran las personas, las mismas que se representan en el siguiente gráfico.

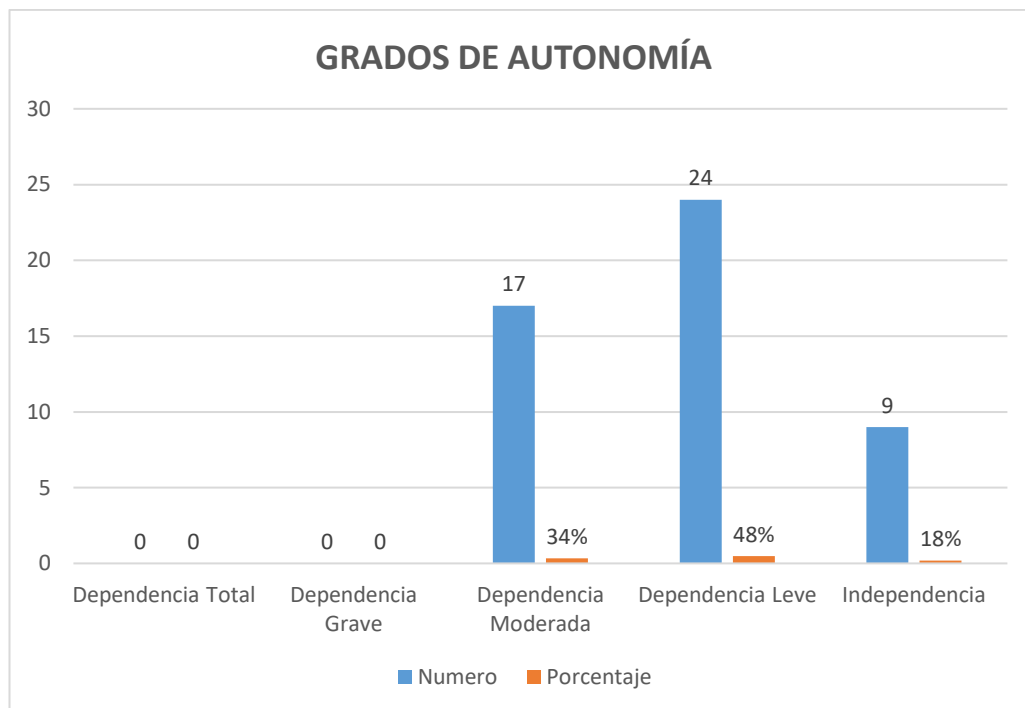


Figura 4.1: Grados de Autonomía

Análisis e Interpretación:

Con referencia a los datos se obtuvo que un 48% presentan dependencia leve, lo cual indica que necesitan asistencia de por lo menos una vez al día de manera alternada en actividades de autocuidado o labores domésticas, mientras que un 34% presentan dependencia moderada, es decir requieren de ayuda dos o tres veces al día para realizar actividades de la vida diaria mas no solicitan de la presencia de su cuidador de manera permanente puesto que su autonomía no se ve limitada en su totalidad, así mismo un 18% presentan independencia lo que muestra que no requieren de ayuda para desenvolverse ya que pueden realizar sus actividades de manera normal, finalmente no existe incidencia de dependencia grave y total.

4.2. Análisis de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman

A continuación se presenta los datos estadísticos obtenidos por la aplicación de la Escala de actitudes disfuncionales de Weissman a los usuarios de la Fundación Cuesta Holguín y ASOPLEJICAT quienes presentan discapacidad física. Estos datos se muestran en la siguiente figura:

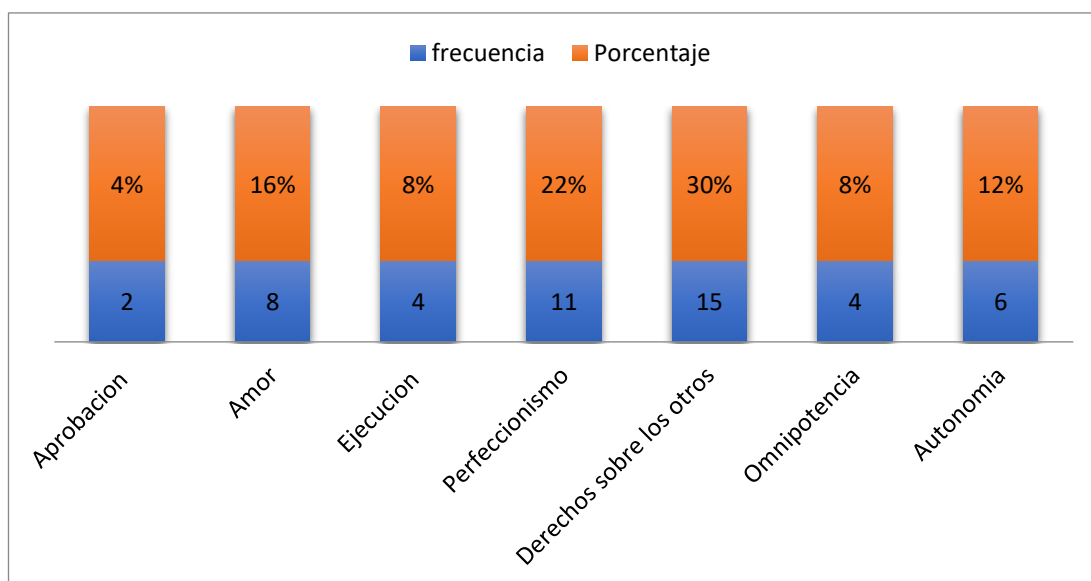


Figura 4.2: Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman (Interacción social)

