

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE
AUTOVALORACION EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD VISUAL TOTAL Y BAJA VISION
AFILIADOS AL INSTITUTO BOLIVIANO DE LA
CEGUERA "IBC" LA PAZ**

POR: ROSANGEL ELIANA TORREZ ARANA
TUTORA: Ph.D. SISSI ANA M. GRYZBOWSKY GAINZA

LA PAZ – BOLIVIA
Junio, 2019

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
---	----------

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
-------------------------------------	---

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
---	---

1.3 OBJETIVOS	9
---------------------	---

1.4 HIPÓTESIS	10
---------------------	----

1.5 JUSTIFICACIÓN	10
-------------------------	----

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	13
----------------------------	-----------

2.1 AFRONTAMIENTO	13
-------------------------	----

2.1.1 Afrontamiento de la Discapacidad.....	15
---	----

2.1.2 Las formas generales del afrontamiento	17
--	----

2.1.3 Estrategias del afrontamiento.....	20
--	----

2.2 AUTOVALORACIÓN	24
--------------------------	----

2.2.1 La autovaloración como formación psicológica	29
--	----

2.2.2 La autovaloración y los orígenes de su formación.....	30
---	----

2.2.3 La Autovaloración y su estudio	30
--	----

2.2.4 La estructura de la Autovaloración	32
--	----

2.2.4.1 La Autoestima en la Esfera Afectiva	32
---	----

2.2.4.2 Autoestima global	35
---------------------------------	----

2.2.4.3 La Autoimagen y la Esfera Cognitiva.....	35
--	----

2.2.4.4 El Autoconcepto en la Esfera Cognitiva.....	37
---	----

2.2.5 Los niveles de la Autovaloración.....	38
---	----

2.3 DISCAPACIDAD	41
------------------------	----

2.4	DISCAPACIDAD VISUAL Y CEGUERA	44
2.4.1	Características, etiología y clasificación de la deficiencia visual.....	46
2.4.2	Tipos de ceguera	51
2.6	AUTOVALORACION Y DISCAPACIDAD	53

CAPÍTULO III

MÉTODO.....	54
3.1 ENFOQUE METODOLOGICO	54
3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	54
3.3 VARIABLES	55
3.3.1 Identificación de Variables	55
3.3.2 Conceptualización de variables.....	56
3.3.3 Operacionalización de variables	56
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	58
3.4.1 Población	58
3.4.2 Muestra.....	59
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	60
3.5.1 Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)	60
3.5.2 Escala de autovaloración (EAV-2-RC ADULTOS – 2004).....	61
3.6 ANÁLISIS DE RESULTADOS	62
3.7 PROCEDIMIENTO	62

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	64
4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	64
4.1.1 Edad	64
4.1.2 Sexo	65
4.2 RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)	66
4.2.1 Resolución de problemas.....	68

4.2.2	Autocrítica.....	69
4.2.3	Expresión emocional.....	70
4.2.4	Pensamiento desiderativo.....	71
4.2.5	Apoyo Social.....	72
4.2.6	Reestructuración cognitiva.....	73
4.2.7	Evitación de problemas.....	74
4.2.8	Retirada social.....	75
4.3	RESULTADOS DE LA ESCALA DE AUTOVALORACIÓN EAV-2-RC (ADULTOS).....	76
4.3.1	Autovaloración afectiva.....	77
4.3.2	Autovaloración cognitiva.....	78
4.3.3	Autovaloración social.....	79
4.4	CORRELACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EL NIVEL DE AUTOVALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL TOTAL Y BAJA VISIÓN.....	80
4.5	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	84
 CAPÍTULO V		
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	86
5.1	CONCLUSIONES.....	86
5.2	RECOMENDACIONES.....	90
	 BIBLIOGRAFÍA.....	91
	ANEXOS.....	97

RESUMEN

El presente estudio tiene el objetivo de determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y nivel de autovaloración en afiliados al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz; asumiendo que las personas que poseen o utilizan algún tipo de estrategia de afrontamiento podrían tener una percepción o juicio positivo de sí mismas, valorando favorablemente sus ideales, metas y propósitos que tienen en la vida.

La investigación es de tipo correlacional y considera una muestra de 64 personas con discapacidad visual baja y total afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, La Paz, a quienes se les aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y la Escala de autovaloración (EAV-2-RC ADULTOS – 2004). Se efectúa una descripción de ocho estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social), así como el nivel de autovaloración (cognitiva, afectiva y social).

Los resultados obtenidos permiten concluir que existe una que existe un alto grado de asociación entre Estrategias de afrontamiento y autovaloración, lo que implica que las personas que utilizan estrategias de afrontamiento tienen mayor autovaloración que las que no las utilizan e, inversamente, las que no utilizan estrategias de afrontamiento tienen baja autovaloración.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad es "cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano. Se refiere a actividades complejas e integradas que se esperan de las personas o del cuerpo en conjunto, como pueden ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas" (OMS, 2011).

Dentro de los diversos tipos de discapacidad, la visual es una categoría que engloba cualquier problema visual grave ocasionado por patologías congénitas, accidentes de cualquier tipo o agentes infecto-contagiosos diversos. Actualmente, este término integra las condiciones de ceguera total y deficiencia visual, incluidos en esta última los diferentes niveles de pérdida visual (Méndez, Prats, Yagüe, & Sanz, 2016). En términos simples, se puede precisar que la discapacidad visual es la carencia, disminución o defectos de la visión.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), la Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica que la función visual se subdivide en cuatro niveles: a) Visión normal, b) Discapacidad visual moderada, c) Discapacidad visual grave y, d) Ceguera (OMS, 2011). La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término "baja visión". En el presente trabajo de investigación, se utilizará la última clasificación: discapacidad visual total y baja visión.

Se estima que, a nivel mundial, el número de personas con discapacidad visual, ascendería a 285 millones, de las cuales 39 millones eran ciegas (OMS, 2011). Dada la magnitud de las personas afectadas con discapacidad visual, la OMS dirige varias alianzas internacionales de gobiernos, el sector privado y

organizaciones de la sociedad civil, con el propósito de contribuir a la eliminación de enfermedades causantes de ceguera.

En Bolivia, los datos más recientes sobre ceguera y deficiencia visual, indican que en este país viven 230.000 personas con discapacidad visual, de las cuales el 80% lo son por causas tratables y prevenibles (OPS/OMS Bolivia, 2017).

Las personas que sufren algún tipo de discapacidad visual enfrentan diversos problemas, desde el desempleo, la discriminación, la autosuficiencia, problemas de movilidad, respeto a sus derechos, inseguridad, entre otros. Cuando se presenta un problema, como este, es importante la forma en que es asumido y se afronta, ya que de esto dependerán las acciones posteriores y sus consecuencias tanto para la persona directamente afectada y su entorno.

Desde una perspectiva psicológica, las acciones y el comportamiento del ser humano están determinados por sus procesos cognitivos y las emociones que lo invaden en su interior. Estos procesos se traducen en patrones de afrontamiento y relación con los niveles de autovaloración que presenta una persona. En la presente investigación se plantea estudiar estos procesos en personas con discapacidad visual, es decir, la relación entre las estrategias de afrontamiento y la autovaloración.

Las Estrategias de Afrontamiento se refieren al “conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que genera en él” (Casullo & Fernández, 2001).

Cuando una persona tiene una discapacidad visual, sufre un descenso, en cualquier grado, de la visión considerada “normal”. Sin embargo, esto no dice prácticamente nada sobre la propia discapacidad y mucho menos sobre la

incidencia que puede tener en su autovaloración, es decir, en la forma en que las personas con este déficit se perciben a sí mismas (capacidades y aspiraciones) y la expresión de un vínculo afectivo hacia sí. No obstante, “la pérdida visual, ya sea originada por una patología ocular o por una lesión cerebral, reduce la capacidad para llevar a cabo las tareas de forma independiente y repercute en la forma de realizarlas” (Organización Nacional de Ciegos Españoles, 2011, pág. 77).

La autovaloración supone la presencia de reflexiones, valoraciones y vivencias que hace el individuo sobre sí mismo. Esto lo realiza mediante un proceso dinámico y organizado de reflexiones, la misma funciona a través de mecanismos de elaboración cognoscitiva con fuerte carga emocional (Fernández L. , 2009). La vía para la comprensión teórica de la autovaloración no es la de la creación y adopción de modelos que permitan adjudicarle un status teórico independiente, sino la de la búsqueda de su lugar y papel en el sistema de la personalidad y de la realidad social.

Las personas se encuentran en condiciones de emprender un camino que aparte de la búsqueda de un **yo** independiente, de una entidad autónoma dentro de sí mismas, les permite conocer, juzgar, elogiar o censurar.

En este sentido, la presente investigación está orientada a determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y autovaloración en personas afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, que presentan discapacidad visual total y baja visión, cuyos resultados no sólo servirán como referencia para planificar e implementar estrategias de intervención dirigidos a afiliados de esta institución, sino que resulta un aporte que podría ser extendido a otras instituciones que apoyan a personas con discapacidad visual.

Para una mejor comprensión, el trabajo está organizado de la siguiente forma:

En la primera parte se describe la problemática del estudio, se exponen los motivos por los que se realiza la investigación; también se formulan los objetivos y la hipótesis de la investigación.

La segunda parte corresponde a la fundamentación teórica del trabajo, donde se desarrollan temas relativos al afrontamiento, la autovaloración y la discapacidad visual.

En la tercera parte del trabajo se describe la metodología de investigación, que incluye la identificación del tipo de estudio, el diseño de investigación, las variables, población, muestra y las técnicas e instrumentos de recopilación de información.

En la cuarta parte se analizan e interpretarán los resultados obtenidos mediante la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y la Escala Cognitivo – Comportamental de Autovaloración EAV-3-RC (Adultos) , mismos que son presentados en cuadros y gráficos para una mejor ilustración.

El estudio culmina con la exposición de las conclusiones emergentes de los resultados obtenidos y las recomendaciones correspondientes.

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la pérdida total o gradual de la visión, las personas atraviesan por un proceso para afrontar y lograr su autonomía, lo cual incluye el nivel físico, psíquico, cognitivo y comportamental así como en lo familiar y en lo social. Las personas afectadas por esta problemática conllevan cambios en las actividades y responsabilidades que desarrollaban de forma habitual, convirtiéndose en ocasiones en dificultades que pueden provocar miedos, ansiedad, o manifestaciones depresivas entre otras respuestas.

En efecto, cualquiera que sea el tipo de discapacidad visual (total o baja visión), la pérdida de visión limita la autonomía para realizar sus actividades de la vida cotidiana, en el acceso a la información y en la participación social en contextos diversos como el educativo, el laboral, o el ocio. En ocasiones, estas limitaciones no están determinadas únicamente por barreras físicas y/o arquitectónicas del entorno, sino también por barreras sociales (Méndez, Prats, Yagüe, & Sanz, 2016).

El déficit visual genera una diversidad de problemas en la salud y estado psicológico de quien lo padece. Las situaciones prolongadas de inactividad repercuten en el aislamiento de la persona, creando pensamientos y sentimientos negativos que bloquean un afrontamiento eficaz. Asimismo, cuando las condiciones físicas que presenta la persona con discapacidad visual requieren intervenciones médicas u hospitalizaciones, éstas repercuten negativamente en su estado de ánimo. Esto provoca, entre otras consecuencias, una pobre autovaloración, originando respuestas depresivas, manifestando conductas de apatía, de abandono, y otros, que dificultan el

afrontamiento del proceso de ajuste. Las consecuencias de esta variable afectan igualmente en su entorno familiar (Checa, Díaz, & Pallero, 2003).

Asimismo, el déficit visual provoca una pérdida total o parcial de los recursos habituales para afrontar las demandas del entorno, lo que podría generar sentimientos de incompetencia e indefensión, a causa de una disminución de la autoeficacia percibida y de la autovaloración.

Este descenso en la autoeficacia podría dificultar o impedir el inicio de la rehabilitación, al crear unas expectativas pesimistas respecto a las propias capacidades para realizar con éxito los aprendizajes necesarios para la adaptación al déficit. De este modo, la forma en la que la persona se percibe a sí misma, en interrelación con el mundo, podría influir sobre la autoeficacia a través de factores como a) la atribución de éxitos y fracasos en las actividades cotidianas; b) las actividades realizadas por otras personas ciegas con las que se podrían sentir identificadas; c) el estrés ante la realización de tareas con limitación visual y, d) el papel de las personas con autoridad para el sujeto en la atribución de las causas de sus éxitos o fracasos. Esto se debe a que estas adversidades no acontecen en unas circunstancias neutras, sino que la persona tiene una historia y unas condiciones personales que la caracterizan (Méndez, Prats, Yagüe, & Sanz, 2016).

Por tanto, las personas con discapacidad visual se adaptan a una nueva situación, pueden presentar por esta causa o por otras derivadas de ella, situaciones de desajuste emocional en diferentes momentos de su vida, tienen una trascendencia en el hombre que va mucho más allá del hecho de no poder ver total o parcialmente: son limitaciones que imponen una gran dependencia, sumada al miedo y la vergüenza y el desequilibrio psicoemocional que, en la mayoría de los casos, sumerge a la persona en un caos del que no sabe cómo salir. (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Por ello requieren un abordaje profesional y especializado que se construya en el marco de respeto de sus derechos humanos y baja de la consideración de su condición y situación, elaborando enfoques de abordaje psicológico partiendo de las estrategias de afrontamiento y niveles de autovaloración que tienen cada una de las personas.

Las estrategias de afrontamiento se relacionan con los esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrolla un individuo para manejar las demandas internas y/o externas del medio ambiente. Cuando estas demandas son percibidas como más altas que los recursos del individuo para manejarlas ocurre el estrés (Lazarus & Folkman, 1993). En esta definición, el afrontamiento se entiende como el proceso, es decir, todas aquellas acciones del individuo para manejar el evento estresor, independientemente del resultado que obtenga. Ya en los niveles de afrontamiento pueden tener dos finalidades que se presentan de manera independiente o en conjunto dependiendo de la situación: controlar la respuesta emocional que se produce en la situación estresante (dirigido a la emoción) o generar un cambio en el problema que es la causa de la perturbación (dirigido al problema) (Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno, 2007).

Por otra parte, la autovaloración de las personas reviste gran importancia para la salud psicológica de los sujetos al estar directamente relacionada con la planeación del futuro, las estrategias para enfrentar situaciones estresantes, la toma de decisiones, la solución de problemas, las relaciones interpersonales, la autoevaluación de sus capacidades y habilidades (Naranjo, 2007). Bajo este postulado, una autovaloración negativa, en el caso de las personas con discapacidad visual, podría ocasionar una interferencia negativa, haciendo que durante el ciclo vital no puedan desarrollarse plenamente o tengan dificultades en su inclusión social.

La autovaloración es un hecho de la conciencia y como tal llega a adquirir atributos como la diversidad y complejidad de su contenido, adecuación, flexibilidad y otros mediante los cuales se puede evaluar el nivel de desarrollo, pero, a la vez, es un hecho de la personalidad y, como tal, tiene una profunda connotación motivacional, dinámica, inductora e interviene con mayor o menor efectividad en el proceso de autorregulación en forma de vivencias, expectativas, aspiraciones, estados de satisfacción y otros.

La conciencia humana es una conciencia personalizada, no hay reflejo consciente, no hay reflexión o autorreflexión puras, todo acto de reflexión, de conciencia en el hombre es un acto de su personalidad. De ahí que la autoconciencia es personalizada, es autovaloración como unidad del conocimiento y la vivencia de sí mismo.

Bajo las consideraciones anteriores, se estima que las estrategias para afrontar el problema de la discapacidad visual, puede estar vinculada a la autovaloración que tengan las personas que padecen este déficit.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a) Pregunta Fundamental

¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y nivel de autovaloración en afiliados al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz?

b) Preguntas complementarias

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con discapacidad visual total y baja visión para afrontar el problema?

- ¿Cuál es el nivel de autovaloración de las personas con discapacidad visual total y baja visión?
- ¿Qué grado de correlación estadística existe entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de autovaloración de las personas con discapacidad visual total y baja visión?
- ¿Qué estrategias se pueden proponer para el afrontamiento e incrementar la autovaloración de las personas con discapacidad visual total y baja visión?

1.3 OBJETIVOS

a) Objetivo General:

Determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y nivel de autovaloración en afiliados al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz.

b) Objetivos específicos:

- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con discapacidad visual total y baja visión, a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).
- Determinar el nivel de autovaloración de las personas con discapacidad visual total y baja visión, mediante la Escala Cognitivo – Comportamental de Autovaloración EAV – 3 – RC (adultos)
- Establecer el grado de correlación estadística entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de autovaloración de las personas con discapacidad visual total y baja visión, utilizando el Coeficiente de Correlación (r) de Pearson.

1.4 HIPÓTESIS

La formulación de hipótesis que guía esta investigación es:

“Existe una relación positiva significativa entre las estrategias de afrontamiento y niveles de autovaloración en personas con discapacidad visual total y baja visión afiliados al Instituto Boliviano de la Ceguera La Paz”.

1.5 JUSTIFICACIÓN

De todos los sentidos del ser humano, la visión es el que más información proporciona, y es crucial para realizar las actividades cotidianas. Tiene un papel muy importante en la comunicación y, por tanto, en las relaciones que se precisan para vivir en sociedad.

No obstante, cuando las personas presentan problemas en su capacidad visual, se enfrentan a una serie de problemas, fundamentalmente, conductuales y emocionales, entre ellas: temor, ansiedad, depresión y baja autoestima, dificultades en los estudios y en la socialización con su entorno social y familiar. Por ello, las personas con discapacidad visual requieren de ayudas especiales para desarrollarse adecuadamente dentro de la sociedad.

El enfoque actual de la inclusión considera que las personas con cualquier tipo de discapacidad, pueden ser parte activa de la sociedad. En este escenario, la capacidad de autovaloración, se convierte en un aspecto importante en la generación de los entornos positivos que favorecen la inclusión social de los grupos vulnerados, como lo son la población con discapacidad visual.

En este contexto, cobra vital importancia el concepto de la autovaloración, dado que de ella depende en gran parte la realización del potencial personal y de logros que en la vida alcancen las personas con discapacidad visual, en el sentido de la propia aceptación de su condición, y en el hecho de sentirse bien consigo mismos, a partir de una autovaloración positiva, la cual les propicia a que sean capaces de enfrentarse y resolver los retos y asumir responsabilidades que la vida plantea en el diario convivir con grupos heterogéneos (Ortiz, 2015).

