

Universidad Estatal a Distancia
Vicerrectoría Académica
Sistema de Estudio de Postgrado
Maestría en Psicopedagogía



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AJUSTE PSICOLOGICO A LA
DISCAPACIDAD EN MADRES DE NIÑOS (AS) CON
DISCAPACIDAD MULTIPLE

Proyecto de investigación para optar por el grado de Maestría en
psicopedagogía

Elaborado por:

Clarissa González Esquivel

Tutoras:

Dra. Zayra Méndez B.

Máster Karina Picado V.

V Promoción, 2004

“La discapacidad, cualquiera ésta fuere, sensorial, intelectual o motriz, no afecta al sujeto en su totalidad, lo que “marca” es en verdad la mirada de “los otros”, que lo encuadran en la categoría de lo diferente no permitiendo el surgimiento o la continuidad de un SER con mayúsculas.”

Marta Schorn.

DEDICATORIAS

A Dios,
gracias infinitas por
haberme guiado en el camino.

A mis padres,
Ejemplo inapreciable de esfuerzo y perseverancia,
mis primeros maestros, que a través del tiempo
me han enseñado todo un sendero de sabiduría.

Especialmente a mi madre,
cuyo apoyo, orientación y estímulo incondicional,
me dieron la fortaleza para llegar al final del camino.

A Sergio,
fuente infinita de amor, ternura y comprensión,
por su constante apoyo y motivación.

A mis hermanos,
mis mejores amigos, con los que siempre comparto
mis preocupaciones y alegrías.

AGRADECIMIENTOS

Deseo manifestar mi más sincero agradecimiento a las siguientes personas, por su valiosa colaboración en este proyecto de investigación.

A las profesoras de investigación, Dra. Zayra Méndez B. Y Máster Karina Picado V., por su orientación certera y por brindarme sus valiosos conocimientos; así como compartir mis preocupaciones y alegrías durante todo el proceso.

Al lector, Máster Ronald Soto Calderón, por la orientación brindada y sus observaciones precisas durante el periodo de investigación.

A la directora, Lic. Antonia Rojas Astorga y a las docentes del departamento de Discapacidad Múltiple del Centro de Enseñanza Especial de Heredia, por la colaboración brindada.

A las madres de los niños (as) con discapacidad múltiple, cuya cooperación fue indispensable para la realización de este estudio.

A todas aquellas personas que de una u otra manera me brindaron su apoyo y estímulo hasta obtener el producto final que aquí se presenta.

¡A todos muchas gracias!

ÍNDICE

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA	8
1.ANTECEDENTES	8
1.1JUSTIFICACIÓN	14
1.2 PROBLEMA:	17
1.3 OBJETIVO GENERAL:	18
1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	18
1.5 DELIMITACIÓN:	19
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES TEÓRICOS Y PRÁCTICOS	20
1. DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	20
1.1 Conceptos	20
1.2 Definición de Discapacidad Múltiple y características de la población con dicha condición.	26
1.3 Reseña histórica de los servicios educativos brindados a individuos con discapacidad múltiple.	27
2. ACEPTACIÓN DE HIJOS(AS) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE POR SUS PADRES. DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	30
2.1 Mitos sociales sobre la discapacidad	30
2.2 Los padres frente al reto de la discapacidad	32
2.3 Parámetros del ajuste psicológico a la discapacidad	33
2.3.1 Frustración	33
2.3.2 Los valores	38
2.3.3 Enfrentamiento objetivo de la discapacidad	43
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	48
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
1.1 Paradigma: Positivista	48

1.2 Enfoque: Cuantitativo	49
1.3 Metodología: Descriptiva	50
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	52
2.1 Descripción de la muestra	53
3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE CONCEPTOS	55
4. INSTRUMENTOS	56
4.1 Descripción del instrumento	59
4.1.1 Primera parte: Instrucciones para responder la escala	59
4.1.2 Segunda parte: Determinación o medición de los subconstructos	60
5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	61
6. ALCANCES	62
7. LIMITACIONES	63
8. CRONOGRAMA DE TRABAJO	64
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	67
1. ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS SOBRE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	67
1.1 Sexo de los encuestados (as)	67
1.2 Estado civil de las encuestadas	68
1.3 Edad de las madres	69
1.4 Edad del hijo (a) con Discapacidad Múltiple	70
1.5 Edad del hijo (a) con Discapacidad Múltiple cuando la madre se enteró de la discapacidad	71
1.6 Número de hijos de madres encuestadas	72
1.7 Lugar que ocupa el hijo (a) con Discapacidad Múltiple en la familia.	73
1.8 Número de madres encuestadas que trabaja fuera del hogar	74

1.9 Escolaridad de las madres encuestadas	75
1.10 Religión que profesan las madres	77
1.11 Discapacidades que presenta el hijo (a)	78
1.12 Momento en que se produjo la Discapacidad	79
2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DE LA “ESCALA DE AJUSTE PARA PADRES DE NIÑOS (AS) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE”.	81
2.1 Fase I: análisis de cada uno de los subtotales para determinar cual es el de mayor influencia.	85
2.1.1 Escala Parcial Manejo de la Frustración	85
2.1.2 Escala Parcial Profundización de Valores	86
2.1.3 Escala Parcial Enfrentamiento Objetivo de la Discapacidad	87
2.2 Fase II: análisis de los resultados totales de la aplicación de la escala.	89
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
1. CONCLUSIONES	91
2. RECOMENDACIONES	95
2.1 Al Ministerio de Educación Pública (Asesoría de Discapacidad Múltiple)	95
2.2 A la Caja Costarricense de Seguro Social	96
2.3 A la Universidad de Costa Rica	96
2.4 Al Centro de Enseñanza Especial de Heredia	97
CAPÍTULO VI: LIMITACIONES	98
CAPITULO VII: DISCUSIÓN FINAL	100
CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	104
1. BIBLIOGRAFÍA	104
2. ANEXOS	107
Anexo #1: Escala de Ajuste para padres de niños con discapacidad múltiple	107

Anexo #2: Sujeto N° 1	118
Anexo #3: Sujeto N° 2	119
Anexo #4: Sujeto N° 3	120
Anexo #5: Sujeto N° 4	121
Anexo #6: Sujeto N° 5	122
Anexo #7: Sujeto N° 6	123
Anexo #8: Sujeto N° 7	124
Anexo #9: Sujeto N° 8	125
Anexo #10: Sujeto N° 9	126
Anexo #11: Sujeto N° 10	127
Anexo #12: Sujeto N° 11	128
Anexo #13: Sujeto N° 12	129
Anexo #14: Sujeto N° 12	130
Anexo #15: Sujeto N° 14	131
Anexo #16: Sujeto N° 15	132
Anexo #17: Sujeto N° 16	133
Anexo #18: Sujeto N° 17	134
Anexo #19: Sujeto N° 18	135
Anexo #20: Sujeto N° 19	136
Anexo #21: Sujeto N° 20	137
Anexo #22: Sujeto N° 21	138
Anexo #23: Sujeto N° 22	139
Anexo #24: Sujeto N° 23	140
Anexo #25: Sujeto N° 24	141
Anexo #26: Sujeto N° 25	142

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1: ESTADO CIVIL DE MADRES ENCUESTADAS _____	68
CUADRO N° 2: EDAD DE MADRES ENCUESTADAS _____	69
CUADRO N° 3: EDAD DEL HIJO (A) CON LA DISCAPACIDAD MÚLTIPLE ATENDIDO POR EL MEP EN EL AÑO 2004 _____	70
CUADRO N° 4: EDAD DEL HIJO (A) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE CUANDO LA MADRE SE ENTERÓ DE LA DISCAPACIDAD _____	72
CUADRO N° 5: NÚMERO DE HIJOS (AS) DE MADRES ENCUESTADAS _____	73
CUADRO N° 6: LUGAR QUE OCUPA EL HIJO (A) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE EN LA FAMILIA _____	74
CUADRO N° 7: NÚMERO DE MADRES ENCUESTADAS QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR ___	75
CUADRO N° 8: ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ENCUESTADAS _____	76
CUADRO N° 9: RELIGIÓN QUE PROFESAN LAS MADRES _____	77
CUADRO N° 10: DISCAPACIDADES QUE PRESENTA EL HIJO (A) _____	78
CUADRO N° 11: MOMENTO EN QUE SE PRODUJO LA DISCAPACIDAD _____	80
CUADRO N° 12: ESCALA PARCIAL MANEJO DE FRUSTRACIÓN _____	85
CUADRO N° 13: ESCALA PARCIAL PROFUNDIZACIÓN DE VALORES _____	86
CUADRO N° 14: ESCALA PARCIAL ENFRENTAMIENTO OBJETIVOS DE LA DISCAPACIDAD_	88
CUADRO N° 15: ESCALA DE AJUSTE PARA MADRES DE NIÑOS (AS) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE _____	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: ESTADO CIVIL DE MADRES ENCUESTADAS _____	69
GRÁFICO N° 2: EDAD DE MADRES ENCUESTADAS _____	70
GRÁFICO N° 3: EDAD DE HIJO (A) CON DISCAPACIDAD ATENDIDO POR EL MEP EN EL 2004	71
GRÁFICO N° 4: EDAD DEL HIJO (A) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE CUANDO LA MADRE SE ENTERÓ DE LA DISCAPACIDAD _____	72
GRÁFICO N° 5: NÚMERO DE HIJOS (AS) DE MADRES ENCUESTADAS _____	73
GRÁFICO N° 6: LUGAR QUE OCUPA EL HIJO (A) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE EN LA FAMILIA _____	74
GRÁFICO N° 7: NÚMERO DE MADRES ENCUESTADAS QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR__	75
GRÁFICO N° 8: ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ENCUESTADAS _____	76
GRÁFICO N° 9: RELIGIÓN QUE PROFESAN LAS MADRES _____	78
GRÁFICO N° 10: DISCAPACIDADES QUE PRESENTA EL HIJO (A) _____	79
GRÁFICO N° 11: MOMENTO EN QUE SE PRODUJO LA DISCAPACIDAD _____	80
GRÁFICO N° 12: ESCALA PARCIAL MANEJO DE LA FRUSTRACIÓN _____	86
GRÁFICO N° 13: ESCALA PARCIAL DE PROFUNDIZACIÓN DE VALORES _____	87
GRÁFICO N° 14: ESCALA PARCIAL ENFRENTAMIENTO OBJETIVO DE LA DISCAPACIDAD ____	88
GRÁFICO N° 15: ESCALA DE AJUSTES PARA PADRES DE NIÑOS (AS) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE _____	90

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA

A manera de introducción y con el objetivo de orientar y delimitar el tema de investigación, en el presente capítulo se tratarán los siguientes aspectos:

1. Antecedentes.
 - 1.1 Justificación.
 - 1.2 Problema.
 - 1.3 Objetivo general.
 - 1.4 Objetivos específicos.
 - 1.5 Delimitación

1.ANTECEDENTES

Es un hecho que en muchos momentos de la historia, las personas con discapacidad han sido tratadas de forma diferente por la sociedad, de acuerdo al papel y sitio que ésta les ha asignado. Han sido objeto de rechazo y muerte por considerárseles expresión del mal, rechazo que con el tiempo cambió por sobreprotección, convirtiéndolos en objetos de caridad; más tarde, en objetos de asistencia, para luego transformarse en objetos de estudio psicomédico-pedagógico, al ser considerados como sujeto problema.

Finalizando el siglo XX surge un nuevo paradigma, en el que se enfatiza a la persona con discapacidad por su condición de “persona”, siendo el rasgo primordial de esta concepción la capacidad participativa y contributiva de la persona.

No obstante, el avance significativo en cuanto a la concepción de la discapacidad, y a que, en muchos países, incluyendo el nuestro, se ha legislado para hacer valer sus derechos, en igualdad de condiciones que el resto de las personas de la sociedad, la realidad es que, las personas con necesidades educativas especiales encuentran gran cantidad de barreras, psicológicas,

actitudinales, sociales, arquitectónicas, etc; que obstaculizan sus esfuerzos por llevar vidas plenas y productivas.

La igualdad de derechos y la igualdad de oportunidades como valores de nuestra convivencia social, no siempre se consiguen, por la simple razón de que toda la estructura y la organización social gira en función de las personas sin discapacidad.

En Costa Rica, durante la legislatura del Ing. José María Figueres Olsen se promulgó la Ley 7600, “ Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad ” con el objetivo de hacer valer los derechos y obligaciones de este sector tan importante de la sociedad, así como de satisfacer sus necesidades y aspiraciones.

Esta Ley, presentada por la Asesoría Presidencial para los Asuntos de la Población con Discapacidad el 2 de mayo de 1996, y publicada en el Diario Oficial la Gaceta el 29 de mayo del mismo año, constituye, además de un instrumento jurídico, una herramienta eficaz al servicio de las personas con discapacidad, sus padres y madres de familia, para que puedan ejercer sus derechos humanos y constitucionales.

La Ley de Igualdad de Oportunidades para la persona con discapacidad, como política nacional, estableció las bases, para dejar atrás un enfoque predominante durante muchos años, basado en el asistencialismo sobreprotector y da lugar a la estrategia de equiparación de oportunidades, contribuyendo de manera efectiva a la construcción de una sociedad más tolerante a las diferencias, siendo éste un valor que beneficia a toda la población, y no sólo a aquella con discapacidad.

Sin embargo, aunque la Ley 7600 es una herramienta útil y valiosa, la realidad es que por sí misma no ha generado todos los cambios deseados en

nuestra sociedad, ya que para ello es necesario reconvertir actitudes y desmitificar la discapacidad.

Aunque es duro aceptarlo, la verdad es que el hecho de nacer con discapacidad, constituye un problema, pues a pesar de tener plenos derechos, como lo establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución y las leyes del país, dicha condición lo aleja de las expectativas sociales hasta el punto de parecer extraño y diferente.

Obviamente, los mitos y creencias sociales son directamente responsables de la percepción, ya sea aumentada o disminuida que tienen las familias sobre la discapacidad.

Es así, como, la aparición de la discapacidad en el núcleo familiar, no sólo significa una situación de pérdida, similar a la que se enfrenta con la muerte de un ser querido, las consecuencias de una catástrofe natural o en una crisis económica, sino también un hecho sorprendente, tanto por ser poco frecuente, como por constituir una amenaza en muchos aspectos de la organización familiar.

Las expectativas que los padres se crean ante el nacimiento de un hijo, de belleza, capacidad intelectual, habilidades y un futuro exitoso, se ven frustradas cuando el niño nace con discapacidad, provocando una gran carga emotiva, difícilmente tolerable, la que se acentúa cuando éste tiene serios problemas de salud, lo que resulta común en los niños con discapacidad múltiple.

Es así, como la discapacidad se convierte en un evento que afecta, no solo al individuo que la padece, sino al seno familiar, ocasionando diversas reacciones de frustración y conflicto, ocasionadas por el hecho de tener que enfrentarse a un acontecimiento inesperado, que impide la realización de metas propuestas con antelación.

Una situación de pérdida, como es la discapacidad, puede generar tantas pautas de reacción como padres existen, sin embargo algunas son lo suficientemente comunes como para ser identificadas; entre ellas: la negación, depresión y autocompasión, miedo y frustración, sentimientos de ambivalencia, cólera, dependencia mutua y finalmente, la aceptación, la que les permite llegar a una solución práctica y realista de los hechos.

No todos los padres experimentan todas y cada una de las reacciones mencionadas. Los sentimientos varían en intensidad de una persona a otra, así como en el orden en que se van presentando. Sin embargo, se puede decir que ellas forman parte del esfuerzo de los padres y del resto de la familia para reorganizarse y readaptarse después de la crisis inicial. La aceptación es la salida positiva que devuelve el equilibrio familiar y que permite a los padres ofrecer el apoyo real y efectivo requerido por su hijo con discapacidad, para potenciar al máximo sus capacidades.

Algunos padres tardan años para llegar a esta etapa final de aceptación. Otros nunca la alcanzan lo que incide directa y negativamente en el desarrollo de sus hijos.

Basado en Wright, De Mezerville (1983), propuso tres parámetros que permitían, hipotéticamente, evaluar el grado de ajuste a una situación de discapacidad. Estos son: el manejo de la frustración, la profundización de valores y el enfrentamiento objetivo de la discapacidad.

Durante 1988, un grupo de estudiantes de la Universidad de Costa Rica, como trabajo de investigación para optar a la Licenciatura en Discapacidad Múltiple,

utilizó el planteamiento de De Mezerville creando una Escala que mide el nivel de ajuste psicológico de padres y madres de niños (as) con discapacidad múltiple¹.

Dicha investigación, no sólo constituye un elemento de indudable valor para quienes atienden las necesidades educativas de niños (as) con discapacidad múltiple, ya que la Escala permite acceder la dura realidad que enfrentan sus padres y madres, sino que abre la puerta para obtener información adicional encaminada a ofrecer servicios de mayor calidad.

Indudablemente, la equiparación de oportunidades para personas con discapacidad, que poco a poco llegará a ser parte de la cotidianidad, no es el elemento fundamental para el óptimo desarrollo integral de estas personas.

Personalmente, quien escribe cree que la aceptación o no de la discapacidad por los padres y madres, y el conocimiento de la potencialidad de sus hijos, así como el nivel de apoyo que les brinden, es determinante en el desarrollo integral de los mismos.

Enfocar la discapacidad como un acontecimiento social, en el contexto de la familia y la comunidad en que ocurre, a través de una investigación que establezca el nexo, entre el nivel de ajuste psicológico de padres y madres de niños (as) con discapacidad múltiple y los factores que influyen directamente en dicho ajuste, es un paso fundamental para ofrecer un servicio educativo de alta calidad, que atienda no sólo las necesidades de los niños y niñas con discapacidad múltiple, desde una etapa temprana, sino que le dé especial relevancia, a las necesidades emocionales de sus progenitores ante la realidad vivida, lo que redundará positivamente en el desarrollo de sus hijos (as) y de la familia en general.

¹ Esquivel, Clarissa; Morales, Yolanda; Muñoz, Delia; Torres, Ana Lorena; Zonta, Sandra. **Conceptualización y desarrollo instrumental para la evaluación del nivel de ajuste psicológico en padres de niños con Discapacidad Múltiple.** San José, Costa Rica, 1988.

Desde este punto de vista, también deberá tomarse en cuenta la complejidad de estructura del grupo familiar y los factores externos que influyen en sus interrelaciones.

La familia como institución, tiene a su cargo funciones específicas que tienden a la satisfacción de necesidades de cada uno de sus miembros. Sin embargo, la manera en que cada familia desempeña su rol, está determinada por la especificidad de sus vínculos y la particularidad de su historia.

Evidentemente, las interrelaciones familiares están influenciadas por factores ajenos a ella misma. La familia nuclear está inmersa en un contexto más amplio, en donde las relaciones de los padres con otros grupos puede influir positiva o negativamente en su funcionamiento como padres.

De lo anterior se desprende la importancia de la intervención docente, no sólo con el alumno (a) con necesidades educativas especiales, en este caso, con discapacidad múltiple, sino con la familia misma por medio de los padres y madres, ya que la única forma de que los individuos desarrollen al máximo sus cualidades y capacidades, es mediante una educación promovida por la familia y la escuela.

Las familias estarán más dispuestas a un trabajo efectivo con sus miembros con discapacidad y a una intervención más activa en su educación si se encuentran debidamente apoyadas y asesoradas.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Los aspectos mencionados anteriormente constituyen el marco dentro del cual se evidencia la necesidad específica de los padres y madres de niños con discapacidad múltiple de recibir apoyo racional y emocional, en términos precisos y comprensibles, sobre la condición física y mental de sus hijos.

Al contar con una Escala que determina el efecto que la presencia de un hijo(a) con discapacidad múltiple ejerce sobre sus padres y madres, es posible determinar también en qué medida, dicho efecto se relaciona con factores como la frustración, los valores y el enfrentamiento objetivo de la discapacidad.

La Ley 7600, Ley de Igualdad de Oportunidades para personas con Discapacidad, pretende garantizar el acceso a la educación a niños (as) con discapacidad con la misma calidad y horario de atención que se ofrece al resto de la población escolar costarricense (Asamblea Legislativa, 1996)²

Sin embargo, cuando se trata de niños (as) con discapacidad múltiple seriamente involucrados (as), la realidad es que no se les puede atender con la misma regularidad y horarios que a los escolares sin discapacidad. Las razones para que esto ocurra son variadas, entre ellas:

- Los docentes de educación especial atienden grupos heterogéneos, por lo que deben subdividirlos, con la consecuente disminución en las horas de clase que les pueden ofrecer.
- Los niños (as) con discapacidad múltiple, por sus trastornos en la postura y movimiento, tienen menos posibilidades de adquirir defensas, por lo cual se enferman con facilidad, ausentándose frecuentemente de la escuela.

² Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Diario Oficial La Gaceta N° 102. 29 de Mayo de 1996.

La distancia entre el lugar de residencia de estos niños (as) y sus familias, y el centro escolar, así como la dificultad para utilizar transportes colectivos (buses), y lo oneroso de los servicios de taxi influye negativamente en su asistencia a clases.

De lo anterior se desprende que al ser las madres quienes pasan la mayor parte del tiempo con estos niños (as), es sobre ellas en quienes recae el peso de su educación, siendo por tanto, quienes, además de la condición de su hijo (a), determinan el progreso y desarrollo integral de los mismos.

Dentro del grupo familiar, cada uno de sus miembros interacciona manteniendo ciertos patrones que pueden cambiar en función del desarrollo de demandas externas o internas. Cualquier alteración en los patrones establecidos en uno de los miembros, causa un desequilibrio o desajuste familiar que puede degenerar en crisis.

Con base en lo anterior, se puede comprender lo que ocurre a las madres de familia cuando descubren que su hijo presenta discapacidad múltiple. La complejidad de esta situación, generalmente conlleva una serie de efectos negativos, en ocasiones patológicos, tales como: angustia, depresión, sentimientos de culpa, negación, frustración o protección excesiva, lo que impide a los padres aceptar la realidad y con ello brindar una mejor y más efectiva ayuda a su hijo (a).

Para una mejor comprensión de la dinámica familiar, y orientación adecuada de las madres que manifiestan las reacciones mencionadas en el proceso de ajuste psicológico a la discapacidad de sus hijos (as), es necesario corroborar los factores que inciden en este proceso.

La escala mencionada, servirá de base para el tema de investigación aquí propuesto, ya que los datos obtenidos al aplicarla a una muestra de madres de

niños (as) con discapacidad múltiple, podrán confirmar la manera en que estos factores influyen en el ajuste psicológico a la discapacidad, y de esta forma contar con información útil para la atención u orientación al grupo de madres antes mencionadas.

