

320825
4
24

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"AUTOESTIMA EN MUJERES MINUSVALIDAS"

TESIS

Para obtener el titulo

Licenciada EN PSICOLOGIA

Que presenta:

MARIA DEL ROCIO CAROLINA ARNAIZ MENDEZ.

Director: LIC. VICTOR HUGO DORANTES GUTIERREZ

MEXICO D.F

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CAPITULO I INTRODUCCION Y MARCO TEORICO.....	1
INTRODUCCION	2
1. PERSONALIDAD	5
1.1 Teoría Organismica de Kurt Goldstein.....	5
1.1.1 Conducta Ordenada y Desordenada	12
1.2 Psicología de la Salud. (Maslow).....	14
1.2.1 Salud y Patología.....	17
1.3 Salud mental.....	19
1.4 Concepto de Personalidad según Abraham Maslow.....	21
1.5 Motivación de la deficiencia y motivación del desarrollo.....	25
2. LA MINUSVALIA.....	32
2.1 Conceptos generales.....	32
2.2 La minusvalia significado y antecedentes.....	33
2.3 La minusvalia, Categorización.....	35
2.4 Cambios Involutivos en la vida de la mujer minusválida.....	38
3. AUTOESTIMA.....	47
3.1 Antecedentes de Autoestima.....	47
3.2 Concepto desarrollo y definiciones de Autoestima..	47
3.3 La autoestima en la mujer.....	52

CAPITULO II	METODOLOGIA.....	60
2.1	Problema.....	61
2.2	Objetivo general.....	61
2.3	Objetivos Específicos.....	61
2.4	Hipótesis de trabajo.....	62
2.5	Variables Dependientes e Independientes.....	64
2.6	Definiciones Conceptuales y Operacionales de Variables.....	64
2.7	Población.....	66
2.8	Muestra.....	66
2.9	Tipo de Muestreo.....	66
2.10	Tipo de Investigación.....	66
2.11	Diseño.....	67
CAPITULO III	RESULTADOS.....	69
CAPITULO IV.	DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	77
BIBLIOGRAFIA.....		82
APENDICE.....		87

El motivo de la presente investigación fue conocer si existen diferencias a nivel de autoestima en mujeres minusválidas, dependiendo de su edad, de si desempeñan un trabajo, de si tienen pareja o no, y del tipo de padecimiento. Se aplicó la escala de autoestima de Lucy Reidl a manera de entrevista individual a una población de 100 mujeres minusválidas que acudían a un centro de rehabilitación. Obteniéndose como resultado lo siguiente: A mayor edad la mujer minusválida posee mas autoestima positiva. A menor edad su autoestima es negativa. Con lo que respecta a si poseen alguna ocupación o sea si trabajan, si cuentan con una pareja o no y al tipo de padecimiento se encontró de acuerdo a la investigación realizada que no existen diferencias significativas. Donde si se encontraron diferencias significativas fue en el autoestima de mujeres minusválidas que tienen hijos. De estos resultado se infiere que la maternidad puede considerarse como una importante ayuda para mantener el autoestima en la mujer minusválida.

CAPITULO I

INTRODUCCION Y MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La invalidez es un daño que afecta a las personas en la interacción con su medio, generando desventajas para desempeñarse satisfactoriamente en su medio ambiente. Su magnitud no esta precisada en nuestro país.

La perdida o deterioro de algunas funciones corporales ocasionan cambios fisiológicos y psicológicos que repercuten en el desarrollo del individuo que debe realizar sus tareas cotidianas en forma diferente.

La respuesta de cada mujer ante este problema difiere según su personalidad, actitud, conflictos, cultura y forma de hacer frente a las circunstancias.

Añadida a los problemas de analfabetismo, bajo nivel escolar y pobreza, la invalidez puede convertirse en una barrera infranqueable para muchas mujeres en el mundo. Esto es especialmente dramático en los países menos desarrollados donde los recursos están muy limitados y el apoyo a los minusválidos es insuficiente.

Los servicios de rehabilitación para el trabajo son escasos y pocos países cuentan con una política de capacitación laboral que permita a los minusválidos integrarse a la vida productiva con remuneraciones económicas dignas. Los minusválidos en general y las mujeres minusválidas en particular, frecuente-

mente están desempleadas o subempleadas, sus salarios son exageradamente bajos pues se considera como una atención especial tenerlas empleadas y no como un derecho con el que toda persona debe contar.

Las familias de mujeres minusválidas desalientan su búsqueda de empleo y cuando lo obtienen, se muestran inseguras y a pesar de tener la misma capacidad que los hombres para desempeñar los puestos, sus expectativas son menores. La ayuda económica que otorga la asistencia pública a mujeres minusválidas en algunos países lejos de ser un incentivo, se constituye en un motivo más para no buscar trabajo.

Para lograr la integración social de las mujeres minusválidas son necesarios programas de rehabilitación que incluyan el manejo de los aspectos físicos, psicológicos y sociales del problema, la terapia psicológica debe proporcionarse tanto a la minusválida como a su familia, las oportunidades de educación y empleo deben ampliarse y los estereotipos con los que se etiqueta a la mujer y a los minusválidos deben deshacerse. La invalidez no solo limita a la persona que la sufre sino que representa un elevado costo social, no solo por el monto de los servicios de atención, sino también por lo que la mujer minusválida deja de aportar a su comunidad.

Durante 1989, las unidades de rehabilitación del Sistema

Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia atendieron, dentro del subprograma de rehabilitación integral un total de 58,582 personas de primera vez, de las cuales fueron 29,043 mujeres, el 49.6%

De este universo de mujeres atendidas el 11.9% correspondió al grupo de 12 a 19 años;el 27.9% al de 20a 49;el 6.4% al de 50 a 59 y el 8.9% de 60 y mas años.

El motivo de esta investigación fue detectar las diferencias en la autoestima de mujeres minusválidas dependiendo de su edad, su ocupación, su estado civil y tipo de padecimiento.

Para lo cual se aplico la escala de autoestima de Lucy Reidl (1981) a un grupo de 100 mujeres minusválidas que acuden a un centro de rehabilitación.

Los resultados obtenidos fueron que no existen diferencias significativas en cuanto a ocupación, estado civil y tipo de padecimiento, encontrándose diferencias significativas en la edad ya que a mayor edad, mayor autoestima positiva y a menor edad mayor autoestima negativa.

Con lo que respecta a mujeres minusválidas que tienen hijos resultó que poseen una mayor autoestima positiva.

1. PERSONALIDAD

1.1 TEORIA ORGANISMICA DE KURT GOLDSTEIN

Una teoría de la personalidad que ha tomado en cuenta muchos elementos de la teoría de campo, es la teoría organísmica, de la que Kurt Goldstein (1963) es un destacado representante, en el campo de la neuropsiquiatra quien atendió a soldados con lesiones cerebrales durante la primera guerra mundial, quien postula el principio de que:

Los síntomas particulares no pueden entenderse meramente como el producto de enfermedades o lesiones particulares, sino únicamente como el resultado de que el organismo se comporta como un todo.

El organismo es una unidad y lo que sucede en cualquier parte de él afecta a todo. La organización es natural al organismo y la desorganización supone su muerte. Aunque las partes constituyentes tienen que ser diferenciadas para su estudio, ellas no pueden funcionar aisladas.

La teoría Organísmica hace hincapié primordialmente en la manifestación ordenada de las capacidades innatas del organismo. Sin embargo, reconoce que un ambiente adecuado es indispensable para que ocurra dicha manifestación. Como podría esperarse presupone que el organismo está motivado por una

pulsión principal y no por un conjunto de pulsiones diferentes independientes. Esta pulsión es el empeño constante del hombre por realizar sus capacidades inherentes y Goldstein lo denomina Realización del Yo.

El tópico central de esta teoría es que los organismos funcionan como un todo, mas bien como unidades integradas que como sistemas parciales.

Se afirma que el estudio de un sistema de respuesta particular o un proceso intelectual seria mucho mas provechoso si se considerara el organismo entero, en comparación con la situación artificial y limitada que surge cuando se hace un esfuerzo por aislar un sistema y estudiarlo en si. Hace hincapié en la importancia para los pacientes con cerebro dañado, de evitar situaciones catastróficas, es decir situaciones que a causa de su herida son incapaces de enfrentar, tal conducta de evitar catástrofes interfiere con la expresión de otros intereses y motivos mas elevados. El autor sustenta que el organismo no es una suma de partes que puede estudiarse separadamente.

La conducta humana no puede ser comprendida propiamente o percibida en perspectiva. De hecho cada reflejo simple innato o condicionado, es una fracción de una totalidad de acción y una expresión parcial del funcionamiento del organismo como un todo a lo que se puede concluir que:

Solo el conocimiento total nos lleva a comprender las distintas reacciones que observamos en las partes aisladas.

La teoría psicológica de Goldstein (1942) se basa en los principios de constancia o de igualación de la energía es claramente constante y distribuida por igual y existe un estado de tensión normal o promedio. Siempre que este estado de tensión promedio resulta perturbado por estímulos internos o externos, el organismo tiende a restaurar el estado de equilibrio o promedio. Las funciones de comer al estar hambriento, huir al sentirse asustado y luchar al ser asaltado son otros tantos ejemplos de este proceso de retorno al promedio; llama a este proceso Igualación de energía. En la vida normal, la excitación que ha sido modificada por un estímulo retorna tras un periodo de tiempo a su estado primitivo: esta es, si no sobreviene una nueva estimulación regresa a su estado de equilibrio. cree que la materia viviente no puede estar en un descanso completo. La vida es tensión constante, pero esta tensión debe mantenerse dentro de ciertos límites. La igualación significa la restauración del estado de tensión promedio que usualmente es el estado óptimo del organismo.

Permite que este funcione de manera mas eficiente, pues la vida solo le es posible dentro de ciertos límites de estímulo: la sobreestimulación y la infraestimulación comprometen las posibilidades de supervivencia del organismo.

La igualación se establece por una interacción del organismo y su ambiente.

El organismo responde a los estímulos de manera selectiva. Cuando suena un ruido el oído responde a ello.

No se percibe estímulo alguno que este mas allá de las capacidades del organismo. Este simplemente ignora el estímulo y no se precisa igualación. El nivel de tensión en el que se equilibra el organismo varía según los casos.

La igualación perfecta sería el estado del organismo en el que podría realizarse su función de la forma mas eficiente, mas suave y mas económica.

Señala dos funciones vitales del organismo aplicándose a ambas la ley de igualación.

Estas dos principales funciones son la Realización o la Actualización de uno mismo y la Adaptación o Negociación con el ambiente. Ambas funciones sirven para sobrevivir: ambas ofrecen al organismo las ocasiones apropiadas en sus esfuerzos por mantenerse vivo y vivir lo mejor posible.

La vida humana posee una meta implícita, un propósito y una dirección. Busca lo completo, la perfección el desarrollo completo. El esfuerzo por lo completo es el motivo principal de la naturaleza humana. Se trata del esfuerzo por la Autoactualización.