La autovaloración como subsistema de la personalidad es la condición interna subjetiva más elaborada y compleja. Es una potencialidad que mediatiza las relaciones, elaboraciones y producciones cognitivas así, como las actividades sociales del hombre. “La autovaloración se constituye en un sistema de regulación interna o autorregulación y es uno de los factores, principales en la formación de los ideales y objetivos, es decir, la autovaloración determina el nivel de las pretensiones y aspiraciones, que conllevan las formaciones motivacionales” (Bozhovich, 1978, pág. 79).

Diversos factores podrían modular o mediar el proceso de adaptación al déficit visual, contribuyendo a la variabilidad interpersonal en el ajuste psicológico y en la calidad de vida percibida; entre estos se encuentran el apoyo social, los perfiles sociodemográficos, el tipo de discapacidad y las limitaciones que comporta. Uno de los determinantes de mayor peso en la adaptación y el ajuste podría ser el estilo de afrontamiento empleado. No todas las personas afrontan del mismo modo las situaciones potencialmente traumáticas, como la pérdida visual, ya que mientras que algunas de ellas son capaces de aprender y salir fortalecidas del trauma, otras no (Méndez, Prats, Yagüe, & Sanz, 2016).

La adaptación en casos de discapacidad va a implicar un ajuste entre las demandas y expectativas que exige un evento que causa una limitación

permanente y las capacidades de las personas para dar respuesta a estas demandas, pero como en estos casos no hay posibilidades de cambiar la situación, las estrategias orientadas a la emoción ayudan a reducir el impacto emocional que genera el evento y a largo plazo a lograr un equilibrio ante la situación (Rodríguez, Pastor, & López, 1993).

En las personas con discapacidad, así como en otros grupos poblacionales, pueden existir diferencias importantes en los estilos de afrontamiento utilizados para adaptarse a problemas y dificultades relacionadas con la discapacidad y con la vida diaria. Sin embargo, parece que las personas con discapacidad, tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, especialmente la evitación. De igual forma y, en relación con variables psicológicas, se ha encontrado que el afrontamiento es un factor que determina significativamente la calidad de vida en personas con discapacidad o condiciones crónicas de enfermedad (Botero, 2013).

A partir de los argumentos expuestos, se genera el presente estudio acerca de las estrategias de afrontamiento y su relación con los niveles de autovaloración de personas con discapacidad visual baja y total afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, pues solo desde los conocimientos académicos será factible plantear acciones en pro de la promoción de la calidad de vida de dichas personas. Este primer acercamiento a la realidad psicológica de los sujetos en cuanto a la autovaloración y a las estrategias de afrontamiento, podría contribuir a posteriores procesos de intervención en personas que padecen discapacidad visual.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 AFRONTAMIENTO

El trabajo teórico en afrontamiento y mecanismos de defensa comenzó con Freud (1923), y luego fue desarrollado por su hija Ana en 1936. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se subordinaba a la defensa y los estresores eran principalmente de origen intrapsíquico (Casullo & Fernández, 2001).

En los años 60 los investigadores voltearon su atención del afrontamiento defensivo hacia el estrés, produciendo una amplia literatura al respecto. Varios estudios señalan la importancia de conocer la forma en que los adolescentes, particularmente, enfrentan los desafíos del crecimiento, en el cual deben atravesar cambios físicos, transformaciones en la personalidad, nuevos roles frente a las relaciones con sus pares y con sus figuras parentales, el desafío de la inclusión en el ámbito social, académico y laboral, entre otros (Casullo & Fernández, 2001). Sin embargo, el constructo afrontamiento no ha sido utilizado con clara delimitación conceptual, dejando aún muchas interrogantes por resolver.

Examinando la bibliografía sobre el tema, se observa que los aportes de Lazarus (1991) son los que más ampliamente abordaron este nuevo constructo y marcaron, sin dudas, un recorrido teórico de relevancia para la Psicología. El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1993) ha tenido gran aceptación entre los científicos, aportando una importante conceptualización del afrontamiento. Generó dieron lugar a una amplia de trabajos y estudios que analizan los modos en que las personas enfrentan las dificultades y las situaciones estresantes en sus vidas.

Desde el modelo cognitivo de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. Dentro de enfoque cognitivo, el de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente (Martín, Jiménez, & Fernández, 2004)

La concepción teórica desarrollada por Lazarus y Folkman (1993), mantiene que, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento, entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes.

Desde aquí, Lazarus y Folkman (1994) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Los autores citados consideran que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

Aun asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1993), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

1. *Confrontación*: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. *Planificación*: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. *Distanciamiento*: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. *Autocontrol*: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. *Aceptación de responsabilidad*: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. *Escape-evitación*: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. *Reevaluación positiva*: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

2.1.1 Afrontamiento de la Discapacidad

Los estudios sobre afrontamiento familiar en casos de discapacidad generalmente indican que el estrés y la carga del diagnóstico pueden perjudicar

a la familia. Además, se ha encontrado que todos los miembros de la familia de la persona con deficiencias, incluyendo la visual, experimentan una variedad de formas de estrés que fueron consideradas clínicamente significativas y que requirieron intervención clínica (Stolarski, 1991).

El afrontamiento es un proceso que se activa cuando se percibe la amenaza, interviniendo entre ésta y los resultados observados, y tiene como objetivo regular el conflicto emocional y eliminar la amenaza (Lazarus R. S., 1966). A través del modelo transaccional del estrés y afrontamiento se define el afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus & Folkman, 1984, pág. 141).

Depende tanto de variables internas del sujeto como de sus recursos externos (tiempo, dinero, trabajo, hijos, amigos, educación, nivel de vida, experiencias positivas y la ausencia de otros estresores vitales). No obstante, una vez el estresor alcanza cierta dimensión, los recursos de cualquier tipo quedan desbordados. Uno de los recursos externos relacionado con la salud más decisivo es el estatus socioeconómico: las personas de mayor estatus muestran una morbilidad y mortalidad menores, y ello afecta a todo tipo de enfermedades, incluidos ciertos tipos de cánceres y de enfermedades cardiovasculares. Esta relación es tan potente que ha podido documentarse igualmente en los animales: aquellos de mayor estatus resultan menos vulnerables a las infecciones que los de menor estatus (Navarro, 2004).

Las estrategias de afrontamiento consisten en *“cogniciones y conductas usadas por los individuos en respuesta a estresores y puesta en marcha de actividades*

dirigidas a disminuir el impacto de los mismos” (Margalit, Raviv, & Ankonina, 1992).

La revisión bibliográfica revela que existen varios tipos de estrategias de afrontamiento y que los investigadores usan una gran variedad de términos para describirlas. A pesar de la variedad de términos utilizados, las estrategias de afrontamiento pueden agruparse en dos categorías: adaptativas o aproximativas y paliativas o evitativas. Aproximación y evitación son términos básicos para significar una actividad que está orientada hacia, o se aparta de, la amenaza (Roth & Cohen, 1986).

2.1.2 Las formas generales del afrontamiento

La aproximación y evitación son conceptos que se pueden utilizar para proporcionar una estructura teórica coherente para la comprensión del afrontamiento del estrés. Así pues se observan, en primer lugar, dos formas generales de afrontamiento: *afrontamiento aproximativo* y *afrontamiento evitativo* (Mayo, 2010, pág. 167).

El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando el estrés, o las emociones negativas concomitantes o bien, dicho de otro modo, las estrategias de afrontamiento adaptativas son los intentos que nosotros hacemos para cambiar las fuentes de estrés, es decir, los intentos que hacemos para adaptarnos al estrés. Por ejemplo, la reestructuración de nuestros pensamientos sobre una situación negativa es una estrategia de afrontamiento adaptativa. Una estrategia adaptativa adicional incluiría la búsqueda de información o el soporte social de los otros. Las estrategias de afrontamiento adaptativas son las más efectivas para disminuir el estrés.

Por el contrario, el afrontamiento evitativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes. Las estrategias de afrontamiento paliativas son menos efectivas a la hora de intentar reducir el estrés. Focalizadas en la emoción, incluyen estrategias como la evitación, autoculpación y el pensamiento desiderativo (Mayo, 2010, pág. 167).

Por lo que se refiere a la eficacia adaptativa de estos dos tipos de afrontamiento, las estrategias evitativas parecen útiles en la medida en que reducen el estrés y evitan que la ansiedad llegue a ser perturbadora y permiten un reconocimiento gradual de la amenaza; mientras que las estrategias aproximativas, por su parte, permiten la acción apropiada para detectar y sacar ventajas de los cambios en una situación, a fin de hacerla más controlable, y facilitan la “*ventilación emocional*” (Rodríguez, Pastor, & López, 1993).

Ambas estrategias no se excluyen una a la otra. La generalidad de personas utiliza estrategias de ambas categorías. Estrategias evitativas y aproximativas que pueden ser utilizadas de forma combinada de muchas maneras. A largo plazo, las consecuencias positivas de la evitación consisten en facilitar la aproximación. Incluso en situaciones incontrolables donde no hay posibilidad de conducta instrumental, la reducción en estrés y ansiedad proporcionada por la evitación puede no ser productiva si no permite la asimilación y resolución del trauma. En estos casos, los beneficios potenciales de las estrategias evitativas dependen del uso simultáneo o alternativo de las estrategias aproximativas.

Sin embargo, hay también costos potenciales asociados a la aproximación y a la evitación: a) a la aproximación se asocia un incremento del estrés. Cuando no hay posibilidad de cambiar la situación o de asimilar emocionalmente la amenaza, la aproximación puede conducir a una preocupación excesiva, que

consume tiempo y no produce. b) A la evitación se asocian: (1) la interferencia con la acción apropiada cuando existe la posibilidad de aceptar la naturaleza de una amenaza; (2) la parálisis emocional; y (3) conductas evitativas disruptivas cuando hay un intento consciente o inconsciente de mantener las condiciones amenazantes fuera de la conciencia (Mayo, 2010, pág. 168).

La segunda categoría incluye otras dos formas de afrontar: una, mediante la acción orientada a la solución del problema; otra, mediante un tipo de afrontamiento paliativo en el que las respuestas se dirigen al manejo o reducción de las emociones asociadas a la situación estresante. Constituyen dos focos de afrontamiento que corresponden con dos tipos de respuestas de afrontamiento: el manejo del problema que está causando el distrés y la regulación de las emociones causadas por el distrés y que se denominan, respectivamente, *afrontamiento centrado en el problema* y *afrontamiento centrado en la emoción*. (Folkman & Lazarus, 1980), demostraron que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que cada encuentro es evaluado.

La primera estaría dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacer frente al problema, por ejemplo diseñando un nuevo método de solución de problemas o buscando ayuda de un profesional que nos oriente. La estrategia de regulación emocional estaría centrada en la emoción, en reducir el distrés asociado a la situación (Sánchez-Cánovas, 1991).

Lazarus y Folkman, consideran que la gente empleará este segundo tipo de estrategia cuando experimente que el estresor es algo perdurable o inmodificable como, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Ejemplos de este tipo de estrategias serían llorar, distraerse, dormir, beber y otros. El

afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción difieren en las facetas de la confrontación estresante que son usadas para lograr el control sobre el acontecimiento. El afrontamiento centrado en la emoción se usa para controlar la emoción distresante, algunas veces alterando el significado de un resultado. El afrontamiento centrado en el problema se usa para controlar la relación perturbada entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa. Este tipo de estrategia, cualitativamente diferente de la centrada en la emoción, puede dirigirse al entorno tanto como a uno mismo (Lazarus & Folkman, 1984).

2.1.3 Estrategias del afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento operan, por tanto, para disminuir los sentimientos de perturbación asociados a la amenaza, de modo que cuanto más se reducen los efectos negativos podemos decir que el proceso de afrontamiento es más efectivo.

Las estrategias centradas en el problema pueden ser, a su vez, de: (Mayo, 2010)

- *Afrontamiento activo*: requieren que el sujeto redoble sus esfuerzos y que paso a paso trate de resolver el problema.
- *Planificación*: requiere el desarrollo de una estrategia racional y su traducción en acciones concretas.
- *Supresión de estrategias que compiten entre sí*: no distraerse y dejar de lado otras tareas.
- *Contención*: no actuar de forma prematura.
- *Búsqueda de apoyo social*: es una estrategia centrada en el problema cuando se busca el apoyo social para conseguir algo concreto.

Las estrategias centradas en las emociones pueden ser: (Mayo, 2010)

- *Búsqueda de apoyo social*: cuando se busca en las personas apoyo moral, simpatía o comprensión. Esta estrategia también puede ser maladaptativa si el ventilar emociones lleva a un constante rumiar los problemas.
- *Inhibición conductual y emocional*: puede también ser maladaptativa si impide los esfuerzos activos de afrontamiento.
- *Reinterpretación positiva y crecimiento*: se buscan significados positivos de la enfermedad que permitan que el enfermo crezca.
- *Negación*: es útil en los primeros momentos de la enfermedad, pero problemática a largo plazo.
- *Aceptación*: básicamente, tratar de vivir con el problema.
- *Vuelta a la religión*: lo que permite reevaluar la situación y crecer psicológicamente. También puede tener un aspecto de estrategia centrada en el problema cuando la comunidad religiosa ofrece ayuda práctica.

La tercera categorización se basa en el tipo de destreza que la persona hace intervenir en la respuesta de afrontamiento, y que permite distinguir entre *afrontamiento comportamental* y *afrontamiento cognitivo*. Por ejemplo, las personas pueden decirse a sí mismas que no vale la pena preocuparse por el problema, o que se resolverá en poco tiempo, utilizando con ello una estrategia cognitiva que se denomina “*minimización*”; o pueden consultar a un experto para poder encontrar una buena solución, utilizando una estrategia comportamental que se puede denominar “*búsqueda de ayuda instrumental*” (Mayo, 2010).

A su vez, Fawzy, y otros, hablan de tres métodos de afrontamiento: (Fawzy, Cousins, Fawzy, Kemeny, Elashoff, & Morton, 1990)

- a) Métodos activos conductuales: mediante los cuales el paciente trata de cambiar algunos aspectos de su enfermedad haciendo, por ejemplo, ejercicio, relajación o consultando con su médico.
- b) Métodos activos cognitivos: mediante los que trata de comprender la enfermedad y aceptar sus efectos, centrándose en los cambios positivos que han ocurrido desde el comienzo de la enfermedad.
- c) Métodos de evitación: mediante los cuales esconde o evita sus sentimientos sobre la enfermedad y rehúsa pensar en ella.

Esta tipología da lugar a ocho técnicas de afrontamiento: (Mayo, 2010)

1. *Estrategia activa positiva*: aumento de la implicación, de la planificación de la acción, centrarse en el disfrute del momento.
2. *Estrategia activa expresiva*: hablar con otras personas buscando información y ofreciendo apoyo a otros enfermos.
3. *Estrategia activa de dependencia*: buscar la ayuda de un amigo o un familiar, o de un médico para una consulta.
4. *Estrategia cognitiva positiva*: entender la enfermedad, buscar su significado, pensar en cambios positivos.
5. *Estrategia cognitiva pasiva*: rumiar y soñar.
6. *Estrategia de evitación solitaria*: evitar a los otros, fumar más de lo normal o drogarse.
7. *Estrategia de distracción*: incremento de actividades sociales, hacer algo positivo para uno mismo.
8. *Estrategia pasiva resignada*: prepararse para lo peor, mantener en secreto los sentimientos propios.

Los tipos de estrategias mencionados se pueden utilizar por separado o combinados. Además esas categorías constituyen, como se ha visto, un repertorio potencial de respuestas/técnicas de afrontamiento, de las que

cualquiera o todas ellas, pueden ser usadas por un individuo para vérselas con un problema particular. Asumir una considerable variabilidad en las estrategias de afrontamiento usadas por los individuos en las diferentes situaciones y frente a distintos tipos de problemas, no significa que no podamos detectar consistencias a lo largo del tiempo en el uso de unas estrategias de afrontamiento concretas por parte de algunas personas, en situaciones específicas (Mayo, 2010).

La determinación de si una conducta de afrontamiento es adaptativa implica la consideración de tres factores: el dominio de resultado, el momento temporal y el contexto. En primer lugar, la eficacia adaptativa puede ser evaluada en los dominios fisiológico, psicológico o social. Puede diferir en cada uno de ellos. Por ejemplo, en situaciones de estrés, muchas personas prefieren ser “*aproximativas*” y, sin embargo, serlo puede reducir el distrés psicológico a costa de incrementar el trastorno fisiológico.

¿Hay que considerar el mayor riesgo de enfermedad un resultado más importante que el bienestar psicológico? La respuesta requiere una elección entre valores. En segundo lugar, es importante distinguir los resultados a corto y a largo plazo de las respuestas de afrontamiento.

Así, los efectos a corto y a largo plazo del proceso de negación pueden ser muy diferentes. En tercer lugar, la eficacia adaptativa de cualquier estrategia de afrontamiento sólo puede determinarse tomando en cuenta el contexto. Una estrategia puede que actúe bien en un contexto pero no en otro.

Todo eso nos lleva a pensar que un proceso de afrontamiento no es rígidamente adaptativo o desadaptativo en sus consecuencias, sino que sus costos y sus beneficios dependen de la persona, su momento y las circunstancias en que se produce el acontecimiento estresante (Mayo, 2010).

A pesar de estas dificultades, se han llevado a cabo algunos intentos para establecer principios generales sobre las consecuencias de las diferentes formas de afrontamiento. En primer lugar, las estrategias de evitación parecen más eficaces a corto plazo, mientras que las estrategias de aproximación lo son a largo plazo. La evitación a menudo es una forma válida de afrontamiento durante el período inicial, cuando los recursos emocionales son limitados (Mullen & Suls, 1982). En segundo lugar, hay datos que apoyan la hipótesis de que la evitación es mejor que la aproximación si la situación es incontrolable, mientras que la aproximación es mejor si hay un control potencial.

Es preciso tener en cuenta, no obstante, que difícilmente cualquier situación permanece estática, sino que muy al contrario, se presentan de forma cambiante, lo que conlleva la necesidad de su reevaluación como resultado de la adquisición de nueva información o de cambios perceptivos y motivacionales en el sujeto, de manera que el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas podrá cambiar también.

Los procesos de afrontamiento pueden entenderse como modos o estrategias, y como recursos. Los modos o estrategias incluyen actividades directas e indirectas que varían en función del grado en que se adaptan a la fuente del problema o, alternativamente, a los sentimientos que generan.