Análisis e Interpretación:

- En cuanto a los resultados se tuvo que un 30% presentan conflictividad en la actitud de derechos sobre los otros lo cual significa que son personas egocéntricas pues se centran más en sus derechos invalidando los de los demás ya que creen que los otros deben corresponder a sus derechos o deseos, además son personas propensas a enfadarse con facilidad por ser siempre el centro de atención.
- En la actitud de perfeccionismo un 22% presentan conflictividad en esa área, es decir son personas con excesiva rigidez ya que no se permiten tener fallos en su desenvolvimiento, son muy competitivos, tienen miedo al fracaso y a ser rechazados por los demás y en caso de tener errores se juzgan negativamente a sí mismos.
- Referente a la actitud de amor un 16% presentan problemas en esa área, lo cual indica que su valoración como persona radica en función del amor que otros les den, lo cual les genera dependencia, miedo al abandono y baja autoestima.
- En Autonomía se tuvo que un 12% presentan problemas en esa área, es decir la persona se siente incapaz de controlar, afrontar y tomar decisiones por su propia iniciativa, así como desenvolverse en las actividades del diario convivir, por lo cual se consideran a merced de los otros y con ello pueden llegar a ser controlados.

- En el área de ejecución un 8% presentan dificultad, esto significa que imponen su valor en función de los éxitos conseguidos en el área laboral ya que siempre están pendientes de sus tareas, tienen miedo al fracaso, son muy competitivos, y por lo mismo olvidan otros aspectos de la vida cotidiana como el ocio y la diversión.
- Referente a la actitud de omnipotencia un 16% presentaron dificultad en esa área, esto quiere decir que la persona siente que tiene un poder total sobre los otros en cuanto a su conducta y sus sentimientos, asumiendo la responsabilidad de lo que ocurra en su medio.
- En la actitud de aprobación un 4% presentan dificultad en esa área, lo que significa que las personas sienten que su valor depende de la aceptación que reciben del medio social, pues siempre están pendientes de lo que los otros piensen sobre ellos, son muy sensibles a las críticas, todo se lo toman a pecho, y son capaces de rechazar sus deseos personales por agradar a otros.

4.3. Análisis de la correlación entre índice de Autonomía y a la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman (Interacción social)

En base al índice de Barthel que mide la Autonomía y a la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman se determina la correlación existente entre la Autonomía personal y la Interacción social, aplicado a 50 personas que presentan discapacidad física. Estos datos se detallan a continuación en la siguiente tabla 7.

Tabla 4 1: Matriz de correlación del índice de Autonomía y las Actitudes Disfuncionales

Dimensiones	ACTITUDES DISFUNCIONALES															
	Aprobación		Amor		Ejecución		Perfeccionismo		Derechos sobre los otros		Omnipotencia		Autonomía		Actitudes Disfuncionales	
	r	R ²	r	R ²	r	R ²	r	R ²	R	R ²	r	R ²	r	R ²	r	R ²
Autonomía Personal	-,339**	0,11	-,336**	0,11	-,259*	0,063	-,252*	0,06	-,216	0,05	-,163	0,03	-,114	0,01	-,381**	0,15

Nota: **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

Análisis e Interpretación:

- La autonomía se relaciona de tipo negativa muy significativa y pequeña con la actitud de Aprobación con una correlación equivalente a $r = -,339^{**}$; $p < 0,01$ y un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.11$, por lo cual se analiza que la autonomía en relación con la aprobación puede ser explicada en un 1.1%. Esto quiere decir que a mayor autonomía las personas no tiene necesidad de sentir aprobación social o de tomar en cuenta la efectividad de los vínculos interpersonales, sino más bien crean relaciones superficiales basadas en las necesidades e intereses personales con las que cuenta el individuo, lo cual se demostró en este caso con los participantes. Mientras que a menor autonomía las personas sienten la necesidad de ser aceptados y queridos por otros, es decir esta actitud funciona más como un mecanismo defensivo de su conducta, al evitar la desaprobación y el fracaso social, por lo tanto consideran que es más importante ser aceptados o aprobados por el medio social.
- En cuanto al área de Amor existe una correlación negativa muy significativa y pequeña de $r = -,336^{**}$; $p < 0,01$ y un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.11$, por tanto se analiza que la autonomía en relación con la actitud de amor equivale a un 1.1%, lo cual significa que el amor no influye en gran manera a la autonomía pues a mayor autonomía menor importancia muestra la persona

en función del amor que obtenga de otras personas, mientras que a menor autonomía más dependencia genera la persona y por ende está más pendiente del amor que reciba de otros.