En un organismo normal la tendencia a la autoactualización actúa desde el interior y domina las perturbaciones ocasionadas por el conflicto con el mundo.

Cada organismo posee unas potencialidades para desarrollar y mejorar. Usualmente se expresan mediante intereses, preferencias y actitudes.

Por regla general a uno le gusta más lo que hace mejor, pues al hacer las cosas bien halla su camino a lo completo.

El organismo posee unas potencialidades definidas y por esta razón precisa actualizarlas o realizarlas. La satisfacción de estas necesidades supone la Autoactualización del organismo. Pero hay que considerar al organismo dentro del ambiente al que debe adaptarse o con el que tiene que negociar.

Se ha señalado anteriormente cuando se habló sobre igualación que el organismo reacciona a los estímulos de una manera selectiva. Los estímulos perturban el equilibrio existente y el organismo reacciona a ellos de forma que se restablezca el mencionado equilibrio.

Esta constante interacción entre el organismo y el ambiente requiere del primero un cierto grado de flexibilidad. Se trata de la capacidad de «negociar con el ambiente». El organismo debe hallar los mejores medios posibles de autopreservación y autorealización, mientras hace frente a los problemas plantea-

dos por el ambiente. El funcionamiento del organismo respecto al ambiente puede ser flexible o inflexible, o, en terminología de Goldstein, abstracto o concreto respectivamente.

Si el organismo acepta el ambiente tal como es y se adapta pasivamente a la situación dada, adopta la actitud concreta. Esto conduce a un tipo de conducta rígido e inflexible; el organismo acepta la situación concreta, presente, y actúa en consecuencia, sin ningún esfuerzo por cambiar tal situación o modificar sus propios métodos de conducta. La conducta abstracta es aquella en que el organismo percibe la situación en sus potencialidades, se adapta a ella consecuentemente y modifica el ambiente o su propia conducta, o ambos a la vez.

La conducta abstracta no esta determinada directa ni indirectamente por una configuración del estímulo, sino por la impresión de la situación que el individuo se da a si mismo.

La conducta normal incluye a la vez partes concretas y abstractas.

En algunas situaciones actuamos de manera concreta sin pensar lo incluso realizar lo que estamos haciendo.

No obstante, la postura mental general de los individuos normales es la actitud abstracta, esto es, la capacidad de actuar activamente, de considerar la situación total, de tener iniciativas y de prepararse para la actividad.

La mayoría de los casos registrados por Golstein(1942) en su estudio clásico sobre lesiones cerebrales habían perdido su capacidad para la conducta abstracta. Es evidente que tales individuos funcionan de una manera concreta.

1.1.1 CONDUCTA ORDENADA Y DESORDENADA

Goldstein (1942) distingue dos tipos de conducta en las situaciones idóneas, una persona aparece equilibrada, reposada, de buen humor y bien adaptada. Este tipo de conducta se denomina ordenada.

Cuando una persona fracasa en su tarea y es incapaz de superar sus dificultades, su conducta se hace angustiada, agitada, acongojada, frecuentemente asustadiza, y a veces todo el organismo muestra signos de trastorno. Este tipo de conducta fue calificada por el autor como conducta desordenada o catstrófica, esto se aplica especialmente a los individuos "anormales", pero incluso aquellos etiquetados como normales llegan a atravesar por estados de desorden y catástrofe, pero debido a sus potencialidades intrínsecas logran en ocasiones restaurar el orden.

Una lesión cerebral puede incapacitar la conducta abstracta de un individuo. Sin embargo, hasta el organismo dañado trata de negociar con el ambiente. Las partes intactas del cerebro se hacen cargo de las funciones de las partes lesionadas y compensan la pérdida. Cuando una función determinada resulta gravemente menoscabada, se produce una regresión o dediferenciación: el organismo regresa a unas pautas de conducta primarias, menos diferenciadas. Muchas veces el organismo elabora unos mecanismos =protectores= tales como el alejamiento de una

situación en la que el fracaso parecía inevitable.

El autor define la enfermedad como «un shock a la existencia del individuo motivado por la perturbación del funcionamiento bien regulado del organismo».

Cree que la observación de los individuos enfermos ofrece una mejor oportunidad para la comprensión de la conducta normal que la observación propia de la conducta normal.

Usualmente la conducta patológica es una conducta simplificada y algunas deficiencias revelan las interrelaciones de la conducta. El organismo enfermo intenta realizar alguna Adaptación para sobrevivir. Estos esfuerzos desesperados resultan mas fáciles de observar que los procesos de Adaptación usuales de los individuos normales.

1.2 PSICOLOGIA DE LA SALUD.

Los Supuestos básicos sustentados por Maslow (1972) hacia una psicología de la salud son los siguientes:

- 1.- Cada ser humano posee una naturaleza interna de base esencialmente biológica que es hasta cierto punto "natural", intrínseca, innata y en cierto sentido inmutable.
- 2.- La naturaleza interna de cada persona es en parte privativa suya y en parte común a la especie.
- 3.- Se puede estudiar científicamente esta naturaleza interna y descubrirla como es.
- 4.- Esta naturaleza interna, en la medida en que nos es conocida hasta el momento, no parece ser intrínseca primordial o necesariamente perversa. Las necesidades básicas (vida, inmunidad, seguridad, pertenencia, afecto, respeto y autorrespeto, autorrealización) Las emociones humanas básicas y las potencialidades son, según todas las apariencias, neutrales, premorales o positivamente «buenas». La necesidad de destrucción, el sadismo, la crueldad, la malicia etc; parecen no ser de naturaleza intrínseca, sino mas bien reacciones violentas contra la frustración de nuestras necesidades intrínsecas,

emociones y potencialidades. La ira no es mala en si misma como tampoco lo es el miedo, la pereza e incluso la ignorancia. Aunque naturalmente estas actitudes puedan llevar y de hecho llevan a un comportamiento inadecuado, pero no necesariamente.

La naturaleza humana, no es, ni mucho menos tan mala como se creía, de hecho puede afirmarse que tradicionalmente se ha venido subestimando las potencialidades de la naturaleza humana.

5.- Puesto que esta naturaleza interna es buena o neutral y no mala es mucho mejor sacarla a la luz y cultivarla que intentar ahogarla.

Si se le permite que actúe como principio rector de nuestra vida, nos desarrollaremos saludable, provechosa y felizmente.

6.- Si se niega o intenta abolir este núcleo esencial de la persona, esta enfermará, unas veces con síntomas evidentes, y otras con síntomas apenas perceptibles, unas veces como resultado inmediato y otras con alguna posterioridad al establecimiento de la causa.

7.- Esta naturaleza interna no es fuerte, dominante e inequívoca como el instinto lo es en los animales. Es débil, delicada, sutil y fácilmente derrotada por los hábitos, presiones sociales y las actitudes erróneas a

su respecto.

8.- Aun cuando es débil raramente desaparece en las personas normales, e incluso puede ser que tampoco desaparezca en las enfermas. Aun cuando se le niegue, perdura calladamente presionando de continuo para salir a la luz.

9.- Se deben conjugar estas conclusiones con la inevitabilidad de la disciplina, privación, frustración, dolor y tragedia.

Estas experiencias resultan convenientes en la medida en que revelan y actualizan nuestra naturaleza interior. Resulta cada vez mas claro que estas experiencias guardan relación con un sentimiento de consecución, de fortaleza del ego, y en consecuencia, con un sentimiento de autorespeto y autoconfianza saludables. Tomemos en cuenta que: quien no ha conseguido resistido y superado, sigue dudando de su propia capacidad de hacerlo. Esto resulta cierto no solo si lo aplicamos a los peligros que vienen desde fuera; lo es también en cuanto a la capacidad de control y dilación de los propios impulsos y por tanto, de serenidad ante ellos.

De lo anteriormente expuesto se deriva que: cuanto mas se aprenda acerca de las tendencias naturales del hombre, mas sencillo resultara decirle como ser bueno, feliz, provechoso,

como respetarse así mismo, como amar, como realizar sus mas elevadas potencialidades.

Esto supone una solución automática de muchos de los problemas de la personalidad del futuro.

Tomando esto como base, se puede deducir que el camino a investigar como es uno realmente en su interior, en el fondo, en cuanto a miembro de la especie humana y como individuo en particular.

Quizás esta psicología de la salud sera fuente de nuevas posibilidades de control y perfeccionamiento de nuestras vidas, así como de convertirnos en personas mejores.

1.2.1 Salud y Patología.

El mejoramiento de la salud individual es un modo de enfocar la creación de una población mas sana.

Existe la posibilidad real de que fomentando el desarrollo individual se llegue a obtener salud, mientras que por el contrario, resulta mucho mas difícil la cura de síntomas neuróticos verdaderos sin una ayuda proveniente del exterior.

Es relativamente fácil intentar deliberadamente en convertirse en un hombre mas honesto; es muy difícil intentar curar las propias compulsiones y obsesiones.

El enfoque clásico de los problemas que afectan la personali-

dad hace que se consideren problemas en un sentido indeseable. Esfuerzo, conflicto, culpa, falsa moralidad, ansiedad, represión, frustración, tensión, vergüenza, autocastigo, complejo de inferioridad o indignación.

Todas estas experiencias producen sufrimiento psíquico, alteran la eficiencia de los propios actos y escapan a todo control. Por este motivo son consideradas automáticamente como algo enfermo o indeseable y se procura curarlas para que desaparezcan lo mas rápidamente posible.

Sin embargo, todos estos síntomas se dan también en las personas sanas o en las personas que se están desarrollando en un sentido saludable.

1.3 SALUD MENTAL

A través de su desarrollo la personalidad adquiere diferentes defensas psicológicas por medio de las cuales trata de defenderse, armonizar o equilibrar los impulsos en conflicto y aliviar las tensiones internas.

La personalidad puede desarrollar defensas específicas para enfrentarse a la angustia, a los impulsos agresivos, hostilidades, resentimientos y frustraciones.

De modo que siempre se hace uso de mecanismos de defensa. Sin embargo, podemos señalar que el grado de salud mental de un individuo esta determinado por:

- a) Tipo de recursos motivadores seleccionados inconscientemente para encarar causas de stress y las necesidades emocionales y para proporcionar una defensa contra la angustia.
- b) Por la frecuencia con que se usan dichos recursos y por el grado en que se distorsionan la realidad.

Algunas de las definiciones de salud mental o ausencia de enfermedad, son útiles para detectar la presencia de un padecimiento y el grado del mismo.

Se ubica salud mental como una cualidad para readaptarse al estres o para recuperarse de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud habla de salud mental en términos muy amplios y la define como: la presencia de bienestar físico y emocional.

Para la psiquiatría es: cuando la conducta confirma el hecho de que el individuo se percibe a sí mismo, o sea su identidad personal, junto con un propósito en la vida un sentimiento de autonomía personal, y una voluntad de percibir la realidad y hacer frente a sus vicisitudes.