2.2 AUTOVALORACIÓN

La **autovaloración** es una configuración de la Personalidad, que integra de modo articulado un concepto de sí mismo por parte del sujeto, en el que aparecen cualidades, capacidades, intereses y motivos, de manera precisa, generalizada y con relativa estabilidad y dinamismo, comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes

esferas de su vida. Puede incluir contenidos que se poseen, otros deseables y otros inexistentes que constituyen un resultado de las reflexiones, valoraciones y vivencias del sujeto sobre sí mismo y sobre los contenidos esenciales de su propia Personalidad. La concepción que el individuo elabore sobre si mismo, influirá en gran medida en la configuración de las otras formaciones psicológicas de su Personalidad y le permitirá afrontar los retos de la vida de una determinada manera (Garanto, 1984).

La autovaloración es producto de las relaciones que el hombre entabla con su medio social y de su historia individual. La autovaloración se constituye como consecuencia de la personalización de las exigencias que tienen una significación para su valoración personal mediatizados por lo social.

La autovaloración como subsistema de la personalidad es la condición interna subjetiva más elaborada y compleja. Es una potencialidad que mediatiza las relaciones, elaboraciones y producciones cognitivas así, como las actividades sociales del hombre. La autovaloración se constituye en un sistema de regulación interna o autorregulación y es uno de los factores, principales en la formación de los ideales y objetivos, es decir, la autovaloración determina el nivel de las pretensiones y aspiraciones, que conllevan las formaciones motivacionales. (Bozhovich, 1978, pág. 79).

En la autovaloración se...plasma las principales cualidades, capacidades y rasgos que posibilitan la realización exitosa de los motivos integrantes de las tendencias orientadoras de la personalidad (motivos morales y la formación de la familia). (Gonzales, 1998, pág. 33).

La autovaloración que expresa la relación de lo cognitivo y lo afectivo, es la unidad del autoconcepto que le da contenido y de la autoestima, que le da dinámica, a las valoraciones personales. El contenido le otorga dirección y

orientación a la autovaloración mediante la elaboración consciente de motivos expresados en las metas y objetivos de vida, mientras que la dinámica, es la energía, psicología cuya fuente es el amor, el afecto hacia sí mismo, el afecto vinculado a las nuevas vivencias del amor hacia sí mismo conscientemente expresados en metas como la autorrealización y la satisfacción consigo mismo (Gonzales, 1998, pág. 43).

En las definiciones, se pueden destacar algunos aspectos elementales que hacen a la estructura y dinámica de la autovaloración:

1. Se plantea la importancia de los procesos y el carácter cognoscitivo de la autovaloración: percepción interior, conocimiento del yo, concepto de sí, reflexión sobre sí.
2. La participación de la esfera afectiva en términos de sentimientos dirigidos hacia lo que se es y se hace, sentir una autovalía admiración, confianza en sí mismo y autoaceptación.
3. La valoración de sí mismo en relación a lo vivido y lo posible: de lo que se apuesta a ser y hacer, la imagen de lo real y una imagen de lo que nos gustaría ser, concepción del yo real y concepción de los yo posibles (lo que uno desearía ser y debería ser).
4. La autovaloración no solo es una representación y valoración psicológica (cognitivo-afectivo) de lo real y lo posible de sí mismo, sino también un cuidado u ocupación de sí mismo, expresada en la actuación orientada a fortalecerse a sí misma, el cuidado en el desempeño y forma de relación establecida en la esfera familiar, laboral, escolar, social y otros; que contribuyen a la autoestima en imagen del yo. La autovaloración es una expresión de sí mismo y una formación psicológica que mediatiza la actuación del sujeto sobre sí mismo, una autoestima o autoconcepto que se definen por sus funciones de autorregulación y de autoeducación. Es una formación cognitivo-afectiva que mediatiza la ocupación de sí mismo

y la construcción de la propia personalidad, valorando las influencias, relaciones y cooperaciones de los demás (Tintaya, 2001, pág. 42)..

La ocupación de sí mismo, entre otras ocupaciones laborales, sociales, familiares y culturales, constituye la forma de valoración efectiva de sí mismo. La épimelea es una forma de pensar, sentir y actuar sobre sí mismo, la valoración y construcción tanto de las condiciones reales como de lo posible, es la valoración de la propia imagen en su horizonte de posibilidades (Tintaya, 2001, pág. 42).

Michel Foucault expresa el concepto de épimelea de la siguiente manera: La épimelea expresa una actitud hacia sí mismo, hacia los otros y hacia el mundo; una preocupación sobre uno mismo, vigilancia sobre lo que uno piensa, siente, hace y desea; modo de actuar sobre uno mismo y transformarse; expresa un concepto de sí mismo una interpretación, teoría o concepción de sí mismo que mediatiza la comprensión del mundo, de la vida, del pasado, del futuro, de lo real, de las utopías, en fin, una vivencia de sí que regula la actuación en el mundo y la creación de sí misma. La épimelea es una autovaloración, en tanto es una valoración de la interpretación y proyección de sí mismo que mediatiza la actuación, sobre si (autorregulación) y la construcción de sí mismo (autoeducación) (Tintaya, 2001, pág. 42).

La autovaloración, se constituye en un sentimiento personal que se tiene sobre uno mismo y que toma la forma de diálogo interno. La autovaloración es una valoración que se hace cuando se piensa acerca de nosotros mismos. Las personas con baja autovaloración tienen pensamientos negativos acerca de ellos mismos. Tienen una voz interna negativa muy crítica y muy desarrollada. Esta crítica negativa que tienen sobre ellas mismas es cruel y tiene tendencia a la autolesión.

En la base teórica está la siguiente creencia: “si nos sentimos mal con nosotros mismos es porque nuestros pensamientos hacen que nos sintamos así. Si somos capaces de cambiar nuestros pensamientos podremos cambiar nuestros sentimientos” (Pope, Mchale, & Craighead, 1996, pág. 56).

González, define la autovaloración como "subsistema de la personalidad que incluye un conjunto de necesidades y motivos, junto con sus diversas formas de manifestación consciente. La forma esencial en que se expresan los elementos integrantes de la autovaloración, es un concepto preciso y generalizado del sujeto sobre sí mismo, que integran un conjunto de cualidades, capacidades, intereses, que participan activamente en la gratificación de los motivos integrantes de la tendencia orientadora de la personalidad, o sea, que están comprometidos en la realización de las aspiraciones más significativas de las personas. En este sentido el contenido de la autovaloración está emocionalmente comprometido con las principales necesidades y motivos de la personalidad y constituye una expresión de los mismos" (Gonzales, 1998).

La autovaloración puede tener ciertos grados de desarrollo en cada individuo de acuerdo con sus características psicológicas individuales, en función de la manera en que se percibe a sí mismo física y subjetivamente, de acuerdo con las cualidades, aptitudes y capacidades que cree poseer, con qué sexo, género, familia y cultura se siente identificado, hasta qué punto se conoce, y cuánto se estima. Estas características, sin lugar a dudas adquieren matices particulares, a partir de las percepciones individuales del sujeto, pero se encuentran también determinadas por las condiciones de vida y educación en las que se haya formado su personalidad. Por tanto, la influencia social no puede ser obviada cuando a la personalidad nos referimos (Garanto, 1984).

La autovaloración puede ser estructurada, adecuada y efectiva, cuando la persona tiene un adecuado conocimiento y conformidad consigo mismo,

reconociendo y aceptando sus atributos y defectos, creando una clara definición de su identidad personal, manteniendo coherencia entre lo que desea, lo que hace para lograrlo y el reconocimiento de hasta qué punto puede llegar, aceptando así elementos contradictorios, sin que se destruya la estabilidad de su autovaloración.

En ocasiones, las personas se pueden encontrar ante sujetos cuya autovaloración no está estructurada, inadecuada e informal, en estos casos existe pobreza en el conocimiento de esta persona sobre sí mismo, porque se conoce insuficiente o distorsionada, cuando no se siente a gusto con sus características físicas o subjetivas, manifiesta poco reconocimiento y aceptación de sí mismo, de sus virtudes y defectos, por consiguiente poca tolerancia ante elementos discordantes, alcanzando una constante inseguridad sobre distintas situaciones de su vida, expresados como *sobrevaloración* y en otros como *subvaloración*.

2.2.1 La autovaloración como formación psicológica

La autovaloración como configuración psicológica en la persona se articulan motivos y necesidades del sujeto, asociados al conocimiento de sus propias cualidades, intereses y comprensión de su conducta; orienta y dirige su camino en la vida en tanto están comprometidos en la realización de las aspiraciones más significativas de la persona (González, 1983).

Esta formación psicológica surge y se desarrolla en el marco de las diferentes interacciones del sujeto con el medio, a partir de las vivencias generadas por la valoración social y por la percepción del propio desempeño, es multidimensional y cumple importantes funciones: la valorativa, la regulativa y la auto-educativa.

En la adolescencia, la autovaloración se hace más generalizada, pero es aún inestable e inexacta, porque depende en gran parte de la valoración social, la opinión que mayor influencia tiene es la de la familia, coetáneos y maestros (Domínguez, 2003). Las valoraciones, reflexiones y vivencias sobre sí mismo, no alcanzan aún el grado de riqueza de contenido, de flexibilidad e integridad, necesarios para una regulación efectiva del comportamiento.

2.2.2 La autovaloración y los orígenes de su formación

Los autores indican que uno de los factores determinantes en la formación de la autovaloración, lo constituyen los juicios y valoraciones de los adultos. Desde etapas muy tempranas en el proceso de comunicación e interrelación de los niños con los adultos, estos últimos expresan sus opiniones y criterios valorativos acerca de las acciones y características más relevantes indicando, qué es bueno y qué es malo, su sentido positivo o negativo (Asch, 1979, pág. 31).

Al hacerse ordenada, esta interacción valorativa conduce a la asimilación de manera directa, no reflexiva, de los patrones valorativos, los cuales alcanzan a convertirse en sus propios esquemas de autovaloración.

Este factor formativo tiene a su favor que las valoraciones acerca de sí mismo se asimilan “por experiencia propia”, como consecuencia de la interacción directa con el mundo de los objetos y las personas (García, 2001).

2.2.3 La Autovaloración y su estudio

La autovaloración fue concebida de formas muy diversas, pero el estudio se refiere a la autovaloración de la siguiente manera:

La ciencia pedagógica considera que el desarrollo de la autovaloración se da “a través” de la participación y de la interacción que las personas logran estimular y valorar, es decir, valorar los propios recursos de los demás, sus formas de organización social, sus rasgos culturales, sus capacidades y sus logros... todo este proceso ofrece la oportunidad de mejorar la autovaloración (Domínguez L. , 1999, pág. 115).

De lo que se podrá deducir que la interacción del sujeto con las distintas esferas de la sociedad, es verdaderamente importante, porque estarían desarrollando o por lo menos estimulando, esquemas de acción y sobre todo esquemas de asertividad, base de la retroalimentación positiva y fortalecimiento de la autovaloración.

En este sentido, “la autovaloración esta siempre en dependencia de la heterovaloración o la valoración externa, que provienen de otras personas u otras fuentes” (Domínguez L. , 1999, pág. 118).

Este proceso se produce al experimentar y relacionarse de manera periódica con el mundo externo a la misma persona y las valoraciones que los demás hacen de uno, entonces se desarrolla una propia evaluación de la persona misma.

Así se forman autovaloraciones en la conciencia diaria, “resolví una tarea difícil, entonces soy inteligente”; “les gusto a los que me rodean, entonces tengo una agradable presencia”. Valoraciones como las indicadas, tienen en los niños inminentes repercusiones, ya que las mismas se traducirán en autoesquemas, es decir, en creencias y opiniones que tienen los niños sobre sí mismos, que van a determinar el modo en que se organice, codifique y use la información que llega. Es pues, a través de las valoraciones provenientes del medio, como

se van formando los autoesquemas y consecuentemente la autovaloración y circunstancias concretas (Eisenberg, 1998, pág. 85).

2.2.4 La estructura de la Autovaloración

De acuerdo a la investigación realizada, la autovaloración se cimienta principalmente sobre dos esferas: la afectiva y la cognitiva.

La esfera afectiva, implica la autoestima, a cuatro niveles el personal, académico, familiar y social, de las que surge la autoimagen global.

La otra esfera base del desarrollo de la autovaloración, es la cognitiva, vinculada estrechamente con el autoconcepto y autoimagen, ya que al interior de estas se van estructurando los siguientes autoesquemas: auto percepción, capacidad de afrontamiento, atribucional de desviación y autocontrol (Requena, 1990, pág. 64).

2.2.4.1 La Autoestima en la Esfera Afectiva

Los estudios sobre la autoestima han abarcado diversos campos de la salud, la psicología y la educación, y hasta se ha tratado a la autoestima como sinónimo de autovaloración (García, Suela, & Agustina, 2002).

Rosenberg, define la autoestima como la “orientación positiva o negativa hacia uno mismo y de su propio valor” y la asimila como uno de los componentes del autoconcepto, el cual es definido como “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo referidos a sí mismo” (Rosenberg, 1989, pág. 123).

La autoestima es un concepto que pertenece al afecto de los individuos hacia sí mismos, enfatiza en el aspecto afectivo de la autovaloración. La autoestima

tiene más alcance afectivo emocional, que están expresadas a través del autoafecto, satisfacción de uno mismo, autoaceptación, consideración positiva, los cuales constituyen el aspecto afectivo de la autovaloración.

La autoestima es el vínculo afectivo hacia el autoconcepto o concepto de sí mismo (Tintaya, 2001, pág. 59).

La autoestima viene a ser "... la valoración positiva de las informaciones contenidas en el concepto de sí mismo". Es la valoración que deriva de los sentimientos que experimentan en relación a sí mismos entendido en sentido global.

- **Autoestima personal.**

Una persona con una buena percepción de sí mismo establece una mejor comunicación interpersonal, lo que deriva en relaciones exitosas con otras personas. Además, el individuo tiende a tolerar el estrés, la incertidumbre y los cambios, busca superar sus fracasos, tiene mayor autonomía personal y logra autorrealizarse. Apoya la creatividad y acepta responsabilidades, desarrollando su liderazgo (Tintaya, 2001).

- **Autoestima social.**

Las personas que tienen una baja autoestima social se caracterizan por desconfiar de sus capacidades al desenvolverse dentro de la comunidad. Son inseguras, por lo que se someten ante otros individuos, evitando asumir responsabilidades (Tintaya, 2001).

Cualquier desafío que se les presente buscan evitarlo y tratan de que otros enfrenten el problema. Como las principales características de las personas con

baja autoestima social tienen poco interés por asumir desafíos y desarrollar relaciones interpersonales, es importante incentivar el desarrollo de su inteligencia emocional en los ámbitos más desvalorados (confianza en sí mismo, intencionalidad o persistencia, curiosidad, capacidad de comunicación, autocontrol para modular y dominar sus propias acciones, cooperatividad).

- **Autoestima familiar.**

La familia, por ser la base de la sociedad, cumple un papel importante en la formación de la autoestima. Un niño estimulado positivamente, querido y respetado por sus familiares será un adolescente más seguro de sí mismo.

Cuando un joven se desarrolla en un ambiente negativo, de violencia intrafamiliar, tendrá una muy baja autoestima. Esta víctima de las agresiones es un potencial maltratador que continuará castigando a la familia que conformará, si es que no se interviene la situación (Tintaya, 2001).

- **Autoestima escolar.**

En su establecimiento educacional, la persona adquiere nuevos juicios de sí mismo. El ambiente escolar es propicio para el intercambio de experiencias y opiniones entre estudiantes, las que pueden ser importantes para que la autoestima varíe entre alta y baja.

De la misma forma, las valoraciones que hagan los profesores acerca de las destrezas o habilidades para aprender de sus estudiantes resultan cruciales para definir la autopercepción (De Mézerville, 1993).

La conceptualización de la autoestima es una “evaluación”, que parte de la idea de una evaluación consciente que hace la persona de sí misma a través de un

reporte; se ha relacionado una alta autoestima con: éxito ocupacional, relaciones sociales saludables, bienestar subjetivo, percepción positiva de parte de los pares y persistencia en caso de fracaso.

2.2.4.2 Autoestima global

A las cuatro autoestimas, vienen a unirse otra que conjunciona a las cuatro anteriores y todas conforman un subsistema de la personalidad; la autoestima global. La que viene a ser “una valoración más general de sí mismo y deriva en una autovaloración integrada por todos los componentes de la persona (Gesell, 1979, pág. 74).

La autoestima global es un constructo afectivo que consiste en emociones relacionadas con sentirse valorado, querido, y aceptado.

2.2.4.3 La Autoimagen y la Esfera Cognitiva

Se plantea la autoimagen como la imagen de la personalidad total que incluye al yo corporal y al sentido de identidad. Es un concepto de sí mismo y la imagen de lo que nos gustaría ser (Di Caprio, 1987, pág. 306).

La autoimagen en su forma temprana (6 a 12 años), se expresa como:

- Concepción de la persona total.
- Concepción del yo.

En su forma madura: expresa el “yo” potencial: (Tintaya, 2001, pág. 41)

- Lo que uno desearía ser.
- Lo que uno debería ser.

La autoimagen reflejan las opiniones que los demás tienen de aquellos, aceptan las características que hacen de buen grado, como han indicado con frecuencia los sociólogos, incluso cuando los niños se juzgan a sí mismos, emplean las normas, que han adquirido de su medio social (Stagner, 1974, pág. 232).

La autoimagen es la imagen que nuestro subconsciente tiene de nosotros mismos. Esta imagen manipula nuestra personalidad, comportamiento y es responsable de todo lo que somos en este momento. Lo que pensamos de nosotros mismos afecta esta imagen, es por eso que hay días que nos miramos en el espejo simpáticos y ganadores y otros días sin atractivo y perdedores. Muchas veces amanecemos decepcionados de nuestra vida, de lo poco que hemos logrado o de lo que no hemos logrado (Stagner, 1974).

El subconsciente no sabe la diferencia entre la realidad y la fantasía, sea el mensaje positivo o negativo, lo ejecuta igual. Esta es la clave para todo (Castellanos, 2003, pág. 147).

Las personas tienen experiencias negativas y positivas. La mayoría e intensidad de estos pensamientos determina la autoimagen. Entonces para hacer crecer la autoimagen hay que concentrarse en el presente, enterrar las experiencias negativas y sólo recordar las cosas positivas del pasado. En otras palabras auto-sugestionarse y sólo pensar en cosas positivas, pensar en las razones por la que tenemos que estar agradecidos, por muy pocas que sean.

La autoimagen que se forma uno mismo es importante, porque determina la actitud ante la vida. Si se piensa que se es capaz, la persona se va a sentir motivado para actuar y existe mayor posibilidad de tener éxito, o bien puede ocurrir lo contrario se se considera incapaz.