1.2 PROBLEMA:

¿Cómo influyen los factores: frustración, valores y enfrentamiento objetivo de la discapacidad, en el ajuste psicológico de madres de niños(as) con discapacidad múltiple del Centro de Enseñanza Especial de Heredia?

1.3 OBJETIVO GENERAL:

Analizar los factores que influyen en el nivel de ajuste psicológico a la discapacidad en madres de niños(as) con discapacidad múltiple.

1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.4.1 Aplicar la “Escala de Ajuste para padres de niños con Discapacidad Múltiple” para determinar el nivel de ajuste psicológico a la discapacidad de sus hijos (as) en la muestra seleccionada.

1.4.2 Contrastar los resultados de la aplicación de esta escala a un grupo de madres de niños(as) con Discapacidad Múltiple, con respecto a los factores que más afectan el ajuste psicológico a la discapacidad de sus hijos(as).

1.5 DELIMITACIÓN:

Los resultados obtenidos mediante esta investigación, serán válidos solamente para la muestra intencional seleccionada. Si se desea obtener un mayor grado de generalización es importante y necesario variar la muestra aumentando la población.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES TEÓRICOS Y PRÁCTICOS

Ante el problema planteado en el primer capítulo, como justificación de este estudio, y a fin de lograr los objetivos propuestos, en este capítulo se desarrollarán teóricamente las siguientes áreas:

1. Discapacidad Múltiple.
2. Aceptación que los padres tienen de sus hijos(as) con Discapacidad Múltiple. Descripción conceptual.

1. DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

1.1 Conceptos

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) constituye una valiosa herramienta para sustentar toda investigación referida a personas o instituciones relacionadas con éstos términos.

Históricamente la terminología utilizada para referirse a las personas con necesidades especiales, ha ido variando y evolucionando en relación directa con los cambios ocurridos a la sociedad y a sus miembros.

Se han utilizado términos como: deficientes, anormales, minusválidos, lisiados, especiales, discapacitados, etc, para expresar la percepción que la sociedad ha tenido de ellos. Terminología que provoca la desvalorización de la condición de ser humano e induce a marginar dicha población; despojando al sujeto de su personalidad.

Ante la reflexión anterior surge la necesidad de un esquema conceptual que responda a la realidad socioeconómica, científica y legal del problema; al mismo tiempo que permita el consenso en cuanto a la atención integral de estas personas

y sirva para comparar y compartir información existente sobre discapacidad en los diferentes contextos.

Algunos organismos internacionales y personas interesadas han realizado aportes, en este sentido; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, se dio a la tarea de realizar una búsqueda consensuada de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

Durante el trascurso de su trabajo, esta organización plantea que el problema también incluía confusión de conceptos además de la nomenclatura; por lo tanto, aportó un esquema conceptual que propició otro acercamiento a esta problemática en lo referente a los servicios, el tratamiento y la rehabilitación.

En su esquema la minusvalía es consecuencia de una deficiencia o discapacidad y la discapacidad a su vez es producto de una deficiencia. Se trasciende el concepto de enfermedad hacia otros ámbitos y se enfatizan las consecuencias para el individuo en sí mismo y su interacción social. Desde esta perspectiva, la OMS determinó tres dimensiones en las que puede verse afectada una persona a raíz de una enfermedad, alteración congénita o accidente:

- Las estructuras psicológicas, fisiológicas o anatómicas, refiriéndose a las facultades, las funciones orgánicas y a los componentes de un organismo.
- Las capacidades o habilidades para llevar a cabo una tarea.
- Los roles concebidos como la función o el papel que desempeña un individuo en una sociedad.

Partiendo de estas dimensiones la OMS emitió las siguientes definiciones, mencionadas por Emmanuelle Gutiérrez y Restrepo, que se mantuvieron vigentes hasta mayo del 2001.

Deficiencia: “Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”. Por ejemplo: la pérdida de la vista que sufre un individuo.

Discapacidad: “Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”. Un caso ilustrativo es la imposibilidad de desplazarse libremente por las calles un individuo que sufre pérdida visual.

Minusvalía: “Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)”. .

Según estos términos, y continuando con nuestro caso ilustrativo, estamos frente a un caso de minusvalía cuando este individuo presenta aislamiento total, estados depresivos y de ansiedad, por causa de su pérdida de vista.

Sin embargo, esta clasificación ha sido cuestionada por amplios sectores tanto académicos como por personas que presentan algún tipo de limitación debido a que existen minusvalías que derivan de una enfermedad, y no producen deficiencias ni discapacidades. Además, esta interpretación de la discapacidad es estrictamente médica, siempre dentro del esquema de la salud; y por otro lado acentúa en gran medida al individuo y su proceso de minusvalía, y no toma en cuenta la acción que ejerce el entorno que rodea a la persona con discapacidad. Sin embargo no existe participación directa de los principales involucrados, no se considera el criterio de las personas con discapacidad en los procesos de revisión.

La Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) estuvo vigente por un periodo superior a los 20 años, teniendo un periodo de revisión de más de una década, con una amplia participación

internacional, hasta llegar a finales del 2001 a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) aprobada en ese mismo año por la Asamblea Mundial de la Salud.

En esta clasificación la Organización Mundial de la salud (OMS) abandona el enfoque primitivo de “consecuencias de la enfermedad” para enfocar el objetivo hacia “la salud y los estados relacionados con la salud”. Trata, por lo tanto, de poner en positivo su terminología desde el primer momento (utiliza “estado de salud” en lugar de “enfermedad”).

El objetivo principal de la CIF es: “proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados de la salud” (2001, p.5).³

En el proceso de elaboración de la CIF, se decidió que esta no debía ser una clasificación de los problemas funcionales que los seres humanos pueden experimentar, sino una clasificación universal del funcionamiento de las personas en sí mismas, tanto positivo como negativo. Por esta razón, y por la importancia de expresar la clasificación en un lenguaje neutral y flexible, los tres ámbitos fueron renombrados “estructuras y funciones corporales” (por “deficiencias”), “actividad” (por “discapacidad”) y “participación” (por “minusvalía”).

Como se apreciará más adelante, la complejidad de la Clasificación aumentado con respecto a la versión original de 1980, incorporando los siguientes nuevos términos y conceptos (OMS, 2001, p. 9):

“Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

³ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.

Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida.

Actividad es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.

Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.

Restricciones en la participación son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.”⁴

Seguidamente se expone la clasificación denominada CIF, la que responde a un esquema de múltiples interacciones entre sus dimensiones y áreas:

“Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud”.

La misma se concentra en los siguientes ejes temáticos:

1. Funcionamiento: funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación del individuo.
2. Discapacidad como término genérico reúne las deficiencias, funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de ejecutar alguna actividad y las restricciones en la participación.
3. Salud: constituye el elemento que unifica los ejes anteriores.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.

Dentro de la clasificación la OMS define las siguientes dimensiones:

1. Funciones y estructuras corporales, y deficiencias.

- “Funciones corporales son las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas del cuerpo.
- Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo como los órganos, los miembros y sus componentes.
- Las deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales como una desviación significativa o una pérdida.” (OMS, 2001, p. 7)

2. Actividad / Limitaciones en las actividades.

- “Actividad es la realización de una tarea o involucración (sic) en una situación vital en un contexto / entorno uniforme.
- Limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo puede experimentar al realizar actividades en un contexto / entorno uniforme”(OMS, 2001, p. 8).

3. Participación / Restricción en la participación.

- “Participación es la ejecución de tareas o involucración (sic) en situaciones vitales en el contexto / entorno actual del individuo.
- Restricciones en la participación: son problemas que un individuo tiene en la ejecución de una tarea o involucración (sic) en situaciones vitales en su ambiente natural.” (OMS,2001, p. 8).

Ante esta nueva visión, la educación debe asumir un rol diferente, en el que se eviten las etiquetas, los alumnos sean valorados de acuerdo a sus necesidades educativas y el sistema les brinde los apoyos con los que se procure satisfacer sus requerimientos.

Partiendo de esta situación en la que debe reivindicarse a las personas con discapacidad, surge otra concepción llamada el modelo social en el cual se desplaza la discapacidad a una sociedad cargada de barreras sociales, actitudinales y ambientales, en la que la discriminación constituye el elemento más importante que limita el desarrollo integral de la persona.

Es conveniente destacar que los cambios experimentados a través de la historia con respecto a los enfoques sobre discapacidad y el planteamiento que se propone actualmente, conllevan a un cambio de mentalidad de parte nuestra y de las instancias educativas. Este cambio promueve una ruptura en los esquemas tradicionales y una mayor participación del sistema educativo y, por consiguiente, de la función del maestro.

1.2 Definición de Discapacidad Múltiple y características de la población con dicha condición.

De acuerdo al Manual de Normas y Procedimientos para el manejo de los servicios educativos para estudiantes con Discapacidad Múltiple, "Se define a los estudiantes con Discapacidad Múltiple, como aquellos que requieren de todos o algunos de los siguientes apoyos, en intensidad prolongada o permanente, para el desarrollo de los distintos procesos educativos:

- Sistemas alternativos para la comunicación.
- Adaptaciones y rehabilitación para el mejor desempeño físico y motor.
- Establecimiento del repertorio básico de comportamiento para el aprendizaje y para una adecuada interacción social.
- Apoyos intensos para el desempeño de actividades de la vida cotidiana, entre otros"(MEP, 2000, p.12).

Además se definen como beneficiarios de este servicio "todos aquellos estudiantes con Parálisis Cerebral Infantil, Espina Bífida, Enfermedades

Neurodegenerativas, Problemas Sensoriales con otras discapacidades asociadas, secuelas graves de Trauma Cráneo- Encefálico, o cualquier otra condición limitante que incluya en forma primordial las discapacidades motoras” (MEP, 2000, p.12) significativas, lo cual ha sido corroborado mediante la respectiva evaluación del fisioterapeuta o del equipo interdisciplinario del Centro, según lo determine el comité técnico asesor.

1.3 Reseña histórica de los servicios educativos brindados a individuos con discapacidad múltiple.

Específicamente, en nuestro país, 1939 representó un momento histórico, debido a que fue cuando el profesor Fernando Centeno Güell inició el primer servicio para la población con discapacidad, oficializándose a partir de 1940.

Al igual que en otros países, las personas con Discapacidad Múltiple, fueron las últimas en obtener derecho a servicios educativos apropiados. En Costa Rica, la epidemia de polio (1954) marcó el inicio de servicios para atender dicha población, ya que además de la atención médica se empezó a brindar el servicio de fisioterapia a los niños (as) con problemas neuro-músculo-esquelético. En esa época, la cantidad de niños (as) hospitalizados para tratamiento prolongado aumentó considerablemente, viéndose la necesidad de complementar el tratamiento médico con la modalidad de la atención educativa.

Debido a lo anterior, se creó el Servicio Educativo en el Departamento de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios. Con la profesora María de los Ángeles Cambroneró como directora, otras docentes nombradas por el Ministerio de Educación Pública, desarrollaron programas en todos los niveles. El porcentaje más alto de los niños (as) atendidos tenía secuelas de polio, otros presentaban luxaciones, artritis y amputaciones.

Este fue el inicio de la rehabilitación física como producto de la epidemia de polio en el país, liderado por el Dr. Humberto Araya Rojas, quien en 1962, fundó El Hogar de Rehabilitación de Santa Ana, en el que se brindaba servicio educativo a los niños (as) con secuelas de polio que hasta entonces eran atendidos en el Hospital San Juan de Dios. Al disminuir en el hospital la población de niños (as) internos con secuelas de polio, se empieza a dar atención a niños con Parálisis Cerebral Infantil, provenientes de la consulta externa del Hospital Nacional de Niños, población cuyas características difería notablemente de la población atendida inicialmente.

En 1968 se creó el Departamento de Educación Especial en el Ministerio de Educación Pública, y la escuela hospital pasó de inmediato a depender de ese departamento, lo que favoreció la aplicación de programas orientados a la atención de niños con características especiales.

En 1972 se estableció, por Ley N°. 5165, la Escuela de Rehabilitación que hasta esa fecha funcionaba como parte de la Escuela Hospital Nacional de Niños. Es en ese momento, que se inicia la atención de una población que por mucho tiempo había permanecido aislada a sus hogares.

Con el correr del tiempo y paulatinamente, las Escuelas de Educación Especial de las diferentes comunidades del país, también se dieron a la tarea de atender en sus aulas a niños (as) con Parálisis Cerebral Infantil y con Discapacidad Múltiple. Esta labor se complementó con el esfuerzo de la Universidad de Costa Rica que desde 1962, inició la formación de profesionales en Educación Especial, tratando de abarcar todas las especialidades posibles. Sin embargo, no fue sino hasta 1984, que incluyó en sus programas uno específico para la formación de docentes especializados en Discapacidad Múltiple.

En el año de 1996, se promulga la Ley Igualdad de Oportunidades para la Persona con Discapacidad en Costa Rica, ley N° 7600, la cual constituye un

instrumento legal muy importante en nuestra legislación porque permite la equiparación de oportunidades a esta población en lo referente al acceso a la educación, el espacio físico, el trabajo, la salud y la cultura; instrumento que se ha visto complementado con las Políticas de Acceso a la Educación para Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales (1997). Finalmente, en el año 2002, se crea el Centro Nacional de Recursos para la Inclusión Educativa, institución que apoya los procesos educativos que procuran una atención equitativa a la diversidad estudiantil.

2. ACEPTACIÓN DE HIJOS(AS) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE POR SUS PADRES. DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL

2.1 Mitos sociales sobre la discapacidad

La forma de relacionarse con las personas con discapacidad, está determinada por experiencias pasadas y por la forma en que definimos la discapacidad. Las definiciones personales son fundamentales porque pueden formar parte de supuestos y prácticas discriminadoras de la discapacidad. Por lo tanto, para lograr comprender lo que significa tener una discapacidad, es necesario comprender también el significado que la cultura le otorga a dicha condición.

Cada persona define sus propios valores a través del intercambio continuo con los otros individuos con quienes convive. En el caso de la discapacidad, una de las influencias dominantes que ha conformado tanto las definiciones profesionales como las de sentido común, ha sido el modelo médico, visión que destaca la pérdida o las discapacidades personales, con lo que contribuye al modelo de dependencia de la discapacidad, en detrimento de otros planteamientos, en particular de las propias personas con discapacidad. Al respecto, Varton utiliza la frase de Hahn, quien asegura que el modelo médico “...impone una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas con discapacidad” (1996, p. 24).

Estando la sociedad actual centrada en la competencia, la salud, el vigor y la juventud, las personas con discapacidad experimentan su condición como una limitación social, ya sea que estas limitaciones se produzcan como consecuencia de los entornos arquitectónicos inaccesibles, de las ideas sobre inteligencia y competencia social, de la incapacidad de la población en general para usar el lenguaje de signos, de la carencia del material de lectura en braille, o de las actitudes públicas hostiles hacia personas con deficiencias.

La sociedad, hasta el momento, ha considerado la discapacidad como una desventaja específica de la persona, y casi nunca la enfoca como un acontecimiento que desencadena reacciones y adaptaciones que están interconectadas y van más allá de la discapacidad del sujeto, afectando a la comunidad en que vive y siendo a la vez afectado por ella.

La convivencia social se rige por valores que entran en crisis por la realidad que plantea la discapacidad. Entre tales valores se pueden mencionar: la igualdad de derechos, la igualdad de oportunidades para una vida positiva, el derecho a la educación, al trabajo, a la autonomía y a la salud.

Dado que la estructura y organización social está construida para personas sin discapacidad, este hecho dificulta el proceso de ajuste entre personas con discapacidad y personas sin discapacidad, aún cuando la comunidad desee dicha integración.

Llama la atención la ambivalencia y lo contradictorio de la forma en que nuestra sociedad percibe a sus individuos con discapacidad. Por un lado, los considera personas con plenos derechos, tal y como lo establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución y las leyes del país (Ley 7600), pero, por otro lado, los aleja de las expectativas sociales tratándolos como personas extrañas y diferentes.

Para superar la ambivalencia descrita anteriormente, lo que usualmente ocurre es que se considera al individuo con discapacidad como enfermo e incapaz, por lo que requiere que se le cuide, o bien se le considera como un eterno niño.

El hecho de considerar al individuo como incapaz y enfermo implica creer que el cuidado y atención que se le brindan van a eliminar las diferencias reales y existentes. Al no lograr esto, se le aparta y excluye dejándolo al cuidado exclusivo

de los especialistas, y marginándolo del contexto social. Por otra parte, el considerar a la persona con discapacidad como un eterno bebé, implica la postergación sin límite de tiempo de su aceptación como un miembro más de la comunidad social.

La impotencia de la sociedad para superar las deficiencias y las diferencias, desemboca en la reacción social más común, como es el olvido. Durante los primeros años de vida del individuo con discapacidad, mayores son los esfuerzos de sus padres en la búsqueda de terapias rehabilitadoras y de integración, ya que a esta edad la esperanza de recuperación es grande. Al pasar los años y obtener escaso progreso las estructuras sociales progresivamente se desinteresan por aquellos sujetos cuyo desarrollo avanza lentamente e inevitablemente requerirán de apoyo y asistencia permanente. Antes de abandonar la búsqueda, las familias se motivan por la esperanza de la recuperación, haciendo toda clase de elecciones, entre las que se incluyen aún las más absurdas y dolorosas.

2.2 Los padres frente al reto de la discapacidad

Las expectativas de los padres ante la llegada de un hijo (a), refieren primordialmente al deseo de tener descendencia, como una forma de proyectarse a sí mismos en la existencia y de realizarse mediante la creación de un nuevo ser. Ellos quieren “reproducirse” en la nueva persona que está por nacer. Por lo tanto, esperan la venida de un hijo (a) “normal”, sano y sin defectos o rasgos “anormales”.

A la hora del nacimiento, la llegada de un niño (a) con discapacidad se constituye dentro de una familia, en un acontecimiento abrumadoramente inesperado, que exige a sus padres llevar a cabo una serie de adaptaciones inmediatas para enfrentar la nueva situación, lo que pone a prueba la estructura familiar. Evidentemente, la discapacidad no es un problema que afecta solo al individuo que la padece, es más bien un suceso que se da en el seno de un hogar.

Todos los miembros de la familia, sufren una serie de reacciones ante el sentimiento de frustración y conflicto, ocasionado por el hecho de tener que enfrentarse a un acontecimiento inesperado, que impide la realización de metas propuestas con antelación.

2.3 Parámetros del ajuste psicológico a la discapacidad

Con los parámetros propuestos por el doctor de Mézerville, durante 1988, como proyecto de graduación, un grupo de estudiantes de la Universidad de Costa Rica, bajo la dirección del mismo doctor, elaboró un instrumento para evaluar el nivel de ajuste psicológico en padres de niños con discapacidad múltiple. Esos parámetros, tomados de dicha investigación, son los siguientes.

2.3.1 Frustración

La conducta humana siempre está dirigida a ciertos fines u objetivos. La psicología utiliza el término “motivación” para referirse a esa fuerza interior que impulsa al individuo en su conducta.

Muchos psicólogos distinguen entre dos clases de motivos, los que surgen de las necesidades fisiológicas y que dominan al ser humano, sobre todo durante los primeros meses de vida, y los que se forman alrededor de las relaciones interpersonales, los valores que la sociedad y las instituciones establecen y las normas.

Sin embargo, el hombre no siempre alcanza los objetivos a los que aspira. Cuando esto ocurre, la satisfacción del motivo es impedida, dando lugar a un estado emocional que se conoce con el nombre de “frustración”.

2.3.1.1 Definición de frustración

Una frustración ocurre cuando una secuencia de conducta encaminada hacia un determinado objetivo se ve interrumpida de modo que no se logra terminar y los objetivos deseados se retrasan o se cancelan. Mientras más cerca estamos de lograr el objetivo y éste se bloquea, mayor es nuestra frustración, por lo tanto se relaciona directamente con nuestras expectativas. La frustración es mayor cuando se relaciona con características personales permanentes.

Resumiendo, se puede definir la frustración como la vivencia emocional ante una situación en la que un deseo, una expectativa, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisface .

Así cuando un deseo o una ilusión no se cumple, a causa de la frustración, el sujeto puede reaccionar por el camino del enfado, la agresividad o en forma mas extrema la violencia, o bien generar desde un estado de contención e inhibición es decir no reacción, sentimientos de tristeza, pesimismo, temor que con el tiempo se va a relacionar con otro concepto, la desmotivación.

Toda frustración provenga de una fuente externa o interna involucra una situación específica y una vivencia. Por ende esto nos lleva a entender que ante las frustraciones hay varias reacciones diferentes, podríamos decir tantas como personas.

2.3.1.2 Causas de frustración

Los orígenes de la frustración pueden concentrarse, ya sea en el medio ambiente externo, en forma de barreras u obstrucciones, o dentro de la persona misma, en forma de deficiencias de un tipo u otro.

Fuentes externas (sociales) de frustración

La frustración causada por las fuentes sociales comienza casi inmediatamente después de que nacemos.

La socialización misma conduce a renunciar a su libertad personal.

La severidad de la frustración, en experiencias como: imposición de horarios alimenticios, entrenamiento para la evacuación de la vejiga y el intestino, o la rivalidad entre hermanos por atraer la atención de sus padres, depende de cómo son controladas por estos últimos. Los padres pueden orientar a sus hijos para que busquen nuevas formas de alcanzar sus metas, o, para que aprendan a aceptar, que no siempre es posible obtener todo lo que se desea.

Fuentes internas de frustración

En algunas ocasiones, la frustración es causada por factores internos que evitan la satisfacción de ciertas necesidades. Las características personales, tales como una apariencia física poco atractiva, un nivel bajo de inteligencia o el tener alguna limitación o enfermedad, pueden ser fuentes de frustración.

Lo anterior llevaría a la conclusión de que las personas con limitaciones están frecuentemente más frustradas que las "normales".

Los pocos estudios disponibles, sin embargo contradicen la generalidad de esta suposición. Al respecto, Wright (1983) hace alusión al estudio de Shere sobre la reacción entre padres e hijos (as), en el caso de 30 pares de gemelos, cada uno de los cuales tenía un niño con parálisis cerebral infantil (P.C.I).

En esta investigación, la conducta de los padres hacia los gemelos se diferenció sólo en algunas áreas. Los padres eran más comprensivos en relación

con las potencialidades de los gemelos con P.C.I. y se presentaba menor fricción con ellos. Estos padres parecían ser más concientes de los problemas del niño con P.C.I., mientras que tendían a esperar que el gemelo “normal” asumiera más responsabilidad, y actuara con más madurez que la que su edad y capacidad podía garantizar.

Este es uno de los pocos estudios sistematizados de gemelos, encontrados en investigaciones de discapacidad, y la conclusión importante es que entre estos niños, los portadores de P.C.I. experimentaron menos frustración en relación con los padres, que los gemelos sanos.