El adulto sano tiene capacidad para invertir afecto en otros, para entender sus necesidades, para lograr una relación heterosexual mutuamente satisfactoria, para ser activo y productivo.

Con evidencia de que persiste y soporta frustraciones cuando prosigue con ciertas tareas hasta que las termina con éxito.

Para responder de manera flexible ante el estress

Para recibir placer de diversas fuentes y para aceptar sus limitaciones en forma realista.

1.4 CONCEPTO DE PERSONALIDAD

Maslow (1972) postula la existencia de una jerarquía de necesidades de, las cuales las mas básicas ocupan la parte inferior. A medida que se avanza hacia la parte superior de la jerarquía, se encuentran las necesidades menos indispensables para la vida del ser humano.

Este autor asegura que las necesidades superiores solo entran en acción una vez satisfechas las anteriores, supone además que todas ellas son universales e independientes de las influencias específicas de cada cultura, las llama instintoides para identificar que, si bien existen en todo ser humano, algunas no son lo bastante fuertes como para ser cumplidas a menos que haya condiciones propicias.

a) Necesidades fisiológicas.

Además coloca las necesidades fisiológicas en la parte inferior de la jerarquía. Ellas son las de aire, agua, comida, comodidad física, que han de satisfacerse antes de poderse pasar a las necesidades siguientes.

b) Necesidades de seguridad.

Usando niños como ejemplo Maslow encuentra en ellos deseos de verse libres del miedo y de la inseguridad, además de que buscan protección contra ruidos repentinos y caídas.

En niños un poco mayores se aprecia la necesidad de protegerse ante los desconocidos, como el deseo de evitar incidentes dañinos y dolorosos

c) Necesidades de pertenencia.

Las necesidades de pertenencia inician las de orden superior, la personalidad busca seguridad.

El ser humano desea ser alguien, aunque sea en un grupo pequeño, dado que sus semejantes lo ayudan ha desarrollarse, desea pertenecer al grupo que lo ayudo en su crecimiento.

En general se manifiestan por un anhelo de relaciones afectuosas con la gente.

Tampoco estas hacen su aparición antes de satisfacer las anteriores.

Según Maslow a menudo quedan frustradas y su frustración es una causa importante de la génesis del desajuste.

d) Necesidades de amor.

El hombre ha tenido, tiene y tendrá siempre el deseo de amar al alguien y de ser amado a su vez.

e) Necesidades de estima de si mismo.

Aquí el hombre desea saberse digno de algo, capaz de dominar algo del ambiente propio, saberse competente, independiente,

libre y que se le reconozca algún tipo de labor o esfuerzo.

f) Necesidad de autorrealización.

La cual ocupa el lugar supremo de la jerarquía.

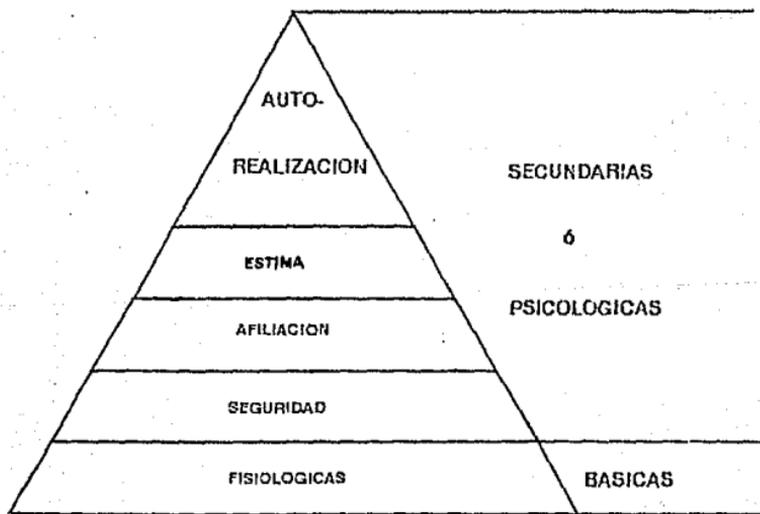
Las características de los que se realizan a si mismos expuestos antes denotan implícitamente sus necesidades entre las que se encuentran espontaneidad, creatividad e interés por los demás.

Maslow piensa que la satisfacción de todas ellas es indispensable para que el hombre goce de salud psíquica. En caso contrario, se presentan condiciones deficitarias.

También afirma que las necesidades se requieren para la salud mental, es decir que bajo estos supuestos las personas sanas tendrían cubiertas todas estas necesidades.

JERARQUIA DE NECESIDADES

SEGUN A. MASLOW



1.5 MOTIVACION DE LA DEFICIENCIA Y MOTIVACION DEL DESARROLLO

Maslow (1954) argumenta que la enfermedad surge de la privación de ciertas satisfacciones, a las cuales llama necesidades, en el mismo sentido que lo son el agua, el calcio, las proteínas, es decir, que su carencia provoca la enfermedad.

Maslow (1954) mencionaba que la mayor parte de las neurosis incluían, junto con otros determinantes, complejos deseos insatisfechos de seguridad, entrega, identificación de relaciones amorosas íntimas y de prestigio y respeto.

De acuerdo a sus investigaciones concluye que cuando se eliminaban estas deficiencias, la enfermedad tendía a desaparecer. Las características de una deficiencia duradera son las siguientes. Se tratará de una necesidad básica o de tipo instintivo si:

- 1.- Su carencia alimenta la enfermedad.
- 2.- Su presencia impide la enfermedad.
- 3.- Su restitución cura la enfermedad.
- 4.- Bajo determinadas (y muy complejas) situaciones de libre elección, es preferida por la persona afectada de su carencia, a otras satisfacciones.

5.- Se encuentra inactiva, en retroceso o funcionalmente ausente en la persona sana. Pero además adjunta dos características subjetivas, se trata de anhelo y deseo consciente o inconsciente y del sentimiento de carencia o deficiencia, como de algo que falta por una parte y, por la otra, de complacencia.

A estas necesidades que son esencialmente déficits del organismo, los cuales hay que desaparecer en defensa de la salud. Y que lo que es más aun, deben ser combatidos desde afuera por seres humanos distintos al sujeto.

Es a lo que Maslow llamara déficits o necesidades deficitarias.

Por lo que se refiere al estado motivacional, las personas sanas han satisfecho suficientemente sus necesidades básicas de seguridad, entrega, amor, respeto y auto-estimación de tal modo que ahora se sienten motivadas primordialmente por tendencias conducentes a la auto-realización (definida como realización creciente de las potencialidades, capacidades y talentos; como cumplimiento de la misión -o llamada, destino, vocación;- como conocimiento y aceptación más plenos de la naturaleza intrínseca propia y como tendencia constante hacia la unidad, integración o sinergia, dentro de los límites de la misma persona.

A continuación se presentan una serie de definiciones de tipo descriptivo y operativo postuladas por el autor, quién define a las personas sanas mediante la descripción de sus características observadas clínicamente.

- 1.- Una percepción superior de la realidad.
- 2.- Una mayor aceptación de uno mismo, de los demás y de la naturaleza.
- 3.- Una mayor espontaneidad.
- 4.- Una mayor capacidad de enfoque correcto a los problemas.
- 5.- Una mayor independencia y deseo de intimidad.
- 6.- Una mayor autonomía y resistencia a la inductinación.
- 7.- Una mayor frescura de apreciación y riqueza de reacción emocional.
- 8.- Una mayor frecuencia de experiencias superiores.
- 9.- Una mayor identificación con la especie humana.
- 10.-Un cambio (los clínicos dirían un mejoramiento) en las relaciones interpersonales.
- 11.-Una estructura caracterologica mas democrática.
- 12.-Una mayor creatividad.
- 13.-Algunos cambios en la escala de valores propia.

Las necesidades fisiológicas, la necesidad de seguridad, amor, respeto, información son ciertamente para muchas personas molestias, perturbaciones psíquicas y generadoras de problemas, especialmente para aquellas que han sufrido experiencias

insatisfactorias al intentar solventarlas y para aquellas otras que no disponen de los medios para intentarlo.

Pero aun así todas estas deficiencias se puede decir que como necesidades se pueden aceptar y disfrutar, así como también recibirlas con agrado en el momento que adquirimos conciencia de ellas, si:

a).- Su experiencia pasada ha sido satisfactoria.

b).- Puede confiarse en satisfacerlas en el presente y en el futuro.

Ademas se puede agregar mencionando que la vida motivacional consiste esencialmente en una eliminación defensiva de las tensiones molestas, y, si el efecto consecutivo a esta reducción de la tensión es un estado de espera pasiva de la aparición de nuevas molestias mal acogidas y que a su vez, deben ser eliminadas.

De este modo el hombre motivado por la deficiencia debe temer mas al medio ambiente por que existe la posibilidad de que este pueda fallarle o defraudarle. Sabemos en la actualidad que este tipo de ansiosa dependencia engendra a si mismo hostilidad.

En contraste con la motivación de la deficiencia el individuo que se auto-realiza - y a subvenido, por definición, en sus necesidades básicas - es mucho menos dependiente, mucho menos

espectador, mucho mas autónomo y autodirigido. Lejos de necesitar a los demás, las personas motivadas por el desarrollo pueden, en la practica, verse estorbadas por ellas. Poseen una especial preferencia por la intimidad por el desasimio y la reflexión. Tales personas se hacen mucho mas autosuficientes y reservadas. Los determinantes que les gobiernan son primordialmente internos antes que sociales o ambientales. Dichos determinantes son las leyes de su propia naturaleza interior, sus potencialidades y capacidades, sus talentos, sus recursos latentes, sus impulsos creativos, sus necesidades de autoconocerse e integrarse y unificarse cada vez mas, de ser cada vez mas consientes de lo que realmente son, de lo que realmente desean, de cual va hacer su llamada vocación o destino. Pero cuando surge lo contrario o sea cuando existe una satisfacción de los impulsos fomenta un aumento de la motivación antes que una disminución de la misma, de una elevación de la incitación antes que un descenso.

Los apetitos se intensifican y crecen. Se desarrollan sobre si mismos y, en vez de desear cada vez menos tales personas desean mas y mas de..., el apetito de desarrollo se ve agudizado por la satisfacción de los impulsos mas bien que verse aplacado. El desarrollo en si mismo es un proceso gratificante vgr. la realización de anhelos y ambiciones como las de ser por ejemplo un buen profesionista.

Y la actividad dentro de este proceso se puede decir que es disfrutada intrínsecamente, por razón de sí misma, o poseer valor. Tan solo como instrumento portador de una satisfacción deseada.

En este último caso pierde su valor y no puede disfrutarse de ella en el mismo momento en que se deja de ser eficaz o positiva. Con mayor frecuencia sucede sencillamente que no es disfrutada en absoluto sino que unidamente el objetivo produce placer.

Esta generalización se basa en la observación de que la gente se auto-realiza, disfruta de la vida en general y en casi todos sus aspectos, mientras que la mayoría de las demás personas tan solo disfrutan momentos dispersos de triunfo, de acierto de clímax o de experiencias superiores.