2.2.4.4 El Autoconcepto en la Esfera Cognitiva

El autoconcepto, es “una abstracción de las características esenciales y distintivas del sí mismo, que establecen una diferencia entre la existencia consciente de los individuos, por una parte y, el ambiente y otros si mismos por la otra. En el curso del desarrollo, se vinculan con el autoconcepto diversas actitudes evaluativas, valores, aspiraciones, motivos y obligaciones” (Ausubel & Sullivan, 1983, pág. 75).

Se destacan tres características esenciales:

- No es innato: el autoconcepto se va formando con la experiencia y la imagen proyectada o percibida en los otros.
- Es un todo organizado: el individuo tiende a ignorar las variables que percibe de él mismo que no se ajustan al conjunto y tiene su propia jerarquía de atributos a valorar.
- Es dinámico: puede modificarse con nuevos datos, provenientes de una reinterpretación de la propia personalidad o de juicios externos.

Además, como atributo dinámico el autoconcepto se ve retroalimentado (positiva o negativamente) por el entorno social, siendo determinante las opiniones o valoraciones de las personas con las que se entabla relaciones íntimas (pareja, familia, amigos) (Resines Ortiz, 2001, pág. 178).

El autoconcepto se forma en base a: (García Castro, 2008)

- Nuestras experiencias pasadas, en como actuamos y reaccionamos ante ellas, de tal forma que poco a poco vamos adoptando en nuestro comportamiento aquellas estrategias que nos funcionaron en situaciones pasadas y que las asumimos como efectivas.

- Nuestro esquema corporal, que es la imagen que tenemos acerca de nuestro cuerpo, o lo que pensamos o no acerca de él.
- Del conjunto de habilidades, capacidades y destrezas que tenemos
- De la valoración que hacen los demás acerca de nosotros mismo, es decir el feedback, que recibimos de nuestro entorno que empieza en las edades tempranas de nuestra infancia, y que continúa a lo largo de nuestra vida, en nuestro ambiente familiar, social y laboral.

2.2.5 Los niveles de la Autovaloración

La autovaloración puede ser adecuada (reflejar fielmente las capacidades que se poseen) o inadecuada, en este último caso por sobrevaloración o subvaloración. Cuando existe una autovaloración inadecuada, la autorregulación de la conducta ante el estudio se ve seriamente afectada y con ella, el rendimiento docente.

Se considera que "la autovaloración es estructurada, adecuada, efectiva cuando existe un conocimiento profundo de sí mismo expresado en reflexiones acerca de sí, ricas, variadas, profundas, coherentes y previsión adecuada de los niveles de realización que se pueden alcanzar. Los contenidos se expresan con vínculo afectivo, elaboración personal, flexibilidad o capacidad de asumir elementos disonantes con la propia identidad personal e integridad o capacidad de asimilar elementos contradictorios o resultados de la actividad no acordes al nivel de aspiración sin que se desarticule la autovaloración, conservándose la estabilidad" (González L. , 2001, pág. 145).

La autovaloración adecuada se desarrolla cuando la persona posee respeto y estimación de sí misma, a la vez que demuestra un sentimiento de superación a través del tiempo. No se considera mejor ni peor que el resto y, además, logra reconocer sus falencias. La autovaloración adecuada, se relacionaba con la

ejecución competente, porque las personas iniciaban conductas de búsqueda de ayuda y por esto podían completar satisfactoriamente las tareas encomendadas, a diferencia de los que poseían una autovaloración no adecuada (Plumer, 1983, pág. 89).

En el segundo caso de autovaloración es no adecuada o no estructurada "cuando existe pobreza en el autoconocimiento de manera que el sujeto se conoce insuficientemente o de forma distorsionada. Existe una tendencia a describir comportamientos más que a reflexionar coherentemente acerca de sí mismo, de modo que, los elementos que integran la propia autovaloración no se encuentran elaborados reflexivamente. La flexibilidad en la expresión de la autovaloración tiende a estar ausente y más bien se encuentra una rigidez e intolerancia a entrar en contacto con elementos disonantes con la imagen que de sí mismo que tiene" (González L. , 2001, pág. 145).

Asimismo, la autovaloración no adecuada provoca carencia de respeto, insatisfacción personal y desprecio. Como la autoimagen es desagradable, el individuo desearía cambiarla, produciéndose una frustración personal, inclusive rabia, al no creerse capaz de convertirse en una persona mejor. No adecuarse a la autovaloración produce relaciones negativas entre la persona y su medio afectivo y social (familia, compañeros, amigos) (James, 1980, pág. 145).

Es típico de la inadecuación por sobrevaloración. Mientras que en la inadecuación por subvaloración es más frecuente la carencia de integridad, es decir, la pobreza autovalorativa, de tal forma que ante elementos disonantes con la autoimagen lo que aparece es la desarticulación de la propia personalidad, su desestabilización" (González L. , 2001, pág. 145).

Las personas que se sobrevaloran se adjudican cualidades, aptitudes y actitudes que realmente no poseen, minimizando sus defectos y alardeando de

niveles de alcance que se encuentran por encima de sus posibilidades reales de realización, tratando así de enmascarar la verdadera inseguridad que inconscientemente poseen.

Esto se debe no sólo a las características psicológicas particulares de este tipo de sujetos, sino a la manera en que el medio social ha ido alimentando esta inadecuada autovaloración a lo largo de su historia de vida, pues la aprobación externa del comportamiento va favoreciendo su establecimiento internamente por la gratificación que produce el refuerzo. Estos sujetos se muestran intolerantes ante cualquier elemento valorativo disonante con la imagen que de sí mismos que han elaborado, son además autoritarios, prejuiciosos, exigentes consigo mismos y con los demás, competitivos y poco afectivos y empáticos, por lo que requieren de ayuda especializada (Fernández, 2009).

"Los sujetos que se subvaloran, al no poder amarse a sí mismos de modo productivo, se tornan egocéntricos, intentan centrar la atención hacia sí mismos, por ello se tornan egoístas, demandantes afectivos, culpógenos, como si la razón de los males que le rodean, fuesen causados por sí mismos, a veces hasta lo extremo y absurdo. Otras veces se muestran con excesiva generosidad y sumisión como la vía para ganar la aceptación de los demás hasta el extremo de la indignidad. Son sujetos con gran intolerancia al error y que anticipan el fracaso, por lo cual evitan los riesgos y desafíos y poseen especial dificultad para la comunicación abierta, auténtica y empática" (Fernández, 2009).

En el caso de los individuos que se subvaloran, el medio social juega también un papel fundamental en cuanto a la influencia que ejerce sobre ellos, reforzando tales comportamientos. La falta de estimulación y la crítica constantes, tienden a generar inseguridad, desconfianza y rechazo hacia sí mismo y hacia el medio social que lo rodea (Fernández, 2009).

2.3 DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud, ha formulado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) un modelo integrador bio-psico-social para conceptualizar y categorizar la discapacidad. Desde esta perspectiva, se entiende a la discapacidad como las deficiencias en las funciones y/o estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona que tiene una condición de salud en interacción con factores ambientales y personales (OMS-OPS, 2001).

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud¹, conocida como CIF. Proporciona un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo. Proporciona las “piezas de construcción” para poder crear modelos y estudiar los diferentes aspectos del proceso. El diagrama de la siguiente figura, puede ser útil para visualizar el nivel actual de conocimiento sobre la interacción entre los diferentes componentes de la CIF.

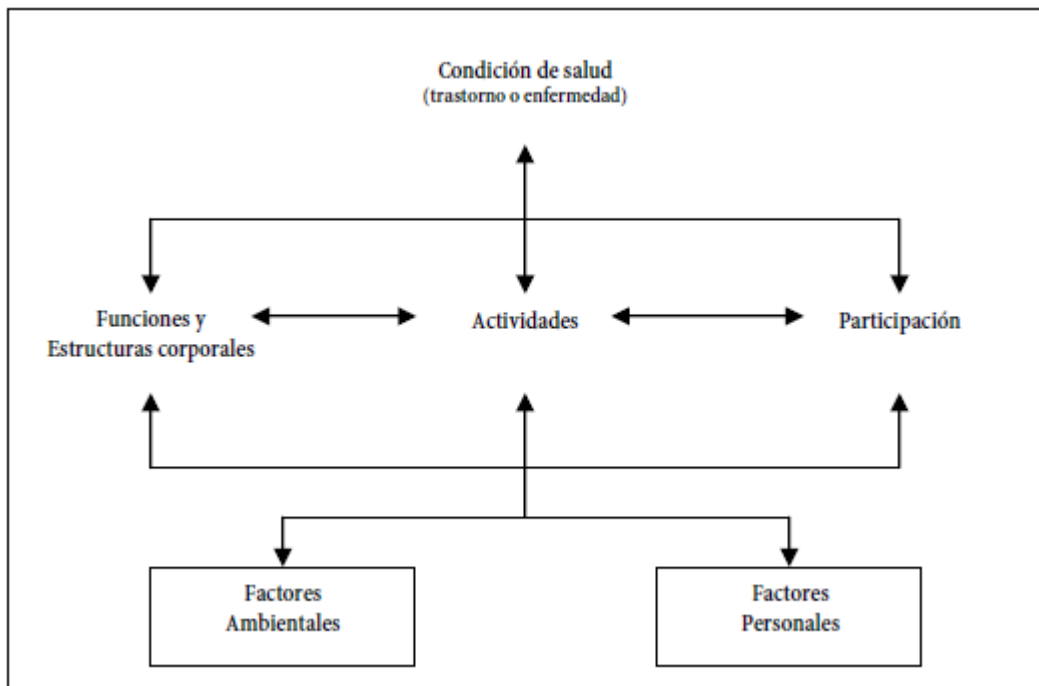
De acuerdo con ese diagrama, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (ej. factores ambientales y personales). Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La interacción funciona en dos direcciones; la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa

¹ La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. (resolución WHA54.21).

de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones. Sin embargo, es importante recoger datos de estos “constructos”, independientemente, y desde allí explorar las asociaciones y los vínculos causales entre ellos. Si la experiencia completa en la salud se ha de describir globalmente, todos los componentes son útiles. Por ejemplo uno puede: (OMS-OPS, 2001)

- tener deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad (ej. Una desfiguración como consecuencia de la lepra puede no tener efecto en la capacidad de la persona);

Interacciones entre los componentes de la CIF



- tener limitaciones en la capacidad y problemas de desempeño/realización sin deficiencias evidentes;
- tener problemas de desempeño/realización sin deficiencias o limitaciones en la capacidad;

- tener limitaciones en la capacidad sin asistencia, y ausencia de problemas de desempeño/realización en el entorno habitual;
- experimentar un grado de influencia en dirección contraria.

El esquema expuesto, demuestra el papel que juegan los Factores Contextuales (por ejemplo, factores personales y ambientales). Estos factores interactúan con la persona con una condición de salud y determinan el nivel y la extensión del funcionamiento de esa persona. Los factores ambientales son extrínsecos a la persona (ej. las actitudes de la sociedad, las características arquitectónicas, el sistema legislativo) y se incluyen dentro de la clasificación de Factores Ambientales. Por otro lado, los Factores Personales no se clasifican en la versión actual de la CIF. Su evaluación, si fuese necesario, se deja a la iniciativa del usuario. Los Factores Personales pueden incluir sexo, raza, edad, otras condiciones de salud, forma física, estilos de vida, hábitos, infancia, “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, antecedentes sociales, educación, profesión, experiencia pasada y actual (acontecimientos pasados y presentes), patrón global de conducta y tipo de personalidad, valoraciones psicológicas individuales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel.

La discapacidad puede ser conceptualizada como una forma de funcionamiento de la persona en relación con las capacidades que tiene, las estructuras corporales y las expectativas de su entorno personal y social. En esa medida, la discapacidad no es algo que se tiene, como el color de los ojos, ni algo que se es, como una persona baja o delgada (Gaviria A. , Vinaccia, Riveros, & Quiceno, 2007).

2.4 DISCAPACIDAD VISUAL Y CEGUERA

De manera contextual, los términos empleados para denominar el deterioro visual ubicado entre la visión normal y la ausencia de función visual o ceguera, han sido la visión parcial, visión defectuosa, debilidad visual, visión subnormal y baja visión; este último término se deriva del WHO Study group on the Prevention of Blindness, estudio ejecutado en el año 1972. Tal estudio acuñó la definición clásica de baja visión, descrita como aquella alteración del funcionamiento visual, incluso después del tratamiento o corrección refractiva estándar, con una agudeza visual (AV) entre 20/60 (equivalencia en metros 6/18) a percepción de luz, o la presencia de un campo visual menor a 20° desde el punto de fijación, pero que aun, con los parámetros anteriores de manejo, AV o campimetría, utiliza o es capaz de utilizar su visión para planificar y ejecutar una tarea. En resumen, la baja visión representa una AV menor a 6/18 hasta 3/60 en el mejor ojo por cualquier causa (Mayo, 2010, pág. 22).

Todas las personas nacen con una visión deficitaria, que progresa rápidamente en las primeras semanas de vida, a medida que se van desarrollando las conexiones intercelulares o sinapsis entre retina, vía óptica y corteza cerebral. En el desarrollo de estas sinapsis (establecidas por las dendritas neuronales), se exige la adecuada estimulación de los elementos sensibles y la integridad de la vía de transmisión, de modo que si una sinapsis no actúa como puente de transmisión, disminuye la cantidad de sustancias necesarias para transferir la información y no se produce un desarrollo normal. Es necesaria la existencia de función, para que los contactos intercelulares maduren con normalidad.

Una función visual perfectamente desarrollada y consolidada, como es la propia del adulto, puede verse deteriorada en grados muy diversos por muy variadas enfermedades oculares (véase Tabla 5). A su vez, un desarrollo inadecuado o procesos patológicos que afecten a los ojos, a sus elementos de protección o a

las vías de conexión con el cerebro y los centros corticales, condicionarán situaciones de pérdida de función visual, que nos situarán en los ámbitos de la ceguera o de la deficiencia visual.

La *ceguera* es entendida como la privación de la sensación visual o del sentido de la vista. Oftalmológicamente, debe interpretarse como ausencia total de visión, incluida la falta de percepción de la luz. En la práctica, se considera como ciegas a las personas que presentan restos visuales funcionales dentro de unos límites, que se cuantifican en tablas normativas, lo que obliga a tener en cuenta el término de *ceguera legal*. En este concepto está incluida la situación de personas que presentan un menoscabo funcional visual, que les impide tener una agudeza visual superior al límite de 1/10 o un campo visual mayor de 10 grados (Mayo, 2010).

Esta referencia se ha tomado a partir de las limitaciones que conlleva la mala función visual para el reconocimiento de los objetos del mundo exterior, en el caso de la deficiente agudeza visual, y para tener una movilidad espacial segura, si hay deterioro del campo visual. La consideración de ceguera legal tiene interés para la afiliación a la para determinar el grado de invalidez o minusvalía de una persona de cara al establecimiento de pensiones o ayudas específicas. En la práctica clínica, una persona tiene *ceguera total* cuando se encuentra privada totalmente de visión, de modo que no es capaz de tener una sensación visual ni con fuentes luminosas de gran intensidad. El término de *amaurosis* se aplica al ojo ciego que ni siquiera percibe la luz.

El diagnóstico precoz de la deficiencia visual podría facilitar el tratamiento y prevenir, en muchos casos, la ceguera, de modo que es muy importante la detección precoz de enfermedades oculares que puedan condicionar trastornos en el desarrollo o en el mantenimiento de la función visual (Organización Mundial de la Salud, 1994).

La visión es un *estímulo* que promueve o facilita otras actividades coordinadas y organizadas. Sobre la *experiencia* que da la visión se asientan las bases de la coordinación entre el ojo y la mano y se establece el concepto mental de espacio en el que uno se mueve. La visión permite el seguimiento de los desplazamientos que ocurren en el campo visual. Es también la base del conocimiento del espacio y de la información que se recibe sobre las cosas. De su normalidad dependerán, por tanto, numerosas variables del desarrollo general de niño. Cuando un niño tiene problemas visuales, será vital para su crecimiento la utilización del resto de los sentidos, para que pueda captar el mundo que le rodea y evolucionar con el mínimo de diferencias y retrasos respecto al niño con vista (Mayo, 2010).

Las personas con déficits visuales están disminuidas en sus posibilidades de movimiento, situación que las limita para el conocimiento de su medio y las hace dependientes de los demás, con todo lo que esto conlleva en el plano de las relaciones y actividades sociales.

2.4.1 Características, etiología y clasificación de la deficiencia visual

La función visual, que se puede explorar en cada ojo por separado, engloba diferentes aspectos: agudeza visual, campo visual, visión cromática y sentido luminoso.

La conjunción de los dos ojos permite un nuevo aspecto de la función visual: la visión binocular. El concepto de *capacidad visual* englobaría todos los aspectos indicados. Los más importantes son la agudeza visual y el campo visual. De su análisis se deduce el estado de buen funcionamiento de la visión. Los otros parámetros (visión cromática, sentido luminoso y visión binocular) tienen relevancia funcional en algunas circunstancias, pero su valoración no es habitual en las exploraciones clínicas rutinarias, cuando el paciente acude a

consulta. De hecho, la agudeza visual debería ser anotada en todas las ocasiones en que se explora el estado de un ojo.

Para que un ojo tenga una agudeza visual normal se deben cumplir las siguientes condiciones: (Mayo, 2010)

1. El estado de refracción ocular debe ser de *emetropía* o, en caso de que exista un defecto de refracción (*ametropía*), estará bien corregido por cualquiera de los métodos posibles.
2. Las estructuras oculares que son atravesadas por la luz deben mantener la transparencia.
3. La mácula y la vía óptica que le corresponde, así como el área 17 del córtex, tienen que estar en condiciones de normalidad anatómico-fisiológica.

Por su parte, un campo visual normal exige: (Mayo, 2010)

1. La transparencia de la córnea, del cristalino y del vítreo.
2. La retina debe mantener su integridad, tanto en la zona macular (que se corresponderá con el campo visual central) como en la zona periférica (que determinará la extensión total del campo visual periférico).
3. Cuando se explore el campo visual central, el ojo tiene que estar en óptimas condiciones refractivas, puesto que el campo central se influye por una buena agudeza visual, circunstancia que no ocurre con el campo visual periférico, que puede mantenerse normal con bajas agudezas visuales.