Por otra parte, profesionales que estudian la conducta humana coinciden en que aunque la “frustración” es responsable de perturbaciones importantes de la personalidad, también es cierto que a ella se debe la mayor parte de la productividad de los seres humanos. La carencia de frustración empuja al individuo a la inactividad, las personas que tienen todas sus necesidades satisfechas, han contribuido muy poco o nada al progreso de la humanidad. Un cierto grado de frustración es deseable no solo para aprender, sino también para poner en marcha los mejores esfuerzos del individuo.

2.3.1.3 Tolerancia a la frustración

De acuerdo a Whittaker (1970, p. 486), “... tolerancia a la frustración se refiere al grado y duración de la tensión que un individuo puede tolerar sin sufrir seria desorganización de personalidad o enfermedad mental”.

La realidad es que el vivir en sociedad es un beneficio por el que se paga un precio, el que consiste en ciertas privaciones culturales a las que se someten los miembros de un grupo. Se recuerda aquí la frase que enfatiza el hecho de que “la libertad de un individuo termina donde empieza la de los demás”. Sin embargo, esto también puede convertirse en algo positivo, ya que al bloquear ciertas

actividades, se libera energía para otros propósitos. Esto es lo que se conoce en psicología como el principio de sublimación, mecanismo importante en el ajuste a las restricciones del ambiente social y físico.

En relación al tema de esta investigación, Wright(1983) cita a Baker quien identificó dos tipos de situaciones:

- a) El efecto de la frustración sobre la habilidad para superar la dificultad que la misma frustración acarrea.
- b) El efecto de la frustración sobre la habilidad, cuando un individuo se da por vencido y se vuelve a otra actividad diferente.

En las dos situaciones, la reacción puede significar, ya sea un descenso de la capacidad intelectual, al ocurrir regresión, o un comportamiento creativo de orden superior.

Cuando una persona se obsesiona en su preocupación por la meta, su nivel constructivo de comportamiento se ve obstaculizado. Por otra parte, la persona constructiva al ser sometida a un aumento de tensión, es capaz de desviarse hacia otras metas capaces de satisfacer las mismas necesidades.

En relación al problema de ajuste a la discapacidad, uno de los factores más comunes que combate la sustitución constructiva de metas y objetivos, es lo que Beatrice Wright identifica como “idolatría del estándar normal”. El ser valorado por sus metas y comportamientos igual que una persona sin limitaciones, ocasionará, dependiendo de la limitación real, que el individuo se convierta en un candidato vulnerable para experimentar un estado de sobrefrustración.

La “tolerancia a la frustración” puede desarrollarse desde la infancia por medio de pequeñas experiencias con frustración, cuidando de que la dosis sea la óptima. No se deben exceder las desviaciones de esta dosis para evitar dificultades. Si un niño es sobreconsentido satisfaciéndole todos sus caprichos,

puede desarrollar una insuficiente tolerancia a la frustración. Si, por otro lado, se le somete a situaciones de frustración superiores a las que él pueda soportar, se le puede crear un baja tolerancia a la frustración o un complejo, el que a la vez puede producirle desórdenes de comportamiento.

2.3.2 Los valores

El hecho de que el ser humano debe enfrentarse a través de su vida a diferentes problemas tanto de tipo personal como social, es lo que lo induce a buscar un sistema de valores que guíe sus decisiones y lo ayude a adaptarse a su realidad. Para resolver sus necesidades, el individuo debe elegir entre numerosas metas y maneras de vivir que le son asequibles, garantizándose de esta manera su bienestar y progreso. Es así como se ve involucrado en una constante búsqueda de valores que no es fácil para él ni para la sociedad, pero de cuyo resultado depende su realización personal.

2.3.2.1 Definición de valores

Esquivel, Morales y otras (1988, p. 56), citan a Coleman y Hammen quienes señalan que "... un valor es una concepción, explícita e implícita, distintiva de un individuo o característica de un grupo, de lo deseable que influye la selección dentro de las modas, medios y fines disponibles de la acción"

La concepción de lo preferible, lo importante, lo bueno, lo deseable, en fin, lo realmente valioso, es determinante cuando el ser humano elige sus metas y selecciona los medios para alcanzarlas, así como cuando requiere de resolver conflictos.

Los valores no existen por si mismos, son un estado de conciencia manifestado por individuos o la sociedad. La responsabilidad en el diario quehacer, el grado de respeto que la persona tiene por los demás y por sí misma,

su actividad política o religiosa, la lealtad en las relaciones personales, etc., representan elecciones entre alternativas acordes con una jerarquía de valores.

Los valores pueden cambiar con el tiempo, ya que los mismos se fortalecen o no en relación a las consecuencias gratificantes o aversivas que experimenta el individuo en relación a sus acciones.

2.3.2.2. Fuentes de valores

Los valores son organizados por el individuo y la sociedad en orden jerárquico y de acuerdo a cuatro fuentes que son:

- a. Su cultura y otras culturas con las que se relaciona: cada grupo social basa su cultura en ciertos valores implícitos y explícitos.
- b. La ciencia y la tecnología: brindan información confiable sobre nosotros mismos y el mundo, lo que permite hacer juicios de valor.
- c. Religión: involucra un sistema de valores formal, que puede ser transmitido de generación en generación.
- d. Experiencia de vida (propia y de los demás): los individuos constantemente hacen juicios sobre lo que es malo o bueno, deseable o no deseable, más o menos significativo, y a medida que realiza estos juicios con base en experiencias, se modifican consecuentemente los sistemas de valores.

2.3.2.3 Profundización de valores

Toda situación de pérdida, sea esta personal, familiar , física, material u otra, conlleva la pérdida de algo valioso, lo que implica que la persona debe llevar a cabo una reestructuración de valores.

Dentro de este contexto Wright (1983) habla de la ampliación y la profundización de valores, lo que significa tomar conciencia de que existen otros

valores importantes, lo que es fundamental cuando hay pérdida de algo muypreciado.

La profundización de valores se refiere a una nueva percepción de los valores dañados.

Ante cualquier situación de pérdida, el individuo puede pasar por una serie de etapas como son la lamentación, la autocompasión y la falta de sentido ante la vida, haciéndose necesario, por la tanto, reorientar a la persona para que encuentre significado concreto a su vida en sus circunstancias reales.

Esquivel, Morales y otras (1988, p.61) nombran a Víctor Frankl, quien afirma que existe un grupo fundamental de valores "... cuya realización consiste precisamente en la actitud que el hombre adopte ante una limitación de su vida. Este modo de comportarse ante la limitación de sus posibilidades abre ante él un reino nuevo y propio de valores, que deben contarse, incluso, entre los más altos. Una existencia al parecer empobrecida, aunque en realidad sólo sea pobre en valores creados y vividos, puede ofrecer, a pesar de todo, una última posibilidad y la más grande, de realización de valores".

Las reacciones usuales ante la presencia de una discapacidad, tales como la autocompasión, los sentimientos de vergüenza, de inferioridad, desinterés por la vida, etc., son importantes ya que se constituyen en los primeros esfuerzos dentro del proceso de adaptación y aceptación de la limitación. Gradualmente la persona se da cuenta del esfuerzo que le produce la no aceptación y que , por el contrario, su desviación es real y tiene efectos personales y sociales.

Varios autores han señalado que la aceptación de la pérdida implica la emisión de una serie de razones que, a juicio de la persona, explican el significado existencialmente satisfactorio, o la falta de significado que encuentra en sus circunstancias reales. Tales razones son las siguientes:

a. Superación de sentimientos de lamentación, autocompasión y falta de sentido ante la pérdida: la pérdida de algo valioso que se experimenta como una desgracia personal, trae como consecuencia una reacción psicológica de chequeo emocional, acompañada por sentimientos de lamentación. Los sentimientos de pérdida dominan la escena emocional permeando todas las áreas en la vida de una persona. Si la pérdida consiste en la llegada a la familia de un miembro con discapacidad, no existe en este período una diferenciación clara entre aquellas áreas que están conectadas con la discapacidad y las que no lo están. La pérdida o discapacidad es el rasgo principal del nuevo estado y se percibe en términos de todas aquellas satisfacciones personales y sociales que ahora le son negadas.

Cuando la persona alcanza el punto máximo de desesperación, puede entonces llegar a superar su situación, pues llega a sentirse cansado de lamentarse. A partir de este momento, está lista para hacer algo nuevo y diferente.

En un proceso de ajuste sano, la autocompasión va disminuyendo gradualmente, hasta que la persona logra mirar por encima de su pérdida con una actitud de aceptación.

Existen varios procesos considerados como importantes por Wright y citados por Esquivel, Morales y otras (1988, p.63), para superar la autocompasión; ellos son:

1. Rebasar el punto máximo de desesperación
2. Retomar los valores que antes no revestían importancia para la persona.
3. Comparar el propio estado de discapacidad con otros peores.
4. Percibir la importancia de la vida desde una perspectiva más amplia.

b. Ampliación gradual del ámbito de valores : aunque la situación de pérdida le hace creer a la persona que ya nada importa, la verdad es que muchos valores permanecen en el nivel inconsciente y pueden ser despertados. Es fundamental resaltar aquellos valores que antes no eran importantes para la persona, a fin de

que logre sobreponerse, reintegrándose a sus actividades diarias. La persona que tiene una discapacidad puede paulatinamente tomar conciencia de que existen otros valores en la vida que le permiten ajustarse mejor a su propia situación.

c. Subordinación de valores menos importantes, ante otros más importantes: es importante orientar a la persona para que diferencie entre las áreas afectadas por la pérdida y aquellas que no lo están. Aunque la realidad es que una discapacidad física conlleva efectos psicológicos en áreas no directamente afectadas, también es cierto que delimitar aquellas áreas que están directamente ligadas con los factores discapacitantes, posibilita una comprensión más clara del ámbito de posibilidades y valores que no han sido afectados por la pérdida y que pueden ser explotados por la persona para darle un sentido pleno a su existencia.

d. Transformación de apreciaciones devaluadoras de comparación negativa en valores de comparación positiva y de ventaja: todo objeto, evento o persona, provoca en un individuo una reacción favorable, desfavorable o neutra. Existen dos procesos psicológicos a través de los cuales la persona emite su juicio: valores de comparación y valores de ventaja.

Valores comparativos: aparecen cuando el juicio emitido se basa en una comparación con una norma determinada o un promedio presumido. Esta actitud no es favorable para la mayoría de las personas dado que con frecuencia se emplean valores negativos, midiendo lo que son o esperan de los demás en términos de comparaciones negativas de unas personas con otras. Destacan lo que no pueden hacer o no poseen, en vez de determinar lo que son capaces de ejecutar o lo que tienen.

La persona con discapacidad que se mantiene comparando su situación con la de otros individuos “normales”, o bien, con su estado anterior “sano”, no

estará en posibilidad de discriminar, que le permite y que le impide hacer su discapacidad.

Valores de ventaja: se evidencian cuando la evaluación o juicio parte de cualidades inherentes al objeto, el evento o la persona misma. Ante la presencia de discapacidad, la reacción de ajuste más favorable ocurre cuando el individuo se basa en el hecho real y en la forma en que se pueden satisfacer apropiadamente las demandas situacionales, en vez de hacer una comparación con una norma determinada.

Esquivel, Morales y otras citan a Wright (1988, p.67) quien afirma que el ajuste de la persona debe basarse en el siguiente principio: “Las características o atributos de las personas deben tomarse como valores de ventaja, no es lo que se ha perdido lo que cuenta, sino lo que se es capaz de recuperar”.

Se ha demostrado que la evaluación de la discapacidad por medio de valores comparativos, difiere de la evaluación a través de los valores de ventaja. Cuando se compara un objeto con una norma, se centra el interés sólo en ciertas características del objeto, y no en el objeto mismo de forma integral.

Si la norma impone una comparación negativa, entonces otras características positivas del objeto dejan de percibirse, adoptándose un juicio devaluativo del objeto. Si éste se evalúa por sí mismo y no en comparación con una norma, es posible centrarse en sus características positivas y emitir un juicio que valore las ventajas inherentes al objeto.

2.3.3 Enfrentamiento objetivo de la discapacidad

Según Wright, citado por Esquivel, Morales y otras (1988,p.72) “...el enfrentamiento objetivo de la discapacidad, es la capacidad del individuo para asumir conductas específicas de encarar frente a frente su realidad, lo que repercute en una comprensión gradual de las verdaderas dimensiones del

problema, tomando en cuenta los recursos disponibles que tiene para inquirir posibles soluciones a las dificultades”.

Sin importar la magnitud de algunos problemas, los individuos logran un mejor ajuste al enfrentarlos, logrando sobreponerse a su situación en el intento de vencer de una manera u otra sus dificultades. Buscar y descubrir los recursos disponibles para el planteamiento de soluciones apropiadas, no es enfatizar más la situación de pérdida, sino más bien, es el inicio del fin del sufrimiento y de un prolongado estado de lamentación del que no salen algunas personas.

Evaluando realistamente las dificultades, la persona es capaz de aceptar un cambio en su vida, ampliando al mismo tiempo su escala de valores para evitar una generalización hacia otras áreas de su vida. De no hacerlo así, su comportamiento puede apartarse de la realidad, minimizando las propias capacidades y sobreestimando las dificultades.

Las investigadoras Esquivel, Morales y otras, en cuyo estudio se sustenta este trabajo, plantean la importancia de tener presentes los principios aportados por Wright en el proceso de sobreponerse a las dificultades (1988, p.72):

- a. Destacar las capacidades del individuo, procurando estabilidad y madurez suficientes al enfrentar los problemas.
- b. Guiar al individuo en el planteamiento de posibles soluciones a las dificultades, tomando en cuenta los recursos disponibles.

En ocasiones la lucha interna del individuo, que lo motiva a hacerle frente o no a los obstáculos, se relaciona directamente con los factores de la vida familiar y social que lo rodea. En el caso de los niños y niñas con discapacidad, la actitud de los padres y madres, así como de la familia en general, tiene mucha importancia en la delimitación del problema y en la adquisición de nuevos conocimientos que le permitan desarrollar al máximo sus capacidades.

El enfrentamiento objetivo de la discapacidad implica los siguientes aspectos:

- Superación de una percepción desproporcionada del problema.
- Resolución de la discrepancia entre expectativas irreales y una aceptación realista de la discapacidad.
- Descubrimiento de capacidades y recursos disponibles.

2.3.3.1 Superación de una percepción desproporcionada del problema

Las personas con discapacidad o sus progenitores, tienden a adoptar una de las dos posiciones polarizadas ante las dificultades: sobreponerse o sucumbir ante ellas. Estas reacciones se suscitan por la actitud y la influencia de las personas más allegadas al individuo con discapacidad.

Generalmente, las personas con discapacidad tienden a sentir el problema mayor de lo que en realidad es. Las impresiones que tienen de las dificultades no están acorde con las verdaderas limitaciones, provocando una difusión de la situación de pérdida al resto de las actividades cotidianas, y reprimiendo cualquier intento de superación de la discapacidad.

Este crecimiento del problema es identificado por Wright como la “generalización de la discapacidad”.

2.3.3.2 Resolución de la discrepancia entre expectativas irreales y una aceptación realista de la discapacidad.

Cuando hay divergencia entre las expectativas que tiene el individuo y el estado real de su situación de pérdida, se originan sentimientos inapropiados. La autoimagen desvalorizada, favorece la generalización de los efectos de la discapacidad al resto de las áreas no afectadas en la vida de la persona. Esta

generalización es el resultado de la comparación entre el individuo y un modelo irreal de si mismo.

En enfrentamiento objetivo de la discapacidad permite la formulación de expectativas más realistas, sin subestimar las capacidades o engrandecer los obstáculos, sino más bien percibiéndolas en su verdadera magnitud.

En ocasiones, el deseo de recuperación en algunas personas con discapacidad o sus familiares es tan desmedido, que las lleva a tener expectativas irreales que, al no lograr alcanzarlas, provocan reacciones de aversión, de disgusto, sorpresa, frustración, etc.

El individuo que logra adaptarse emocionalmente a su discapacidad, desarrolla un nivel de tolerancia, paciencia y comprensión que es muy difícil encontrar en personas que no han sufrido una pérdida.

2.3.3.3 Descubrimiento de capacidades y recursos disponibles

Para que la persona con discapacidad sea tratada como miembro pleno de su familia, es necesario que su padre, madre y hermanos(as) superen sus propios sentimientos de culpabilidad, ansiedad, rechazo, etc., que impidan la aceptación e integración adecuada de la persona con discapacidad.

Cuando una persona con discapacidad es aceptada por su familia, generalmente es aceptada en el mismo grado por los demás.

Los padres y madres que enfatizan las capacidades de su hijo(a) con necesidades especiales, con mayor facilidad logran admitirlo tal como es, y se esfuerzan sanamente por brindarle oportunidades que contribuyan a su bienestar y desenvolvimiento.

Un estudio del psiquiatra Shulman, publicado en 1984 y mencionado por Esquivel, Morales y otras (1988, p.79) “...en el que entrevistó a padres de niños con discapacidad múltiple, y llegó a la conclusión de que los padres que mejor afrontaban el problema, eran aquellos que no creían, ni siquiera en el fondo de su ser, que fueran culpables de la condición de sus hijos. Estos padres tenían una opinión objetiva de sí mismos y eran francos con la familia, con los amigos y los doctores”.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se expondrán los procedimientos metodológicos que se llevarán a cabo para recoger la información y analizarla. Consta de los siguientes apartados:

1. Tipo de Investigación.
 - 1.1 Paradigma de la investigación.
 - 1.2 Enfoque de la investigación.
 - 1.3 Metodología de la investigación.
2. Población y Muestra.
3. Definición de conceptos.
4. Instrumentos.
 - 4.1 Descripción del instrumento.
5. Análisis de la información.
6. Alcances.
7. Limitaciones.
8. Cronograma.

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

1.1 Paradigma: Positivista

Según lo mencionado por Barrantes (1999) a este paradigma también se le denomina empírico analítico y racionalista y tuvo su origen en el siglo XIX en pensadores como Comte (1798-1857), según él uno de los postulados básicos de esta doctrina es "...el conocimiento válido sólo puede establecerse por referencia a lo que se ha manifestado a través de la experiencia". Es por esto que se puede ubicar esta investigación dentro del paradigma positivista, ya que es a través del análisis de las experiencias vividas por las madres de niños(as) con Discapacidad Múltiple, que se podrá determinar cuales factores son los que más influyen en su proceso de ajuste psicológico a la discapacidad.

La presente investigación presenta la realidad como simple, tangible, convergente y fragmentable y su finalidad es conocerla y explicarla con el objetivo de controlarla. Sus objetivos se basan en la explicación, la predicción y el control. Si se lograra describir y explicar los factores que más influyen, se contaría con una base común que sirva como punto de partida para trabajar con las madres de niños(as) con Discapacidad Múltiple, con el fin de favorecer un mayor y mejor ajuste psicológico a la discapacidad de sus hijos(as).

Además predomina el uso de técnicas cuantitativas como la aplicación de la Escala de ajuste para padres de niños con Discapacidad Múltiple, la cual se considera un instrumento válido y fiable; uso de técnicas estadísticas como la estadística descriptiva y un análisis de los resultados que se orienta a la verificación, confirmación o deducción.

1.2 Enfoque: Cuantitativo

Se puede afirmar que esta investigación sigue un enfoque cuantitativo ya que según Barrantes (1999, pp.70-71) “La investigación cuantitativa pone una concepción global positivista, hipotética-deductiva, objetiva, particularista y orientada a los resultados. Se desarrolla más directamente en la tarea de verificar y comprobar teorías por medio de estudios muestrales representativos. Aplica test y medidas objetivas, utilizando instrumentos sometidos a pruebas de validación y confiabilidad”⁵

Por lo tanto, se trata de una investigación que utilizará la aplicación de una escala para corroborar las variables que intervienen en el proceso de ajuste psicológico de las madres hacia la discapacidad de sus hijos (as), con el objetivo

⁵ Fuente: Barrantes, Rodrigo. **Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo.** EUNED. San José, Costa Rica, 1999.

de brindar información valiosa; habiendo sido este instrumento sometido a pruebas de validación y confiabilidad en un estudio anterior y utilizando una muestra representativa con respecto a la población con Discapacidad Múltiple del Centro de Enseñanza Especial de Heredia; además de la utilización de técnicas estadísticas y metodologías descriptivas para el análisis de datos; se puede reafirmar que dicha investigación se desenvuelve dentro de un enfoque cuantitativo.

1.3 Metodología: Descriptiva

Según Hernández (1998, pp. 59-62) los estudios descriptivos, como el que se pretende desarrollar son los que describen situaciones y eventos, o sea, se dice cómo son y cómo se manifiestan determinados factores en el proceso de ajuste psicológico a la discapacidad. Pretende describir y medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En este caso específico mide los factores frustración, valores y enfrentamiento objetivo a la discapacidad por medio de diversos indicadores a los cuales se les asigna un valor específico.

Se centra en medir, con la mayor precisión posible, de manera independiente los conceptos o factores a los que se refieren, pero a la vez integra las mediciones de los mismos para decir cómo es y cómo se manifiesta el proceso del ajuste psicológico a la discapacidad, y al mismo tiempo definir cuáles de los factores son los de mayor influencia.

Se requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas a las cuales busca respuesta.

Pueden ofrecer la posibilidad de predicciones rudimentarias; si se varía la muestra, aumentando la cantidad de personas y las regiones geográficas que abarca, se podría llegar a generalizar y obtener conclusiones acerca de cuáles serán los factores que están afectando a la mayoría de madres de niños con Discapacidad Múltiple y de qué manera se podrá trabajar con ellas para lograr un mayor ajuste.⁶

⁶ Fuente: Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. **Metodología de la Investigación.** Mc Graw Hill, México, 1998.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Hernández, Fernández y Baptista (1998, pp. 204-205) citan a Stelltiz, quien explica que una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Por lo tanto es necesario establecer claramente las características de la población; con el fin de delimitar cuales serán los parámetros muestrales; según Sudman, citado también por Hernández, Fernández y Baptista, la muestra suele ser definida como un subgrupo de la población.

Además, Hernández, Fernández y Baptista (1998, p. 206) mencionan que la población debe situarse claramente en torno a sus características de contenido, lugar y tiempo y responder a los objetivos de estudio. Por lo tanto en esta investigación se incluirá las madres de niños(as) con Discapacidad Múltiple, que estén debidamente diagnosticados y sean atendidos regularmente por el Ministerio de Educación Pública en el año 2004, en el Centro de Enseñanza Especial de Heredia ubicado en San Rafael de Heredia.