En parte esta validez intrínseca de la vida proviene de la calidad de disfrute inherente al desarrollo y al ser desarrollado. Sin embargo no debemos olvidar en el caso de personas minusválidas esta validez intrínseca de la vida requiere ser asumida de una forma más realista ya que se ve interrumpida por factores adversos, en el caso de las personas sanas poseen la capacidad de transformar una actividad medio en una experiencia final, de modo que incluso la actividad instrumental es disfrutada como si se tratara de una actividad final. La motivación del desarrollo puede ser una motivación a largo

plazo.

Allport (1950) ha insistido particularmente en este punto. La planificación y programación del futuro señala el, son actividades intrínsecas a una naturaleza humana saludable. Esta de acuerdo en que:

Las motivaciones deficitarias requieren realmente, una reducción de la tensión y un restablecimiento del equilibrio.

Las motivaciones del desarrollo, por otro lado mantienen la tensión en beneficio de objetivos lejanos y a menudo inalcanzables. En cuanto tales, diferencian el comportamiento animal, el comportamiento adulto del comportamiento infantil.

2. LA MINUSVALIA

2.1 CONCEPTOS GENERALES.

Los minusválidos -hombres, mujeres y niños- que nacieron con un defecto físico o poseen una limitación física debida a enfermedad, heridas, accidentes, edad, representan la minoría mas numerosa y desconocida.

En los Estados Unidos, al menos uno de cada 10 ciudadanos esta impedido físicamente. Sin embargo, no hacen falta estadísticas para darnos cuenta de que amplios, y quizá devastadores, son los efectos de nuestras propias incapacidades o las de parientes o amigos minusválidos.

Un estudio realizado en Estados Unidos en 1981 (citado por Secretaría de Salud, 1990) mostró que solo el 3% de mujeres severamente incapacitadas trabajan, en comparación con el 21% de los hombres en las mismas circunstancias.

Otro estudio reveló que de cada 100 minusválidos que trabajan solo 29 eran mujeres. Los salarios que perciben son solo la mitad de lo que ganan los hombres en igualdad de condiciones.

Las mujeres constituyen el 58% de la población mundial y el 28% de la fuerza laboral formal, pero reciben solo el 10% del producto del ingreso y poseen solo el 1% de la riqueza del mundo.

2.2 LA MINUSVALIA, SIGNIFICADO Y ANTECEDENTES.

En nuestro país. las palabras minusválido y minusvalia empezaron a utilizarse en el sexenio pasado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.).

Anteriormente los términos de invalido e invalidez eran utilizados por la Secretaria de Salubridad y Asistencia y el Código Sanitario.

La sucesora del Código Sanitario la Ley General de Salud continuo con esa línea no así la Secretaria de Salud (antes Secretaria de Salubridad y Asistencia) que maneja indistintamente los términos invalidez y minusvalia.

Parece ser que el termino minusválido se aplica a una persona que padece secuelas de tipo motor, neurologico o sensorial. La minusvalia según Bowley (1984) es: una interferencia u obstrucción en el crecimiento, desarrollo y progreso educacional normales, o bien en los tres factores al mismo tiempo. Una persona minusválida no puede hacer ciertas cosas con métodos ordinarios o en el tiempo habitual disponible. En sentido amplio, la minusvalia es causada por un daño o defecto persistente del cuerpo, del intelecto o de la personalidad.

La minusvalia no puede ser tratada como una enfermedad ya que no es adquirida por contagio, no existe tratamiento que la cure definitivamente, no es mortal y nadie esta exenta de ella.

La minusvalia no se presenta de la misma forma en todas las personas, ya que depende de ciertos factores como lo son la edad, y la actividad del individuo que la padezca. Para que se considere a alguien como Minusválido de acuerdo con Bowley (1984) se debe tomar en consideración hasta que grado su secuela lo pone en desventaja con la gente considerada sana, que limitaciones presenta con respecto a sus actividades ordinarias de gente de su edad y sexo, como lo trata la gente de su medio y como le afecta en su autoimagen.

El minusválido se concibe como tal, a partir de su situación en las relaciones sociales. No es minusválido solamente por el hecho de que tenga una secuela, sino en razón de las limitaciones que se estructuran con la secuela (por ejemplo no pueden ir a trabajar a la escuela por que no pueden hacerse cargo de si mismos).

Entendemos entonces por secuela a una alteración en la estructura biológica del individuo, independientemente de las causas que la producen y consecuencias que generan.

La secuela esta entonces relacionada con la minusvalia en el momento en que el organismo sufre una disfuncion y la persona

tiene que aprender a manejar su secuela y tratar de hacer o realizar lo que hacia antes de la disfuncion, con la conviccion de que podrá superar sus deficiencias, de forma que tenga la oportunidad de poder ir por la vida casi igual que el resto de las personas.

2.3 LA MINUSVALIA, CATEGORIZACION.

La minusvalia según algunos autores se podría considerar en tres grados:

- * Leve: que es cuando existe una secuela pero esto no impide el desarrollo de las actividades cotidianas ni su vida productiva o escolar ,se puede citar como ejemplo la falta de una falange.
- * Moderada: aquí si se limitan las actividades de la vida en lo social pero no así a nivel personal, la persona requiere de aparatos, sin embargo es capaz de realizar por si misma tareas como por ejemplo desplazarse, comer, asearse, vestirse etc. Como por ejemplo, los hemipléjicos o los amputados de alguna extremidad.
- * Severa: es aquella secuela que impide al individuo valerse por si mismo, también se les llama minusválidos dependientes, ya que estos presentan un alto grado de dependencia pues nada pueden hacer por si solos, ni

siquiera actividades tales como el aseo personal, vestirse, alimentarse, trasladarse de un lugar a otro etc.

Como por ejemplo los cuadriplejicos o aquellos que les faltan las cuatro extremidades

Como secuelas pueden señalarse:

CONGENITAS: cuando ya aparecen en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o adquiridas durante la gestación hasta el momento mismo del nacimiento.

ADQUIRIDAS: son causadas por lesiones orgánicas posteriores al nacimiento.

La Secretaria de Salud organiza a los minusválidos de acuerdo con el tipo de secuela que presentan.

- a).- Secuelas neuro-músculo-esqueleticas.
- b).- Secuelas de la comunicación humana.
- c).- Secuelas del intelecto.
- d).- Secuelas de la visión.

El reglamento de prevención de la invalidez, la define como "La limitación en la capacidad del individuo para desempeñar alguna actividad necesaria para su desarrollo como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social y comprende:

I.- Invalidez somática:

- a).-Del sistema músculo-esquelético
Deformaciones congénitas, amputaciones, atropatias y secuelas de lesiones oseas.
- b).- Del sistema nervioso:Parálisis,epilepsia y afasia.
- c).- De la audición: Sordera e hipoacusia.
- d).- Del aparato fonarticulador: Dislalia, perdida o alteración de la voz.
- e).- De la visión: Ceguera total o parcial y debilidad visual.

II.- Invalidez psicológica:

- a).- Deficiencia Mental.
- b).- Trastornos conductuales permanentes.

III.- Invalidez social:

- a).- Menores y ancianos sin familia o desamparados.
- b).- Menores infractores.
- c).- Alcohólicos.
- d).- Farmacodependientes.
- e).- Sentenciados por delito doloso.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia coincidiendo con la Secretaria de Salud agrupo las secuelas minusvalidantes así:

- a).- Del sistema neuro-músculo-esquelético.

- b).- De la visión.
- c).- De la comunicación humana y
- d).- Del intelecto.

2.4 CAMBIOS INVOLUTIVOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE VIDA DE LA MUJER MINUSVALIDA.

LA ADOLESCENCIA

Es una etapa en la que se dan cambios físicos, psicológicos y sociales de manera rápida.

La forma en que se vive la adolescencia difiere según las culturas y los medios sociales, cuyas exigencias para individuos de uno u otro sexo también son diferentes.

Se trata de un periodo de Adaptación en el que se espera que el joven logre independizarse de sus padres, establezca nuevas relaciones sociales, sea capaz de convivir con compañeros de ambos sexos, se adapta a la madurez sexual, desarrolle un concepto acerca del mundo, adquiera un conjunto de creencias y patrones morales y posea un sentido de identidad.

La adolescente minusválida enfrenta varios problemas que están en relación a la etapa en que se encuentra, a su condición de mujer y a las características de la propia secuela invalidante.

Debe además encarar la actitud que otras personas asumen ante

su presencia. La búsqueda de identidad personal se ve interferida por la secuela invalidante en la medida en que esta limita su independencia o condiciona su conducta.

Cuando una secuela esta presente desde el momento del nacimiento o es adquirida durante los primeros años de vida se integra a la imagen corporal. Cuando el problema se adquiere durante la adolescencia genera cambios psicológicos importantes.

En ambos casos la adolescente minusválida puede percibirse a si misma como especial, delicada, frágil, necesitada de protección con sentimientos de ineptitud e inadecuación y de tener derecho a todo.

El impacto de un defecto físico menor, moderado o grave, se puede valorar de acuerdo al grado de incapacidad emocional y a los aspectos compensatorios que produce.

Las consecuencias psicológicas de una secuela invalidante dependen de diversos factores de los cuales se mencionaran algunos:

- * momento en que se adquiere.
- * grado y localización.
- * efecto que causa sobre el estado general.
- * alteración de la apariencia física.
- * personalidad previa.
- * pérdidas anteriores

* forma de evolución.

Las causas que motivaron la demanda de atención en adolescentes fueron las siguientes:

En las de 12 a 19 años: Parálisis facial, defectos posturales (categoría que incluye problemas tales como: descenso de arcos plantares, escapulas aladas, genu valgo y varo, hallux valgus, pie cavo, plano y valgo, rotación tibial, tibias varas).

LA MUJER MINUSVALIDA ADULTA.

Las mujeres adultas pasan por etapa de Adaptación similares a las que presentan las adolescentes minusválidas.

El periodo de depresión se puede prolongar y hasta es posible que se tengan reacciones de agresión dirigidas hacia sus familiares, amigos y personal de salud que las atiende, como una parte de la respuesta emocional ante el problema,

Es frecuente que la mujer minusválida este lejos del estereotipo de salud y belleza aceptado socialmente, lo que debilita su autoestima, propicia su aislamiento social y repercute en la búsqueda de pareja.

La mujer minusválida debe ser informada acerca del impacto de la secuela en relación a su sexualidad, ya que existen problemas invalidantes que afectan esta área, como en las lesiones medulares, en las que la falta de sensibilidad y control de

esfinteres pueda hacerlas rechazar el contacto sexual. La minusválida tiene que estar preparada para pensar para pensar en su función sexual, hablar acerca de su sexualidad y estar dispuesta a manifestarla. A la mujeres minusválidas se les deben sugerir métodos que les ayude a manejar su problemática remarcando la importancia de la comunicación con su pareja para alcanzar una mejor Adaptación.

Para la mayoría de las mujeres la maternidad representa uno de los logros mas importantes de su vida.