- En el área de Ejecución existe una correlación negativa muy significativa y pequeña de $r = -.259^*$ y un coeficiente de determinación de $R^2 = 0,063$ lo que indica que la autonomía en relación con la actitud de ejecución puede ser explicada en un 6.3%, es decir que a mayor ejecución la persona está pendiente de los logros que obtenga en el área laboral o en las diversas actividades del diario convivir enfocándose de una manera excesiva en las tareas que ejecuta, mientras que a mayor autonomía la persona es consciente de sus capacidades de valerse por sí misma en las actividades, pero sin llegar a obsesionarse con sus logros personales o en que tanto pueda rendir en las actividades, lo cual se demostró en este caso.
- En el área de Perfeccionismo se tiene una correlación de tipo negativa muy pequeña y significativa de $r = -.252^*$ con un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.06$, esto muestra que la autonomía con la actitud de perfeccionismo tiene un 0.6% de relación, esto indica que ambas variables no influyen de manera tan predominante una a la otra, puesto que en este caso la autonomía determina la claridad que tenga el individuo en cuanto a las metas que desee alcanzar así como los métodos que este ejerza para conseguirlos, de la misma forma el

carácter perfeccionista actúa como un mecanismo defensivo en la vida de las personas ante el miedo al rechazo social pues su manera rígida de pensamiento, su falta de confianza en sí mismo o su excesiva responsabilidad en cuanto a las tareas que realiza en el diario convivir explica su determinado proceder.

- En el área de Derechos sobre los otros se obtuvo una correlación de tipo negativa y no significativa de $r = -.216$ con un coeficiente de determinación $R^2 = 0,05$ lo cual indica que la autonomía y la actitud de derecho sobre los otros tiene una relación de 5%, quiere decir que este tipo de personas consideran más sus derechos personales, debido a la discapacidad que presentan sienten que son más vulnerables que otras personas por tanto invalidan los derechos de los demás y creen ser el centro de atención, es decir su autonomía se rige en torno al cuidado que reciben de los demás, lo cual genera una dependencia invalidando su propia capacidad de valerse por sí mismos.
- En el área de omnipotencia se obtuvo una correlación negativa y no significativa de $r = -.163$ con un coeficiente de determinación $R^2 = 0,03$ por tanto se analiza que la autonomía con la actitud de omnipotencia tienen una relación equivalente a un 3%, es decir que este grupo de personas creen ser capaces de valerse por sí mismos en todos los aspectos del diario convivir, pues invalidan el desempeño de otras personas creyéndose excesivamente responsable de la conducta y sentimientos de otras personas, es decir en te caso

no ven a la discapacidad que presentan como un obstáculo o limitación más bien a causa de ello consideran ser completamente autónomos y capaces para desempeñarse en cualquier aspecto de manera que no afrontan su realidad, negando su condición como mecanismo defensivo para afrontar su realidad.

- En el área de Autonomía se obtuvo una correlación de tipo negativa, no significativa y muy baja de $r = -0,114$ con un coeficiente de determinación de $R^2 = 0,01$ por lo cual se analiza que la variable de autonomía con la actitud disfuncional de autonomía tienen una relación equivalente a 0.1%, lo cual significa que la independencia para este grupo de personas juega un papel importante en su vida, pues en base a ello interpretan los acontecimientos y toman decisiones de sus actos ya sea para un desenvolvimiento totalmente autónomo o totalmente dependiente que a su vez genera impacto en el área emocional de estas personas.

Con los resultados obtenidos se realizó un modelo explicativo entre el Índice de Autonomía de Barthel y la escala de actitudes disfuncionales de Weissman. (ver figura 5).

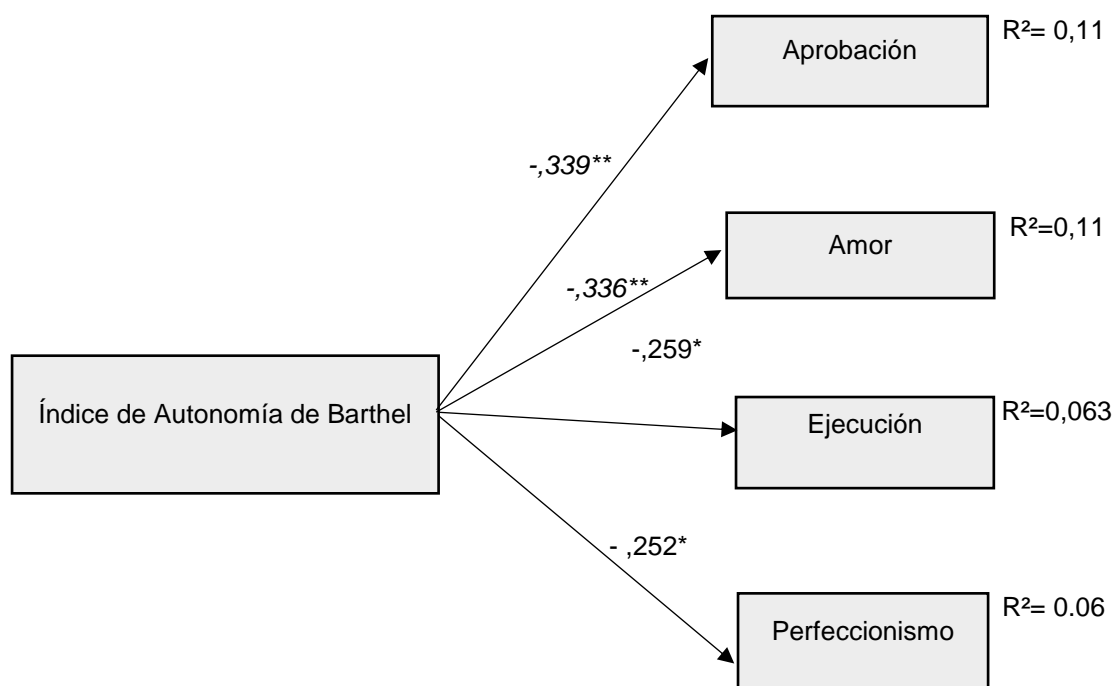


Figura 4.3: Modelo Empírico Explicativo entre el Índice de Autonomía de Barthel y Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman

4.4. Análisis de Correlación entre Autonomía personal e Interacción Social.

De acuerdo con los datos arrojados se determinó que existe una correlación inversa de tipo negativa y muy significativa de $-.381^{**}$; $p < 0,01$ entre la variable de autonomía y la de interacción social, en el que se obtuvo un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.15$. Por lo cual se analiza que la autonomía puede ser predicha o explicada en un 15% por la interacción social. Se concluye finalmente que la hipótesis ha sido comprobada.

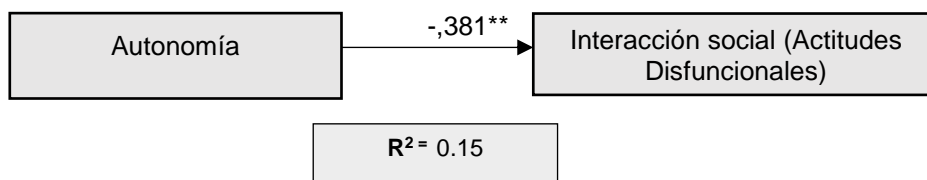


Figura 4.4 : Modelo Empírico Explicativo entre Autonomía personal e Interacción Social.

Esto significa que la autonomía personal opera la ayuda de la interacción social pero también con la influencia de factores internos y externos, el primero sería el aspecto cognitivo del ser humano (subjetivo) es decir como interioriza los conceptos sociales o interpreta su realidad, basándose en experiencias y resultados obtenidos de la interacción social. Pues dichas interpretaciones del medio pueden dar como resultado

actitudes positivas o disfuncionales, las mismas que forman parte del comportamiento y del proceso de interacción social del ser humano.

Sin embargo cabe mencionar que las actitudes disfuncionales funcionan como aspecto que debilita la interacción social, por lo cual es fundamental trabajar en las actitudes disfuncionales ya que de esta manera conlleva a intervenir en lo cognitivo, en lo afectivo y en lo conductual y por tanto se podrá promover actitudes positivas o modificar en ese sentido, las ya existentes.

Mientras que en el factor externo (entorno social), intervienen una serie de elementos como el estilo de crianza, la educación, el tipo de relación que tenga la persona a nivel familiar, laboral o de amistades, el lugar que ocupa dentro del contexto social, etc., es decir todo tipo de experiencias sociales que nutran la capacidad autónoma y relacional del individuo, y que son indudablemente resultado de las cogniciones sociales.

Según Esquivia (2012) quien a su vez cita a Antonak y Livneth, (1988), quienes mencionan que las actitudes son aprendidas mediante la experiencia e interacción con los demás; son complejas y con múltiples componentes; pueden ser estables, guardan un objeto social específico, ya sea: personas, eventos, ideas, etcétera; son variables en cuanto a su calidad y cantidad. Es decir forman parte del proceso de interacción social y a su vez son manifestaciones del comportamiento.

De igual manera Álvarez (2015) manifiesta que la autonomía se desarrolla a través de la interacción de aspectos tanto internos (racionalidad) y externos (ambiente social) del sujeto, siendo estos factores quienes configuren el escenario de toma de decisiones y por tanto su capacidad relacional. Además sostiene que la autonomía es una capacidad de las personas la cual se encuentra sujeta a desarrollos variados que pueden condicionar fuertemente su ejercicio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

A partir de la investigación realizada y el análisis de datos respectivos, se concluye que:

- Existe una relación de tipo negativa y significativa entre la autonomía personal y las actitudes disfuncionales, pues estas constituyen un aspecto debilitante en el proceso de interacción social, puesto que son resultado de las interpretaciones cognitivas que realizan las personas del entorno social, de manera que, dichas actitudes intervienen en el comportamiento social y por ende en la calidad de relación social que mantenga el individuo con su entorno, por ejemplo si se interpreta hostilidad y discriminación se verá reflejado una actitud negativa de desaprobación social o aislamiento, lo cual es perjudicial para la salud psico-emocional de las personas con discapacidad física.
- La autonomía personal en personas con discapacidad física funciona de una manera diferente puesto que se encuentran en una condición de salud más

compleja, la cual predispone a la persona a rendir según las capacidades que tenga, por tanto depende de factores como funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las mismas que limitan el desenvolvimiento en las actividades de la vida cotidiana y la participación en el entorno social.