Sin embargo, de la anterior población se seleccionará una muestra equivalente a un 50% de las madres de los niños(as) con Discapacidad Múltiple que asistan al Centro de Enseñanza Especial de Heredia, cuyas edades oscilen entre 3 y 17 años.

Según lo mencionado por Hernández, Fernández y Baptista (1998, p. 226), la muestra con la que se trabajará, se puede situar como una muestra no probabilística, también llamada dirigida o intencionada, ya que la elección de las personas dependerá de la decisión del investigador debido a que deben cumplir con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

Esta muestra tiene la ventaja de ser útil para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una “representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características”, como es este caso específico; sin embargo, tiene la desventaja de que no se puede calcular con precisión el error estándar, ni se pueden generalizar los datos a una población que no se consideró, ni en sus parámetros ni en sus elementos para obtener la muestra.⁷

La investigación que se realizará requiere de una muestra que cumpla con características que ya han sido especificadas en el planteamiento del problema; por lo tanto, como se mencionó anteriormente, se llevará a cabo con madres de niños(as) con Discapacidad Múltiple, cuyas edades oscilen entre 3 y 17 años, que asistan al Centro de Enseñanza Especial de Heredia.

2.1 Descripción de la muestra

Todas las personas encuestadas pertenecen al sexo femenino. La mayoría de ellas (84%), son casadas o viven en unión libre, sólo el 16% son solteras, separadas o divorciadas y representan la cabeza de su hogar.

La mayoría de las madres (48%) se ubica entre los 36 y 45 años, mientras que otro grupo importante (32%) tiene entre 31 y 35 años.

El 80% de las madres encuestadas se enteró de la discapacidad de su hijo (a) antes de que éste(a) cumpliera un año de vida. El 52% de las madres encuestadas tiene de 1 a 2 hijos (as), la mayoría poseen familias pequeñas.

⁷ Fuente: Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México, 1998.

El 52% de las madres encuestadas posee estudios primarios, secundarios o universitarios completos, mientras que el resto (48%) tiene estudios incompletos en alguno de los tres niveles.

Finalmente cabe mencionar que un 44% de las madres trabaja fuera del hogar, mientras que un 56% sólo se ocupa de las labores domésticas.

3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE CONCEPTOS

CONCEPTO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
AJUSTE PSICOLÓGICO	Se define de acuerdo a los tres factores tomados en cuenta en la “Escala de Ajuste para Padres de niños con Discapacidad Múltiple”: la frustración, el sistema de valores y el enfrentamiento objetivo de la discapacidad.	“Escala de Ajuste para Padres de niños con Discapacidad Múltiple”
FRUSTRACIÓN	Se da cuando el individuo no alcanza los objetivos a que aspira y que corresponden a necesidades, debido a un obstáculo físico, social o conceptual.	Ítems designados con la letra “F” en la “Escala de Ajuste para Padres de niños con Discapacidad Múltiple”, correspondientes a los ítems: 1,4,7,10,13,16,19,22,25,28,31 y 34
VALORES	Un valor es una concepción específica e implícita que tiene un individuo o grupo de personas de lo deseable. Cualquier situación de pérdida, sea esta personal, familiar, física, material u otra, conlleva la ausencia de algo valioso, lo que significa que la persona debe tomar conciencia de que existen otros valores importantes.	Ítems designados con la letra “V” en la “Escala de Ajuste para Padres de niños con Discapacidad Múltiple”, correspondientes a los ítems: 2,5,8,11,14,17,20,23,26,29,32 y 35
ENFRENTAMIENTO OBJETIVO DE LA DISCAPACIDAD	Es la capacidad del individuo para asumir conductas específicas de encarar frente a frente su realidad, la que repercute en una comprensión gradual de las verdaderas dimensiones del problema, tomando en cuenta los recursos que tiene para las posibles soluciones a las dificultades.	Ítems designados con la letra “E” en la “Escala de Ajuste para Padres de niños con Discapacidad Múltiple”, correspondientes a los ítems: 3,6,9,12,15,18,21,24,27,30,33 y 36

4. INSTRUMENTOS

Se utilizará la “Escala de Ajuste para Padres de niños con Discapacidad Múltiple”, realizada por Esquivel, C; Morales, Y; Muñoz, D; Torres, A y Zonta, S, en su trabajo de Investigación presentado para optar al grado de Licenciatura en Discapacidad Múltiple.⁸ Dicha escala pretende obtener información acerca de la experiencia personal de madres de niños(as) con discapacidad múltiple.

Este instrumento consta de dos partes:

Primera parte

Instrucciones para responder la escala

Contiene en su primera página la presentación, propósito e indicaciones precisas para llenarlo.

Posteriormente a ésta siguen doce ítemes de datos generales, en los que se solicita información a la persona que esta respondiendo.

Segunda parte

Determinación o medición de los subconstructos:

- Manejo de frustración
- Profundización de valores
- Enfrentamiento objetivo de la discapacidad.

⁸ Esquivel, Clarissa; Morales, Yolanda; Muñoz, Delia; Torres, Ana Lorena; Zonta, Sandra. **Conceptualización y desarrollo instrumental para la evaluación del nivel de ajuste psicológico en padres de niños con Discapacidad Múltiple.** San José, Costa Rica, 1988.

Constituida por 36 ítems, 12 para cada subconstructo anteriormente señalado, correspondientes a afirmaciones que reflejan la opinión de las madres. Dentro del mismo, no se tomará ninguna respuesta como correcta o incorrecta; constituyen solamente opiniones personales, con respecto a las cuales se obtendrá el grado de ajuste psicológico de las madres hacia la discapacidad de sus hijos(as).

El instrumento a utilizar, según lo mencionado por Barrantes (1999), es una escala tipo Likert, debido a que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, ante los cuales se pide la reacción de las personas a las que se les administra. La persona debe escoger uno de las cuatro opciones de escogencia de la escala; los grados de frecuencia con que se presenta cada uno, esta de acuerdo con los siguientes criterios:

Muy De acuerdo De acuerdo En Desacuerdo Muy En Desacuerdo

A la hora de cuantificar los resultados, a cada una de estas opciones se les asigna un valor numérico, para cada ítem negativo, la opción “Muy De acuerdo” vale 1 punto, indicando un bajo ajuste, “De acuerdo” vale 2 puntos, “En Desacuerdo” vale 3 puntos y “Muy En Desacuerdo” vale 4 puntos. Para cada ítem positivo “Muy De acuerdo” vale 4 puntos, indicando un alto ajuste, “De acuerdo” vale 3 puntos, “En Desacuerdo” vale 2 puntos, “Muy En Desacuerdo” vale 1 punto. Al final se obtiene una puntuación total sumando las obtenidas en relación con cada afirmación; el cual nos indicará el grado de ajuste psicológico de las madres a la discapacidad de sus hijos(as).⁹

⁹ Fuente: Barrantes, Rodrigo. **Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo**. EUNED. San José, Costa Rica, 1999.

Además, en esta escala en particular, se obtendrán tres subtotales correspondientes a cada uno de los subconstructos descritos anteriormente: manejo de la frustración, profundización de valores y enfrentamiento objetivo de la discapacidad, indicando los factores de mayor influencia en el ajuste psicológico.

Las afirmaciones llevan un orden lógico correspondiendo alternadamente a los factores mencionados, y sus respuestas pueden ser positivas o negativas; no se presenta la opción neutra. Una puntuación se considera alta o baja, respecto del total de puntos máximos y mínimos por obtener.

4.1 Descripción del instrumento

4.1.1 Primera parte: Instrucciones para responder la escala

Ítemes de datos generales

1. Sexo de los encuestados (as)
2. Estado civil
3. Edad de las madres encuestadas
4. Edad del hijo (a) con discapacidad múltiple
5. Edad del hijo (a) cuando se enteró de la discapacidad
6. Número de hijos de las madres encuestadas
7. Lugar que ocupa el hijo (a) con discapacidad en relación a sus hermanos (as)
8. Trabaja fuera del hogar
9. Escolaridad
10. Religión que profesan los padres
11. Discapacidad (es) del niño (a)
12. Causa de la discapacidad

4.1.2 Segunda parte: Determinación o medición de los subconstructos

CONSTRUCTO	SUBCONSTRUCTOS	INDICADORES
<p style="text-align: center;">Ajuste Psicológico</p>	<p style="text-align: center;">Manejo de la Frustración</p>	<p>1. Además de mi trabajo, el cuidado del niño(a) me cansa mucho. 4. Mi familia acepta al niño(a). 7. Al ver los problemas de mi hijo(a) siento que yo no puedo hacer nada para cambiar la situación. 10. Siento que puedo sobrellevar bien la situación de mi hijo(a). 13. Nuestra situación económica ha sido obstáculo para la atención médica y educativa de nuestro niño(a). 16. Con el tiempo he logrado sentirme mejor frente a la situación de mi hijo(a). 19. Desde el nacimiento de mi hijo(a), me relaciono poco con la gente que yo quisiera relacionarme. 22. Algunas veces puedo hablar de mis problemas con alguien. 25. El niño(a) me causa muchas preocupaciones y molestias. 28. El tener un hijo(a) así ha causado una mayor dificultad económica para todos. 31. A veces me hace falta tener una vida más tranquila. 34. Por más que busco, no encuentro la forma de que mi hijo(a) logre hacer ciertas cosas.</p>
	<p style="text-align: center;">Profundización De Valores</p>	<p>2. En comparación con otros niños con limitaciones, pienso que mi hijo(a) se ha superado mucho. 5. Por su condición, espero que mi hijo(a) no tenga una vida muy larga. 8. Con la ayuda de Dios confío en poder sacar a mi hijo(a) adelante. 11. Frecuentemente me deprimó por la situación de mi hijo(a). 14. Considero que mi hijo(a) tiene más cualidades que defectos. 17. No he podido aceptar a mi hijo(a) por ser tan diferente a los demás. 20. Mi hijo(a) es mi mejor razón para luchar en la vida. 23. La situación de mi hijo(a) es un castigo de Dios. 26. Desearía tener salud para cuidar a mi hijo(a) toda la vida. 29. Las limitaciones de mi hijo(a) me hacen muy difícil poder aceptarlo. 32. En mis oraciones le pido a Dios que le dé salud a mi hijo(a) para que pueda vivir más. 35. Siento que la vida no me dio lo que yo quería.</p>
	<p style="text-align: center;">Enfrentamiento objetivo de la discapacidad</p>	<p>3. Las dificultades que paso por la condición de mi niño(a) generalmente tienen solución. 6. Siento que estoy solo en el mundo con el problema de mi hijo(a). 9. Mis amigos me aceptan con el niño(a). 12. Mi pareja (compañero(a)) y yo tenemos que afrontar solos los problemas de mi niño(a). 15. A mi hijo(a) lo tomamos en cuenta como un miembro más de la familia. 18. Puedo contar con familiares cuando necesito ayuda con mi niño(a). 21. La relación que tengo con mi hijo(a) me ha permitido entender las cosas que me quiere decir. 24. Mi compañero y yo discutimos y peleamos más a raíz de la situación del niño(a). 27. Me siento satisfecho con los servicios médicos y educativos que recibe mi hijo(a). 30. Desde que nació mi hijo(a) no he recibido ayuda espiritual de persona alguna. 33. Yo espero que mi hijo(a) pueda llegar a hacer cualquier cosa que hagan los demás niños. 36. Mis conocidos me aceptan con el niño.</p>

5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para realizar el análisis de la información recogida mediante la “Escala de Ajuste para padres de niños(as) con Discapacidad Múltiple”, se hará uso de la estadística descriptiva.

En primer lugar se realizará la tabulación de las escalas aplicadas utilizando un programa de Excel por medio del cual se determinarán los totales y subtotales de cada una de las escalas, para definir los porcentajes que deberán incluirse en los gráficos y cuadros que recojan toda la información obtenida.

En segundo lugar, siguiendo el procedimiento descrito por Hernández y colaboradores (1998, p. 343) para la estadística descriptiva; se describirán los datos y valores o subpuntuaciones obtenidas para cada uno de los factores, distribuyendo las puntuaciones o frecuencias ordenadas en sus respectivas categorías.¹⁰

De acuerdo a los subtotales obtenidos y a la descripción de la distribución de frecuencias, se determinará cuáles de los factores influyen más, en el proceso de ajuste psicológico a la discapacidad y se representarán por medio de gráficos y cuadros.

¹⁰ Fuente: Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. **Metodología de la Investigación.** Mc Graw Hill, México, 1998.

6. ALCANCES

Las proyecciones de este estudio son las siguientes:

1. Corroborar las variables que influyen en las madres de niños (as) con discapacidad múltiple, afectando su proceso de ajuste psicológico a la discapacidad.
2. Brindar información útil para al mejoramiento cualitativo de los programas de orientación a madres, al corroborar los factores que intervienen en el proceso de ajuste psicológico a la discapacidad de sus hijos(as).

7. LIMITACIONES

1. La escala será aplicada a una muestra que incluirá solamente madres. Debido a que generalmente son ellas quienes asumen el papel de mayor participación en el desarrollo de sus hijos(as) con discapacidad sin el apoyo de sus esposos, quienes casi nunca se acercan a la escuela y en muchas ocasiones existe completa ausencia de los mismos en el hogar.
2. A partir de los resultados de esta investigación, no será posible realizar generalizaciones más amplias, debido a que se utilizará una muestra intencional, que representará el 50 % de las madres de niños(as) con Discapacidad Múltiple, solamente del Centro de Enseñanza Especial de Heredia; por lo tanto no se podrá generalizar para otras regiones del país.

8. CRONOGRAMA DE TRABAJO

PRODUCTO DESEADO	PASOS A SEGUIR	FEBRE RO/2004	MARZO 2004	ABRIL 2004	MAYO 2004	JUNIO 2004	JULIO 2004	AGOS TO/2004
Capítulo I: El problema y su importancia.	<ul style="list-style-type: none"> - Breve introducción. - Justificación. - Antecedentes - Problema. - Objetivo general. - Objetivos específicos. - Delimitación 							
Capítulo II: Antecedentes teórico prácticos o Marco Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Breve introducción. - Ejes temáticos: Discapacidad Múltiple: definiciones de deficiencia, discapacidad, minusvalía y discapacidad múltiple, características de la población con D.M. y reseña histórica de los servicios brindados a esta población. Aceptación de hijos (as) con Discapacidad 							

	<p>Múltiple por sus padres: mitos sociales, parámetros de ajuste (frustración, valores y enfrentamiento objetivo de la discapacidad), superación de percepción desproporcionada del problema y resolución y descubrimiento de capacidades y recursos disponibles.</p>							
<p>Capítulo III: Marco Metodológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Breve introducción. - Paradigma de investigación. - Enfoque de la investigación. - Método de investigación: sujetos de información, otras fuentes de información, técnicas e instrumentos de investigación (especificarlas, definir las teórica y operacionalmente) y variables (definición 							

	conceptual y operacional) -Aplicación del instrumento (escala) a una muestra intencional del 50% de la población. -Tabulación de los datos obtenidos mediante la escala.							
Capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados.	-Análisis e interpretación de los resultados.							
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.	-Conclusiones y recomendaciones.							
Capítulo VI: Limitaciones.	-Limitaciones.							
Capítulo VII: Discusión Final.	-Discusión Final.							
Capítulo VIII: Bibliografía y Anexos	- Bibliografía - Anexos							

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Este capítulo se desarrollará con el objetivo de realizar un análisis exhaustivo de la información obtenida por medio de la “Escala de ajuste de padres de niños (as) con discapacidad múltiple” e interpretar sus resultados para dar respuesta a los objetivos propuestos al inicio de este estudio. Consta de los siguientes apartados:

1. Estadísticas descriptivas sobre la población en estudio.
2. Análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la “Escala de ajuste para padres de niños (as) con discapacidad múltiple”.
 - 2.1 Fase I: análisis de cada uno de los subtotales para determinar cual es el de mayor influencia.
 - 2.2 Fase II: análisis de los resultados totales de la aplicación de la escala.

1. ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS SOBRE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Los siguientes resultados, se obtuvieron en la primera sección del instrumento, y se refieren a los datos sociodemográficos que caracterizan a la población considerada en este estudio.

La información al respecto se basa en las respuestas obtenidas con el 50% de las madres de niños (as) con discapacidad múltiple, cuyos hijos (as) son atendidos en el Centro de Enseñanza Especial de Heredia durante el año 2004 y que conforman la muestra de este estudio.

1.1 Sexo de los encuestados (as)

El 100% de las personas encuestadas corresponde al sexo femenino. Dentro de la organización familiar en Costa Rica, una característica de ésta es delegar la mayoría de las funciones educativas a las madres. Este trabajo no constituye la excepción, ya que la totalidad de las personas que llenaron la

encuesta fueron mujeres. Este resultado se entiende mejor debido a la severidad de la problemática del niño (a) con discapacidad múltiple, quien requiere de mayores cuidados, los que suple la madre, mientras el padre es el proveedor del hogar.

1.2 Estado civil de las encuestadas

Con respecto al estado civil de las encuestadas se tiene la siguiente información:

CUADRO N° 1: Estado Civil de Madres Encuestadas

Estado Civil	Absoluta Relativa	
Soltera	1	4,0%
Casada	16	64,0%
Divorciada	2	8,0%
Separada	1	4,0%
Viuda	0	0,0%
Unión Libre	5	20,0%
Total	25	100,0%

El 64% de los niños (as) pertenecen a una familia cuyos padres están casados, el 20% son hijos (as) de madres que viven en unión libre, el 8% son hijos (as) de madres divorciadas, 4% son hijos (as) de madres solteras y otro 4% de madres separadas.

El hecho de que el 64% de las encuestadas sean casadas, no necesariamente implica que tengan un hogar integrado, donde el padre asume sus responsabilidades, aunque este dato es esperanzador, no significa que la madre tenga ayuda total en relación a la discapacidad de su hijo (a) (Ver gráfico N°1).

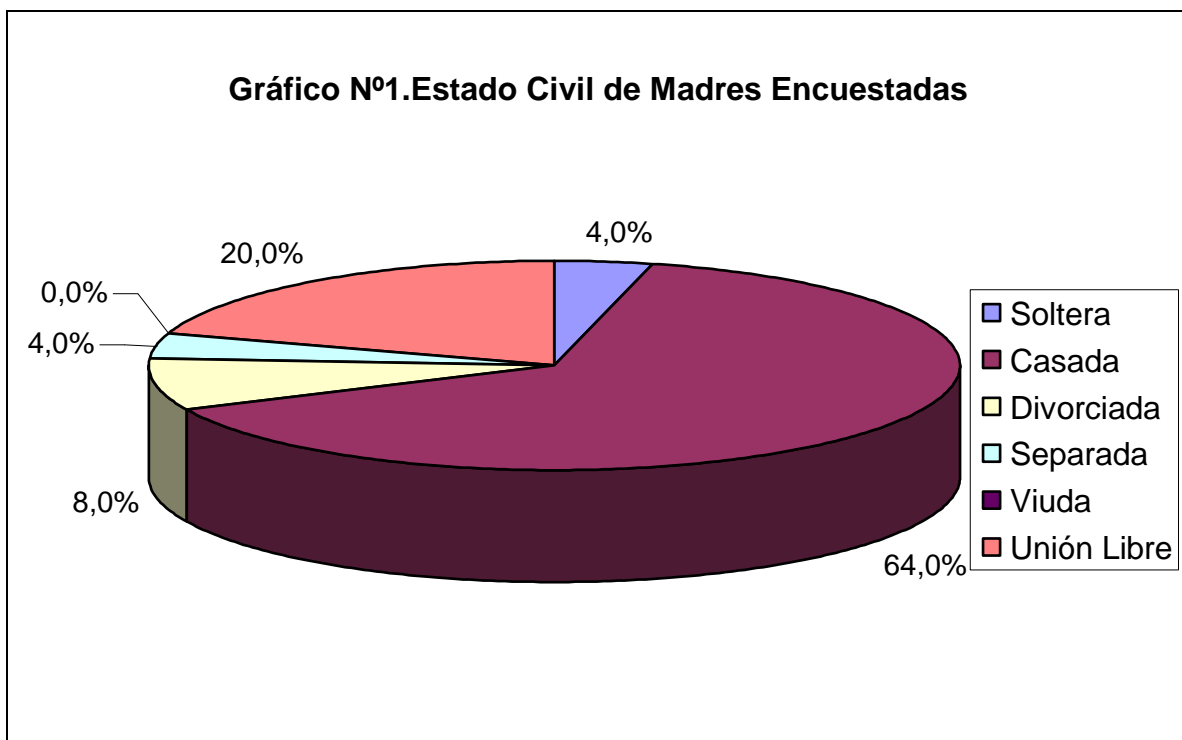


Gráfico N° 1: Estado Civil de Madres Encuestadas

1.3 Edad de las madres

Con respecto a la edad de las madres encuestadas, se obtuvieron los siguientes datos:

CUADRO N° 2: Edad de Madres Encuestadas

<u>Edad</u>	<u>Absoluta</u>	<u>Realtiva</u>
25 años o menos	0	0,0%
De 26 a 30 años	2	8,0%
De 31 a 35 años	8	32,0%
De 36 a 45 años	12	48,0%
Más de 45 años	3	12,0%
Total	25	100,0%

En el cuadro anterior se nota claramente que la mayoría de las madres (48%) son personas maduras, pues se ubican entre los 36 y 45 años (Ver gráfico N°2)

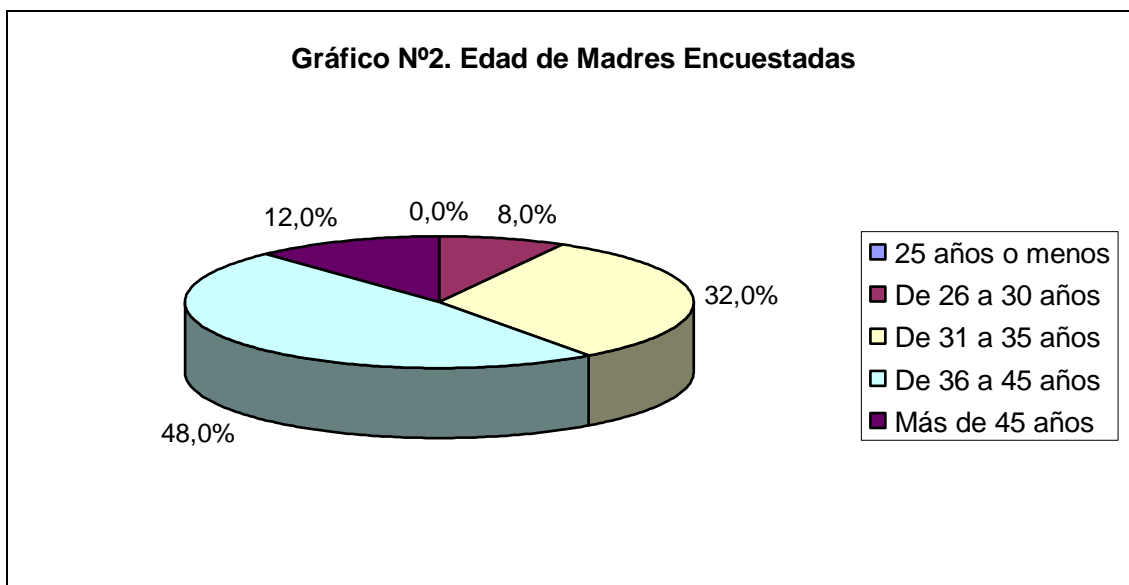


Gráfico N° 2: Edad de Madres Encuestadas

1.4 Edad del hijo (a) con Discapacidad Múltiple

Al hacer referencia a la edad de los hijos (as) de las madres encuestadas, se obtuvo la siguiente información, tal y como aparece en el cuadro N°3.