Existen secuelas invalidantes que imposibilitan o dificultan un embarazo, por lo que en tales circunstancias la mujer minusválida debe ser informada acerca de su capacidad para procrear y del riesgo que implican el embarazo y el parto.

Existen mujeres minusválidas que son capaces de concebir y de criar hijos normalmente, pero que no se sienten con seguridad para ello, por lo que deben se informadas al respecto.

Por otro lado, cuando la invalidez es ocasionada por un trastorno hereditario es imprescindible el consejo genético para que la mujer minusválida conozca cuales son los riegos potenciales de tener hijos con la misma alteración.

Debido al rol que desempeña la mujer en nuestra sociedad su estado emocional se puede ver claramente afectado al tener que cambiar su papel dentro de la familia ya que al ser minusválida

da cambia radicalmente su situación al convertirse en sujeto de atención.

Con lo que respecta al cónyuge este experimenta ajustes y pérdidas, siendo uno de los primeros sentimientos el temor ante la posibilidad de muerte de su compañera, posteriormente el miedo a vivir junto a una invalida y la ansiedad que le provocan los cambios físicos sufridos por ella, también suelen sentir asco, deseos de escapar, pérdida de excitación sexual, miedo que la minusválida dependa totalmente de él, enojo ante la necesidad de tener que asumir nuevos papeles funcionales en la familia, pérdida del orgullo que sentía por el aspecto físico de su mujer, que formaba parte de su imagen de hombre e inclusive puede sentirse socialmente devaluado al estar casado con una invalida.

Con lo que respecta a los hijos estos pueden llegar a experimentar asombro, temor y tristeza ante los cambios que ha sufrido la madre, por lo que es necesario informales de acuerdo con su edad y permitirles que expresen sus sentimientos, dándoles la oportunidad de conocer la mayoría de los detalles del problema, y de como deberán comportarse ante la situación.

En el aspecto socioeconómico las mujeres minusválidas están en desventaja tanto por ser mujeres como por ser minusválidas.

Las mujeres poseen además desventajas económicas y políticas que son más evidentes en países en desarrollo. Son condiciona-

das por la familia y la sociedad a esperar menos de la vida que los hombres, su nivel educativo es menor constituyendo el 75% de los 800 millones de analfabetas en el mundo, el acceso a la industria es difícil. No son solo los hombres quienes ven peligrar sus campos exclusivos sino las propias mujeres las que prefieren contratar personal masculino argumentando su mayor resistencia y menor necesidad de ausentarse de su área de trabajo.

En los países subdesarrollados las tasas de desempleo suelen ser altas y la oferta de mano de obra es abundante por lo que la mujer esta en una situación de mayor desventaja.

Por otra parte, la recesión económica genera la necesidad de un segundo ingreso familiar para garantizar su subsistencia lo que ha modificado el esquema de hombre proveedor y mujer administradora.

A pesar de ello la mayor parte del trabajo domestico continua recayendo en las mujeres duplicando con esto sus actividades y responsabilidades.

Mientras que los hombres al regresar a casa después de la jornada laboral, utilizan su tiempo en actividades recreativas o para continuar sus estudios, las mujeres en cambio se ocupan de actividades rutinarias de casa.

En el grupo de 20 a 49 se presentaron con mas frecuencia los

síndromes dolorosos, fracturas, secuelas de fracturas, y secuelas de traumatismos.

Ademas se contempló otro grupo, el grupo de 50 a 59 años en quienes ocupan los dos primeros lugares los síndromes dolorosos y la parálisis facial así como también resultaron elevadas las frecuencias en las mujeres de osteartrosis o enfermedad articular degenerativa, artritis reumatoide y otras alteraciones articulares, además de fracturas y secuelas de fracturas y secuelas de traumatismo.

LA MUJER MINUSVALIDA ANCIANA.

Vejez no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, esta etapa se acompaña frecuentemente de enfermedades crónicas y de problemas de salud que se manifiestan desde los últimos años de la edad adulta los que se exacerban y agudizan. Aparecen secuelas de enfermedades crónicas como la artritis o la diabetes mellitus. Los accidentes vasculares cerebrales, la arterioesclerosis y la demencia senil afectan la forma de pensar de comportarse de la persona incapacitándola progresivamente y acortando su vida.

Cada anciana asume los cambios fisiológicos y patológicos que se presentan en la vejez de una manera diferente, lo que en mucho depende de la forma de interpretar la vida.

Las personas mas estables y las de edad mas avanzada presentan

menos trastornos emocionales ante las pérdidas físicas. El impacto de una secuela estará en relación con el grado de invalidez que produce. Las expectativas de las ancianas minusválidas se ven influenciadas por las expectativas de su familia y de la sociedad. En el mundo de occidente la juventud es considerada un valor, por ello las personas viejas se sienten devaluadas y actúan en consecuencia, sus expectativas se reducen, esperan menos de sí mismas porque la sociedad espera menos de ellas.

La dependencia física producto de una secuela, representa una carga importante para la anciana y su familia. Generalmente existe poca disposición en la familia para hacerse cargo de una anciana minusválida, su presencia en el núcleo familiar representa un desajuste en la forma en la que se realizan las actividades domésticas y en la economía del grupo. La tensión emocional también aumenta especialmente entre las hijas de las minusválidas.

La respuesta al tratamiento de terapia física es lenta y la ganancia puede no ser muy aparente, pero cuando este se suspende, el retroceso es notable.

La anciana minusválida puede aceptar la invalidez como un preámbulo de su muerte, si se da cuenta de que las secuelas son el producto de las fallas de su organismo por lo que sus expectativas ante los programas de rehabilitación son pobres.

La anciana minusválida tiene desventajas físicas, psicológicas y sociales que exigen y hacen necesarios los programas de rehabilitación integral. En las personas de 60 y mas años se observa similitud con el grupo anterior persistiendo mas elevada la osteoartrosis, la artritis reumatoide, ademas de las fracturas y secuelas de fracturas.

3. AUTOESTIMA.

3.1 ANTECEDENTES DE LA AUTOESTIMA.

Desde el punto de vista social el primer teórico que se ocupa del estudio de sí mismo y del yo y del cual se deriva la mayoría de los trabajos sobre este campo fue James (1890) quien asentó como posibles fuentes de autoestima, las aspiraciones y valores humanos, los cuales tienen un papel esencial en determinar si nos consideramos de manera favorable.

En cualquier área nuestras ejecuciones son equiparadas con nuestras aspiraciones si se juntan o se aproximan la autoestima es favorable.

Por el contrario si estas ejecuciones no se aproximan con las aspiraciones la autoestima es desfavorable (Citada por Deutch en 1974).

3.2 CONCEPTO, DESARROLLO Y DEFINICIONES DE AUTOESTIMA.

AUTOESTIMA.- Representa el concepto que cada uno de nosotros tiene de sí mismo, es el sujeto y la identidad que consciente y subconscientemente pensamos que somos: los rasgos físicos y psicológicos, cualidades y defectos y sobre todo la estima que nos tenemos a nosotros mismos. La autoestima es el componente evaluativo del concepto de sí mismo (Rodríguez, Pellicer,

Domínguez 1988). Este concepto modela nuestro destino, es decir, que la visión mas profunda que tenemos de nosotros mismos influye sobre todo nuestras elecciones y dedicaciones significativas y por ende, modela el tipo de vida que nosotros creamos. (Branden 1988).

Por consiguiente, la meta de cada individuo es la de conservar y acrecentar su autoestima, logrando así mantener su integridad y, a la larga, fortalecer relaciones tanto consigo mismo como con todas las personas que le rodean (Satir 1981).

Desarrollo de la Autoestima.

Según investigadores naturalistas el hombre posee una tendencia natural a desarrollar su autoestima y acrecentar el significado verdaderamente valioso de la vida; tiene un impulso tan imperioso que puede considerarse su mas profunda necesidad: la voluntad de autorrealizarse (Villanueva 1988).

Guiado por normas y sentimientos sociales en que ha sido educado y por las experiencias adquiridas a través de su vida personal el individuo va formando su autoestima. Por lo tanto, veamos como el hombre va atravesando por diversas etapas de su vida para desarrollar su autoestima y los factores que contribuyen a esta.

A continuación se señalan las 8 etapas del desarrollo psicossocial creadas por Erikson (1974).

Este autor describe 8 etapas por las que el hombre pasa en el proceso de su vida. Las edades no son rígidas, pueden variar en duración e intensidad, en niños diferentes y en culturas distintas.

Para el paso de una etapa a otra se vive una crisis, la cual suele ir acompañada de una depresión y ansiedad ya que es dejar algo seguro y conocido; por algo incierto y totalmente desconocido.

- 1.- Etapa Confianza contra Desconfianza.
- 2.- Etapa Autonomía contra Vergüenza y Duda.
- 3.- Etapa Iniciativa contra Culpa.
- 4.- Etapa Industria contra Inferioridad.
- 5.- Etapa Identidad contra Confusión de Rol.
- 6.- Etapa Intimidad contra Aislamiento.
- 7.- Etapa Generatividad contra Estancamiento.
- 8.- Etapa Integridad contra Desesperación.

Factores que contribuyen al desarrollo de la autoestima.

Según Coopersmith (1967), existen 4 factores relevantes que contribuyen al desarrollo de la autoestima.

El primero y mas importante es la cantidad de respeto, aceptación e interés que un individuo recibe de las personas que son importantes para el.

Segundo Factor.- Es la historia de triunfos y el status que se alcanza: generalmente los triunfos proporcionan un reconocimiento y son derivados del status que se tiene en la comunidad.

Tercer factor.- El individuo obtiene autoestima unidamente, en las áreas que le son personalmente significativas, las experiencias son interpretadas y modificadas de acuerdo con los valores y aspiraciones individuales.

Cuarto Factor.- Se refiere al control y defensa, que son las capacidades individuales para minimizar, distorsionar o suprimir las acciones degradantes provenientes de lo que lo rodea, así como las fallas o fracasos de sí mismo.

Una vez desarrollada la autoestima, puede variar dependiendo de la experiencia y de acuerdo a los roles pudiendo ser además alta o baja.

Algunas de las más importantes definiciones de autoestima están sustentadas por: .

Rodríguez, Pellicer y Domínguez(1979) que consideran que la autoestima surge a través del conocimiento , autoconcepto , autoevaluación, autoaceptación y autorrespeto. Ellos consideran que si una persona se conoce y está consciente de sus cambios crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y se acepta y se respeta tendrá autoestima. Por el

contrario si una persona no se conoce tiene un concepto pobre de sí mismo, no se acepta ni se respeta entonces no tendrá autoestima..

Coopersmith (1967) considera que la autoestima es la actitud favorable que el individuo tiene hacia sí mismo con conocimiento y sentimiento. Respecto a esto postula 4 tipos de variables como importantes en la determinación de la Autoestima: valores, éxitos, aspiraciones y defensas.