- La autonomía de la población en estudio corresponde a una dependencia leve en su mayoría, es decir que este tipo de personas requieren de asistencia o ayuda de un familiar o su cuidador de por lo menos una vez al día de manera alternada para poder desempeñarse en las actividades del diario cotidiano. Cabe mencionar también que la dependencia leve, se debe a que las personas con discapacidad física no presentan gran afectación en las estructuras funcionales de su cuerpo, de tal forma que su desenvolvimiento se da sin mayor dificultad.
- Las actitudes disfuncionales en la conducta social de las personas con discapacidad son manifestaciones del comportamiento que surgen de interpretaciones erróneas del entorno social, del desconocimiento de respuestas adecuadas en situaciones de interacción, por la falta de habilidades sociales o de interacciones conflictivas con el medio, etc., De igual manera estas falencias en el comportamiento social pueden deberse a la misma discapacidad, pues se encuentran en una condición de vida diferente que limita su capacidad de interactuar y por tanto se ven excluidos de participar en la sociedad.

- En cuanto a la población de estudio frente a las actitudes disfuncionales una gran mayoría presentan conflictividad en la actitud de derechos sobre los otros, es decir que estas personas reflejan rasgos egocéntricos de personalidad, ya que se centran más en sus derechos invalidando los derechos de los demás, pues creen que los otros deben corresponder a sus exigencias, deseos o caprichos, por el hecho de ser personas con discapacidad física. Es decir esta actitud disfuncional surge de una mala interpretación del entorno social, de interacciones sociales conflictivas y de rasgos de personalidad característicos de estas personas.
- Mediante la aplicación del índice de Barthel y la escala de actitudes disfuncionales de Weissman se comprobó la hipótesis, si la autonomía personal y la interacción social tienen relación, en donde se determinó que existe una correlación negativa y significativa de $-.381^{**}$; $p < 0,01$ y un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.15$, por lo cual se analiza que la autonomía puede ser explicada en un 1.5% por la interacción social, lo cual indica que la relación de estas variables no solo se da por la influencia de ambas, sino por la intervención de otros factores como el aspecto cognitivo del ser humano, es decir como interioriza los conceptos sociales o interpreta su realidad y por factores externos como lo es el entorno social.

5.2 Recomendaciones

- Trabajar en las actitudes disfuncionales ya que de esta manera se estaría interviniendo en lo cognitivo, en lo afectivo y en lo conductual y por tanto se podrá promover actitudes positivas o modificar en ese sentido, las ya existentes lo cual ayudaría a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Crear organismos que promocionen la autonomía personal, pues con ello se estaría psico-educando a la sociedad para que tomen en cuenta las necesidades que presentan las personas con discapacidad y de esta manera poder desarrollar las habilidades y recursos a fin de que puedan valerse por sí mismos.
- Capacitar a las familias de personas con discapacidad física ya que de esta manera se estaría interviniendo sobre cómo tratar a este tipo de personas y por ende mejorar el estilo de crianza donde se tome en cuenta las capacidades y fortalezas a fin de no generar personas dependientes.
- En base a los datos obtenidos desarrollar estrategias de intervención para fortalecer las habilidades de interacción social y mediante actividades potenciar la capacidad autónoma.

- Realizar un análisis sobre la incidencia del entorno social en la aparición de deficiencias, pues muchas de ellas no solo tienen un origen biológico sino que también son producto social.

Bibliografía

Abril, P., Clavijo, N., Ramirez, C., Ramón, L., Serrano, C., & Guerra, L. (2013). Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 45(1), 41-51. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v45n1/v45n1a06.pdf>

Abril, P., Clavijo, N., Ramirez, C., Ramón, L., Serrano, C., & Guerra, L. (2014). Instrumentos utilizados para la identificación y/o medición de las barreras ambientales que experimentan las personas con discapacidad física y sus propiedades psicométricas. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 1(46), 71-82. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100009

Álvarez, S. (2015). la Autonomia personal y la Autonomia Relacional. *Revista Cielo*(1), 13-26. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anafil/v35n1/v35n1a02.pdf>

Barra, E. (1987). El desarrollo moral: una introduccion a la teoria de kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19(1), 7-18. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80519101.pdf>

Blasco, J. (2006). La nueva ley de promoción de Autonomía personal y atención y a personas en situación de dependencia. *Revista Dialnet*, 127-155. Obtenido de

file:///C:/Users/Erika/Downloads/Dialnet-LaNuevaLeyDePromocionDeAutonomiaPersonalYAtencionA-2378147.pdf

Botero, P., & Londoño, C. (2013). Factores Psicosociales Predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 2(16), 125-137. Obtenido de

http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/viewFile/186/227

Botero, P., & Londoño, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 2(16), 125-137. Obtenido de

<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v16n2/v16n2a12.pdf>

Caba, M., & López, R. (2015). Autonomía: Las voces de madres y padres. *Revista de educación*(370), 149-171.

Cabezas, D., Sánchez, A., & Perez, L. (2002). Análisis Cualitativo sobre Situaciones-Problema: Bases para la evaluación y el entrenamiento de personas con discapacidad intelectual. *EduPsykhé. REVISTA DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA*, 1(2), 331-354. Obtenido de

file:///C:/Users/Erika/Downloads/Dialnet-AnalisisCualitativoSobreSituacionesproblema-280900.pdf

Castañeda, A., Campa, L., & Ruiz, L. (2013). *SlideShare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/AremiCastaedaVerdugo/discapacidad-motriz-y-fsica>

Castilla & León. (2014). Obtenido de <http://www.cocemfecyl.es/index.php/discapacidad-y-tu/44-repercusiones-de-la-discapacidad-de-la-persona-repercusiones-actitudes-frente-a-la-discapacidad-actitudes-sentimientos-complicados-conclusion>