CUADRO N° 3: Edad del hijo (a) con la Discapacidad Múltiple atendido por el MEP en el año 2004

Edad	Absoluta	Realtiva
De 0 a 5 años	10	40,0%
De 6 a 10 años	12	48,0%
De 11 a 16 años	2	8,0%
Más de 16 años	1	4,0%
Total	25	100,0%

Se observa claramente que el 40% de los niños (as) con discapacidad múltiple tomados en cuenta en esta investigación, tienen edades entre los 0 meses y 5 años, y un 48% se encuentra entre los 6 y 10 años.

Se constata que la mayoría de los niños (as) con discapacidad múltiple atendidos en el Centro de Enseñanza Especial de Heredia están en edad escolar. Conforme aumenta la edad de estas personas, es menor la asistencia al centro educativo (Ver gráfico N° 3).

Esto puede deberse a diferentes causas:

- La severidad de las discapacidades del niño (a) dificultan el traslado del mismo (a) al centro educativo.
- La lejanía del lugar de residencia al centro educativo.
- La escasez de los servicios de atención educativa para adolescentes con discapacidad múltiple.
- Servicios de transporte público inadecuados.

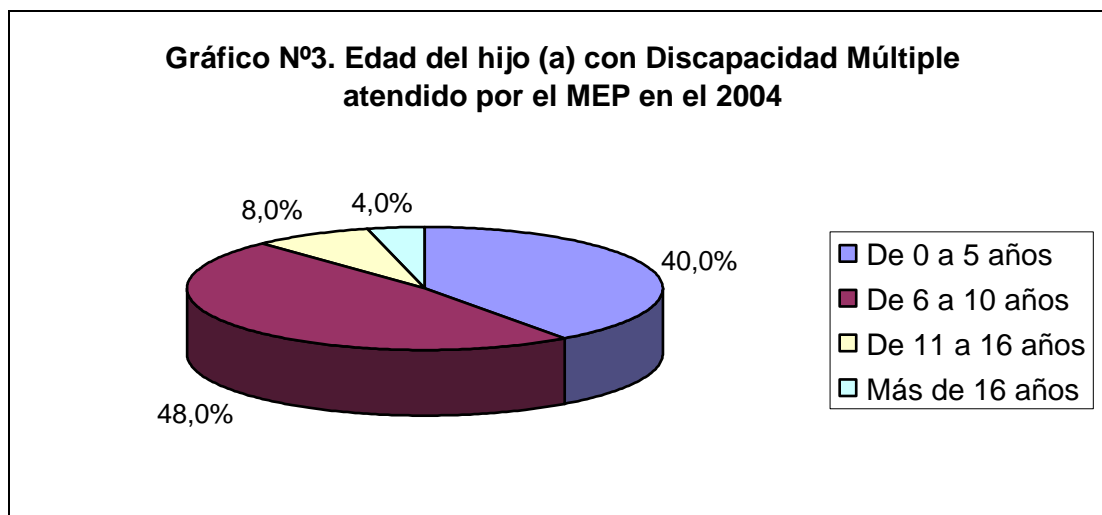


Gráfico N° 3: Edad de Hijo (a) con Discapacidad atendido por el MEP en el 2004

1.5 Edad del hijo (a) con Discapacidad Múltiple cuando la madre se enteró de la discapacidad

Otro dato de carácter general se refiere a la edad que tenían los niños (as) cuando las madres se enteraron que presentaban discapacidad múltiple.

CUADRO N° 4: Edad del hijo (a) con Discapacidad Múltiple cuando la Madre se enteró de la Discapacidad

Edad	Absoluta	Realtiva
De 0 a 1 año	20	80,0%
De 2 a 5 años	5	20,0%
De 6 a 8 años	0	0,0%
Más de 8 años	0	0,0%
Total	25	100,0%

En este cuadro se aprecia que la mayoría de las madres encuestadas (80%) se enteró de la discapacidad de su hijo (a) antes de que éste cumpliera 1 año de vida, lo que es comprensible debido a la severidad de las limitaciones, las que son muy evidentes y detectadas a edades tempranas por sus padres, madres o personas allegadas (Ver gráfico N°4).

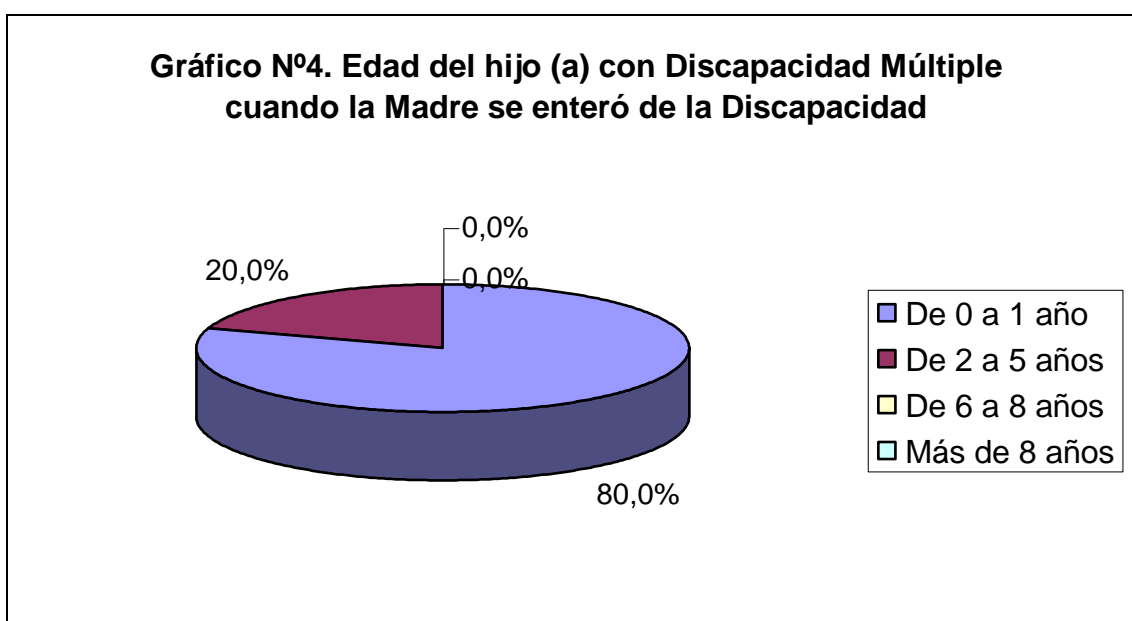


Gráfico N° 4: Edad del hijo (a) con Discapacidad Múltiple cuando la madre se enteró de la Discapacidad

1.6 Número de hijos de madres encuestadas

Sobre el número de hijos que tienen las madres encuestadas se obtuvo la siguiente información:

CUADRO N° 5: Número de hijos (as) de Madres encuestadas

Número	Absoluta	Relativa
De 1 a 2 hijos	13	52,0%
De 3 a 4 hijos	12	48,0%
De 5 a 6 hijos	0	0,0%
Más de 6 hijos	0	0,0%
Total	25	100,0%

La información mostrada por el cuadro anterior indica que el 52,0% tiene solamente entre uno y dos hijos (as), y el 48,0% tiene entre tres y cuatro hijos (as). De acuerdo con esto la mayoría de las encuestadas poseen familias pequeñas (Ver gráfico N°5).

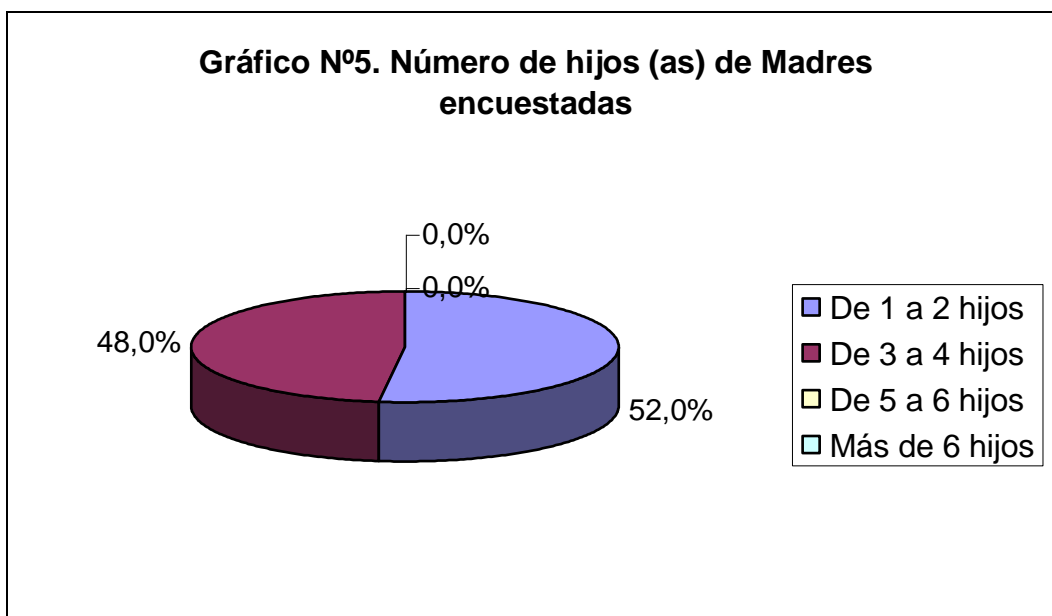


Gráfico N° 5: Número de hijos (as) de Madres Encuestadas

1.7 Lugar que ocupa el hijo (a) con Discapacidad Múltiple en la familia.

En lo referente al lugar que ocupa el niño (a) dentro de la familia, el 36% de los mismos son primogénitos, el 44% es el segundo hijo (a) y el 20% es el tercero (a).

CUADRO N° 6: Lugar que ocupa el hijo (a) con Discapacidad Múltiple en la familia

Lugar	Absoluta	Relativa
Primero	9	36,0%
Segundo	11	44,0%
Tercero	5	20,0%
Total	25	100,0%

De acuerdo a lo anterior, se concluye que probablemente, estas madres, limiten el número de hijos (as) debido al temor de tener otro niño (a) con discapacidad múltiple (Ver gráfico N° 6)

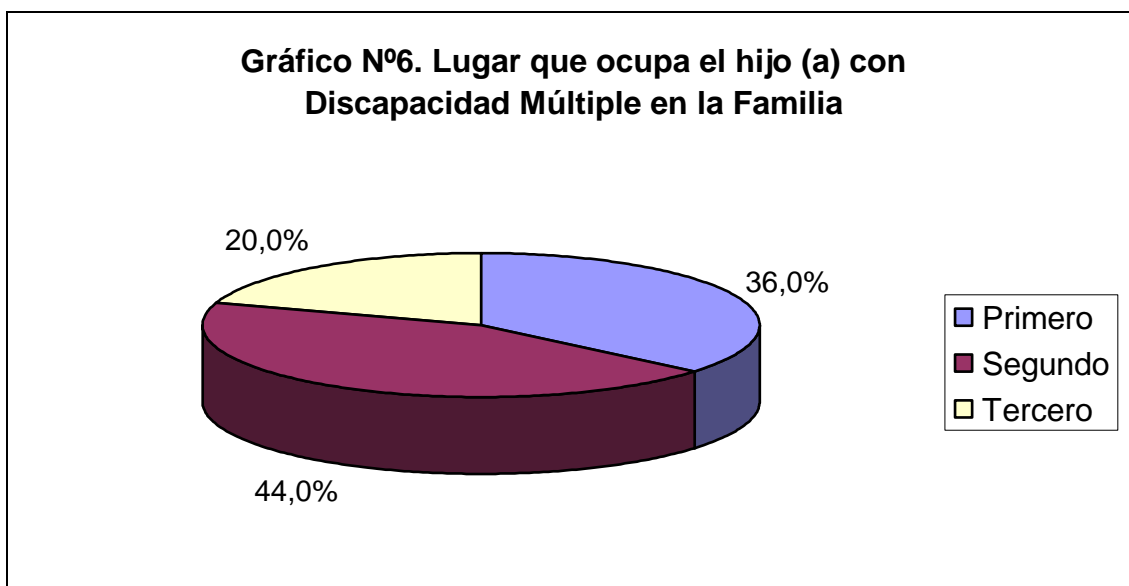


Gráfico N° 6: Lugar que ocupa el hijo (a) con Discapacidad Múltiple en la Familia

1.8 Número de madres encuestadas que trabaja fuera del hogar

Otro de los factores considerados en este estudio es si las madres encuestadas trabajan o no fuera del hogar.

Cuadro N° 7: Número de Madres encuestadas que trabajan Fuera del Hogar

Trabaja fuera	Absoluta	Relativa
Sí	11	44,0%
No	14	56,0%
Total	25	100,0%

Como se mencionó con anterioridad, la mayor parte de las responsabilidades educativas recaen en manos de las madres de los niños (as) con discapacidad, situación que afecta su posibilidad de trabajar fuera del hogar (Ver gráfico N° 7).

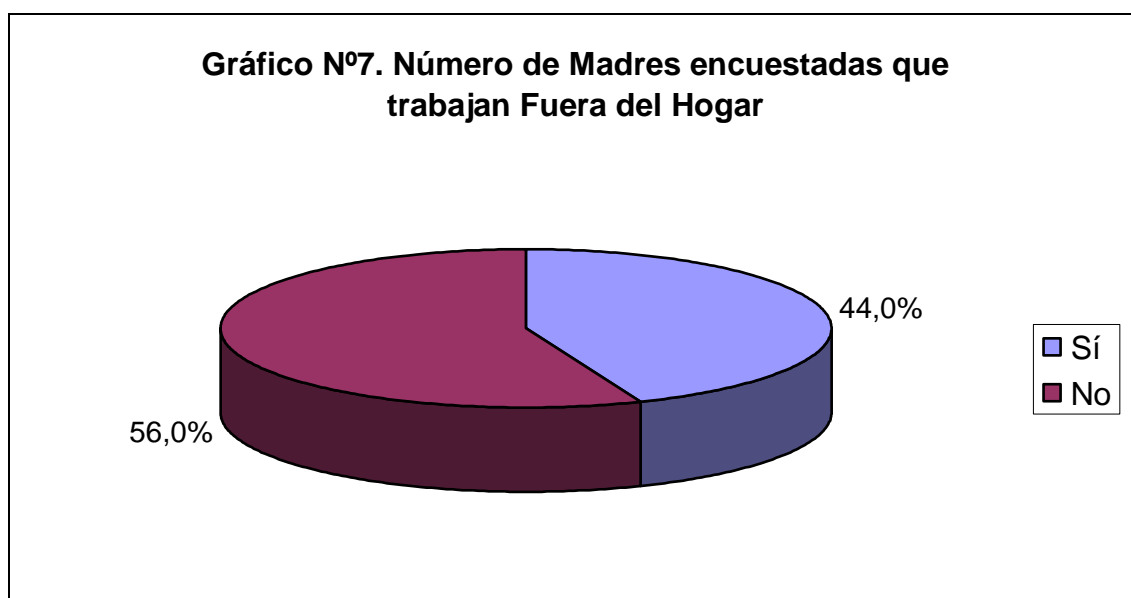


Gráfico N° 7: Número de Madres encuestadas que trabajan Fuera del Hogar

1.9 Escolaridad de las madres encuestadas

Uno de los factores considerados en este estudio es el nivel de escolaridad de las madres encuestadas.

CUADRO N° 8: Escolaridad de las Madres Encuestadas

Grado de escolaridad	Absoluta	Relativa
Ninguno	0	0,0%
Primaria incompleta	3	12,0%
Primaria completa	4	16,0%
Educ.media incompleta	6	24,0%
Educ.media completa	6	24,0%
Universidad incompleta	3	12,0%
Universidad completa	3	12,0%
Total	25	100,0%

Obsérvese que todas las señoras encuestadas tienen algún tipo de estudio. El 28% tiene algún grado de estudios primarios, el 48% tiene algún grado de estudios secundarios y el 24% tiene cierto grado de estudios universitarios (Ver gráfico N° 8).

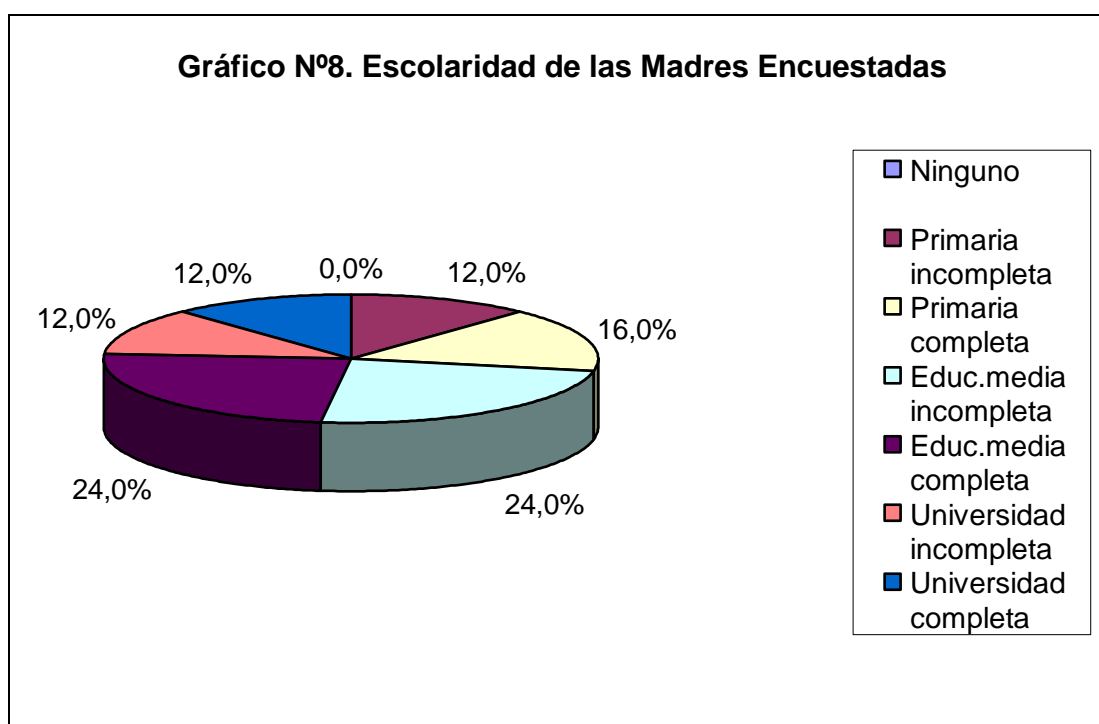


Gráfico N° 8: Escolaridad de las Madres Encuestadas

Sin embargo, a pesar de contar con algún grado de escolaridad, más de la mitad de las madres no trabaja fuera del hogar, o sea, no utiliza sus estudios para desempeñarse laboralmente; esto debido probablemente a que la atención de su hijo (a) con discapacidad le demanda la utilización de la mayoría de su tiempo.

1.10 Religión que profesan las madres

Con respecto a la religión de las encuestadas, estas se ubican de la siguiente manera.

CUADRO N° 9: Religión que profesan las Madres

Religión	Absoluta	Relativa
Ninguna	2	8,0%
Católica	18	72,0%
Cristiana	4	16,0%
Evangélica	1	4,0%
Total	25	100,0%

De acuerdo a la información obtenida, el 72% pertenecen a la religión católica, el 16% pertenecen a la religión cristiana, el 4% a la religión evangélica y el 8% no practican ninguna religión. Se puede observar la participación de las madres en otras religiones, que no son necesariamente la oficial. Solamente un 8% no pertenece a ninguna religión; es muy posible que esto se deba a que para la sociedad costarricense es importante pertenecer a una religión, aunque no sea practicada regularmente. Este bajo porcentaje era de esperarse, pues las dificultades que se tienen con un niño (a) con discapacidad múltiple obliga a sus padres y madres a buscar algún tipo de apoyo espiritual (Ver gráfico N°9).

Gráfico N°9. Religión que profesan las Madres

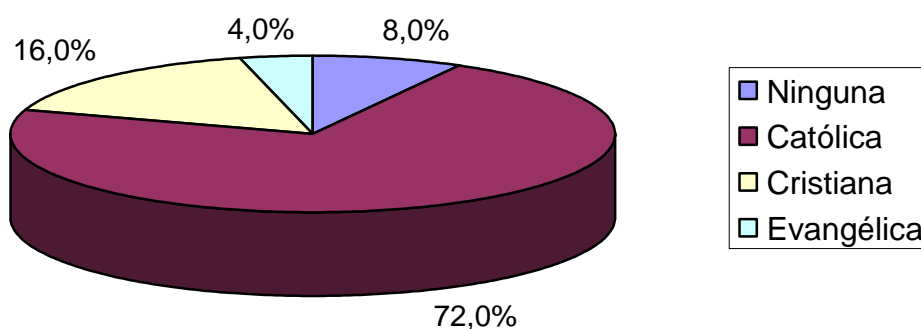


Gráfico N° 9: Religión que profesan las Madres

1.11 Discapacidades que presenta el hijo (a)

En cuanto a las discapacidades que presentan los hijos (as) de las madres encuestadas se obtuvo la siguiente información.

CUADRO N° 10: Discapacidades que presenta el hijo (a)

Discapacidades	Absoluta Relativa	
PCI	9	36,0%
PCI y RM	2	8,0%
PCI y DV	2	8,0%
PCI y PL	6	24,0%
PCI y PEC	1	4,0%
EB e hidrocefalia	2	8,0%
PCI asoc.a 2 o + discap.	3	12,0%
Total	25	100,0%

PCI= Parálisis Cerebral Infantil RM= Retraso Mental DV= Discapacidad Visual PL= Problemas del Lenguaje PEC= Problemas Emocionales y de Conducta EB= Espina Bífida

La información recolectada refleja el conocimiento que las madres tienen de la condición de sus hijos (as) que en algunos casos no es realista. Por ejemplo, se observa que un 36% manifiesta que su hijo (a) tiene sólo PCI, lo que realmente es falso ya que los hijos (as) de todas las madres encuestadas, asisten al servicio de Discapacidad Múltiple, por lo tanto significa que tienen PCI (discapacidad motora) asociada a una o más discapacidades.