Schuler (1980).-Dice que la autoestima es un sentimiento de valor personal, una ennoblecedora emoción de respeto por sí mismo: una consciencia divina de dignidad personal, que es lo que los griegos llamaban reverencia del yo. Es la fe, la creencia sincera en nosotros mismos. Y esta emerge a través del autodescubrimiento, la autodiciplina, la autoaceptación y la capacidad de perdonarnos. Produce confianza en nosotros y una seguridad interior.

Lindgren (1972) Afirma que la autoestima se aprende de los otros y llega a ser una reflexión de lo que las personas piensan que uno es o vale y la interacción de dicha reflexión con la imagen que uno posee de sí mismo. O sea que el autor define la autoestima como el valor que las personas tienen de sí mismos.

Coon (1986) Dice que la autoestima es la confianza que surge cuando uno se considera así mismo como persona valiosa.

Branden (1988) considera que la autoestima es una experiencia íntima, la cual reside en el núcleo de nuestro ser. Y posee 2 componentes:

Primero.- Un sentimiento de capacidad personal.

Segundo.- Un sentimiento de valor personal.

O sea que la autoestima es la suma de la confianza y el respeto de sí mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace acerca de su habilidad para enfrentar los desafíos de su vida (comprender y superar sus problemas) y acerca de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades). FENICHEL (1966) menciona a la depresión como un peligroso descenso de la autoestima ya que esta viene a ser regulada por sentimientos externos lo que provoca que las necesidades narcisísticas no sean satisfechas y esto provoca el descenso.

3.4 LA AUTOESTIMA EN LA MUJER.

Adler (1956) asociaba la inferioridad con la feminidad y la debilidad.

Por lo tanto, la inferioridad era lo mismo que la feminidad. Se considero que tanto los hombres como las mujeres no estaban de acuerdo con las debilidades, y las mujeres debido a su debilidad inherente como lo femenino de la especie, y los hombres debido a la asociación con la feminidad, que connotaba

inferioridad (citado en Cueli y Reidl, 1974). Sin embargo, este concepto ha ido cambiando, pero aun en nuestros tiempos el papel que tiene asignado la mujer es inferior.

Reik (1966), concluye que en el concepto cultural las mujeres están físicamente en desventaja en comparación con el hombre.

Esto significa que las madres, como figuras maternas; dan la impresión a la niña de que sus genitales son inferiores a los del hombre. La prolongación inconsciente de este concepto la lleva a la convicción de su desventaja física.

Los factores de educación y crianza, cuyo comienzo varían de acuerdo a los patrones culturales y capas sociales, moldea tanto la personalidad de la mujer como la del varón, y favorece en grado mas elevado la consciencia de si misma, desarrollando mas tempranamente en las niñas el sentimiento de vergüenza.

La educación sobre este punto concierne a los órganos y funciones de la evacuación y mas tarde a las del sexo, siendo mas enérgica en la niña que en el varón.

En la temprana infancia, esta consciencia de si misma con respecto a los órganos y funciones de evacuación y el sexo, conduce a un grado mas elevado de ocultamiento y reserva en las niñas, estando menos desarrollado o ausente en el varón quien muestra una tendencia al exhibicionismo. También puede

observarse fácilmente el factor educacional en desarrollo de otra tendencia, el empeño por aparecer hermosa o atractiva que no es una exigencia en la crianza de los varones (Reik, 1966).

"En nuestra civilización los hombres temen no ser bastante hombres y las mujeres temen ser consideradas solamente mujeres".

Los psicoanalistas saben cuantas dificultades emocionales se deben a esos temores e inseguridades, neuróticas que inconscientemente dudan de su masculinidad y los sentimientos de las mujeres que no están dispuestas a aceptar su feminidad ni su rol femenino (Reik 1966).

La mujer tiene en mente llegar a ser lo que aspira, el de realizarse como persona, pero esto no podrá llevarse a cabo en el futuro, si el futuro es idéntico a su presente. La mujer no elige, se le ofrece mas bien la oportunidad de ser aquella a que aspira a cambio de una cómoda despersonalización.

No pasa desapercibido el hecho, de que pasado el tiempo, esta conciencia de la vida perdida, es decir, el fracaso de sus aspiraciones, se exprese en forma de alteración, incluso del propio psiquismo. Generalmente pasa inadvertido que determinados procesos psicológicos como la neurosis, la depresión, son mucho mas frecuentes en la mujer que en el hombre (Castilla del Pino 1982).

La mujer tiende a considerarse inadaptada sin el amor de un hombre, reprime y contiene su sexualidad o permite ser explotada sexual y personalmente. La mujer soltera o casada cree que tiene que formar parte de una pareja íntima para sentirse segura; inclusive los hijos le dan esta seguridad, pero cuando parece fracasar en sus intentos por asegurar el amor, se siente deprimida, sola, desesperada, inútil y puede llegar al suicidio (Ellis,1981).

Como consecuencia de esta represión, a la mujer se le educa dentro del narcisismo, que entraña la detención en el desarrollo de la personalidad, con frecuencia, contrasta con el alto grado de femineidad de la mujer, son su incapacidad para todo tipo de tareas distintas (Castilla del Pino 1982).

El narcisismo moviliza todos los resortes físicos y psíquicos para la gratificación constante, la personalidad narcisista se sabe insegura tan pronto deja de ser gratificada, ya que existe la posibilidad de que el objeto gratificador deje de serlo y dirija su gratificación hacia otro objeto. Como un mecanismo de feed-back, el narcisismo precisa su constante retroalimentación mediante la adopción de nuevas actitudes (Castilla del Pino 1982)

Los individuos han aprendido que el sentirse bien con ellos mismos es muy importante para su estabilidad personal. En la medida en que los individuos se acepten cada vez mas, van

siendo capaces de mantener conductas que los lleven a realizar cosas valiosas que les permitan una superación personal mas plena. Por lo tanto, la autoestima es el puente que permite una Adaptación adecuada o inadecuada del medio dependiendo si es baja o alta, esto se proyectara en todos los actos del individuo a sus semejantes.

Contra lo que podría pensarse; no siempre el tener autoestima alta permitirá mejor Adaptación y aceptación de las personas que rodean al individuo este puede caer en el error de sobrevalorarse y hacer sentir a los demás que valen menos que el, sin embargo, si se podría afirmar que una persona con autoestima alta tendrá mas posibilidades de aceptación siempre y cuando, esta se mantenga en un nivel medio.

Tanto en el hombre como en la mujer acontecen procesos de enajenación, pero en la mujer pesa además el pertenecer al "segundo sexo" como lo expresara Beauvoir(1957). Esta posición le ha sido dada a la mujer manteniéndola por mucho tiempo en desventaja y en posición de inferioridad y baja estima respecto al varón (Citado por Castilla del Pino, 1982)

Arellano Zavala (1989) Señala que para una comprensión de la condición y autoestima de la mujer mexicana deben analizarse por lo menos tres aspectos principales a saber:

Su participación laboral, su nivel educacional y su condición psicosexual.

La mujer en México a nivel laboral se encuentra en situación devaluada, ya que esta en comparación con el hombre y por lo cual siempre ocupa un puesto de menor categoría, tanto en el desempeño de funciones y autoridad, como en el nivel de reconocimiento económico.

Ademas también se requiere de la aportación de la mujer en el plano de producción y apoyo familiar, no por ello se valora justamente su participación, innumerables mujeres después de laborar una jornada de hasta 8 horas en ámbitos diversos (fabricas, oficinas, servicios, empresas) han de continuar con las labores domesticas, bajo una tradición perturbada en nuestra cultura, que las coloca y mantiene en el supuesto de que han de tener como aspiración máxima el cuidado del cónyuge, los hijos y la casa es decir; al matrimonio.

También se puede observar que gran cantidad de mujeres en la actualidad tiene su formación académica sea esta del nivel que sea como un mero paréntesis en su consecución hacia la vida matrimonial.

Bajo esta optima señala Arellano Zavala (1989) se encuentran latentes una serie de aspiraciones frustradas en toda mujer, por lo mismo no es de extrañarse un profundo deterioro en su autoestima. Finalmente, cabe mencionar que desde la infancia la mujer mexicana se desenvuelve en un ámbito donde la sexua-

lidad presenta un carácter predominantemente informal, el aprendizaje sexual ocurre siempre al margen de la familia y hasta hace poco del ámbito escolar si bien podemos llamar información sexual a tal instrucción y no educación sexual.

En nuestra cultura el papel de la mujer es considerado de menor valía que el del varón, desde el nacimiento se le asignan sellos de frustración a sus roles y funciones. En los ámbitos de la sexualidad y educación familiar se le marcan pautas para el despliegue de comportamientos tales como la docilidad, la sumisión, el autosacrificio, la reducción, la negación elementos que mas tarde habrán de simbolizar su fragilidad y aprehensión.

Podemos señalar que el comportamiento sexual de la mujer en México se encuentra matizado por una ideología sexista, donde se enfatiza una mayor exclusividad para el varón en materia de sexo y una mayor retractividad para la mujer.

Así vemos que la autoestima que se tenga y la que le da el medio ambiente a la mujer es determinante como parte importante a actitudes o conductas que adopta dentro de este, para modificar o no ese valor que se le ha asignado como parte de un cambio social que le permitirá un mejor desenvolvimiento.

La mujer aspira a realizarse como persona lo que podrá lograr elevando el concepto que tiene de si misma. Mediante los

procesos de sensibilización, la sociedad ha venido apoyando a la mujer para que alcance el nivel igualitario que le corresponde lo que le facilitara el camino para estar mas integrada a la sociedad y sentirse mas satisfecha.

Se concluye que la autoestima es un proceso psicológico, su contenido esta socialmente determinado y esto es lo que va a dar al individuo el valor que cada uno tiene de si mismo.

El que los individuos adquieren su propia estima, es todo un proceso del psiquismo humano en el que influyen diversos factores como son el medio familiar y cultural, la clase social y la raza a la que pertenece entre otros.

CAPITULO II

METODOLOGIA

METODOLOGIA

2.1 PROBLEMA:

¿Cuál es la diferencia en la autoestima de mujeres minusválidas dependiendo de su ocupación (trabajo), edad, estado civil y tipo de padecimiento (adquirido o congénito)?.

2.2 OBJETIVO GENERAL:

Determinar si existen diferencias en la autoestima de mujeres minusválidas, dependiendo de su ocupación, edad, estado civil y tipo de padecimiento (adquirido o congénito).

Con la finalidad de detectar alteraciones importantes en contra (autoestima baja) y posteriormente diseñar un programa motivacional.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * Describir las diferencias en la autoestima de mujeres minusválidas dependiendo de su ocupación (trabajo).
- * Describir las diferencias en la autoestima de mujeres minusválidas dependiendo si tienen pareja o no.
- * Describir las diferencias en la autoestima de mujeres minusválidas dependiendo de su edad (adolescentes, adultas, ancianas).

- * Describir las diferencias en la autoestima de mujeres minusválidas dependiendo de un padecimiento adquirido.
- * Describir las diferencias en la autoestima de mujeres minusválidas dependiendo de un padecimiento congénito.