Chica, F. (2010). Factores de la enseñanza que favorecen el aprendizaje autónomo en torno a las actividades de aprendizaje. *Reflexiones Teológicas*(6), 167-195. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3709190.pdf>

Chico, E. (2015). *Manual de Psicología de la Personalidad*. (S. V. (Alicante), Ed.) Tarragona: Editorial Club Universitario. Obtenido de <http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/8018.pdf>

Collins, M. (2003). *Asocide*. Obtenido de <http://www.asocide.org/personas-sordociegas/definicion/>

Concepto de discapacidad. (2008). *II Plan de Accion para las personas con discapacidad*, 1-21. Obtenido de <http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1Q2P0F5CK-8MRFH1-33SV/PDF-CONCEPTO%20DE%20DISCAPACIDAD.pdf>

Conill, J. (2013). La invención de la Autonomía. (Eidon, Ed.) *Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Politico*(39), 2-12. Obtenido de file:///C:/Users/Hp/Downloads/AFondo_LaInvenci%C3%B3ndelaAutonom%C3%ADa_Jes%C3%BAs_Conill.pdf

Díaz , E. (2010). Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. *Política y Sociedad*, 115-135. Obtenido de http://www.um.es/discatif/documentos/PyS/8_Diaz.pdf

Díaz, L. (2011). *Procedimiento y Proceso del Método Clínico* (Primera ed.). (M. E. Rosales, Ed.) Mexico: Facultad de Psicología UNAM. Obtenido de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Procedimiento_y_Proceso_del_Metodo_Clinico_Lidia_Diaz_Sanjuan_TAD_3_Sem.pdf

Doncell, J. (2011). Desarrollar la Autonomia Personal. *Diario Cordoba*. Obtenido de <http://pdf.diariocordoba.com/edicion/?eid=24693>

Esquivia Serrano, M. (2012). La actitud del individuo y su interacción con la sociedad. *Revista Digital Universitaria*, 13(7). Obtenido de <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/>

Gabalda, I. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck. *Boletín de Psicología*, 19-49. Obtenido de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>

Gómez, O., & Nieto, J. (2013). *Cómo fomentar la autonomía y responsabilidad en nuestros hijos/as* (Primera ed.). Madrid: CEAPA. Obtenido de <https://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/Guia%20Como%20fomentar%20la%20autonomia%20y%20responsabilidad%20en%20nuestros%20hijos%20e%20hijas%20CEAPA.pdf>

- Gonzaga, L. (2014). *Prezi*. Obtenido de metodo-hipotetico-deductivo: https://prezi.com/0xwuo5_rzbz/metodo-hipotetico-deductivo/
- Guevara, S., & Fuenzalida, P. (2006). La empatía hace la diferencia: Guía para la atención de público con discapacidad y adulto mayor. *Revista Atrevete*, 4-130. Obtenido http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/empatia_diferencia.pdf
- Gutiérrez, P. (2012). Independencia no es sinónimo de autonomía. *Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*. Obtenido de <http://noticias.med.uchile.cl/2012/abril/7219-independencia-no-es-sinonimo-de-autonomia.html>
- Ibañez, P., & Mudarra, M. (2004). Relaciones sociales de personas con discapacidad, en el Ocio y Tiempo libre. *Revista Española de Pedagogía*, 521-540. Obtenido <file:///C:/Users/Erika/Downloads/Dialnet-RelacionesSocialesDePersonasConDiscapacidadEnElOci-1051463.pdf>
- Ladrón, A. (2013). *DSM-5: Novedades y Criterios Diagnósticos*. Madrid: CEDE. Obtenido <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
- Luque, D., & Rojas, M. (2011). Conocimiento de la discapacidad y relaciones sociales en el aula inclusiva. Sugerencias para la acción tutorial. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-12. Obtenido de rieoei.org/deloslectores/3650Luque.pdf

Machargo, J. (2005). Desarrollo personal y social en los años de la Educación Infantil. *Dialnet*(2), 105-118. Obtenido de https://acceda.ulpgc.es:8443/bitstream/10553/5041/1/0235347_01991_0008.pdf

Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 106-116. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf

Mondragón , V., & Lobera, J. (2010). *Discapacidad Motriz. Guía Didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. Mexico: Consejo Nacional de Fomento Educativo. Obtenido de

http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf

Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, III(2), 81-107. Obtenido

<http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>

Muñoz , A. (2010). *Cepvi.com*. Obtenido de Desarrollo de la personalidad en la infancia :

<http://www.cepvi.com/index.php/psicologia-infantil/desarrollo/desarrollo-de-la-personalidad-en-la-infancia>

Navarra. (s.f). Escuelas de familia moderna, Bloque III, documentación sobre las competencias. *Modelo de desarrollo Moderna Economico de Navarra*, 2-6. Obtenido

https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/51352/AUTONOMIA_Y_RESPONSABILIDAD.pdf/34e7af0a-341e-47eb-b7a6-5b44a2c56a4e

Ordoñez, c. (2011). Brebe analisis de la Insercion laboral de personas con discapacidad en Ecuador. *Alteridad Revista de Educación*, 145-147. Obtenido de <file:///C:/Users/Hp/Downloads/743-1972-1-SM.pdf>