Por otra parte algunas señoras sí reportan que sus hijos tengan dos o más discapacidades. Sin embargo la información recolectada con un solo ítem al respecto no es suficiente para generalizar sobre el conocimiento que tienen las madres sobre las discapacidades de sus hijos (as) (Ver gráfico N°10).

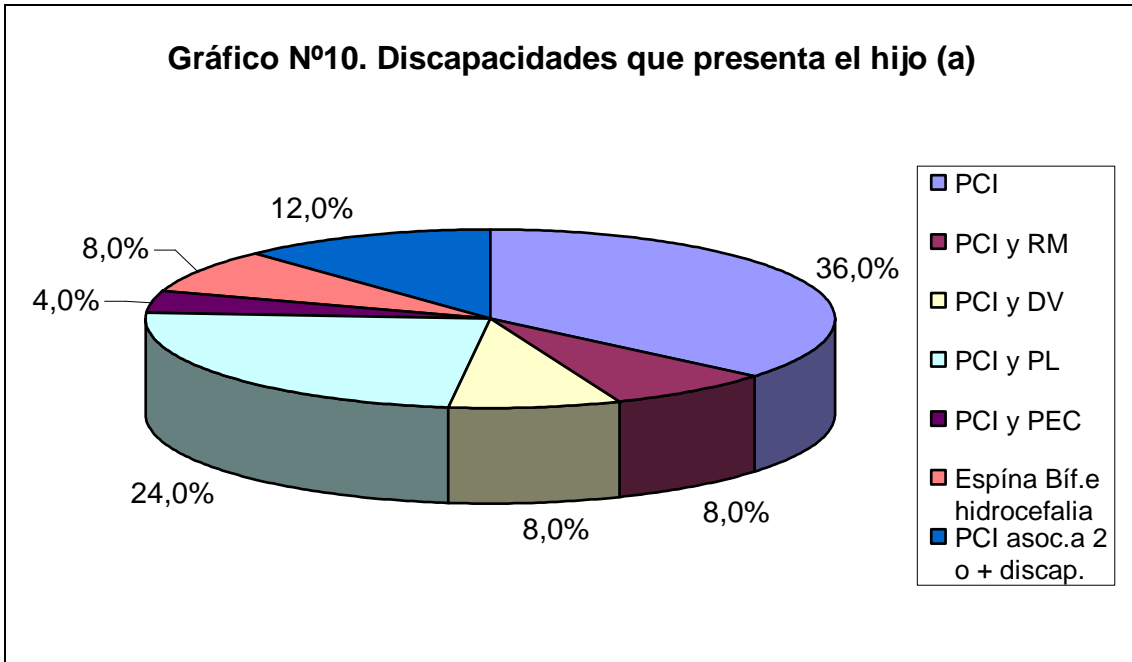


Gráfico N° 10: Discapacidades que presenta el hijo (a)

1.12 Momento en que se produjo la Discapacidad

Según la información que poseen las madres, la mayoría de las discapacidades de sus hijos (as) (56%) se produjeron durante el embarazo, mientras que un 40% se produjeron al momento de nacer, y solo un 4% después del nacimiento, información que se corrobora en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 11: Momento en que se produjo la discapacidad

Discapacidad	Absoluta	Relativa
Durante el embarazo	14	56,0%
Al nacer	10	40,0%
Poco tiempo después	1	4,0%
Mucho tiempo después	0	0,0%
Total	25	100,0%

Los dos primeros porcentajes son altos y alarmantes, ya que hacen reflexionar acerca de cuantos de estos casos pudieron haberse prevenido y/o evitado. Sin embargo, es necesario considerar el avance tecnológico en la medicina que permite la sobrevivencia de muchos niños (as) que antes fallecían, sobrevivencia que implica secuelas importantes tras las complicaciones de la gestación o del parto, (Ver gráfico N°11).

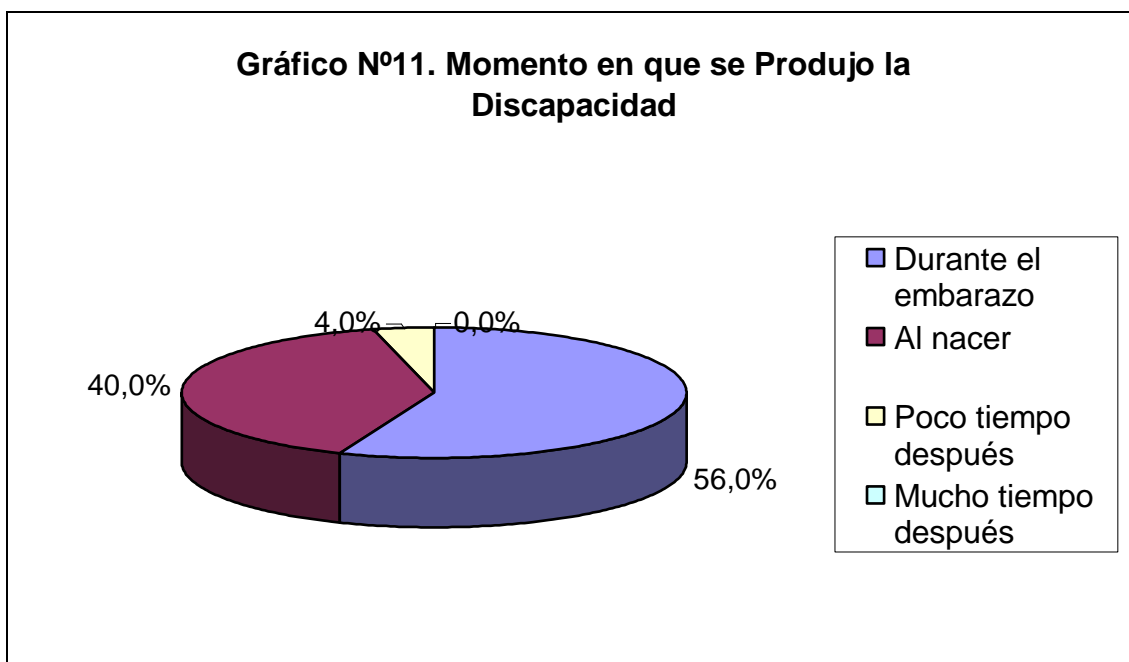


Gráfico N° 11: Momento en que se Produjo la Discapacidad

2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA APLICACIÓN DE LA “ESCALA DE AJUSTE PARA PADRES DE NIÑOS (AS) CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE”.

Esta sección del estudio, se refiere a los resultados obtenidos mediante la aplicación de la **“Escala de ajuste para padres de niños (as) con discapacidad múltiple”**. Para tal efecto, se consideró la puntuación obtenida tanto en la escala total o de ajuste como en las escalas parciales (frustración, valores, enfrentamiento).

Seguidamente se transcribe la descripción incluida en el instructivo para la evaluación de la “Escala de ajuste para padres de niños (as) con discapacidad múltiple”, en el que se consideran todos los aspectos de la misma. Cabe destacar que el instructivo para la aplicación e interpretación de esta escala, no es incluido como anexo en este trabajo, por cuanto las investigadoras que crearon la escala, señalan en las recomendaciones de su investigación que la misma, no se puede reproducir, ni aplicar sin la previa autorización de alguna de ellas, del que fue su director de tesis (Ph. D. Gastón De Mézerville) o de la Escuela de Orientación y Educación Especial de la Universidad de Costa Rica. Señalan además que la escala solo debe ser utilizada por investigadores y especialistas relacionados con la rehabilitación y educación especial, quienes además deben conocer el marco teórico en el que se basó la elaboración de la escala, así como el dominio en el uso del mismo instructivo. En el caso personal, he podido utilizarlo por contar con la asesoría directa de una de las investigadoras que participó en su creación.

ESCALA DE AJUSTE: MÁXIMO 144 PUNTOS

Superior a los 129 puntos: la persona tiene la voluntad y la capacidad que se requiere para enfrentar el problema del niño, delimitando la discapacidad a otras áreas no afectadas. Es un padre de familia que acepta a su hijo (a) tal y como es, sintiendo satisfacción con cada meta que el niño (a) logre dentro de sus limitaciones.

Entre 129 y 118: la persona tiene un potencial considerable para enfrentar la situación del niño. Con poca orientación, puede esperarse que desarrolle sentimientos positivos y satisfactorios.

Entre 118 y 106: la persona posee recursos para enfrentar la situación del niño, pero requiere de gran esfuerzo de su parte, así como de mayor orientación para salir adelante.

Por debajo de los 106: su potencial es muy limitado. Es una persona con mucha frustración no encuentra sentido a la vida y se centra en las limitaciones del niño más que en sus capacidades.

ESCALAS PARCIALES

FRUSTRACIÓN: MÁXIMO 48 PUNTOS

Superior a los 41: es un individuo que limita su frustración, que no se auto-compadece, que no considera la discapacidad de su hijo (a) como un problema sin solución. Al contrario, tiene grandes probabilidades de superar con madurez los obstáculos que impiden alcanzar sus metas más deseadas.

Entre 41 y 36: existe la posibilidad de que no acepte los obstáculos como insalvables y la solución como imposible. Los sentimientos de frustración pueden ser superados con un poco de ayuda profesional.

Entre 36 y 30: la persona requiere de mucha ayuda profesional para enfrentar la situación de pérdida, reconociendo que debe cambiar sus metas y buscar nuevos medios para alcanzarlas.

Por debajo de los 30: se deja frustrar más allá de lo que él puede soportar, produciéndose desórdenes de comportamiento al no cambiar sus metas y medios.

VALORES: MÁXIMO 48 PUNTOS

Superior a los 46: el individuo tiene una amplia profundización de valores, toma conciencia de que existen otros más importantes. Percibe de los valores dañados, aquellos aspectos esenciales encontrando significado concreto a su vida.

Entre 46 y 42: con orientación adecuada, los sentimientos de lamentación y pérdida pueden disminuir gradualmente, hasta llegar a percibir la pérdida con una actitud de aceptación.

Entre 42 y 38: necesita mayor orientación para superar los sentimientos de lamentación. Sin la atención adecuada puede perder la perspectiva de los valores fundamentales, percibiendo la discapacidad en términos de todas aquellas satisfacciones personales y sociales que siente que le son negadas.

Por debajo de los 38: no hace ninguna diferenciación clara entre aquellas áreas que están conectadas con la discapacidad y aquellas que no lo están. Todo lo que le importa a la persona son los valores afectados por la situación de pérdida; ningún otro valor es importante en su vida.

ENFRENTAMIENTO: MÁXIMO 48 PUNTOS

Superior a los 45: ante la situación de pérdida, la persona delimita apropiadamente los efectos de la misma, comprendiendo en forma gradual las verdaderas dimensiones del problema. Se adapta a las propias limitaciones de la situación, reconociendo capacidades y virtudes.

Entre 45 y 40: la actitud de sobreponerse ante las dificultades es muy positiva. Con una buena orientación se puede esperar una percepción objetiva del problema.

Entre 40 y 35: la persona se ubica dentro del promedio, sin embargo requiere de una mayor orientación, pues de lo contrario su conducta puede

apartarse de la realidad, minimizando las capacidades residuales de su hijo y sobreestimando sus dificultades.

Por debajo de 35: el individuo no es capaz de reconocer las capacidades de su hijo; no enfrenta directa y claramente la realidad. Añade a las limitaciones reales otras muchas, que no tienen conexión con la discapacidad”¹¹.

¹¹Esquivel, C., Morales, Y., Muñoz, D., Torres, A., y Zonta, S. (1998). **Instructivo para la evaluación de la “Escala de ajuste para padres de niños (as) con discapacidad múltiple”**. Pag 7 a 9.

2.1 Fase I: análisis de cada uno de los subtotales para determinar cual es el de mayor influencia.

2.1.1 Escala Parcial Manejo de la Frustración

La escala parcial que mide el manejo de la frustración se compone de ítemes que describen la adecuada o inadecuada resolución de las necesidades personales de las madres.

Los puntajes obtenidos con los ítemes de la escala referentes al manejo de la frustración son los siguientes.

CUADRO N° 12: Escala Parcial Manejo de Frustración

Intervalo de calificación	Absoluto	Relativo
Más de 41	5	20,0%
De 41 a 36	3	12,0%
De 36 a 30	12	48,0%
Menos de 30	5	20,0%
Total	25	100,0%

Es interesante observar que el número de personas que obtuvo el mayor y el menor puntaje es el mismo, o sea que hay un 20% de madres con habilidad para adaptar sus metas de vida o encontrar nuevos medios para satisfacer sus necesidades personales ante una situación de pérdida. Asimismo un 20% de las madres se deja frustrar más allá de lo que puede soportar, y no intenta superar los obstáculos cambiando sus metas.

Por otra parte se tiene que un 12% podría superar sus sentimientos de frustración con un poco de ayuda profesional, mientras que, la mayoría de las madres que respondieron la escala (48%), requiere de mucha ayuda profesional para enfrentar la situación de pérdida, reconociendo que debe cambiar sus metas y buscar nuevos medios para alcanzarlas. Evidentemente, el manejo de la frustración, es una de las áreas débiles y en el que requieren atención las madres de niños con discapacidad múltiple (Ver gráfico N°12).

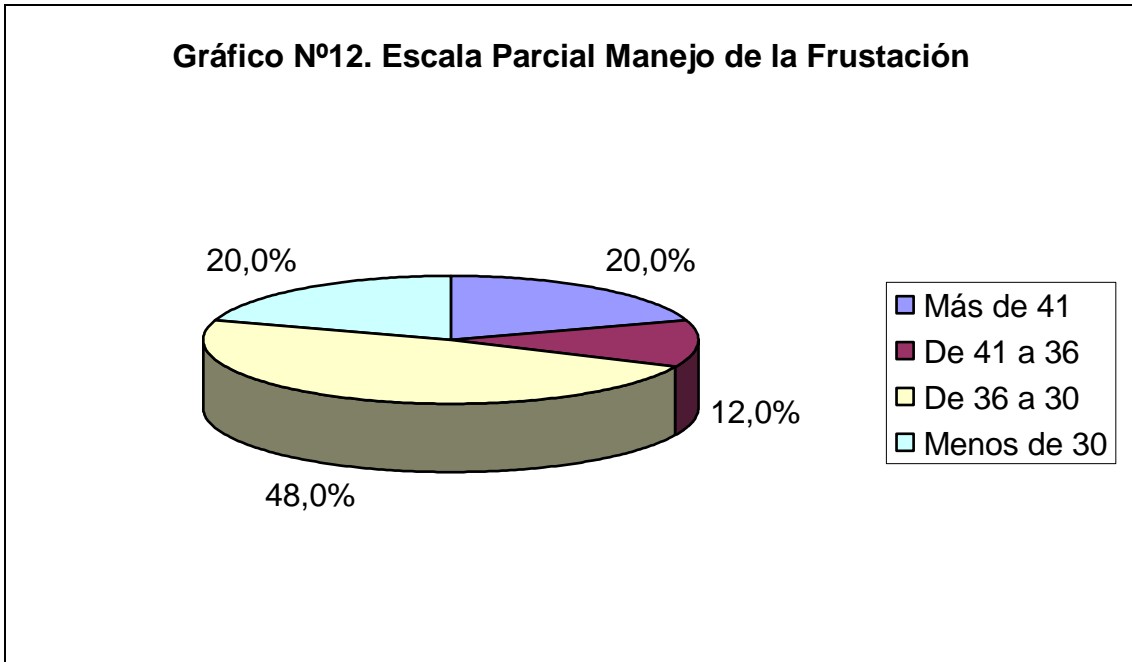


Gráfico N° 12: Escala Parcial Manejo de la Frustración

2.1.2 Escala Parcial Profundización de Valores

Los ítems de esta escala son afirmaciones de razones que, a juicio de la persona explican el significado existencialmente satisfactorio, o la falta de significado, que encuentran en sus circunstancias reales, en este caso, en el hecho de tener un hijo (a) con discapacidad múltiple. Los resultados obtenidos con esta escala se aprecian en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 13: Escala Parcial Profundización de Valores

Intervalo de calificación	Absoluto	Relativo
Más de 46	1	4,0%
De 46 a 32	13	52,0%
De 42 a 38	8	32,0%
Menos de 38	3	12,0%
Total	25	100,0%

De las madres encuestadas solamente un 4% obtuvo un puntaje mayor a 46, lo que significa que tienen conciencia de que aunque hay valores dañados, existen otros más importantes, encontrando significado concreto a su

vida. Un gran porcentaje (52%), con orientación adecuada, podrían disminuir los sentimientos de lamentación y de pérdida, hasta lograr la aceptación. Se tiene un 32% que requiere de mayor orientación, y solo un 12% no diferencia entre las áreas conectadas con la discapacidad y las que no lo están.

En general, se puede decir que la mayoría de las madres encuestadas se encuentran en rangos aceptables o manejables en lo que a valores respecta, por lo que no es el campo que más afecta el ajuste a la discapacidad (Ver gráfico N°13).

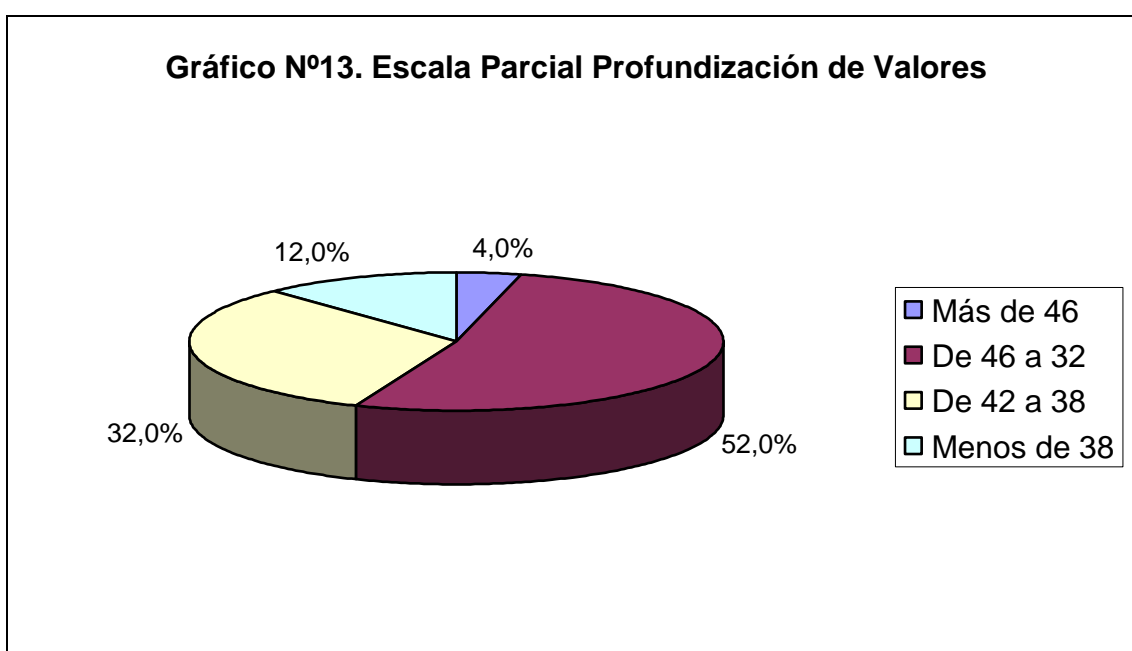


Gráfico N° 13: Escala Parcial de Profundización de Valores

2.1.3 Escala Parcial Enfrentamiento Objetivo de la Discapacidad

Los ítems de la escala correspondientes al enfrentamiento objetivo de la discapacidad se caracterizan por hechos que reflejan o no una posición personal de enfrentar directamente la realidad. La aplicación de esta escala produjo los siguientes resultados (Ver cuadro N°14).

CUADRO N° 14: Escala Parcial Enfrentamiento Objetivos de la Discapacidad

Intervalo de calificación	Absoluto	Relativo
Más de 45	0	0,0%
De 45 a 40	4	16,0%
De 40 a 35	10	40,0%
Menos de 35	11	44,0%
Total	25	100,0%

Como se observa no hubo ninguna persona que obtuviera el máximo puntaje, y solo un 16% tiene una actitud positiva para sobreponerse ante las dificultades. Por otra parte un 40% requiere de mayor orientación para adaptarse a la realidad, y un 44% no es capaz de reconocer las capacidades de su hijo (a), no enfrentando directa y claramente la realidad.

Contrariamente a la escala de valores, se observa que el enfrentamiento objetivo de la discapacidad sí representa una barrera importante para que las madres logren el ajuste psicológico a la discapacidad (Ver gráfico N°15).

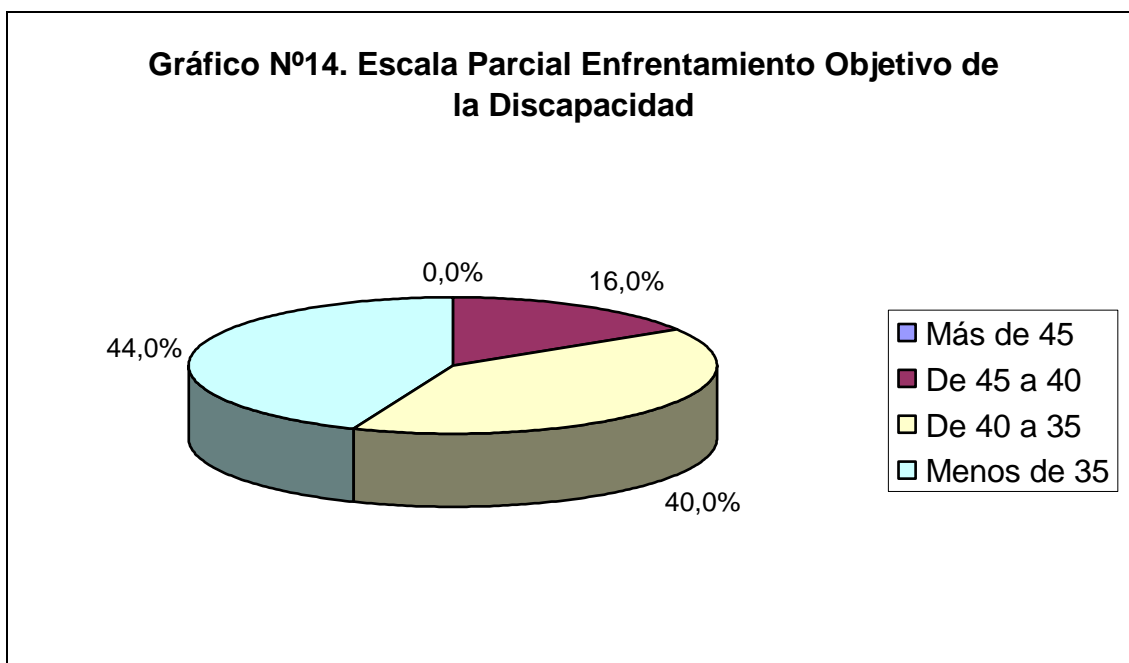


Gráfico N° 14: Escala Parcial Enfrentamiento Objetivo de la Discapacidad

2.2 Fase II: análisis de los resultados totales de la aplicación de la escala.

Los resultados obtenidos con la aplicación de la “Escala de ajuste para padres de niños (as) con discapacidad múltiple” son reflejo de los sentimientos y/o reacciones de las madres. Reacciones que forman parte del esfuerzo que hacen por reorganizar activamente sus vidas, evidenciándose la necesidad de recibir ayuda profesional (apoyo, orientación, estímulo, etc.), para lograr un mayor ajuste a la situación de discapacidad de su hijo (a).