2.4 HIPOTESIS DE TRABAJO.

Existe diferencia en la autoestima de mujeres minusválidas de su ocupación, edad, estado civil y tipo de padecimiento.

No existe diferencia en la autoestima de mujeres minusválidas dependiendo de su ocupación, edad, estado civil, y tipo de padecimiento.

HIPOTESIS ALTERNAS.

H A1: Si las mujeres minusválidas trabajan entonces presentarán mayor autoestima.

H A0: Si las mujeres minusválidas trabajan entonces presentarán menor autoestima.

H A2: A mayor edad de la mujer minusválida entonces presentará mayor autoestima.

H A0: A mayor edad de la mujer minusválida entonces presentará menor autoestima.

H A3: Si la mujer minusválida tiene pareja entonces presentará mayor autoestima.

H A0: Si la mujer minusválida tiene pareja entonces presentará menor autoestima.

HA 4: Si el padecimiento de la mujer minusválida es adquirido entonces presentará mayor autoestima.

HA 0: Si el padecimiento de la mujer minusválida es adquirido entonces presentará menor autoestima.

HA 5: Si el padecimiento de la mujer minusválida es congénito entonces presentará mayor autoestima.

HA 0: Si el padecimiento de la mujer minusválida es congénito entonces presentará menor autoestima.

2.5 VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES.

1.- VARIABLE DEPENDIENTE: AUTOESTIMA.

2.- VARIABLES INDEPENDIENTES

- a).- edad
- b).-estado civil.
- c).- ocupación.
- d).- tipo de padecimiento.

2.6 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

DEFINICION CONCEPTUAL.

AUTOESTIMA.- Es el resultado de los siguientes procesos:

autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación y autorespeto. Ya que si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y si se acepta y se respeta tendrá autoestima.

Por el contrario si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de si mismo, no se acepta ni se respeta entonces no tendrá autoestima (Rodríguez, Pellicer, y Domínguez 1988).

Edad: Del latín aetas tiempo transcurrido desde el nacimiento, una duración de vida.

Estado Civil: Define la situación de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles; soltero, casado, viudo, eclesiástico (Diccionario Larousse).

Ocupación: Acción y efecto de ocupar trabajo, empleo, del latín occupare, tomar posesión de una cosa, ocupar un punto estratégico, llenar un espacio o lugar.

Padecimiento Adquirido: Este se presenta por dos causas;

- por enfermedad
- por accidente.

Por enfermedad: Parálisis facial, defectos posturales

- descenso de arcos plantares.
- escapulas aladas.
- genu valgo y varo.
- hallux valgus.
- pie cavo, plano y valgo
- rotación tibial.
- tibias varas.

Por accidente:

- fracturas.
- secuelas de fracturas.
- secuelas de traumatismos.

2.7 POBLACION.

Se consideraron 100 mujeres minusválidas que acudían a un Centro de Rehabilitación.

2.8 MUESTRA.

Mujeres con problemas invalidantes especialmente deficiencias musculoesqueléticas.

2.9 TIPO DE MUESTREO.

ALEATORIO SIMPLE.-Extrae una parte (muestra) de una población o universo de manera que todas las muestras posibles tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas.

MUESTREO POR CUOTA.- Constituye un método de muestreo estratificado en el cual la selección dentro de los estratos no es al azar, sino accidental.

Padecimiento Congénito: Hereditario, de nacimiento por enfermedad congénita.

2.10 TIPO DE INVESTIGACION:

DESCRIPTIVO: Se usa cuando se quiere conocer algunos aspectos relativos a una población, su principal

objetivo consiste en extrapolar los resultados obtenidos y hacer generalizaciones acerca de la población con base en el estudio de la muestra. Además contamos con el hecho de que la muestra viene siendo representativa de dicha población.

DE CAMPO: Se realiza en el medio natural que rodea al individuo y las respuestas se pueden generalizar a la población (Susan Pick, 1979).

TRANSVERSAL: Se realiza en un momento determinado pero nos interesa el fenómeno en el presente. (Susan Pick.1979)

2.11 DISEÑO.

DE UNA SOLA MUESTRA.-Como su nombre lo indica estamos trabajando con una sola muestra extraída de la población determinada. El objetivo principal de este diseño consiste en extrapolar los resultados obtenidos y hacer generalizaciones acerca de la población.

En este tipo de diseño nos interesa aceptar la hipótesis nula, es decir, determinar que no existen diferencias entre la muestra y la población, y así conocer la población con base en el estudio de la muestra. (Susan Pick, 1979).

EX POST FACTO.- Es una búsqueda sistemática empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las

variables independientes porque ya acontecieron las manifestaciones por ser intrínsecamente no manipulables; se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes (Kerlinger, 1975).

CAPITULO III

RESULTADOS

RESULTADOS

Para la elaboración del análisis estadístico de este estudio se utilizó el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Nie, Hull, Jenkins, 1985).

A través de este paquete se aplicaron diferentes programas.

El reporte de los resultados se presentara en dos partes, la primera de ellas sera de tipo descriptivo y la segunda de tipo inferencial.

I Estudio Descriptivo

El primer análisis fue de tipo descriptivo a través de un Análisis de Frecuencias, este análisis se aplico con el objetivo de conocer cual fue la distribución de las variables independientes.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que el mayor porcentaje de las mujeres minusválidas, esta contemplado a la edad de 52 años, lo cual equivale al 8.1% total de la muestra.

El rango obtenido fue de 15 a 79 años de edad con una media de 43.2 años y una desviación estándar de 15.1 (Ver tabla 1).

TABLA 1 (Edad de la muestra)		
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15	1	1.0
17	1	1.0
19	1	1.0
20	2	2.0
21	2	2.0
22	1	1.0
23	1	1.0
24	3	3.0
25	1	1.0
26	4	4.0
27	3	3.0
28	2	2.0
30	4	4.0
31	3	3.0
32	2	2.0
33	3	3.0
34	3	3.0
35	2	2.0
36	1	1.0
38	1	1.0
41	2	2.0
42	4	4.0
43	1	1.0
44	1	1.0
45	5	5.1
47	1	1.0
48	1	1.0
50	6	6.1
51	2	2.0
52	8	8.1
53	1	1.0
54	2	2.0
55	2	2.0
56	2	2.0
57	2	2.0
58	3	3.0
59	1	1.0
60	1	1.0
61	1	1.0
63	1	1.0
64	2	2.0
65	1	1.0
66	1	1.0
67	1	1.0
69	2	2.0
70	1	1.0
71	2	2.0
79	1	1.0
TOTAL	99	100.0

MEDIA = 43.25
 MODA = 52.00
 DESVIACION ESTANDAR = 15.98

Con respecto a si estas mujeres tienen pareja o no; se encontró que:

50.5% si tiene pareja y

49.5% no la tiene (Ver tabla 2)

TABLA 2 (Estado Civil)		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con pareja	50	50.5
Sin pareja	49	49.5
TOTAL	99	100.0

MODA = 2.000

De acuerdo con los resultados obtenidos se observó que la mayoría, mas de la mitad de la mujeres minusválidas no tienen hijos (Ver tabla 3)

TABLA 3 (Maternidad)		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con hijos	39	39.4
Sin hijos	60	60.6
TOTAL	99	100.0

MODA = 5.000

Por los valores obtenidos se infiere que el 57.6% de las mujeres minusválidas si trabajan y un 42.4 no lo hace (Ver tabla 4).

TABLA 4 (Ocupación)		
FRECUENCIA PORCENTAJE		
Si trabaja	57	57.6
No trabaja	42	42.4
TOTAL	99	100.0

MODA = 6.000

En los siguientes resultados se observa que el mayor número de mujeres minusválidas se debe a padecimientos por accidente, seguido de los padecimientos adquiridos por enfermedad, y por último los padecimientos congénitos (Ver tabla 5).

TABLA 5 (Tipo de Padecimiento)		
FRECUENCIA PORCENTAJE		
Padecimiento por enfermedad	26	26.3
Padecimiento por accidente	67	67.7
Padecimiento Congénito	6	6.1
TOTAL	99	100.0

MODA = 9.000

II ANALISIS INFERENCIAL

A) CORRELACION DE PEARSON

Esta correlación de Pearson sirvió para hacer una relación

entre la autoestima tanto negativa como positiva y la edad de las mujeres. Este tipo de análisis se aplica para conocer la fuerza de la relación, la dirección. y la significancia de la relación. Se aplico debido a que se contaba con variables de tipo intervalar

Con respecto a la autoestima negativa se encontró una correlación significativa con la autoestima positiva, ya que a mayor autoestima positiva menor autoestima negativa. En la misma autoestima negativa se observa que no hay relación con respecto a la edad que presentan la mujeres minusválidas.

Finalmente con la autoestima positiva se encontró que si hay una relación significativa con respecto a la edad, ya que encontramos que las mujeres de mayor edad presenta una autoestima positiva mas alta (Ver tabla 6).

TABLA 6. Análisis de correlación entre autoestima			
Correlación	AUTOESTN	AUTOESTP. AUTOESTN	1.000
AUTOESTP	.3615**		
EDAD	-.0841	.3101**	

B) ANALISIS DE VARIANZA

Se aplicó el análisis de varianza con el objetivo de encontrar diferencias significativas tanto en la autoestima negativa como en la autoestima positiva por si tenían pareja o no, por

si tenían hijos o no, por si trabajaban o no y por el tipo de padecimiento que presentan las mujeres minusválidas, este análisis permitió ver las diferencias entre medias en cada uno de estos grupos tanto por efectos principales como si estos hubieran interactuado.

De acuerdo a este análisis se encontró lo siguiente:

Con respecto a autoestima negativa no hay diferencia en mujeres minusválidas que tienen o no pareja.

En cuanto a si tienen hijos o no, si hubo diferencia significativas, por lo que se infiere que el hecho de que las mujeres minusválidas tengan hijos les ayuda a tener mas autoestima positiva ($F=3.83; P=.05$).

Con respecto a las que trabajan o no, se encontró que: No existen diferencias significativas.

Y con respecto al tipo de padecimiento tampoco se encontraron diferencias.

Para la AUTOESTIMA POSITIVA se encontró que:

en las mujeres minusválidas no hay diferencias entre las que tienen pareja o no.

Sin embargo si existen diferencias entre las que tienen hijos y las que no o sea que tienen una autoestima positiva aque-

llas mujeres minusválidas que tienen hijos comparadas con aquellas que no los tienen. ($F=12.7; P=.001$).

Y en cuanto al trabajo y el tipo de padecimiento tampoco se encontraron diferencias significativas (Ver tabla 7).