Ortiz , M. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención Psicosocial*,, 16(1), 93-105. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v16n1/v16n1a08.pdf>

Padilla, A. (2010). Discapacidad: Contexto, Concepto y Modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414. Obtenido

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/internationallaw/article/view/13843/11139>

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (1 ed.). (D. d. Coello, Ed.) Madrid: Cinca. Obtenido de <http://www.tiempodelosderechos.es/docs/jun10/m6.pdf>

Pérez, Y. (2012). *scribd*. Obtenido de

<https://es.scribd.com/doc/92182279/Discapacidades-multiples>

Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia*. Madrid: IMSERSO. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

Rodriguez , E. (2011). "La deficiencia motora:caracteristicas, necesidades educativas especiales (N.E.E) e intervención del maestro de audición y lenguaje con los alumnos que la padecen". *Revista digital: Reflexiones y experiencias innovadoras en el aula*, 1-10. Obtenido

http://www.didacta21.com/documentos/revista/Enero11_Rodriguez_Cuello_Elisabeth.pdf

Rodriguez, I. (s.f). La dependencia Emocional en las Relaciones Interpersonales. *Revista electrónica de investigación Docencia Creativa.*, 2, 143-148. Obtenido de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/27754/1/ReiDoCrea-Vol.2-Art.19-Rodriguez.pdf>

Roig, R., & Barranco Avilez , M. (2010). *El Impacto de la convención internacional sobre los derechos de las personas en discapacidad en la ley 39/2006, 14 de Diciembre* (1 ed., Vol. 3). (D. d. Coello, Ed.) Madrid: Cinca. Obtenido de <file:///C:/Users/Erika/Downloads/22.%20El%20impacto%20de%20la%20Convencion%20CERMI%202010.pdf>

Rudafa, J., & Moreno, J. (1997). Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Revista Española de salud pública*(71), 127-137. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

- Sanz , J. (1994). Algunas consideraciones Adicionales sobre la versión española de la escala de actitudes disduncionales (DAS)de Weissman y Beck. *Analisis y Modificación de Conducta*, 670-6073. Obtenido de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_S_pdf/1994-Algunas%20consideraciones%20adicionales%20DAS.pdf
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 38(4), 21-36. Obtenido de file:///C:/Users/Erika/Downloads/224_articulos2.pdf
- Sepúlveda Ramírez , M. (2003). Autonomía moral: Una posibilidad para el desarrollo humano desde la ética de la responsabilidad. *Revista de Psicología*, 12(1), 27-35. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26400102.pdf>
- Soto, N., & Vasco, C. (2008). Representaciones sociales y discapacidad. *HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ*, 6(8), 3-22. Obtenido de http://www.academia.edu/16786408/Representaciones_sociales_y_discapacidad
- Torres, X. (2013). *Agenda nacional para la Igualdad en Discapacidades*. Quito: Conadis. Obtenido de www.planificacion.gob.ec/wp-content/.../Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf
- Valarezo, M. (2013). *Ministerio de Inclusión Económica y Social: Propuesta de Atención Integral para personas con discapacidad*. Quito. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Discapacidades.pdf

Villacrés, D. (2016). Ambato, una ciudad sin movilidad para personas con discapacidad. *La Hora*. Obtenido

http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101991611/-1/Ambato,_una_ciudad_sin_movilidad__para_personas_con_discapacidad.html#.WKuyS2997IV

Zamudio, T. (2012). *Historia de los Bio-Derechos y del pensamiento bioético*. Obtenido de Kant y la autonomía de la voluntad: <http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/siede1.htm>

ANEXOS

Anexo N° 1

Solicitud a ASOPLEJICAT

Ambato Mayo 10, 2016

PRESIDENTE ENCARGADO DE ASOPLEJICAT

Eraldo Montenegro

Presente.-

De mi consideración:

Yo, Erika Raquel Sevilla Sánchez identificada con DNI N° 180478985-5 de la carrera de Psicología Clínica, de la Pontificia Universidad Católica; ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, deseando realizar la aplicación de test psicológicos a los usuarios de la organización de Asoplejicat a fin de que con ello pueda cumplir con mi proyecto de investigación de Tesis y también con el afán de ayudar a la distinguida organización a la cual usted representa, por lo tanto solicito muy comedidamente su autorización para la realización de dicha actividad, lo cual será de beneficio mutuo.

Por la gentil atención a la presente, agradezco y me despido.

Atentamente,

Erika Raquel Sevilla Sánchez

Anexo N° 2

Solicitud a la Fundación Cuesta Holguín

Ambato Febrero 15, 2016

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA FUNDACIÓN CUESTA HOLGUÍN

Pablo A. Cuevas

Presente.-

De mi consideración:

Yo, Erika Raquel Sevilla Sánchez identificada con DNI № 180478985-5 de la carrera de Psicología Clínica, de la Pontificia Universidad Católica; ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, deseando realizar la aplicación de test psicológicos a los usuarios de la Fundación Cuesta Holguín, a fin de que con ello pueda cumplir con mi proyecto de investigación de Tesis y también con el afán de ayudar a la distinguida organización a la cual usted representa, por lo tanto solicito muy comedidamente su autorización para la realización de dicha actividad, lo cual será de beneficio mutuo.

Por la gentil atención a la presente, agradezco y me despido.