Lo datos obtenidos se aprecian en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 15: Escala de Ajuste para Madres de niños (as) con Discapacidad Múltiple

Intervalo de calificación	Absoluto	Relativo
Más de 129	2	8,0%
De 129 a 118	5	20,0%
De 118 a 106	9	36,0%
Menos de 106	9	36,0%
Total	25	100,0%

Se observa que solamente un 8% de las madres que respondieron la escala obtuvieron un puntaje mayor a 129, lo que significa que son madres que aceptan a su hijo (a) tal como es, y se sienten satisfechas con cada meta que logra. El 20% de las madres, con poca orientación podrían lograr el ajuste a la discapacidad de su hijo (a). En contraposición con los datos anteriores se tiene un 36% de madres que obtuvieron entre 118 y 106 puntos, y otro 36% cuyo puntaje fue inferior a los 106 puntos. Estos datos son preocupantes ya que denotan la necesidad, que tienen estas madres, de recibir mucho apoyo profesional, ya que no encuentran sentido a la vida y le dan más importancia a las limitaciones de su hijo (a) que a sus capacidades.

Es importante anotar, que a pesar de que la muestra de sujetos involucrados en esta investigación es pequeña, los datos obtenidos evidencian la dificultad que tienen las madres de niños (as) con discapacidad múltiple atendidos en el Centro de Enseñanza Especial de Heredia durante el año 2004, para lograr ajustarse a esta situación en particular.

Los datos obtenidos pueden apreciarse mejor en el gráfico N°15 que se presenta a continuación.

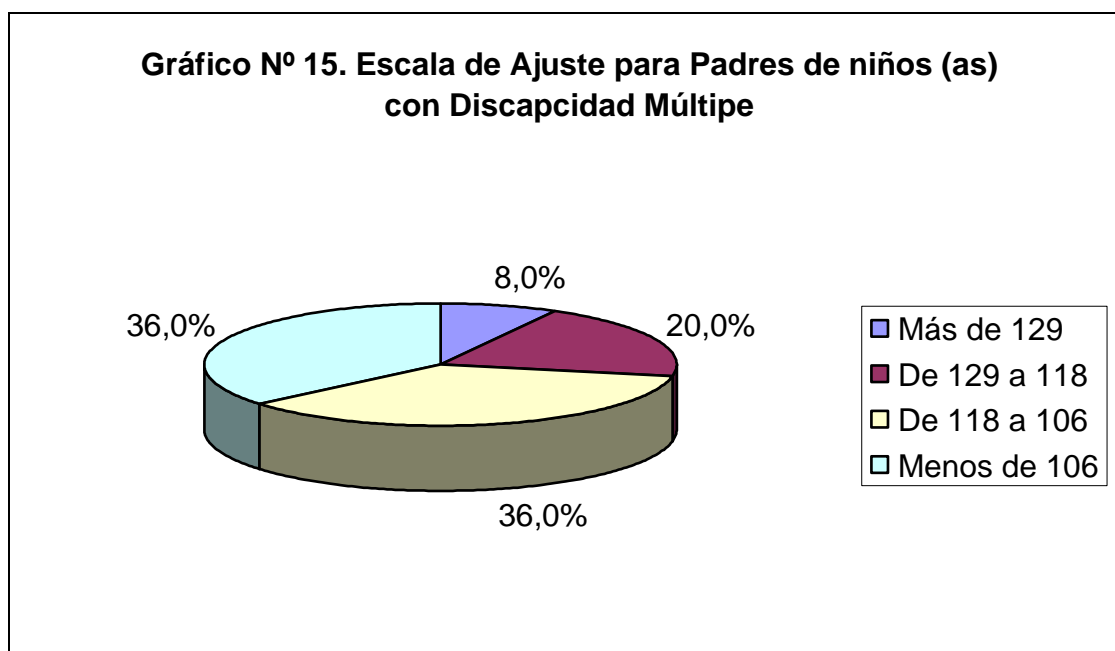


Gráfico N° 15: Escala de Ajustes para Padres de niños (as) con Discapacidad Múltiple

Si se compara la puntuación total obtenida por las madres que conformaron la muestra de este estudio, con los puntajes obtenidos en las escalas parciales, se observa que las áreas de mayor conflicto son las referentes a manejo de la frustración y enfrentamiento objetivo de la discapacidad, y por lo tanto, en las que las madres requieren de mayor apoyo profesional.

Además, es importante observar que mientras un 68% obtuvo puntajes preocupantes en lo referente a frustración, un 84% obtuvo puntajes bajos en el tema de enfrentamiento, lo que significa que esta es el área que más obstaculiza el ajuste psicológico de la discapacidad en las madres de niños (as) con discapacidad múltiple del Centro de Enseñanza Especial de Heredia.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

El presente estudio constituye el resultado de una labor, que si bien es cierto no fue a gran escala, por el tamaño de la muestra, sí representó muchas horas de trabajo y de contacto directo con las madres de los niños (as) con discapacidad múltiple que asisten al Centro de Enseñanza Especial de la provincia de Heredia.

Asimismo, la revisión bibliográfica que sustentó la creación de la “Escala de ajuste para padres de niños con discapacidad múltiple” constituye un enriquecimiento personal y profesional para la mejor comprensión y atención de los padres y madres de niños (as) con características tan especiales, como es la discapacidad múltiple.

La utilización de la escala permitió :

1. Medir la reacción de ajuste de un grupo de madres que llevan sus hijos (as) al Centro de Enseñanza Especial de Heredia ante la situación de discapacidad múltiple.
2. Determinar objetivamente el grado de ajuste de esas madres y las áreas que inciden directamente en él (frustración, valores y enfrentamiento objetivo de la discapacidad).
3. Obtener información que permite planificar e implementar estrategias de intervención adaptadas a las condiciones particulares de cada caso.

Reacciones de las madres ante la “Escala de ajuste para padres de niños con discapacidad múltiple”

1. En definitiva, la llegada de un niño (a) con discapacidad a una familia, constituye un hecho abrumador que afecta a todos los miembros del hogar y les exige una serie de adaptaciones inmediatas para enfrentar la nueva situación.
2. Se puede comprobar que, la mayoría de las madres encuestadas tienen problemas de ajuste a la discapacidad de su hijo (a). Se determinó que un alto porcentaje (72%) no ha logrado el ajuste psicológico a la discapacidad múltiple de su hijo (a), quizás debido a la falta de apoyo o ayuda profesional con respecto al manejo de la frustración, profundización de valores y enfrentamiento objetivo de la discapacidad.
3. Es importante notar que la mayoría de los niños (as) (48%) tienen entre 6 y 10 años, tiempo suficiente en que se esperaría que sus madres hubiesen superado el duelo y aceptado su condición particular. Sin embargo esto no se da de esta manera, ya que, independientemente de la edad del niño (a), la mayoría de las madres no presenta este ajuste psicológico.
4. Los aspectos que más influyen en el ajuste a la situación de discapacidad múltiple, tienen que ver con la no tolerancia a la frustración y el no poder enfrentar objetivamente la discapacidad.
5. La frustración de las madres encuestadas puede ser causada por fuentes externas como la influencia de la sociedad y sus prejuicios con respecto a las personas con discapacidad; o por fuentes internas como la insatisfacción del deseo de tener hijos (as) “sanos” y “bellos”; o por una combinación de ambos tipos de fuentes.

6. A su vez, esta frustración puede ser la causa de diferentes reacciones de acuerdo a la vivencia específica de cada madre; estas reacciones van a depender del grado de tolerancia a la frustración que posean.
7. Las madres de este estudio tienen un bajo nivel de tolerancia a la frustración, por lo tanto la presencia de un hijo (a) con discapacidad, frente al factor “idolatría del estándar normal”, hace que se sientan impotentes y frustradas, lo cual les dificulta la sustitución constructiva de metas y objetivos que les permitiría un mejor ajuste psicológico a la discapacidad de su hijo (a).
8. La no tolerancia a la frustración se puede dar por una de las siguientes razones:
 - a. La persona no logra superar el obstáculo, en este caso, la discapacidad múltiple de su hijo(a) que no le permite alcanzar la felicidad, ni su realización como madre.
 - b. La persona no logra adaptar sus metas. Deseaba tener un hijo(a) bello(a), saludable e inteligente y tiene un niño(a) con características muy diferentes, que además requiere de apoyo constante, le absorbe todo su tiempo e impide su realización personal.
 - c. No sabe como utilizar nuevos medios para la consecución de sus metas. Si no logró su propósito de tener un hijo con todas sus capacidades a quien ver crecer e independizarse al ritmo que la mayoría de las personas, lo que le produciría gran satisfacción, no encuentra otros medios para lograr esa felicidad y autosatisfacción.
9. Por otro lado, como se mencionó anteriormente, en este estudio se ha podido constatar que el factor de mayor influencia es el enfrentamiento objetivo de la discapacidad, ya que, un 84% de las madres evidencian dificultad para asumir conductas específicas de encarar frente a frente su realidad, lo que repercute en una comprensión gradual de las

verdaderas dimensiones del problema y dificulta el reconocimiento de las capacidades de su hijo (a) y los recursos disponibles para inquirir en posibles soluciones a las dificultades.

10. Al no darse un enfrentamiento objetivo de la discapacidad, posiblemente se manifiesten las siguientes conductas:

- a. La madre percibe la discapacidad desproporcionadamente y generaliza la pérdida a otras áreas no afectadas en su hijo(a)
- b. Hay discrepancia entre las expectativas que se tienen sobre la situación real de ese hijo(a) y las verdaderas consecuencias de la discapacidad.
- c. No logra descubrir las capacidades y recursos que tiene su hijo(a) para estimularlo a que las desarrolle al máximo con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

11. Finalmente, se puede afirmar que las madres encuestadas obtuvieron puntuaciones alentadoras en cuanto al factor de profundización de valores; esto permite suponer que probablemente ya han superado el punto máximo de desesperación y requieren poca ayuda para lograr retomar valores que antes no revestían importancia para ellas, comparando el estado de discapacidad de sus hijos (as) con otros de mayor severidad y percibiendo la importancia de la vida desde una perspectiva más amplia.

12. En otras palabras, estas madres están cerca de:

- a. Superar los sentimientos de lamentación, autocompasión y falta de sentido ante la pérdida
- b. Ampliar gradualmente el ámbito de valores
- c. Subordinar los valores menos importantes ante otros más importantes y finalmente
- d. Transformar las apreciaciones devaluadoras de comparación negativa para facilitar su adaptación a la realidad y aceptación de la discapacidad de su hijo (a).

2. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos permiten formular las siguientes recomendaciones, dirigidas a distintas instancias e instituciones relacionadas con el tema de la discapacidad múltiple.

2.1 Al Ministerio de Educación Pública (Asesoría de Discapacidad Múltiple)

1. Establecer comunicación con la Facultad de Orientación y Educación Especial de la Universidad de Costa Rica, para que se autorice la utilización de la “Escala de ajuste para padres de niños (as) con discapacidad múltiple” en los centros educativos donde se atiende población con dicha discapacidad.
2. Brindar asesoramientos constantes, prácticos y actualizados, a los y las docentes en servicio en el área de Discapacidad Múltiple, orientados al trabajo con padres en coordinación con el resto del personal.
3. Organizar seminarios periódicos para padres y madres de niños (as) con discapacidad múltiple, con el objetivo de orientarlos y brindarles información real sobre las características y necesidades de sus hijos (as).
4. Coordinar con las universidades del país la formación de especialistas en el área de Discapacidad Múltiple.
5. Brindar asesoramientos al personal de psicología nombrado en los Centros de Enseñanza Especial del país, sobre el tema de ajuste a la discapacidad múltiple y los factores que influyen en ella (frustración, valores y enfrentamiento objetivo a la discapacidad).

2.2 A la Caja Costarricense de Seguro Social

1. Investigar las causas que originan los nacimientos de niños (as) con discapacidad múltiple, en el país, debido a que este estudio reveló que en un 56% de los casos, la discapacidad se produjo durante el embarazo, y un 40% al momento de nacer. Esto con el objetivo de disminuir la incidencia de niños (as) que nacen con discapacidad múltiple.

2.3 A la Universidad de Costa Rica

1. Autorizar el uso de la “Escala de ajuste para padres de niños (as) con discapacidad múltiple” por personal del Ministerio de Educación Pública, previamente capacitado en su utilización y que labore con población que presente discapacidad múltiple.
2. Colaborar con el Ministerio de Educación Pública en la capacitación del personal que utilizará la escala descrita.
3. Capacitar a los profesionales que laboran con población con discapacidad múltiple, en técnicas de intervención relacionadas con manejo de la frustración, profundización de valores y enfrentamiento objetivo de la discapacidad.
4. Nombrar una comisión de especialistas que se encargue de revisar la escala y corrija los errores detectados en este estudio y especificados en la sección de limitaciones.
5. Proponer la realización de una investigación comparativa del ajuste psicológico a la discapacidad, entre padres y madres de niños (as) con discapacidad múltiple.

2.4 Al Centro de Enseñanza Especial de Heredia

1. Organizar y sistematizar la escuela para padres y madres, dándole énfasis especial al tema del ajuste a la discapacidad.
2. Buscar medios de capacitación constante y actualizada en orientación a padres y madres, dirigida tanto a docentes como a personal del área de psicología que mantenga relación directa con las madres de niños (as) con discapacidad múltiple.
3. Tener flexibilidad y apertura en cuanto a la utilización del espacio y el tiempo, para aquellos docentes que tengan la iniciativa de organizar talleres dirigidos a padres y madres de familia, con el fin de favorecer el ajuste a la discapacidad de sus hijos.

CAPÍTULO VI: LIMITACIONES

1. La escala fue aplicada a una muestra en donde se incluyen solamente madres. Debido a que generalmente son ellas quienes asumen el papel de mayor participación en el desarrollo de sus hijos (as) con discapacidad múltiple. Dado que la información fue recopilada en el Centro de Enseñanza Especial de Heredia, y que los niños (as) con discapacidad múltiple asisten a este centro acompañados de sus madres, es comprensible que la muestra esté constituida solo por mujeres.
2. El no contar con la participación de los padres de niños (as) con discapacidad múltiple que asisten al centro educativo mencionado, obstaculizó la obtención de datos que podrían ser utilizados en una mejor orientación y apoyo a la familia que tiene un miembro con discapacidad múltiple.
3. Si la escala se hubiese aplicado también a padres de familia, es posible que los datos obtenidos contribuyeran a comprender la razón por la cual en familias donde hay un niño (a) con discapacidad múltiple, la responsabilidad por su educación es delegada en la madre, en mayor porcentaje que en el caso de familias con hijos (as) sin discapacidad.
4. A partir de los resultados de esta investigación, no es posible establecer generalizaciones más amplias, debido a la utilización de una muestra intencional, que representa el 50 % de las madres de niños (as) con Discapacidad Múltiple, solamente del Centro de Enseñanza Especial de Heredia; por lo tanto no se podrá generalizar para otras regiones del país.
5. En cuanto a la escala misma:
 - a. El ítem número 10, está señalado como si fuese de enfrentamiento, cuando en realidad corresponde al

subconstructo de frustración. Esto es un error de digitación que debe corregirse pues de lo contrario varía la puntuación obtenida tanto para las escalas parciales de manejo de la frustración y enfrentamiento objetivo de la realidad, como para la escala total. Sin embargo, para efectos de la presente investigación, no se afectaron los resultados debido a que el error fue detectado a tiempo y corregido en la sumatoria de los puntos obtenidos.

- b. El instructivo para la evaluación de la escala establece rangos en los puntajes obtenidos. Sin embargo no prevee que alguna persona puede obtener el número de puntos correspondiente a un límite entre dos rangos, lo que provoca duda en cuanto al rango en que se debe ubicar. Por ejemplo: si una persona obtiene 41 puntos en la subescala de frustración, se debe tomar la decisión de ubicarla en el rango de 48 a 41 ó en el rango de 41 a 36. En este estudio en particular, se tomó la decisión de ubicar estos casos en el rango superior.

CAPITULO VII: DISCUSIÓN FINAL

Profundizar acerca de la existencia de bebés, de alto riesgo y los sentimientos que provocan en sus padres y madres, no es un tema en el que la mayoría de las personas se detiene a pensar, porque no es una situación usual en el diario vivir.

Para quienes nos inclinamos por la educación especial, es imperante compartir nuestras reflexiones acerca de los niños (as) que han sufrido enfermedades pre y postnatales, operaciones traumáticas después del nacimiento, niños prematuros con malformaciones, o con problemas neurológicos que han dejado como secuela discapacidades motoras, intelectuales y sensoriales, algunos de los cuales deben ser sostenidos en sus primeros meses de existencia, por una alta complejidad técnica que les ha posibilitado la vida.

La vida se compone de una íntima relación entre un pequeño número de personas: padre, madre, hermanos (as), esposos (as), hijos (as) y amigos (as) íntimos, quienes comparten los momentos de felicidad y tristeza.

El nacimiento constituye un momento de encuentro, de ilusiones, de proyectos, y en algunas ocasiones de duelo y pesar.

Un bebé, constituye la gran creación de todo ser humano, pero desafortunadamente el acontecimiento no es igual para todos.

La relación del padre y la madre con su hijo (a) no comienza en el nacimiento, sino mucho antes, cuando a esa pareja se le hace realidad la gestación, y en ocasiones, a través de las fantasías que cada uno de ellos ha tenido respecto a su paternidad o maternidad.

Durante el periodo de gestación, tanto el padre como la madre, construyen la imagen del niño (a) que va a nacer. Esta imagen proviene de sus propias identificaciones, de sus aspiraciones y hasta de sus momentos de

frustración. Con el nacimiento, tanto el padre como la madre se cuestionan ¿este es el ser que he estado esperando? o ¿es un desconocido?

La llegada de un bebé con malformaciones, con deficiencias sensoriales, motrices o mentales, o con daño neurológico, no es un acontecimiento para el cual el padre o la madre se hayan preparado. En general, la mayoría tienen la sensación de estar frente a un extraño, aparece el rechazo, el miedo y la búsqueda de curas milagrosas. Se pasa por un periodo de vivencias fuertemente emotivas, tales como: alteración abrupta del estado de ánimo, deseo de muerte para sí o para el bebé, sensación de impotencia, llanto, o deseo de huir, negación, tristeza, ira o ansiedad, búsqueda de un culpable.

Ha nacido un niño (a), pero este es diferente, no solo por sus características particulares y su discapacidad, sino porque requerirá de más atención que los otros niños (as), y será necesario involucrar a toda la familia. Surgen las interrogantes: ¿y ahora qué?, ¿cómo le decimos a la familia y a los amigos (as)?, ¿que debemos hacer?, ¿cómo debemos atenderlo?

Con el tiempo, se da una gradual atenuación de la tristeza y de la ansiedad, algunos padres y madres comienzan a aceptar la discapacidad de su hijo (a), asumiendo que no es el niño (a) largamente soñado y descubriendo al niño (a) real. Este proceso es lo que este estudio denomina “Ajuste psicológico a la discapacidad”.

Para lograr el ajuste psicológico a la discapacidad, intervienen factores que varían de persona a persona y que están estrechamente ligados a su propia historia de vida y a la sociedad a la que pertenece.

La doctora Beatrice Wright, en cuya teoría se basó la creación de la escala utilizada en este estudio, identificó los factores que determinan el ajuste o no a la discapacidad. Estos factores son:

1. Manejo de la frustración: se refiere a la capacidad que tiene una persona de adaptar o cambiar sus metas, o encontrar nuevos medios para

lograrlas y obtener satisfacción en el caso de que un obstáculo impida la satisfacción de una necesidad importante, por ejemplo, la necesidad de ser madre o padre.

2. Profundización de valores: cuando se experimenta la pérdida de algo que se considera valioso, la persona necesita profundizar su sistema de valores y descubrir que existen otros valores más importantes que el que se perdió.
3. Enfrentamiento objetivo de la discapacidad: se da cuando hay una comprensión gradual y clara de las verdaderas dimensiones del problema, y que además existen recursos para el planteamiento de soluciones.

En muchos casos, enfrentar la situación de discapacidad múltiple, en un hijo (a), es mucho más difícil que la aceptación de una sola discapacidad, u otra situación de pérdida. Para muchos padres y madres es imperante la ayuda profesional, que les permita lograr el ajuste y la aceptación ante la presencia de un niño (a) con discapacidad múltiple en su hogar.

La utilización de la “Escala de ajuste para padres con discapacidad múltiple”, permite no solo identificar aquellos padres y madres que no han logrado el ajuste a la discapacidad múltiple de su niño (a), sino además identificar los factores que inciden directamente en este proceso.

Con la aplicación de la escala en las madres de niños (as) con discapacidad múltiple que asisten al Centro de Enseñanza Especial de Heredia, se determinó que un alto porcentaje (72%) no ha logrado el ajuste psicológico a la discapacidad múltiple de su hijo (a). Esta falta de ajuste, de acuerdo a los datos obtenidos con las escalas parciales, se debe, a que las madres no logran un manejo adecuado de la frustración, ni enfrentan objetivamente la discapacidad.

Es importante que los centros educativos que atienden la población escolar con discapacidad múltiple, se preocupen por utilizar instrumentos como la escala que sirvió de base para este estudio, y basados en los datos obtenidos, procuren la implementación de programas de apoyo para sus padres y madres, en el entendido de que el ajuste a la discapacidad es fundamental para que estos padres y madres puedan a su vez, apoyar y estimular a sus hijos (as) con discapacidad múltiple, para que logren el máximo desarrollo de sus potencialidades, y de esta manera lleguen a su vida adulta, disfrutando de una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

1. BIBLIOGRAFÍA

Barrantes, R. (1999) **Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo**. San José, Costa Rica. EUNED.