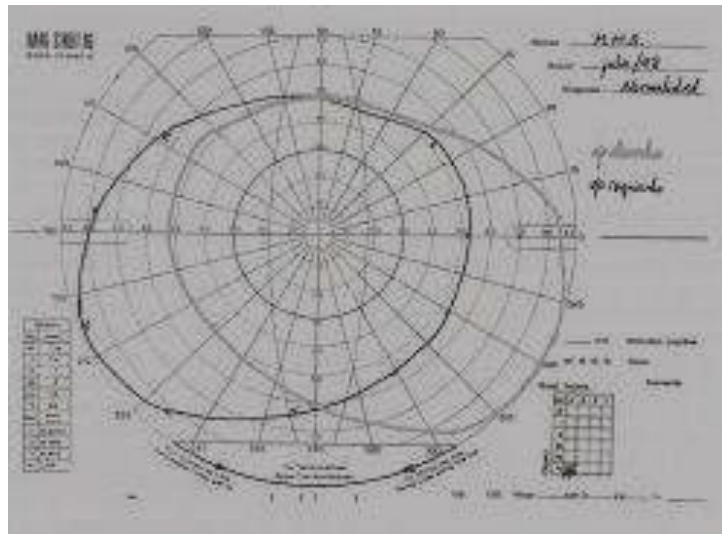
La *agudeza visual* se mide en la clínica utilizando *escalas de optotipos*. Éstas se construyen ordenando test de diferentes tamaños, teniendo en cuenta la distancia a la que deben ser apreciados visualmente por el observador. La

comparación con lo que ve una persona normal nos dará un valor, al que nos referiremos en notación decimal (agudeza visual de 1/10, 10/10). La normalidad se ha definido mediante análisis del mínimo esperable y teniendo en cuenta la “distribución gaussiana” de las variables fisiológicas de los seres vivos (Mayo, 2010).

Figura N° 1. Escala de optotipos para medir la agudeza visual .



Figura N° 2: Gráfica de campo visual



Con la agudeza y el campo visuales se mide fiablemente el estado de la capacidad funcional del ojo, aunque no se valoren todos los aspectos de la visión. En la mayoría de los casos de peritación funcional ocular, estas dos medidas serán suficientes para tener criterios válidos. La agudeza visual de cada ojo por separado se ve algo incrementada, en condiciones normales, cuando se tienen los dos ojos abiertos. El campo central de un ojo, los 30° centrales, se fusiona totalmente con el del otro, ya que son correspondientes. Sólo la zona periférica del lado temporal de los campos visuales de cada uno de los ojos es complementaria, y esto hace que el campo visual binocular sea mayor que el monocular (Mayo, 2010).

El estudio de la evaluación de la función visual, la agudeza visual y el campo visual de cada uno de los ojos, permite establecer las siguientes situaciones: (Mayo, 2010)

- *Visión normal:* se da cuando la agudeza visual del mejor de los ojos es superior o igual a 0.8, y el campo visual es normal;

- *Visión casi normal*: se tiene si la agudeza visual del mejor ojo está comprendida entre 0.7 y 0.5, siendo normal el campo visual
- *Visión subnormal*: en este caso, la agudeza visual está comprendida entre 0.4 y 0.3 o el campo visual está limitado a 40°.
- *Baja visión*: se da cuando la agudeza visual está entre 0.25 y 0.12 o el campo visual disminuido hasta los 11°.
- *Ceguera legal*: se tiene si la agudeza visual es igual o inferior a 0.1 o el campo visual está reducido a 10° o menos. Esta situación permite a una persona tener la consideración legal de ciego (en este punto conviene aclarar que la simple reducción del campo visual a 10°, aunque se conservara incluso una agudeza visual de 1.0, permite la consideración de ceguera legal).

Hay que destacar que el *momento de aparición de la ceguera* es un aspecto muy importante a tener en cuenta, puesto que de él dependerá la existencia o no de experiencias visuales previas. Así, en función de éste, diferenciamos entre *ceguera congénita* (“ciegos de nacimiento”) y *ceguera adquirida* (la que se adquiere en un momento determinado de la vida). Dentro de este último tipo (ceguera adquirida), diferenciamos entre: (Mayo, 2010)

- Ceguera adquirida en la infancia (tempranamente).
- Ceguera adquirida en la adultez (tardíamente).

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es el *grado de deficiencia visual existente*, de modo que, atendiendo a este criterio, se diferencia entre *ciegos totales* (no perciben ningún tipo de estímulo visual), *ciegos parciales* (mantienen la percepción de luz, contornos, matices de color) y *sujetos de baja visión* (poseen un resto visual y pueden ver a escasos centímetros).

2.4.2 Tipos de ceguera

A pesar de que existe el término ceguera y deficiencia visual para diferenciar a las personas con limitaciones de tipo visual en función de las características que presentan, es importante señalar que tienen como factor común el daño total o muy serio en la vista.

La ceguera es característica de aquellas personas que no tienen visión en lo absoluto o que no tienen la capacidad para distinguir entre la luz y la oscuridad. Por tanto es aquella afectación que impide que la visión sea útil para adquirir algún conocimiento, pudiendo ser de nacimiento o adquirida a lo largo del tiempo.

Por otro lado, nos referimos a deficiencia visual cuando la persona llega a ser capaz de distinguir o ver objetos a un alcance próximo situados ya sea enfrente, a un lado, encima o debajo de los ojos.

La diferencia entre ambos grupos radica en que las personas con déficit visual a diferencia de las personas con ceguera pueden distinguir, visualmente hablando, objetos.

Ya que conocemos la definición de ceguera es importante decir que existen distintos criterios de clasificación. Por ejemplo, la clasificación de Pierre Henry es la siguiente (Gonzalez-García, 1990):

- Deficientes visuales absolutos o de nacimiento.
- Deficientes visuales de nacimiento operados.
- Deficientes visuales con percepciones luminosas débiles.
- Deficientes visuales que han pasado de videntes a ciegos.
- Deficientes visuales que han pasado de videntes a semiciegos.

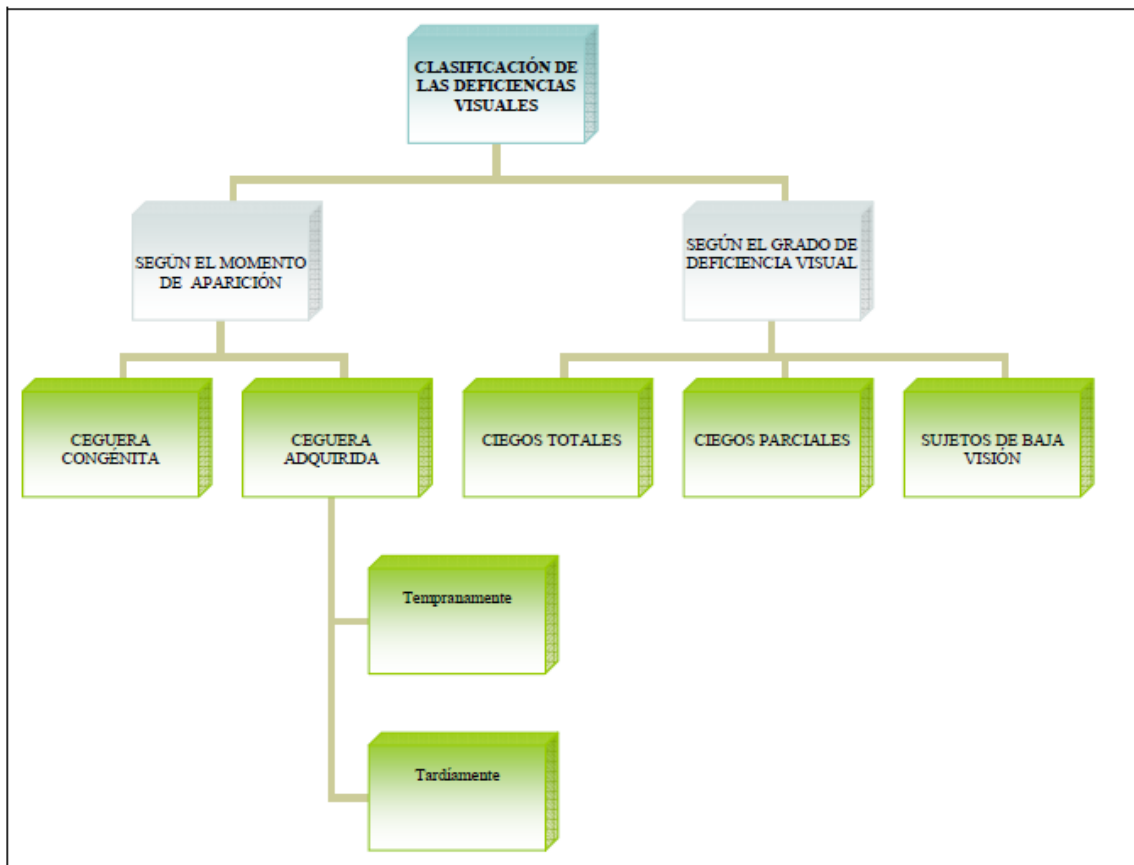
- Deficientes visuales que han pasado de semividentes a ciegos.

Por otra parte también está la clasificación hecha por Delfour (Gonzalez-García, 1990):

- Poca afectación: agudeza visual entre 5/10 y 3/10.
- Mayor afectación: agudeza visual entre 3/10 y 1/20.
- Grave afectación y amenaza de ceguera: agudeza visual entre 1/20 y 1/50

A continuación puede verse a continuación un esquema de la clasificación de las deficiencias visuales:

Figura 9. Clasificación de las deficiencias visuales



2.6 AUTOVALORACION Y DISCAPACIDAD

Cabe considerar que la aceptación de uno mismo es uno de los principales aspectos que favorecen una buena autovaloración. Junto con la aceptación de la existencia de la discapacidad, se puede comenzar a fomentar y desarrollar las habilidades y capacidades de la persona, en tanto se entiende que la discapacidad no discapacita en su totalidad a quien la tenga. En función de ello, nunca hay que perder de vista que el hecho de que una persona presenta una discapacidad no lo hace un “discapacitado”. Considerando lo anterior, el rol que desempeña la familia es trascendental, en tanto existe una alta correlación entre la aceptación que tiene la familia y la que presenta la persona en relación a su discapacidad (Palacios, 2008).

Para las personas con discapacidad desean ser aceptados como personas, no como discapacitados. La autovaloración de las personas es algo más que simplemente una sensación positiva o un sentimiento de orgullo; implica ser aceptados por los otros, ser reconocidos como buenas personas, respetados e, incluso, amados (yo soy). La autovaloración es importante a medida que las personas van dejando de esperar la aprobación de los familiares, exclusivamente y pasan a esperar la aprobación del resto de las personas y principalmente de sus pares. Cuando existe una discapacidad esta se convierte en el foco de atención e interacción, a expensas de la persona. “Ser como los demás” es un comentario que se escucha a menudo entre las personas (Palacios, 2008).

CAPÍTULO III MÉTODO

3.1 ENFOQUE METODOLOGICO

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que los datos recabados mediante los instrumentos de recolección de información fueron cuantificados, es decir, expresados en frecuencias y porcentajes, para posteriormente ser analizados e interpretados.

El enfoque cuantitativo “Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 4).

3.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

a) Tipo de Investigación:

El presente trabajo de investigación es de tipo correlacional, ya que pretende establecer la relación entre dos variables: estrategias de afrontamiento y nivel de autovaloración en personas con discapacidad visual afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera.

Los estudios correlacionales "tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables. Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y

después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 93).

De la definición anterior se infiere que, para establecer la correlación entre dos o más variables, previamente se deben medir y describir cada una de dichas variables; por tanto, un estudio de tipo correlacional también es un estudio descriptivo.

b) Diseño de Investigación:

La investigación tiene un diseño no experimental, de corte transversal, ya que no se manipularon las variables, sino que se observaron los hechos tal como se presentaron en su contexto natural; además, los datos fueron recabados en un momento único.

La investigación no experimental, “se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

3.3 VARIABLES

3.3.1 Identificación de Variables

- **Variable 1:** Estrategias de afrontamiento.
- **Variable 2:** Nivel de autovaloración.

3.3.2 Conceptualización de variables

- **Estrategias de afrontamiento:** Son formas características para manejar las dificultades que posee cada individuo, tiene una influencia en la manera como identificamos y tratamos de resolver los problemas que se nos suscitan en la cotidianidad, las estrategias de afrontamiento que las personas poseen están en estrecha relación con los estresores ambientales ya que se emite un tipo de respuestas cuando estos se presentan (Casullo & Fernández, 2001).
- **Nivel de autovaloración.-** Es una configuración de la Personalidad, que integra de modo articulado un concepto de sí mismo por parte del sujeto, en el que aparecen cualidades, capacidades, intereses y motivos, de manera precisa, generalizada y con relativa estabilidad y dinamismo, comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de su vida. Puede incluir contenidos que se poseen, otros deseables y otros inexistentes que constituyen un resultado de las reflexiones, valoraciones y vivencias del sujeto sobre sí mismo y sobre los contenidos esenciales de su propia Personalidad. La concepción que el individuo elabore sobre sí mismo, influirá en gran medida en la configuración de las otras formaciones psicológicas de su Personalidad y le permitirá afrontar los retos de la vida de una determinada manera (Garanto, 1984).

3.3.3 Operacionalización de variables

En los siguientes cuadros, se operacionalizan las variables identificadas y sus indicadores, especificándose el instrumento correspondiente para medir cada una de las variables.

- **Variable 1: Estrategias de afrontamiento**

DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Resolución de Problemas	– Puede resolver o cambiar las dificultades que les causan estrés.	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
Autocrítica	– Se echa la culpa de lo que está pasando.	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
Apoyo Social	– Busca apoyo en su grupo de amigos o alguna otra persona.	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
Expresión Emocional	– Muestra fácilmente sus emociones	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
Pensamiento Desiderativo	– Niega la problemática que le está ocurriendo.	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
Reestructuración Cognitiva	– Cambia de pensamiento para evitar el conflicto	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
Evitación de Problemas	– Prefiere mantenerse al margen de la situación	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
Retirada Social	– Se aísla fácilmente	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Fuente: elaboración propia.

- **Variable 2: Nivel de autovaloración**

DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Afectiva	– Jerarquías de significados de la autovaloración con relación a los estados internos	Escala de autovaloración EAV -2- RC adultos
Cognitiva	– Categorización de valores integrados a los estándares que generan expectativas de respuestas direccionadas a metas específicas	Escala de autovaloración EAV -2- RC adultos
Social	– Conductas adaptativas en relación a los estándares sociales	Escala de autovaloración EAV -2- RC adultos

Fuente: elaboración propia.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

a) Unidad de observación:

Las unidades de observación del presente estudio fueron las personas con discapacidad visual baja y total que están afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, La Paz.

b) Tamaño de la población:

El Instituto Boliviano de la Ceguera de la ciudad de La Paz cuenta con 1.274 personas afiliadas, entre mujeres y varones, según archivos de dicha institución.

c) Características:

Las personas con discapacidad visual consideradas para el estudio presentan la particularidad de tener un nivel de discapacidad visual total y baja, que asisten al Instituto Boliviano de la Ceguera de la Ciudad de La Paz.

3.4.2 Muestra

La muestra de estudio se estimó mediante el muestreo probabilístico, de tipo aleatorio simple, utilizándose la siguiente fórmula estadística (Münch & Ángeles, 2003):

$$n = \frac{Z^2 NPQ}{Z^2 PQ + Ne^2}$$

Donde:

Z: Nivel de confianza = 90%, $Z_{0.9} = 1,645$

P: Probabilidad de ser elegido (0,5)

Q: Probabilidad de no ser elegido (0,5)

N: Tamaño de la población (1274)

e: Error de estimación (10% = 0,1)

n: Tamaño estimado de la muestra

$$n = \frac{(1,645)^2 (1274) (0,5) (0,5)}{(1,645)^2 (0,5) (0,5) + (1274) (0,1)^2} = 64,29$$

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 64 personas con discapacidad visual baja y total afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, La Paz, quienes fueron seleccionadas al azar.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos y medición de las variables correspondientes fueron:

1. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).
2. Escala de autovaloración (EAV-2-RC ADULTOS – 2004)

3.5.1 Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Para medir las estrategias de afrontamiento de los afiliados al Instituto Boliviano de la Ceguera, se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Este instrumento fue elaborado por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, (1989), y adaptado a su versión española (Cano, Rodríguez, & García, 2007) El instrumento evalúa ocho dimensiones: a) Resolución de problemas, b) Autocrítica, c) Expresión emocional, d) Pensamiento desiderativo, e) Apoyo social, f) Reestructuración cognitiva, g) Evitación de problemas y, h) Retirada social.

El instrumento consta de 40 ítems en forma de afirmaciones, a las cuales las participantes deberán responder marcando 0, 1, 2, 3 ó 4 de acuerdo al grado de coincidencia con las afirmaciones de los ítems. (Véase detalle del instrumento en Anexo N° 1).

La confiabilidad del instrumento fue estimada por Cano, Rodríguez y García (2007) mediante el análisis del coeficiente Alfa de Cronbach (consistencia interna) y, **la validez** a través del Análisis Factorial Exploratorio (validez de constructo).

Los resultados mostraron un Alfa de Cronbach entre 0,63 y 0,89 para los ocho factores. El análisis factorial arroja tres dimensiones: afrontamiento individual, busca ayuda en otros, y reprime y oculta sus sentimientos. Los datos obtenidos se ajustan bien a las dimensiones obtenidas por el análisis factorial, ya que la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin KMO es superior a 0,90.

3.5.2 Escala de autovaloración (EAV-2-RC ADULTOS – 2004)

Este instrumento ofrece una serie de pensamientos que permiten identificar el nivel de Autovaloración, a través de cómo las personas se aceptan a sí mismos, cómo se valoran en relación con el entorno y la capacidad que tienen para mejorar su bienestar (Calderón, 2010).

Consta de 27 ítems con respuestas en escala tipo Likert de cuatro opciones: Me ocurre siempre (0), Me ocurre muchas veces (2), Me ocurre alguna vez (4) y No me ocurre nunca (6). Los ítems están orientados a evaluar la autovaloración en tres categorías: Autovaloración Cognitiva, Autovaloración afectiva y Autovaloración Social, el instrumento identifica en qué nivel (baja, con déficit, buena, muy buena y óptima) se encuentran cada categoría. (Véase detalle del instrumento en Anexo N° 2).