Atentamente,

Erika Raquel Sevilla Sánchez

Anexo N° 3

Escala de Actitudes de Weissman y Beck (Interacción Social)

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES DE WEISSMAN

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas "acertadas" ni "equivocadas". Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

Totalmente en desacuerdo.....=0 -Moderadamente en desacuerdo.....=1 -
Dudoso.....=2 -Moderadamente de acuerdo.....=3 -Completamente de
acuerdo.....=4

1. Ser criticado hace que la gente se sienta mal.....0 1 2 3 4
2. Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas.....0 1 2 3 4
3. Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten.....0 1 2 3 4
4. Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo.....0 1 2 3 4
5. Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mí.....0 1 2 3 4
6. No puedo ser feliz si no me ama alguien.....0 1 2 3 4
7. Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz.....0 1 2 3 4
8. Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo.....0 1 2 3 4
9. Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante.....0 1 2 3 4
10. El aislamiento social conduce a la infelicidad.....0 1 2 3 4
11. Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.....0 1 2 3 4
12. Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido.....0 1 2 3 4
13. Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen.....0 1 2 3 4
14. No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior.....0 1 2 3 4
15. Si fallo en mi trabajo soy un fracasado.....0 1 2 3 4
16. Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje.....0 1 2 3 4
17. Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno.....0 1 2 3 4
18. Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace.....0 1 2 3 4
19. Si cometo un error debo sentirme mal.....0 1 2 3 4
20. Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón.....0 1 2 3 4
21. Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo.....0 1 2 3 4
22. Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado.....0 1 2 3 4
23. Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos.....0 1 2 3 4
24. Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme.....0 1 2 3 4
25. Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato.....0 1 2 3 4
26. Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí.....0 1 2 3 4
27. Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado.....0 1 2 3 4
28. Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite.....0 1 2 3 4
29. Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante.....0 1 2 3 4
30. Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo.....0 1 2 3 4
31. No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.....0 1 2 3 4
32. No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria.....0 1 2 3 4
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.....0 1 2 3 4
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda.....0 1 2 3 4
35. La gente señalada con la marca del éxito (aprobación social, fama, riqueza..) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas.....0 1 2 3 4

-Claves de corrección:

Suma el total para cada grupo de creencias:

1. Aprobación:..... De la actitud 1 a la 5..... Total=
2. Amor:..... De la actitud 6 a la 10..... Total=
3. Ejecución:..... De la actitud 11 a la 15..... Total=
4. Perfeccionismo:..... De la actitud 16 a la 20..... Total=
5. Derecho sobre los otros:..... De la actitud 21 a la 25..... Total=
6. Omnipotencia:..... De la actitud 26 a la 30..... Total=
7. Autonomía:..... De la actitud 31 a la 35..... Total=

Interpretación:

Para cada grupo de creencias que sume un total de 15 o más puntos se considera que va a generar problemas en la vida que se toma al que se refiere. En concreto:

-Aprobación:

La persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, y será muy sensible a las señales.

-Amor:

La persona se valorará en función del amor de otras personas. Esto le generará una extrema dependencia y una baja autoestima: cuando crea no tenerlo o sea rechazada.

-Ejecución:

La persona estará extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos de los resultados conseguidos, expuesta a las situaciones que considere como fracasos y excesivamente centrada en el presente, olvidando otros aspectos de la vida como el ocio o la diversión.

-Perfeccionismo:

La persona estará excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades, se exigirá hacerlo todo sin falta, y ante la mínima desviación se valorará negativamente a sí misma, de manera rígida, o a otros si no cumplen con sus normas. Su actitud general será de rigidez con poca flexibilidad ante los cambios de la vida.

-Derecho sobre otros:

La persona creará de manera egocéntrica (centrada en sí misma) que tiene unos derechos que los otros deben de respetar, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás que no tienen por qué coincidir con los suyos. Será fácil presa de la ira.

-Omnipotencia:

La persona se creará excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que relaciona, como si aquellas dependieran como "bebés" de ella. Se olvidará y hasta anulará las decisiones de los demás. No tendrá en cuenta que los demás son responsables de sí mismos.

-Autonomía:

La persona creará que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que vive, por lo que estará a merced de ellos. No se dará cuenta de que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos, y que por lo tanto puede llegar a controlarlos en gran parte.

Anexo N° 4

Índice de Barthel

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
	- Continencia normal	10

Deposiciones (valórese la semana previa)	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10

	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo N° 5**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR –
SEDE AMBATO****Entrevista de Discapacidad, Autonomía personal e Interacción social**

Entrevistado/a, Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año y que sean debidas a un problema de salud o a una discapacidad. También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

1. ¿Tiene una dificultad importante para cambiar de postura sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo levantarse, sentarse, acostarse,...
2. ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse dentro de su vivienda?
3. ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para andar o moverse dentro de su vivienda?
4. ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero?
5. ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos?
6. Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para preparar comidas sin ayudas y sin supervisión?

7. Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para mostrar, de manera adecuada, a otras personas afecto, respeto o para transmitir sentimientos incluyendo el contacto físico, como besos, caricias,...?
8. Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para relacionarse con personas desconocidas? Por ejemplo cuando se pregunta una dirección, al comprar algo, ...
9. Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con personas subordinadas, iguales o con cargos superiores?
10. Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, conocidos/as o compañeros/as?