Barton, L. (1998) **Discapacidad y sociedad**. Madrid, España. Editorial MORATA, S. L.

Bleger, J. (1998) **Psicología de la conducta**. Editorial Paidós, Bs As.

Campabadal, M. (2001) **El niño con discapacidad y su entorno**. San José, Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia. Primera edición.

Chacón, Ch. F. (2003) **Orientaciones para la elaboración del informe final de investigación**. Costa Rica. Taller de Investigación, Código 9020. sabanilla. Universidad Estatal a Distancia. Material Mimeografiado.

Esquivel, C; Morales, Y; Muñoz, D; Torres, A. y Zonta, S. (1988) **Conceptualización y desarrollo instrumental para la evaluación del nivel de ajuste psicológico en padres de niños con Discapacidad Múltiple**. San José, Costa Rica, 1988.

Flores S. M. (1996) MS.c. **Taller de capacitación sobre familia y discapacidad**. San José ,Costa Rica.

Gallardo, H. (2001) **Elementos de investigación académica**. San José, Costa Rica. EUNED. Vigésima reimpresión.

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (1998) **Metodología de la Investigación**. México. Editorial Mc Graw Hill.

Heward, W. (1998) **Niños Excepcionales. Una introducción a la educación especial.** Madrid, España. Editorial Prentice Hall. Quinta Edición.

Hollander, E. (2000) **Principios y Métodos de Psicología Social.** Editorial Amorrortu.

Marín, M^a G. (1999) **Atención del niño excepcional.** San José, Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia.

MEP, División de Desarrollo Curricular, Departamento de Educación Especial, Asesoría Nacional de Discapacidad Múltiple. (2000) **Normas y procedimientos para el manejo de los servicios educativos para estudiantes con Discapacidad Múltiple.** San José, Costa Rica.

Papalia, D. y Wendkos, S. (1998) **Psicología del Desarrollo.** Santafé de Bogotá, Colombia. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, S.A. Séptima Edición.

Schorn, M. (1999) **Discapacidad. Una mirada distinta, una escucha diferente.** Buenos aires, Argentina. Editorial Lugar Editorial S.A. Primera Edición.

Shea, T. y Bauer, A. (2000) **Educación Especial. Un enfoque ecológico.** México. Editorial Mc Graw Hill. Segunda Edición.

Taberner G. J. (1999) “La socialización educativa y sus agentes: la familia” (pag. 63-83) en **Sociología y educación, funciones del sistema educativo en sociedades modernas.** Madrid: Visor, España.

www.geocities.com/centrotecnicas/frustración.html. Centro de formación en Técnicas de Evaluación Psicológica.

www.geocities.com/deflox. OMS definiciones: deficiencia, discapacidad, minusvalía.

www.relabor.fider.edu.uy/psicoMOTIVACION.htm. Frustración.

www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/cemece/indexCIF.htm. Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Salud CIF. Dirección General de Información en Salud.

www.sidar.org/reur/desdi/pau/ciddm.php. Emmanuelle Gutiérrez y Restrepo. Fundación SIDAR - Acceso Universal – Seminario SIDAR.

www.tc.umn.edu/cana0021/13/ASPECTOS%20SOCIALES%20DE%20PERSONALIDAD.pdf. Aspectos sociales de la personalidad.

www.usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif. La CIF de la OMS en DisWeb 2000. Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Miguel Querejeta González. Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios.

www.3.who.int/icf/icftemplate.cfm. Páginas oficiales de la CIF en el sitio de la OMS.

2. ANEXOS

Anexo #1: Escala de Ajuste para padres de niños con discapacidad múltiple

El propósito para la presente escala es obtener información acerca de su experiencia como padre de un niño con limitaciones. No se trata de un examen, ni de una evaluación de su persona. Se le pide dar una opinión sincera y honesta sobre lo que usted ha vivido con su hijo (a). en un cuestionario de este tipo no existen respuestas correctas o incorrectas debido a que éstas únicamente reflejan su opinión personal.

La información obtenida es estrictamente confidencial, por lo que no se le solicita su nombre.

Este cuestionario contiene una serie de informaciones sobre diferentes asuntos. Anote su respuesta a cada una de las afirmaciones presentadas. Al contestar cada afirmación siga los siguientes pasos:

1. Lea cuidadosamente la afirmación.
2. Piense en qué medida usted está en acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones dadas. Trate de ser espontáneo dando su primera reacción a cada afirmación.
3. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación, marcando con una equis (X) la respuesta que mejor refleja sus sentimientos.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
4. Para cada afirmación marque solo una de las opciones.
5. Recuerde no dejar ninguna afirmación sin respuesta. Si tiene alguna duda, siéntase en confianza de preguntarle a la persona que está aplicando el cuestionario.
6. Si desea cambiar una respuesta, bórrela y contéstala de nuevo como desee.

DATOS GENERALES

Marque con una X la opción correcta a su situación.

En las preguntas 9,10,11 y 12, usted debe hacer anotaciones escritas.

1) Indique su sexo

1. Femenino ()

2. Masculino ()

2) ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero ()

2. Casado ()

3. Divorciado ()

4. Separado ()

5. Viudo ()

6. Unión libre ()

3) Indique su edad

1. 25 años o menos ()

2. de 26 a 30 años ()

3. de 31 a 35 años ()

4. de 36 a 45 años ()

5. más de 45 años ()

4) Indique la edad de su hijo (a)

1. de 0 meses a 5 años ()

2. de 6 años a 10 años ()

3. de 11 años a 16 años ()

5) Indique la edad que tenía su hijo (a), cuando se enteró que tenía problemas.

1. de 0 meses a 1 año ()

2. de 2 años a 5 años ()

3. de 5 años a 8 años ()

4. de 8 años y más ()

6) Indique el número de hijos que tiene usted (incluya al niño con problemas).

1. 1-2 ()

2. 3-4 ()

3. 5-6 ()

4. más de 6 ()

7) Indique el lugar que ocupa el niño con limitaciones en relación con sus hermanos de mayor a menor.

1. ()

8) ¿Trabaja usted?

1. Sí ()

2. No ()

- 9) Indique el grado de estudio que realizó
1. Ninguno ()
 2. Primaria incompleta ()
 3. Primaria completa ()
 4. Educación media incompleta ()
 5. Educación media completa ()
 6. Estudios universitarios incompletos ()
 7. Estudios universitarios completos ()
 8. Otros, especifique_____
- 10) Si pertenece a alguna religión indique cuál es.
- _____
- 11) De las siguientes opciones, marque las limitaciones que presentan su hijo (a). Puede escoger más de una opción.
1. Retardo Mental
 2. Deficiencia visual o ceguera
 3. Problemas auditivos
 4. Problemas de lenguaje
 5. Parálisis cerebral infantil
 6. Problemas emocionales y de conducta
 7. Autismo
 8. Otros, especifique_____
- 12) Según información médica el problema de su hijo (a) se produjo:

1. Durante el embarazo () _____
2. En el momento de nacimiento () _____
3. Poco tiempo después de nacido () _____
4. Después de mucho tiempo de () _____
haber nacido

Junto a la opción escogida anteriormente anote cualquier información que crea conveniente.

II PARTE: ITEMES

1. (F1N) Además de mi trabajo, el cuidado del niño (a) me cansa mucho.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

2. (V1P) En comparación con otros niños con limitaciones, pienso que mi hijo (a) se ha superado mucho.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

3. (E1P) Las dificultades que paso por la condición de mi niño (a), generalmente tienen solución.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

4. (F2P) Mi familia acepta al niño (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

5. (V2N) Por su condición, espero que mi hijo (a) no tenga una vida muy larga.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

6. (E2N) Siento que estoy solo en el mundo con el problema de mi hijo (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

7. (F1N) Al ver los problemas de mi hijo (a) siento que yo no puedo hacer nada para cambiar la situación.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

8. (V1P) Con la ayuda de Dios confío en poder sacar a mi hijo (a) adelante.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

9. (E1P) Mis amigos me aceptan con el niño (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

10. (E2P) Siento que puedo sobrellevar bien la situación de mi hijo (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

11. (V2N) Frecuentemente me deprimó por la situación de mi hijo (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

12. (E2N) Mi pareja (compañero (a)) y yo tenemos que afrontar solos los problemas de mi niño (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

13. (F1N) Nuestra situación económica ha sido obstáculo para la atención médica y educativa de nuestro niño (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

14. (N1P) Considero que mi hijo (a) tiene más cualidades que defectos.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

15. (E1P) A mi hijo (a) lo tomamos en cuenta como un miembro más de la familia.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

16. (F2P) Con el tiempo he logrado sentirme mejor frente a la situación de mi hijo (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

17. (V2N) No he podido aceptar a mi hijo (a) por ser tan diferente a los demás.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

18. (E2P) Puedo contar con familiares cuando necesito ayuda con mi niño (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

19. (F1N) Desde el nacimiento de mi hijo (a), me relaciono poco con la gente que yo quisiera relacionarme.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

20. (V1P) Mi hijo (a) es mi mejor razón para luchar en la vida.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

21. (E1P) La relación que tengo con mi hijo (a) me ha permitido entender las cosas que me quiere decir.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

22. (F2P) Algunas veces puedo hablar de mis problemas con alguien.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

23. (V2N) La situación de mi hijo (a) es un castigo de Dios.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

24. (E2N) Mi compañero y yo discutimos y peleamos más a raíz de la situación del niño (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

25. (F1N) El niño (a) me causa muchas preocupaciones y molestias.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

26. (V1P) Desearía tener salud para cuidar a mi hijo (a) toda la vida.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

27. (E1N) Me siento satisfecho con los servicios médicos y educativos que recibe mi hijo (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

28. (F1N) El tener un hijo (a) así ha causado una mayor dificultad económica para todos.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

29. (V2N) Las limitaciones de mi hijo (a) me hacen muy difícil poder aceptarlo.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

30. (E2N) Desde que nació mi hijo (a) no he recibido ayuda espiritual de persona alguna.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

31. (F1N) A veces me hace falta tener una vida más tranquila.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

32. (V1P) En mis oraciones le pido a Dios que le dé salud a mi hijo (a) para que pueda vivir más.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

33. (E1N) Yo espero que mi hijo (a) pueda llegar a hacer cualquier cosa que hagan los demás niños.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

34. (F1N) Por más que busco, no encuentro la forma de que mi hijo (a) logre hacer ciertas cosas.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

35. (V2N) Siento que la vida no me dio lo que yo quería.

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

36. (E1P) Mis conocidos me aceptan con el niño (a).

Muy de acuerdo() De acuerdo() En desacuerdo() Muy en desacuerdo()

Anexo #2: Sujeto N° 1

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	D	2
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	A	2
8	1	V	P	A	3
9	1	E	P	A	3
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	D	3
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	A	3
15	1	E	P	A	3
16	2	F	P	A	3
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	D	3
20	1	V	P	A	3
21	1	E	P	A	3
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	D	3
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	A	2
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	A	2
34	1	F	N	A	2
35	2	V	N	A	2
36	1	E	P	A	3

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	107
Suma V	42
Suma E	35
Suma F	30

Anexo #3: Sujeto N° 2

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	A	3
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	D	3
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	D	3
8	1	V	P	A	3
9	1	E	P	D	2
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	A	2
13	1	F	N	D	3
14	1	V	P	D	2
15	1	E	P	A	3
16	2	F	P	A	3
17	2	V	N	D	3
18	2	E	P	D	2
19	1	F	N	D	3
20	1	V	P	MD	1
21	1	E	P	A	3
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	A	2
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	A	2
26	1	V	P	A	3
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	D	3
30	2	E	N	A	2
31	1	F	N	A	2
32	1	V	P	A	3
33	1	E	N	MD	4
34	1	F	N	A	2
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	A	3

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	95
Suma V	31
Suma E	33
Suma F	31

Anexo #4: Sujeto N° 3

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	D	3
2	1	V	P	A	3
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	MD	1
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MD	1
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	D	3
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	D	3
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	A	3
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	A	3
19	1	F	N	D	3
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MA	1
31	1	F	N	D	3
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MD	4
34	1	F	N	A	2
35	2	V	N	A	2
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	112
Suma V	44
Suma E	33
Suma F	35

Anexo #5: Sujeto N° 4

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	A	3
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	MA	1
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	A	3
19	1	F	N	MA	1
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MD	1
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MD	4
28	1	F	N	MA	1
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MD	4
31	1	F	N	MD	4
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	MA	1
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	MD	1

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	111
Suma V	45
Suma E	37
Suma F	29

Anexo #6: Sujeto N° 5

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	A	3
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	A	2
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MD	4
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	MD	1
19	1	F	N	MD	4
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	D	3
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MD	4
31	1	F	N	MD	4
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MD	4
34	1	F	N	MA	1
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	125
Suma V	46
Suma E	40
Suma F	39

Anexo #7: Sujeto N° 6

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	D	3
6	2	E	N	A	2
7	1	F	N	A	2
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MA	1
12	2	E	N	A	2
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	A	2
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	MA	1
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	A	3
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	D	3
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	D	3
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	D	3
29	2	V	N	D	3
30	2	E	N	MA	1
31	1	F	N	D	3
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	A	2
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	105
Suma V	39
Suma E	34
Suma F	32

Anexo #8: Sujeto N° 7

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	MA	1
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MD	4
12	2	E	N	A	2
13	1	F	N	MD	4
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	MD	4
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	MD	4
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MD	4
31	1	F	N	MD	4
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	130
Suma V	48
Suma E	40
Suma F	42

Anexo #9: Sujeto N° 8

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N		0
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	A	2
6	2	E	N	A	2
7	1	F	N	A	2
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	A	2
13	1	F	N	A	2
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	A	2
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	A	2
20	1	V	P	A	3
21	1	E	P	A	3
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	A	2
24	2	E	N	A	2
25	1	F	N	A	2
26	1	V	P	A	3
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	MA	1
29	2	V	N	A	2
30	2	E	N	A	2
31	1	F	N	A	2
32	1	V	P	A	3
33	1	E	N	MD	4
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N	A	2
36	1	E	P	A	3

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	96
Suma V	33
Suma E	34
Suma F	29

Anexo #10: Sujeto N° 9

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	A	3
5	2	V	N	A	2
6	2	E	N	A	2
7	1	F	N	A	2
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	A	3
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MA	1
12	2	E	N	A	2
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	D	3
18	2	E	P	A	3
19	1	F	N	A	2
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	D	3
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	D	3
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	MA	1
29	2	V	N	D	3
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	D	3
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	A	2
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N	A	2
36	1	E	P	D	2

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	101
Suma V	38
Suma E	32
Suma F	31

Anexo #11: Sujeto N° 10

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	A	3
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	A	3
5	2	V	N	D	3
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	D	3
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	D	2
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	D	3
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	A	2
14	1	V	P	A	3
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	D	3
18	2	E	P	D	2
19	1	F	N	A	2
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	MA	1
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	A	2
32	1	V	P	A	3
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	MA	1
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	MD	1

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	104
Suma V	41
Suma E	32
Suma F	31

Anexo #12: Sujeto N° 11

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	D	3
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	D	3
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	D	2
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	A	3
17	2	V	N	A	2
18	2	E	P	D	2
19	1	F	N	MA	1
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	D	2
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	D	3
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	D	3
30	2	E	N	A	2
31	1	F	N	MA	1
32	1	V	P	A	3
33	1	E	N	D	3
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	D	2

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	101
Suma V	40
Suma E	32
Suma F	29

Anexo #13: Sujeto N° 12

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MD	1
5	2	V	N	D	3
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	A	2
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MD	1
10	2	F	P	D	2
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	MD	4
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	A	3
17	2	V	N	D	3
18	2	E	P	MD	1
19	1	F	N	MA	1
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	D	2
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	A	2
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	MA	1
29	2	V	N	D	3
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	MA	1
32	1	V	P	A	3
33	1	E	N	A	2
34	1	F	N	A	2
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	MD	1

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	92
Suma V	42
Suma E	30
Suma F	20

Anexo #14: Sujeto N° 12

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	D	2
5	2	V	N	D	3
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	D	3
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	A	3
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MA	1
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	A	3
17	2	V	N	D	3
18	2	E	P	D	2
19	1	F	N	D	3
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	MA	1
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	D	3
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	D	3
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	D	3
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	107
Suma V	41
Suma E	36
Suma F	30

Anexo #15: Sujeto N° 14

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MA	1
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	A	2
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	D	2
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	A	2
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	D	3
18	2	E	P	MD	1
19	1	F	N	MA	1
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	D	2
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	MA	1
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	MA	1
29	2	V	N	MA	1
30	2	E	N	MD	4
31	1	F	N	MA	1
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	A	2
34	1	F	N	MD	4
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	MD	1

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	95
Suma V	39
Suma E	29
Suma F	27

Anexo #16: Sujeto N° 15

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MA	1
2	1	V	P	A	3
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	A	2
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	D	3
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	D	2
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	A	2
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	A	3
19	1	F	N	A	2
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	A	3
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	A	2
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	D	3
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	MD	4
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	D	3
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	A	3

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	110
Suma V	42
Suma E	35
Suma F	33

Anexo #17: Sujeto N° 16

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	A	3
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	D	3
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	D	3
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	D	3
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	A	3
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	A	2
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	A	2
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	A	2
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N	A	2
36	1	E	P	A	3

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	117
Suma V	44
Suma E	39
Suma F	34

Anexo #18: Sujeto N° 17

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	A	3
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	A	3
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MA	1
12	2	E	N	A	2
13	1	F	N	D	3
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	MD	1
19	1	F	N	MA	1
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	D	2
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MD	4
31	1	F	N		0
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	A	3

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	112
Suma V	45
Suma E	35
Suma F	32

Anexo #19: Sujeto N° 18

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MA	1
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	D	3
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MA	1
12	2	E	N	MA	1
13	1	F	N	MA	1
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	A	3
19	1	F	N	MA	1
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MD	1
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	D	3
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MA	1
31	1	F	N	MA	1
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	MD	4
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	106
Suma V	41
Suma E	33
Suma F	32

Anexo #20: Sujeto N° 19

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	D	3
2	1	V	P	A	3
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	D	3
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	D	3
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	A	3
19	1	F	N	MD	4
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	D	2
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P		0
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	D	3
29	2	V	N	D	3
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	D	3
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	A	2
35	2	V	N	MA	1
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	117
Suma V	38
Suma E	39
Suma F	40

Anexo #21: Sujeto N° 20

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MD	4
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	D	3
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	A	3
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	D	3
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	D	3
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	A	3
19	1	F	N	D	3
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	A	3
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	D	3
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MD	4
31	1	F	N	D	3
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	MD	4
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	A	3

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	124
Suma V	45
Suma E	37
Suma F	42

Anexo #22: Sujeto N° 21

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MD	4
12	2	E	N	A	2
13	1	F	N	MD	4
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	MD	4
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	A	3
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	MD	4
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	A	2
31	1	F	N	A	2
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	D	3
35	2	V	N		0
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	123
Suma V	43
Suma E	37
Suma F	43

Anexo #23: Sujeto N° 22

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	MD	4
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	D	3
12	2	E	N	MD	4
13	1	F	N	MD	4
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	MD	4
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	A	3
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	A	2
28	1	F	N	MD	4
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	D	3
31	1	F	N	A	2
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	MD	4
35	2	V	N	D	3
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	132
Suma V	46
Suma E	41
Suma F	45

Anexo #24: Sujeto N° 23

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	A	3
4	2	F	P	A	3
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	D	3
7	1	F	N	D	3
8	1	V	P	A	3
9	1	E	P	A	3
10	2	F	P	A	3
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	D	3
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	A	3
16	2	F	P	A	3
17	2	V	N	D	3
18	2	E	P	D	2
19	1	F	N	D	3
20	1	V	P		0
21	1	E	P		0
22	2	F	P		0
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	D	3
25	1	F	N	A	2
26	1	V	P	A	3
27	1	E	N	D	3
28	1	F	N	D	3
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	A	2
31	1	F	N	D	3
32	1	V	P	MD	1
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	MD	4
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	A	3

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	97
Suma V	36
Suma E	29
Suma F	32

Anexo #25: Sujeto N° 24

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	MA	1
12	2	E	N	MD	4
13	1	F	N	A	2
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	D	3
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	MD	4
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	MD	4
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MD	4
31	1	F	N	MD	4
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	A	2
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	MA	4

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	128
Suma V	44
Suma E	42
Suma F	42

Anexo #26: Sujeto N° 25

Pregunta	Constructo	Tipo	Valor	Respuesta	Puntaje
1	1	F	N	A	2
2	1	V	P	MA	4
3	1	E	P	MA	4
4	2	F	P	MA	4
5	2	V	N	MD	4
6	2	E	N	MD	4
7	1	F	N	MD	4
8	1	V	P	MA	4
9	1	E	P	MA	4
10	2	F	P	MA	4
11	2	V	N	A	2
12	2	E	N	D	3
13	1	F	N	MD	4
14	1	V	P	MA	4
15	1	E	P	MA	4
16	2	F	P	MA	4
17	2	V	N	MD	4
18	2	E	P	MA	4
19	1	F	N	MD	4
20	1	V	P	MA	4
21	1	E	P	MA	4
22	2	F	P	MA	4
23	2	V	N	MD	4
24	2	E	N	MD	4
25	1	F	N	MD	4
26	1	V	P	MA	4
27	1	E	N	MA	1
28	1	F	N	A	2
29	2	V	N	MD	4
30	2	E	N	MD	4
31	1	F	N	A	2
32	1	V	P	MA	4
33	1	E	N	MA	1
34	1	F	N	A	2
35	2	V	N	MD	4
36	1	E	P	MD	1

Muy acuerdo	MA
Acuerdo	A
Desacuerdo	D
Muy desacuerdo	MD

Suma Total	124
Suma V	46
Suma E	38
Suma F	40

Anexo #27: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA

SUJETOS	SUBTOTAL VALORES	SUBTOTAL ENFREN-TAMIENTO	SUBTOTAL FRUSTRA-CION	TOTAL
1	42	35	30	107
2	31	33	31	95
3	44	33	35	112
4	45	37	29	111
5	46	40	39	125
6	39	34	32	105
7	48	40	42	130
8	33	34	29	96
9	38	32	31	101
10	41	32	31	104
11	40	32	29	101
12	42	30	20	92
13	41	36	30	107
14	39	29	27	95
15	42	35	33	110
16	44	39	34	117
17	45	35	32	112
18	41	33	32	106
19	38	39	40	117
20	45	37	42	124
21	43	37	43	123
22	46	41	45	132
23	36	29	32	97
24	44	42	42	128
25	46	38	40	124