La **confiabilidad** del instrumento fue estimado por Calderón (2010), mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach, evaluado a partir del paquete estadístico SPSS, el valor obtenido es de 0,85, lo cual indica que el instrumento posee una buena consistencia interna. Además, tiene una **validez** cuantitativa y cualitativa, la población del baremo fue de 1.458 personas, en su validez de contenido tuvo: evaluación externa – jueces expertos – “Items/objetivo”.

3.6 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos para medir las estrategias de afrontamiento y nivel de autovaloración de personas con discapacidad visual baja y total afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, La Paz, fueron procesados en el software SPSS v. 22.

El análisis consideró cada una de las dimensiones de las dos variables de estudio, para identificar en cuáles de ellas presentan mayores fortalezas y debilidades. Con base en ello se proponen algunos criterios para fortalecer las estrategias de afrontamiento y la autovaloración de las personas con discapacidad visual.

3.7 PROCEDIMIENTO

El trabajo de campo se realizó bajo el siguiente procedimiento:

- Aplicación los instrumentos de recopilación de información: Test de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y Escala de autovaloración (EAV-2-RC Adultos).
- Tabulación y procesamiento de resultados en SPSS
- Presentación de cuadros y gráficos de los resultados obtenidos.
- Análisis e interpretación de los resultados

a) Recursos

Los recursos humanos y materiales utilizados en la investigación fueron:

- **Recursos Humanos:** La ejecutora del presente trabajo de investigación.

- **Recursos materiales:** Cuestionarios, bolígrafos, tablero, computadora personal, fotocopias.

b) Ambiente

El trabajo de campo se desarrolló en las instalaciones del instituto Boliviano de la Ceguera La Paz, ubicada en la Calle Colombia N° 464, zona San Pedro de la misma ciudad.

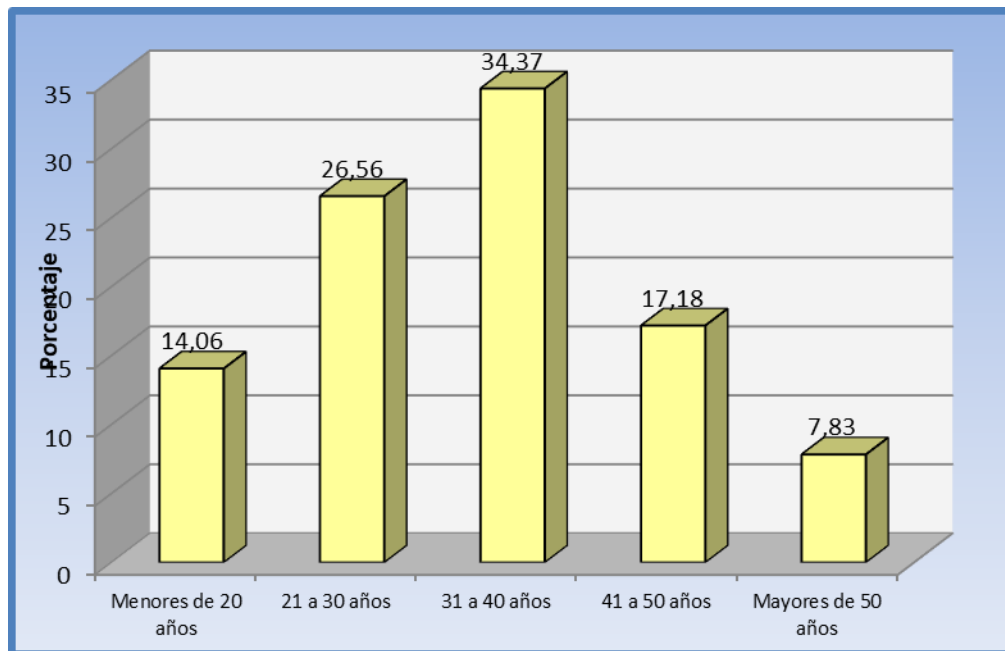
CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se analizan e interpretan los resultados obtenidos mediante el Inventario de Estrategias de Afrontamiento y la Escala de autovaloración, aplicados a una muestra probabilística de 64 personas afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, La Paz; previamente, se describen las características sociodemográficas de dichas personas, posteriormente se efectúa una descripción de cada variable (Estrategias de afrontamiento y Autovaloración) y, finalmente, se estima la correlación entre dichas variables.

4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

4.1.1 Edad

Gráfico N° 1: Edad

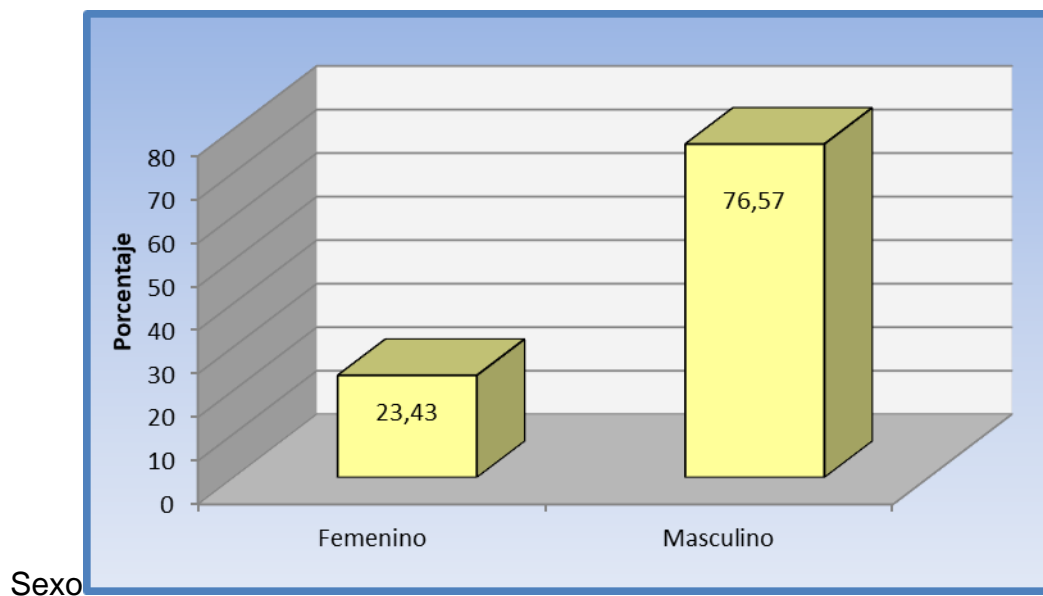


De acuerdo a los datos recabados para la presente investigación, de las unidades de observación del presente estudio del total de la muestra el 34,37% son personas comprendidas entre los 31 a 40 años, seguido del 26,56% que están en un rango de edad de 21 a 30 años, el 17,18% son personas de 41 a 50 años, en tanto que el 14,06% son menores de 20 años y el restante 7,83% corresponde a los que son mayores de 50 años

De acuerdo a los datos recabados el instrumento fue aplicado a personas de distintas edades que presentan discapacidad visual baja y total que están afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, La Paz, en relación al Test de Estrategias de Afrontamiento (CSI), y la Escala de autovaloración (EAV-2-RC ADULTOS – 2004)

4.1.2 Sexo

Gráfico N° 2:



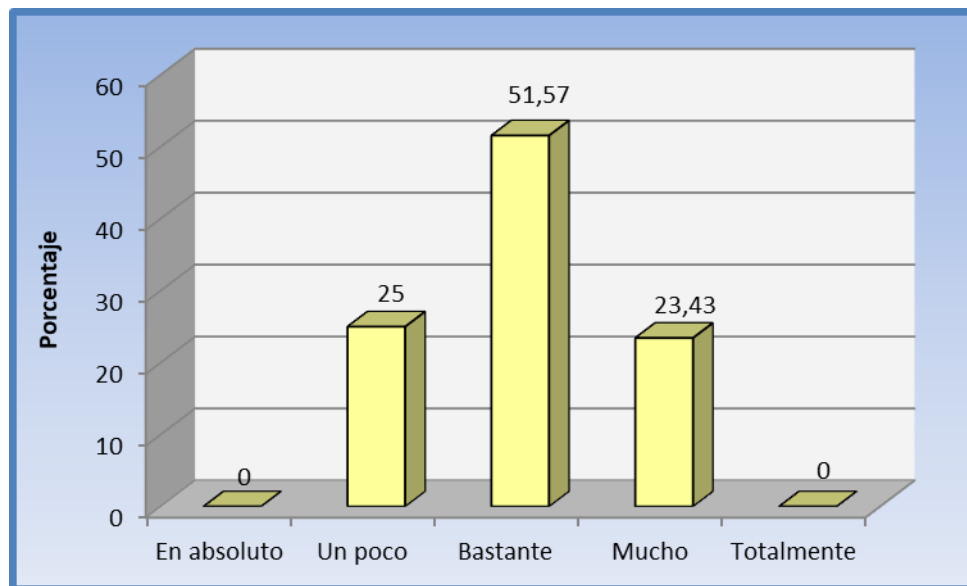
Como se puede observar en el gráfico precedente del total de participantes en la investigación la mayoría 76,57% corresponden a personas del sexo

masculino, en tanto que el restante 23,43% corresponde a personas del sexo femenino.

En el Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, La Paz, existe mayor participación de personas del sexo masculino, se ahí la diferencia porcentual de participación entre uno y otro sexo.

4.2 RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

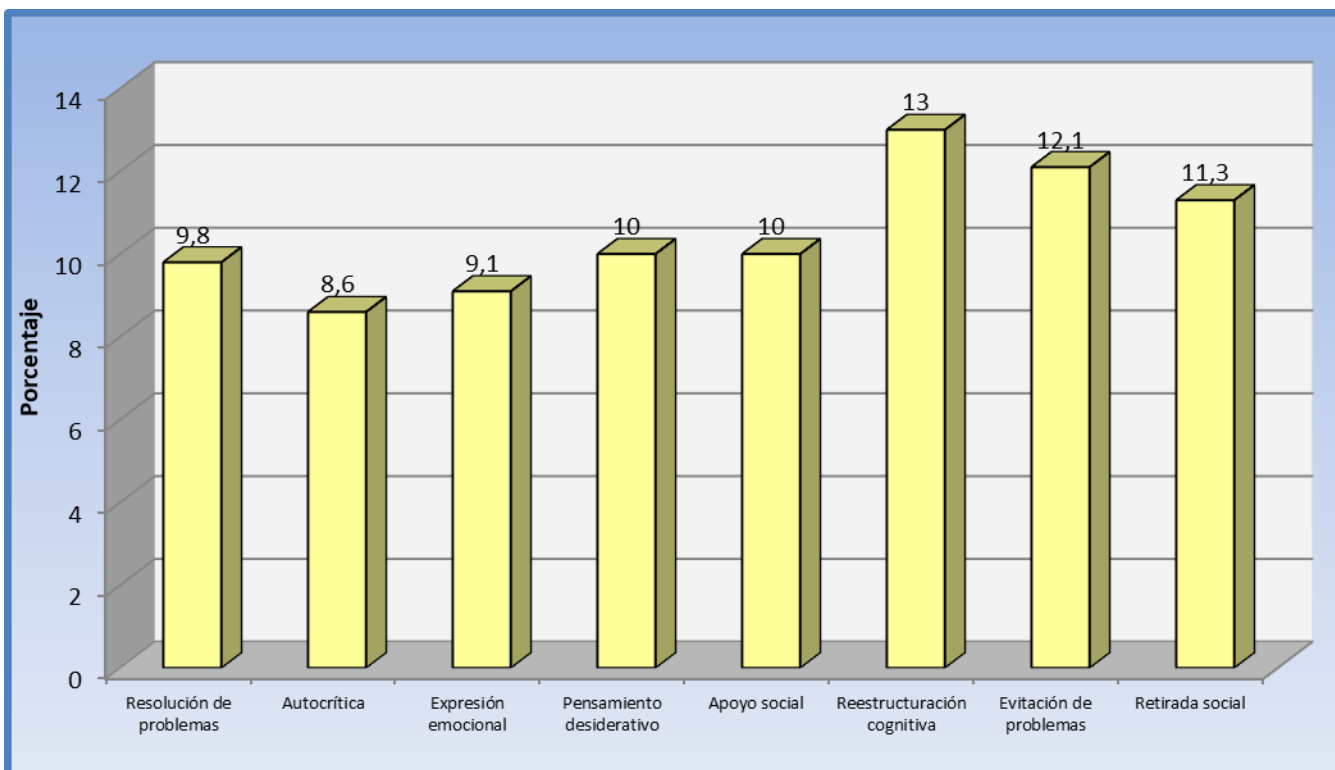
Gráfico N° 3: Resultado General Afrontamiento



De acuerdo a los resultados que se observan en el gráfico respectivo, se puede señalar que la generalidad de personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz, utiliza algún tipo de estrategia para afrontar la situación que genera su problema visual, así lo muestra el 51,57% que utiliza bastante, seguido del 23,42% que utiliza un poco y 23,43% que utiliza mucho.

A continuación se observan los resultados generales de acuerdo a las distintas dimensiones:

Gráfico N° 4: Resultados de acuerdo a las dimensiones



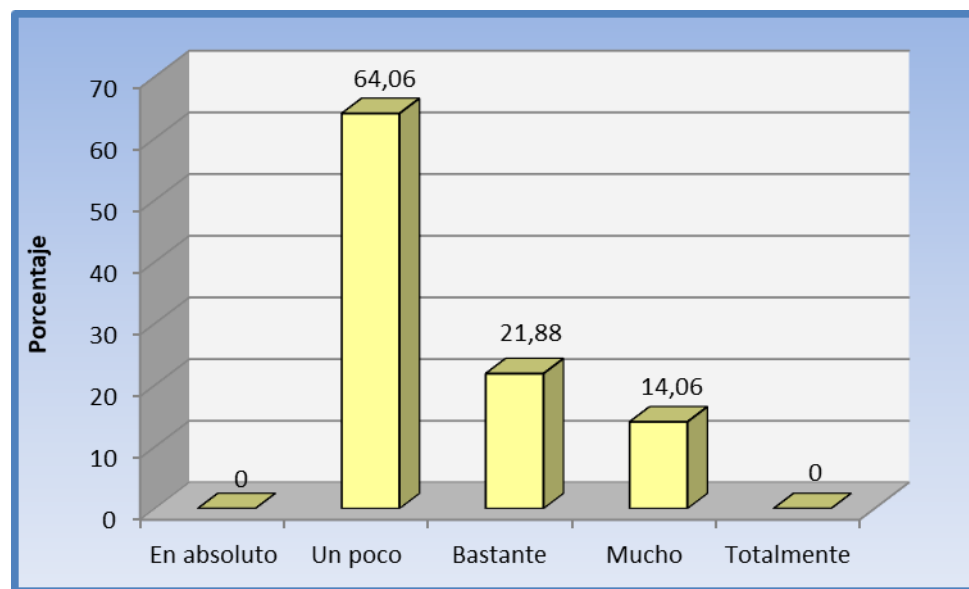
Se observa que, las estrategias que con mayor frecuencia utilizan son las referidas a la reestructuración cognitiva, seguida de la evitación de problemas y retirada social; esto significa que, que frente al problema, las personas de la muestra de estudio, tienden a resolver sus problemas sin involucrar a sus familiares, ya sea para evitar que afecte emocionalmente o por creer que afrontado el problema desde la soledad puede ser más productivo, o consideran que cambiar de pensamiento es lo mejor para evitar el conflicto.

Sin embargo, la actitud de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, tiende a un proceso de cambio positivo, ya que se observa la utilización de otras estrategias tales como

Resolución de problemas, Apoyo social, Autocrítica, Expresión emocional y pensamiento desiderativo; mientras que las estrategias de Reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social resultan ser las de mayor presencia.

4.2.1 Resolución de problemas

Gráfico N° 5: Resolución de problemas

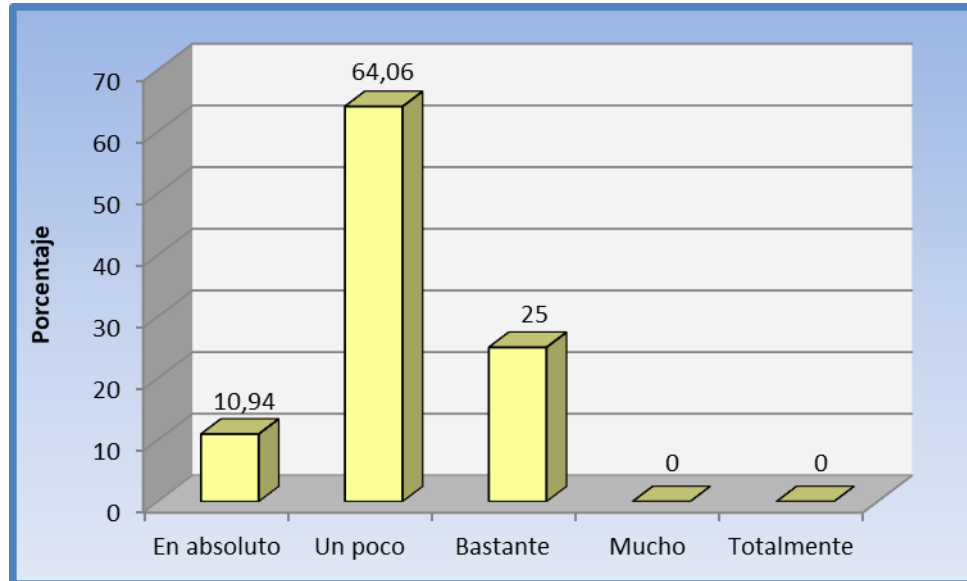


Respecto a la utilización de la estrategia de resolución de problemas, las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz en un 64,06% no lo utiliza, en tanto que el 21,88% que lo utiliza bastante y el restante 14,06% lo utiliza mucho.

Los resultados que se observan en el gráfico precedente muestran que la habilidad de resolución de problemas es poco utilizado por las personas con discapacidad visual total y baja visión; lo cual significa que no analizan el problema para afrontarlo, por lo que tampoco pueden elaborar un plan para enfrentarlo.