TABLA 7 ANALISIS DE VARIANZA PARA LA ESCALA DE AUTOESTIMA				
FACTOR	VARIABLE INDEPENDIENTE	F	P	
AUTOESTIMA NEGATIVA	PAREJA	1.65	.20	
	HIJOS	3.83	.05*	
	OCUPACION	.05	.81	
	TIPO DE PADECIMIENTO	1.63	.20	
AUTOESTIMA POSITIVA	PAREJA	.94	.33	
	HIJOS	12.76	.001**	
	OCUPACION	1.59	.20	
	TIPO DE PADECIMIENTO	.21	.80	

* $P = .05$

** $P < .001$

CAPITULO IV

DISCUSION Y CONCLUSIONES

DISCUSION

Es frecuente que la mujer minusválida esté lejos del estereotipo de salud y belleza aceptados socialmente, lo que debilita su autoestima, propicia su aislamiento social y repercute en la búsqueda de pareja. Todo depende de sí la mujer minusválida lo está, además de físicamente, psicológicamente. Todo el problema radica en la cantidad de seguridad, confianza y estima que se tenga en sí, independientemente de su limitación física, ya que al no tener cubiertas sus necesidades primarias y secundarias, sus deficiencias se van desarrollando hasta influir de manera determinante en su rehabilitación y calidad de vida.

Debido a la falta de seguridad que provoca una limitación física, las actitudes propias de femeneidad se ven afectadas, ya que se crean sentimientos autodevaluadores que debilitan su interacción con la gente. Lo anterior le ocasiona su necesidad de aislamiento y esto a su vez origina la dificultad de formar pareja.

La autoestima refleja el juicio implícito que cada uno hace acerca de su habilidad para enfrentar los desafíos de su vida (comprender y superar sus problemas acerca de su derecho a ser feliz y respetar y defender sus intereses y necesidades).

O sea que la autoestima es igual a la forma en que cada quien asume su minusvalía, sea ésta física, orgánica o funcional. Por esto, no es posible medir en términos de severidad cual minusvalía es más grave.

Mientras no se sepa interpretar la problemática de manera individual, hacer los cambios pertinentes para adaptarse a la situación, superar los obstáculos para lograr la independencia y rebasar los desafíos que implica sobrellevar una limitación física, la mujer minusválida no podrá lograr una rehabilitación integral. Por ejemplo, la mujer minusválida necesita emplear el doble de tiempo en la realización de sus tareas.

Autoestima es una reflexión de lo que las personas piensan que uno es o vale y la interacción de dicha reflexión con la imagen que uno posee de sí mismo.

Es una actitud con respecto a la valía como ser humano, de acuerdo a su historia personal y a su desenvolvimiento dentro de los diferentes ámbitos que conforman su vida.

Sí la mujer minusválida sabe que por el hecho de ser mujer ya obtiene inherentemente un valor, debe utilizarlo como retroalimentación para aumentar su nivel de autoestima.

El narcisismo moviliza todos los resortes físicos y psíquicos

para la gratificación constante, la personalidad narcisista se sabe insegura tan pronto deja de ser gratificada, ya que existe la posibilidad de que el objeto gratificador deje de serlo y dirija su gratificación a otro objeto. Cuando esto ocurre, la autoestima sufre un considerable descenso debido al hecho de sostener un nivel de gratificación constante.

CONCLUSIONES

Con el desarrollo del presente trabajo se llegaron a las siguientes conclusiones:

- * Uno de los objetivos fundamentales que tiene el psicólogo de nuestro tiempo, es descubrir distintas formas de interacciones, de tal manera que faciliten la expresión creativa de la libertad y la espontaneidad de los seres humanos, logrando que conserven su autoestima y así contribuir a que mantengan y consideren la de los demás.

- * Un importante reto del psicólogo en el ámbito de la psicología clínica, especialmente en el campo de rehabilitación psicológica de minusválidos es la de proporcionar orientación para la reincorporación del minusválido a los diferentes aspectos de la vida tratando a su vez de reestablecer su equilibrio emocional y restaurando y reafirmando su autoestima.

- * A través de la autoestima se puede lograr que el minusválido desarrolle su creatividad y trate de reincorporarse socialmente y considere especialmente su valía como ser humano y logre beneficios para sí mismo y los demás.

- * De acuerdo a los resultados se puede identificar el hecho de que no es relevante que la mujer minusválida tenga pareja o no, para sobrellevar su problemática, reconociendo además que este hecho la lleva a desarrollar un doble esfuerzo.

- * Las mujeres de mayor edad poseen una autoestima positiva y esto es debido a que su problemática ha sido incorporada y superada en la mayoría de los casos. En cambio, en adolescentes, el autoestima es negativo ya que su perspectiva de vida es muy pobre.

- * La influencia de hijos en mujeres minusválidas ejerce un impacto positivo fundamental en su autoestima.

- * Como conclusión final, mencionaré que la autoestima de la mujer minusválida depende de la forma en que acepte y adopte su limitación, y solo apoyándose en sus valores intrínsecos logrará su reincorporación a la sociedad y la restauración de su equilibrio emocional.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Arellano Zavala E 1989 Entorno social que dificulta la elaboración de duelo ante el aborto. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM México
- Benefiel, L. y D. Head. 1984 Discrimination and disabled women. Journal of Humanistic Education and Development, 23(2), 60-68.
- Bishop, L. S. 1982. Interpretación de las teorías de la personalidad. Ed. Trillas, México.
- Bowley, A. H. y Gardner, L. 1984. El niño minusválido: guía educativa y psicológica para el minusválido orgánico. Trad. Carlos García Caldera. Ed. CECSA, México.
- Branden, N. 1988. Como mejorar su autoestima. 2a Ed. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Castilla Del Pino, C. 1922. Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación. Ed. Península. Barcelona.
- Cofer, C. N. y Appley, M. H. 1971 Psicología de la motivación. Ed. Trillas, México.
- Coopersmith, S. 1976. The antecedents of self-esteem. Ed. W. H. Freeman and Company, San Francisco.

Cuely, J. y Reidl, L. 1972. Teorías de la personalidad. Ed. Trillas, México.

Chapman M., A. P. 1992. Self esteem, aspiration and expectations of adolescents with physical disability. Developmental Medicine and Child Neurology 34:97:102.

Deutsch M., Kraus R. 1974. Teorías en psicología social. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Floyd, L. R. y Zimbardo, P. G. 1971. Psicología y vida. Ed. Trillas, México.

Geldar, F. A. 1978. Fundamentos de Psicología. Ed. Trillas, México.

Goldstein, K. 1939. The organism. Am. Bk. Co.

González Mas. 1976. Tratado de rehabilitación médica. Ed. Científico Medica, México.

IMSS. 1989. Información estadística de la Jefatura de atención primaria de la salud. Departamento de Estadística de Salud y Análisis de la Información, IMSS, México.

Kerlinger, T. N. 1975. Investigación del comportamiento. Ed. Interamericana, México.

Kinnet, W. B. Coyle C. P. 1992. Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. Anch. Phys. Med. Rehabil. 73(9):863-869.

Kolb. 1976. Psiquiatría clínica moderna. Quinta Ed. Prensa Medica Mexicana, México.

Lara Barrón, M. E. 1991. Diseño de un programa de autoestima para el manejo adecuado de las interacciones personales. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Lesh, K. y Marshall, C. 1984. Rehabilitation: focus on disabled women as a special population. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 15(1), 18-21.

Lindgren H. C. 1977. Introducción a la psicología social. Ed. Trillas, México.

Martínez Torres, M. I. 1987. El rol sexual y la autoestima en las mujeres. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Maslow, A. H. 1968. El hombre autorrealizado. Ed. Kairós, México.

Maslow, A. H. 1982. La amplitud potencial de la naturaleza humana. Ed. Trillas, México.

- Meiners H., R. 1984. Secuela e invalidez. s.e. México.
- Pick, S. y López, A. L. 1979. Como investigar en ciencias sociales. Ed. Trillas, México.
- Price. 1981. Conducta anormal. Ed. Interamericana, México.
- Rodríguez Estrada, M.; Pellicer De Flores, G.; Domínguez Eyssautier. 1988. Autoestima: clave del éxito personal. Ed. Manual Moderno, México.
- Reidl De Aguilar, L. 1981. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología, 1(2), 273-278.
- Salazar, J. M.; Montero, M.; Muñoz, C.; Sánchez, E.; Santoro, E. y Villejas, J. F. 1979. Psicología social. Ed. Trillas, México.
- SSA. 1991. La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud. SSA. México.
- SSA. 1990. La salud de la mujer en México. Cifras Comentadas. SSA, México.
- Whittaker, J. O. 1971. Psicología. Ed. Interamericana, México.
- Wolman, B. B. 1960. Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. Ed. Ediciones Martínez Roca, Buenos Aires.

APENDICE

3.5 ESCALA DE AUTOESTIMA DE LUCY REIDL (COMO INSTRUMENTO).

El instrumento consta de 20 afirmaciones formuladas hacia si mismo que se refieren a cualidades y defectos personales seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas acerca del sujeto de dependencia-independencia, y sentimientos generales hacia si mismo. La escala es de tipo Likert, de tres opciones de respuesta, dando un peso de tres a la opción que manifiesta una autoestima alta, y el de uno a la opción que manifiesta una autoestima mas baja (ver apéndice 1). El sistema de pesaje de las opciones fue arbitrario, ya que se ha encontrado una correlación de 0.99 entre el sistema mas sencillo, arbitrario, y el sistema de pesaje normalizado (Likert, 1932).

Se procedió a calcular su consistencia interna con el Alpha de Cronbach, con una muestra de $N=138$ de los 418 casos, y se obtuvo un $\alpha=0.79$ que con $gl=118$ es significativa mas allá de $p=0.0$

ESCALA DE AUTOESTIMA.

Instrucciones.- Le voy a leer una serie de afirmaciones; quiero que escuche atentamente y me diga si esta usted de acuerdo, en desacuerdo, o le es indiferente cada una de las siguientes afirmaciones.

1.- Soy una persona con muchas cualidades.

A N D
3 2 1

2.- Por lo general si tengo algo que decir lo digo.

A N D
3 2 1

3.- Con frecuencia me avergüenzo de mi misma.

A N D
1 2 3

4.- Casi siempre me siento segura de lo que pienso.

D N A
1 2 3

5.- En realidad no me gusto a mi misma.

A N D
1 2 3

6.- Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho.

D N A
1 2 3

7.- Creo que la gente tiene buena opinión de mi.

A N D
3 2 1

8.- Soy bastante feliz.

A N D
3 2 1

9. - Me siento orgullosa de lo que hago.

A N D
3 2 1

10.- Poca gente me hace caso.

A N D
1 2 3

11.- Hay muchas cosas de mí que cambiaría, si pudiera.

D N A
3 2 1

12.-Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente.

A N D
1 2 3

13.- Casi nunca estoy triste.

D N A
1 2 3

14.- Es muy difícil ser uno mismo.

A N D
1 2 3

15.- Es fácil que yo le caiga bien a la gente.

D N A
1 2 3

16.- A veces desearía ser mas joven.

A N D
1 2 3

17.- Po lo general, la gente me hace caso cuando la aconsejo.

D N A
1 2 3

18.- Siempre tiene que haber alguien que me diga que hacer

A N D
1 2 3