4.2.2 Autocrítica

Gráfico N° 6: Autocrítica

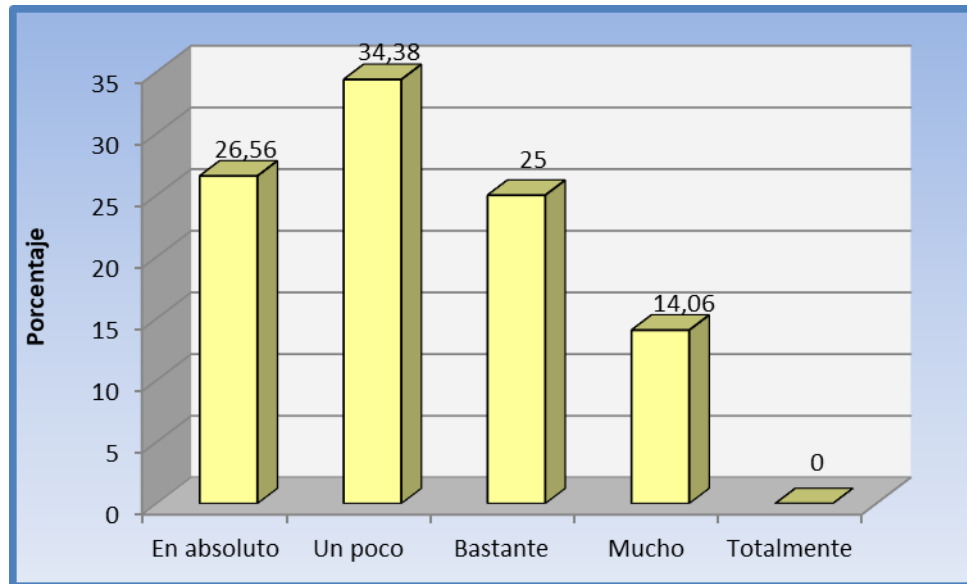


La autocrítica es una estrategia que parte de distinguir los propios defectos. De acuerdo a los resultados, se observa que las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz esta estrategia, lo resultados muestran que es poco es usada en un mayoritario 64,06%, en 25% es bastante empleada y el 10,94% a exteriorizado que en absoluto no lo utiliza.

De los datos expuestos, se observa que esta estrategia es poco utilizada los porcentajes revelan que no se tiende a ser autocríticos; asimismo se evidencia que las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz, sienten en su mayoría que no necesitan ser autocríticos.

4.2.3 Expresión emocional

Gráfico N° 7: Expresión emocional

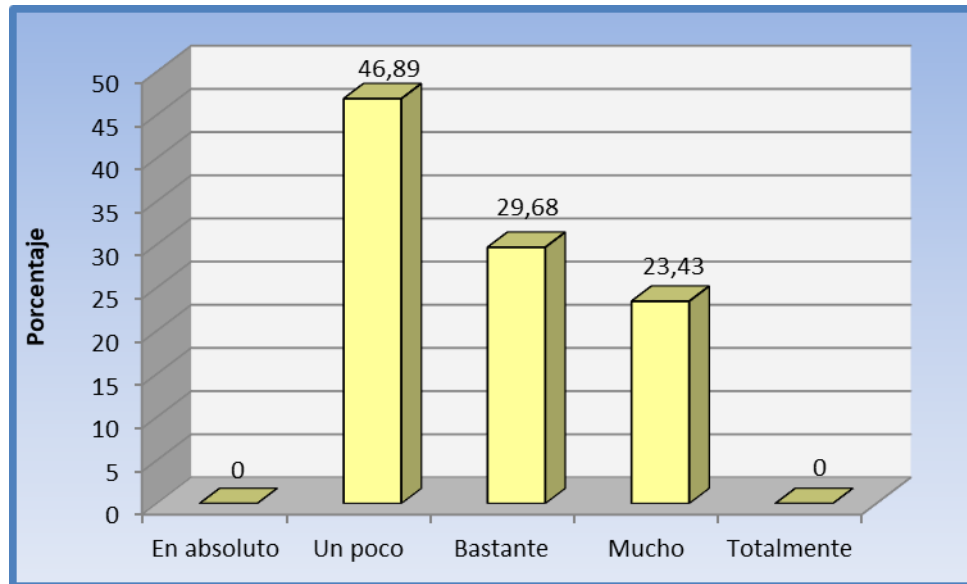


En relación a la estrategia de expresión emocional, los resultados obtenidos a través del instrumento aplicado, indican que en un 34,38% lo utiliza un poco, el 26,56% no lo utiliza y el 14,06% señala que lo usa mucho, siendo un 25% quienes expresan que lo utilizan bastante.

En este caso, la mayoría de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz utilizan “un poco” la estrategia de expresión emocional, es decir, no es común comunicar a otros sus pensamientos y sentimientos sobre las experiencias estresantes que les provoca el hecho de tener muy limitada el sentido de la vista, lo cual les genera una serie de problemas.

4.2.4 Pensamiento desiderativo

Gráfico N° 8: Pensamiento desiderativo

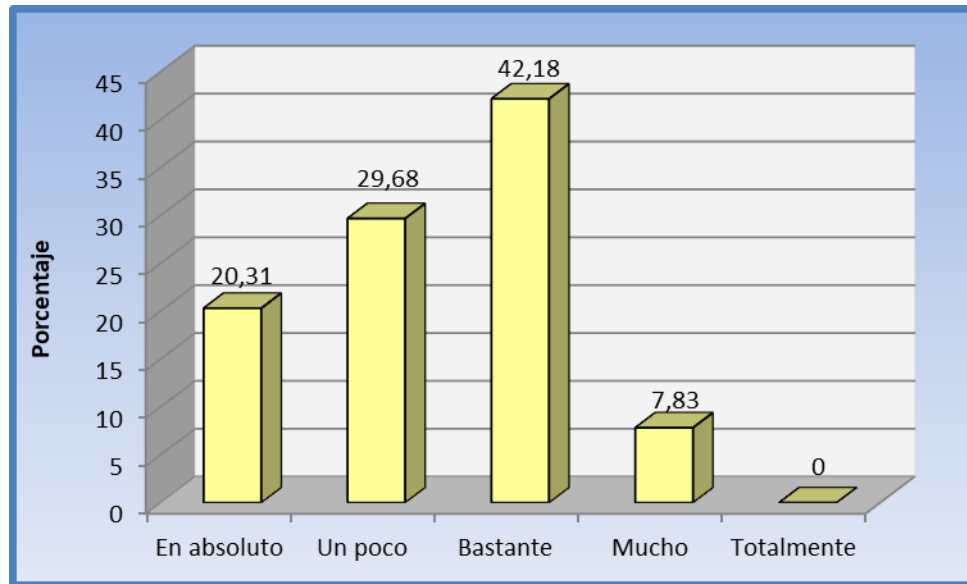


Con respecto a la estrategia Pensamiento Desiderativo, como se puede observar en el gráfico precedente y los resultados de la investigación, se advierte que el 46,89% lo utiliza un poco, el 29,68% lo maneja bastante y el 23,43% lo utiliza mucho.

En este caso, se aprecian algunas particularidades. Así, la mayoría de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz utilizan un poco esta estrategia. De todas maneras, resulta que el pensamiento desiderativo es una de las estrategias utilizada. Esto significa que estas personas aspiran a que la realidad fuera distinta y menos estresante, evocando situaciones del pasado, presentes o del futuro con la esperanza de que la situación no se convierta más tensa y conflictiva.

4.2.5 Apoyo Social

Gráfico N° 9: Apoyo Social

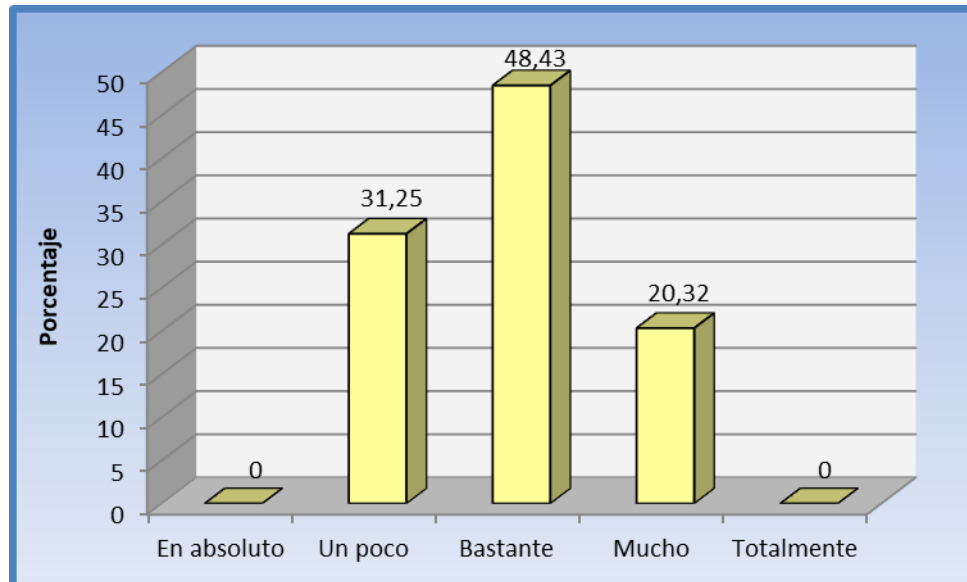


Con relación a la estrategia de apoyo social, los resultados muestran que un mayoritario porcentaje de 42,18% lo utiliza bastante, un 29,68% indica que lo usa un poco, en tanto que el 20,31% manifiesta que en absoluto no lo utiliza, sólo el restante 7,83% ha exteriorizado que lo emplea mucho.

El apoyo social, es una de las estrategias que es muy utilizada por las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz; lo cual significa que tratan de buscar el apoyo de otras personas para sobrellevar la carga emocional que representa tener discapacidad visual, evitando sobrellevarlo de manera íntima o aislada.

4.2.6 Restructuración cognitiva

Gráfico N° 10: Restructuración cognitiva

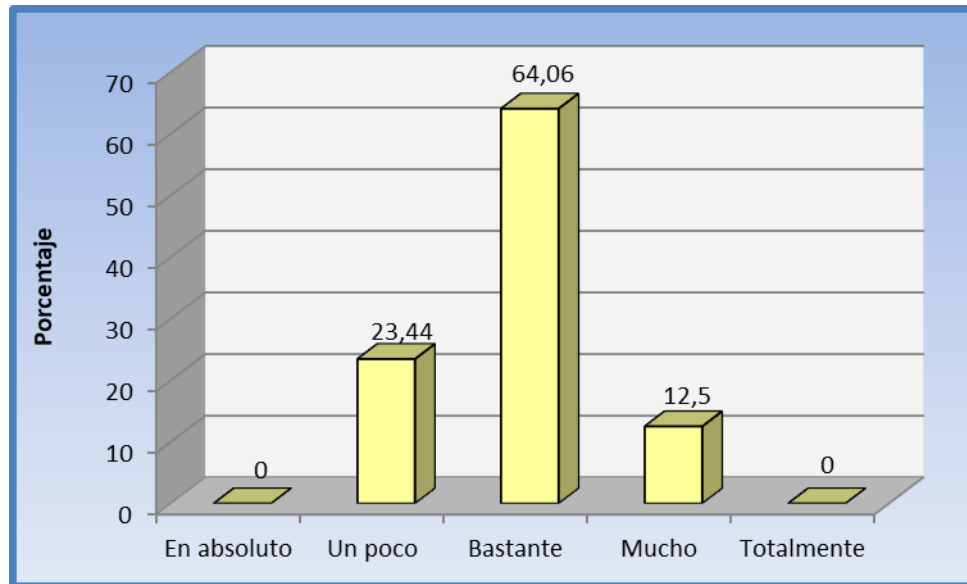


En relación a la reestructuración cognitiva, una mayoría indica que lo utilizan bastante 48,43%, el 31,25% ha manifestado que lo emplea un poco, y el restante 20,32% señala que lo usa mucho.

Como en el anterior caso, la estrategia de reestructuración cognitiva es bastante utilizada por las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz, de lo que se deduce que la generalidad carece de técnicas que les permitan aprender a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración. Esto también implica, que no buscan ayuda profesional para cambiar sus pensamientos negativos.

4.2.7 Evitación de problemas

Gráfico N° 11: Evitación de problemas

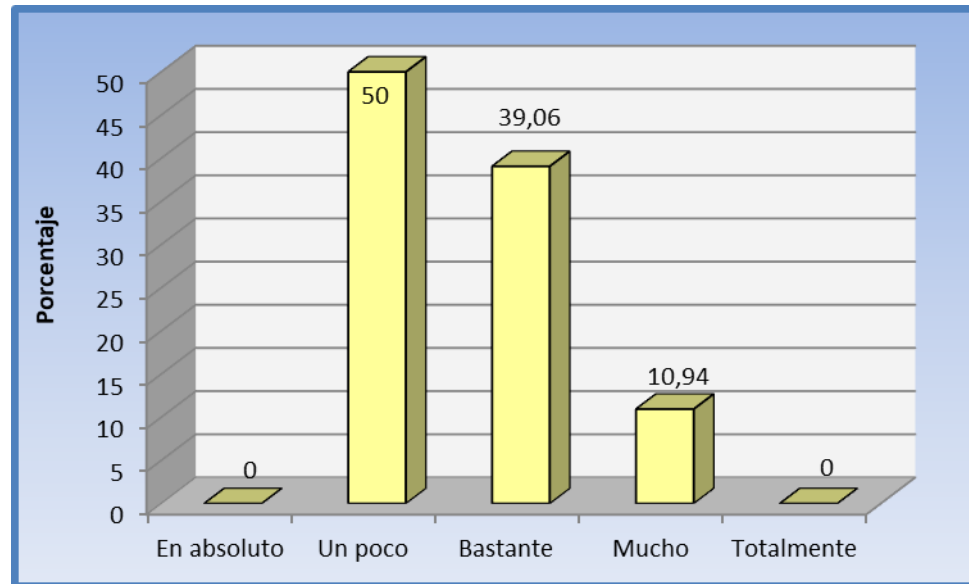


Con respecto a la estrategia de evitación de problemas, se advierte en el gráfico precedente que de acuerdo a los resultados el 64,06% de personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz manifiesta que lo utiliza bastante, el 23,44% lo usa un poco y el 12,5% lo aplica mucho.

Según los resultados obtenidos, se observa que, esta estrategia es bastante utilizada, lo cual implica que la mayoría de las personas con discapacidad visual optan por apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que les afecte emocionalmente. El uso de esta estrategia, resulta contraproducente, porque no resuelve el problema, sino lo encubre momentáneamente.

4.2.8 Retirada social

Gráfico N° 12: Retirada social

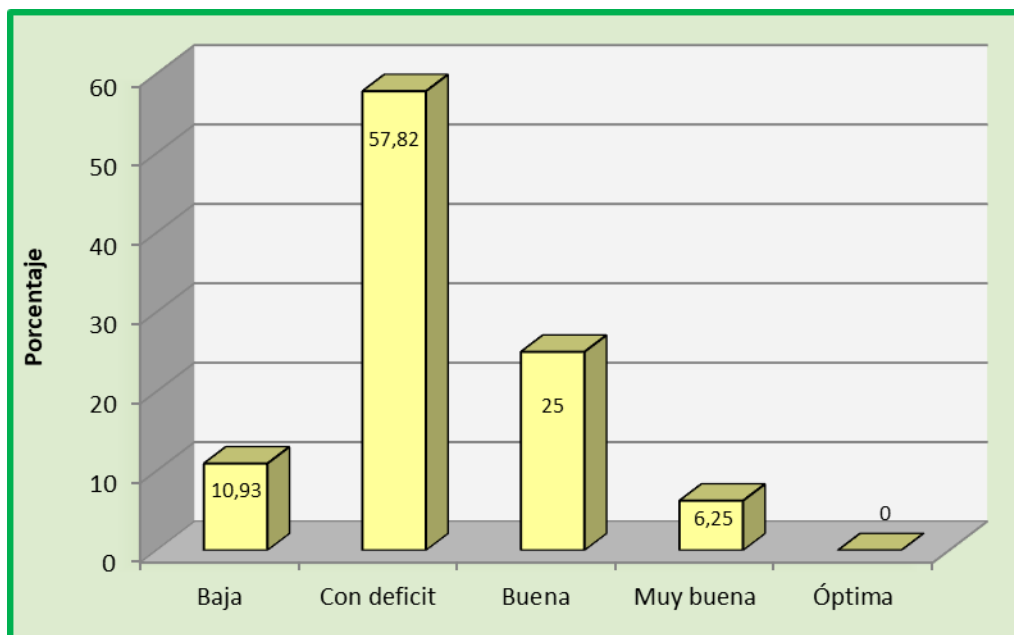


En relación a la estrategia de la retirada social se observa de acuerdo a los resultados de la investigación en el gráfico anterior que las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, en un 50% lo utiliza un poco, un 39,06% lo utiliza bastante y el restante 10,94% lo emplea mucho.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la retirada social es otra de las estrategias poco utilizadas por las personas con discapacidad visual total y baja visión; lo cual implica que prefieren afrontar el problema de forma discreta, sin abrirse a la participación de otros familiares o amigos que pudieran contribuir a disipar la situación estresante; es una forma de huir del problema, por mantener en reserva la situación que representa una dificultad la pérdida del sentido de la vista, evitando que otros conozcan que es lo que en realidad siente.

4.3 RESULTADOS DE LA ESCALA DE AUTOVALORACIÓN EAV-2-RC (ADULTOS)

Gráfico N° 13: Resultado General escala cognitivo – comportamental

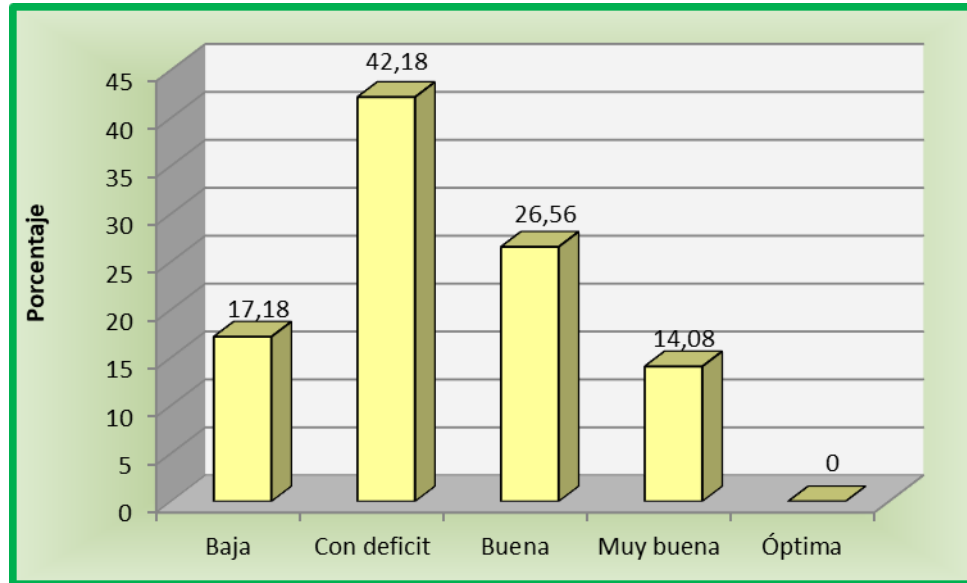


Como se puede observar en los resultados, en la variable autovaloración encontramos que el 57,82% de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera presenta autovaloración con déficit, frente a un 25% de estas personas que reflejan una autovaloración buena, y el 6,25% una autovaloración muy buena, el 10,93% exterioriza un nivel bajo de autovaloración.

Por lo tanto, el mayor porcentaje de personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera presentan autovaloración con déficit al no ser capaz de definirse, percibirse, describirse y representarse de forma positiva, ya que su problema visual les afecta, al momento de poder valorar su experiencia personal como positiva.

4.3.1 Autovaloración afectiva

Gráfico N° 14: Autovaloración afectiva

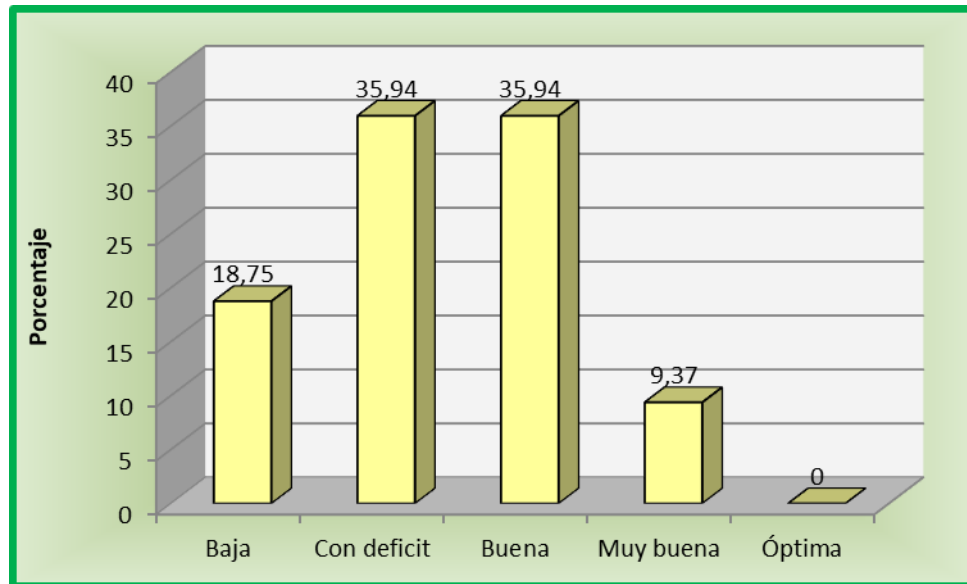


En el gráfico precedente de dimensión de autovaloración afectiva encontramos que el 42,18% de las personas con discapacidad visual total y baja visión, tienen una autovaloración afectiva con déficit, además el 17,18% presentan una autovaloración afectiva, el 26,56% cuentan con una autovaloración afectiva buena, y finalmente el 14,08% muestra tener una autovaloración afectiva muy buena.

Por lo tanto, el mayor porcentaje de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera no elaboran y perciben sentimientos favorables, positivos y de aceptación de sí mismos, ya que su problema visual les afecta de gran manera, en su mismo desarrollo personal.

4.3.2 Autovaloración cognitiva

Gráfico N° 15: Autovaloración cognitiva

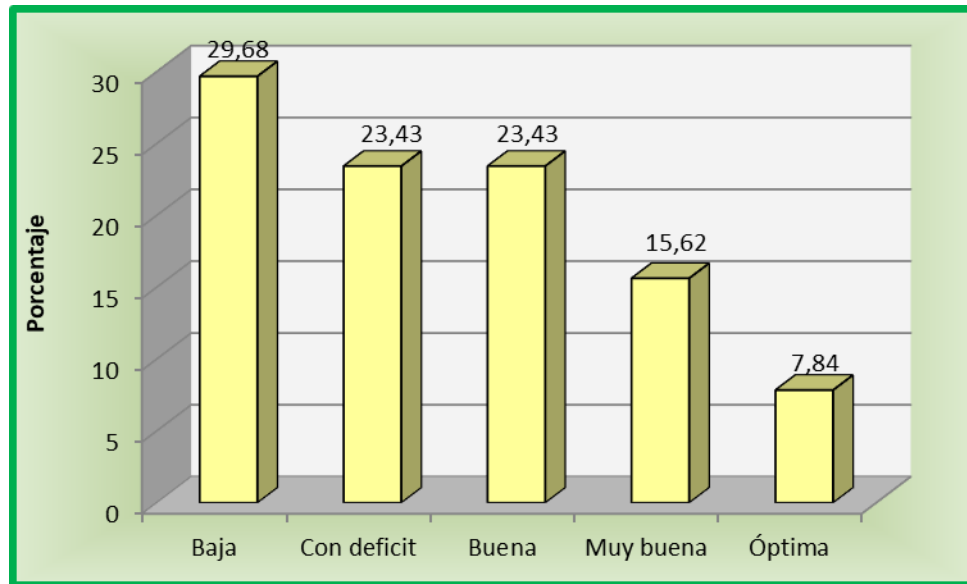


De acuerdo a los resultados de la investigación, y como se observa en el gráfico anterior de dimensión cognitiva encontramos que el 35,94% de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera tienen una autovaloración cognitiva buena, mientras que un 9,37% cuentan con una autovaloración cognitiva muy buena, sin embargo también un 35,94% presenta déficit y el restante 18,75% un bajo nivel de autovaloración cognitiva.

Por lo tanto, el mayor porcentaje de personas con discapacidad visual tienen un proceso cognitivo, en base a un autoconcepto y autoimagen negativo, ya que su problema visual les afecta sobre todo en su nivel de autoestima, aspecto por el cual cambia su pensamiento ante la aparición del estrés y otras reacciones emocionales.

4.3.3 Autovaloración social

Gráfico N° 16: Autovaloración social



De acuerdo a lo que se observa en el gráfico de dimensión social, encontramos que el 29,68% de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera tienen una autovaloración social baja, mientras que un 23,43% está en un nivel con déficit, sin embargo otro porcentaje de 23,43% cuentan con una autovaloración social buena, el 15,62% muy buena y el 7,84% muestra una autovaloración social óptima.

Por lo tanto, el mayor porcentaje de personas con discapacidad visual cuenta con retroalimentación positiva del entorno, con el que comparte gran parte de su vida donde los logros y metas alcanzadas tienen valoración social y es reconocido, aspecto que influye mucho en estas personas.

4.4 CORRELACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EL NIVEL DE AUTOVALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL TOTAL Y BAJA VISIÓN

Con los resultados obtenidos y analizados sobre las estrategias de afrontamiento y autovaloración de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliados al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC, La Paz, se procede a determinar la correlación estadística entre ambas variables, para lo cual se estima el Coeficiente de Correlación de Pearson, con las puntuaciones generales o totales, obtenidas por los sujetos de estudio en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y la Escala de autovaloración (EAV-2-RC ADULTOS)

Para el efecto, se considera como Variable 1 las “Estrategias de afrontamiento” y como Variable 2 la “Niveles de Autovaloración”, utilizándose la siguiente fórmula estadística del Coeficiente de Correlación de Pearson (Ostle, 1996):

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Dónde:

r = Coeficiente de correlación de Pearson.

$\sum X$ = Sumatoria de los puntajes del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

$\sum Y$ = Sumatoria de los puntajes de la Escala de autovaloración.

$\sum XY$ = Sumatoria de los productos (Estrategias de afrontamiento y Niveles de autovaloración).

n = número de personas con discapacidad visual total y baja visión.

$\sum X^2$ = Sumatoria de los cuadrados de la variable Estrategias de Afrontamiento.

$(\Sigma X)^2$ = Cuadrado de la sumatoria de la variable Estrategias de afrontamiento.

Σy^2 = Sumatoria de los cuadrados de la variable Niveles de autovaloración.

$(\Sigma Y)^2$ = Cuadrado de la sumatoria de la variable Niveles de autovaloración.

Para afirmar que una variable está relacionada con la otra, debe existir una alta correlación entre ellas. Por otra parte, para que la correlación sea perfecta el coeficiente de correlación (r) debe tomar el valor de 1.

Con los datos que se presentan en el Anexo N° 3 del presente estudio, se estima la correlación estadística, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro N° 1

Correlación entre Estrategias de afrontamiento y Niveles de Autovaloración

		Estrategias de afrontamiento	Autovaloración
Estrategias de afrontamiento	Correlación de Pearson	1	,764**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	64	64
Autovaloración	Correlación de Pearson	,764**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	64	64

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia, con SPSS, v.22

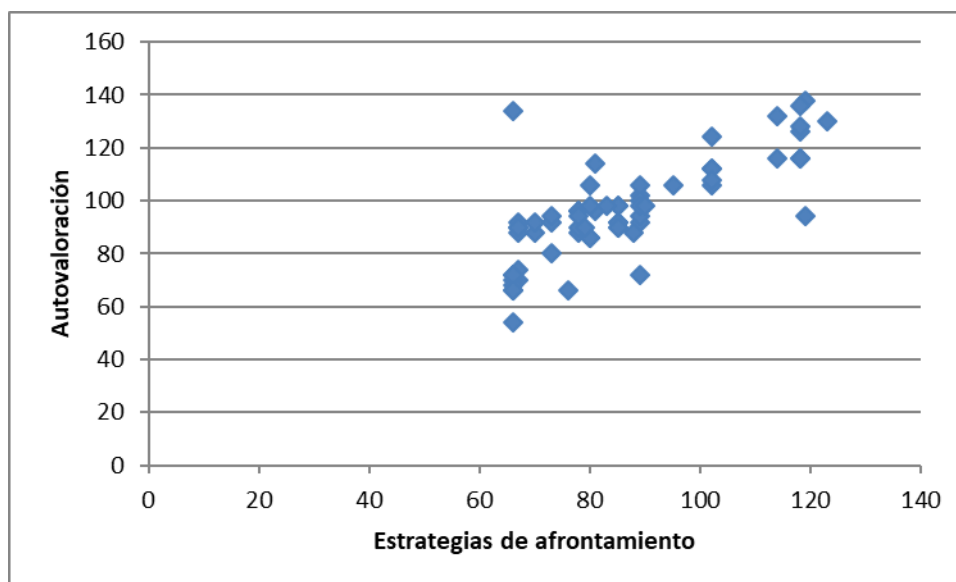
De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que existe un grado de correlación positiva de 0,76 entre las variables Estrategias de Afrontamiento y Niveles de autovaloración de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliados al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC La Paz, que se

aproxima a una “Correlación positiva considerable” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 305).

Este resultado significa que las Estrategias de Afrontamiento y los Niveles de Autovaloración están relacionadas en un 76% en las personas de la muestra de estudio, por tanto se podría decir, que las personas que utilizan estrategias de afrontamiento tienden a incrementar su nivel de autovaloración, e inversamente, cuando no utilizan estrategias de afrontamiento, las personas con discapacidad visual tenderán a presentar una autovaloración baja. En síntesis: a mejores estrategias de afrontamiento, mayor autovaloración.

En el siguiente gráfico se ilustra la dispersión de los datos para visualizar el grado de correlación entre las estrategias de afrontamiento y la autovaloración de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera – IBC La Paz.

Gráfico N° 17: Diagrama de dispersión de la correlación entre clima organizacional y desempeño laboral docente



Fuente: Elaboración propia.

Para profundizar en el análisis, se efectúan las correlaciones parciales entre las dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento y la Autovaloración, de manera que se puedan establecer qué factores de una y otra variable están relacionadas significativamente.

En el siguiente cuadro se presentan los resultados obtenidos en el paquete SPSS v.22.

Cuadro Nº 2: Correlaciones parciales entre las dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento y de la Autovaloración.

Estrategias de Afrontamiento		Nivel de Autovaloración		
		Autoestima cognitiva	Autoestima afectiva.	Autoestima social
Resolución de problemas	Correlación de Pearson	0,137	0,224	0,318*
	Sig. (bilateral)	0,281	0,076	0,010
	N	64	64	64
Autocrítica	Correlación de Pearson	0,372**	0,450**	0,454**
	Sig. (bilateral)	0,002	0,000	0,000
	N	64	64	64
Expresión emocional	Correlación de Pearson	0,332**	0,379**	0,388**
	Sig. (bilateral)	0,007	0,002	0,002
	N	64	64	64
Pensamiento desiderativo	Correlación de Pearson	0,406**	0,576**	0,562**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000	0,000
	N	64	64	64
Apoyo social	Correlación de Pearson	0,380**	0,401**	0,357**
	Sig. (bilateral)	0,002	0,001	0,004
	N	64	64	64
Reestructuración cognitiva	Correlación de Pearson	0,295*	0,391**	0,380**
	Sig. (bilateral)	0,018	0,001	0,002
	N	64	64	64
Evitación de problemas	Correlación de Pearson	0,340**	0,523**	0,558**
	Sig. (bilateral)	0,006	0,000	0,000
	N	64	64	64
Retirada social	Correlación de Pearson	0,364**	0,567**	0,558**
	Sig. (bilateral)	0,003	0,000	0,000
	N	64	64	64

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia, con estimaciones en SPSS v.22.

De acuerdo a los resultados mostrados en el cuadro anterior, se aprecia que existe una “correlación positiva media” entre cuatro factores de las Estrategias de Afrontamiento (pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social) y dos factores de la variable nivel de Autovaloración (autoestima afectiva y autoestima social), mientras que los otros factores (resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, apoyo social y reestructuración cognitiva) no guardan relación significativa con los factores de la autovaloración (autoestima cognitiva, afectiva y social).

Por otra parte, los resultados permiten observar que el factor “resolución de problemas” de las Estrategias de Afrontamiento, es el que tiene muy poca relación con los factores “autoestima cognitiva” y “autoestima afectiva” de la autovaloración.

Estos resultados reflejan que no todos los factores de las variables de estudio están asociadas significativamente, sin embargo, se observa que las variables que tienen una relación significativa son: pensamiento desiderativo, evitación de problemas, retirada social, autoestima afectiva y autoestima social.

4.5 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

El coeficiente de correlación de Pearson estimado (0,76) indica que existe un alto grado de asociación entre las variables “Estrategias de afrontamiento” y “Nivel de autovaloración”, que se aproxima a una “Correlación positiva considerable”. Esto significa que mientras las personas afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, utilicen alguna estrategia de afrontamiento, serán capaces de valorarse positivamente; e inversamente, las personas que no utilizan alguna estrategia de afrontamiento, tendrán poca valoración de sí mismas.

Este resultado confirma la hipótesis formulada en el sentido de que: “Existe una relación positiva significativa entre las estrategias de afrontamiento y niveles de autovaloración en personas con discapacidad visual total y baja visión afiliados al Instituto Boliviano de la Ceguera La Paz”.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados de la investigación las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz, utilizan algún tipo de estrategia para afrontar la situación que genera su problema visual, (51,57%), las estrategias más utilizada están referidas a la reestructuración cognitiva, seguida de la evitación de problemas y retirada social. Esto significa que, generalmente, estas personas tratan de modificar de alguna manera su situación estresante, evitando pensamientos o actos relacionados con la misma y aislarse de sus amigos, familiares o personas significativas.
- Frente al problema visual que tienen las personas, generalmente tienden a no involucrar a sus familiares y apartarse del problema, ya sea para evitar que afecte emocionalmente o por creer que afrontando el problema desde la soledad puede ser más productivos, o consideran que cambiar de pensamiento es lo mejor para evitar el conflicto.
- La habilidad de resolución de problemas es poco utilizado por las personas con discapacidad visual total y baja visión (el 64,06% no lo utiliza); lo cual significa que no analizan el problema para afrontarlo, por lo que tampoco pueden elaborar un plan para enfrentarlo.
- La autocrítica al constituirse en una estrategia que parte de distinguir los propios defectos. De acuerdo a los resultados de la investigación el 64,06% de las personas con discapacidad visual total y baja visión lo

utilizan “poco”, concluyendo que estas personas son poco autocríticas; además de sentir que no necesitan ser autocríticas.

- En relación a la estrategia de expresión emocional, los resultados obtenidos a través del instrumento aplicado, indican que lo utiliza un poco (34,38%). En este caso, la mayoría de las personas con discapacidad visual total y baja visión, afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, La Paz utilizan “un poco” la estrategia de expresión emocional, es decir, no es común comunicar a otros sus pensamientos y sentimientos sobre las experiencias estresantes que les provoca el hecho de tener muy limitada el sentido de la vista, lo cual les genera una serie de problemas.
- En el caso del Pensamiento Desiderativo, se aprecian algunas particularidades, la mayoría de las personas con discapacidad visual total y baja visión, utilizan un poco esta estrategia (46,89%). Estas personas aspiran a que su realidad fuera distinta y menos estresante, evocando situaciones del pasado, presentes o del futuro con la esperanza de que la situación no se convierta más tensa y conflictiva.
- La estrategia de apoyo social es la que utiliza una mayoría de las personas con discapacidad visual total y baja visión (42,18%), lo cual significa que buscan el apoyo de otras personas para sobrellevar la carga emocional que representa tener un serio problema de salud visual, además, para no sobrellevarlo de manera íntima o aislada.
- Con respecto a la estrategia de evitación de problemas, se advierte que las personas con discapacidad visual total y baja visión, utilizan bastante esta estrategia (64,06%), lo cual implica que la mayoría de las personas con discapacidad visual optan por apartarse del problema, no pensar en

él, o pensar en otra cosa, para evitar que les afecte emocionalmente. El uso de esta estrategia, resulta contraproducente, porque no resuelve el problema, sino lo encubre momentáneamente.

- La retirada social es otra de las estrategias poco utilizadas por las personas con discapacidad visual total y baja visión (50%); lo cual implica que prefieren afrontar el problema de forma discreta, sin abrirse a la participación de otros familiares o amigos que pudieran contribuir a disipar la situación estresante; es una forma de huir del problema, por mantener en reserva la situación que representa una dificultad la pérdida del sentido de la vista, evitando que otros conozcan que es lo que en realidad siente.
- En la variable autovaloración se advierte que la mayoría de las personas con discapacidad visual total y baja visión, presentan una autovaloración con déficit (57,82%), por tanto la investigación concluye que las personas con discapacidad visual presentan autovaloración con déficit al no ser capaces de definirse, percibirse, describirse y representarse de forma positiva, ya que su problema visual les afecta, al momento de poder valorar su experiencia personal.
- Dentro de la dimensión de autovaloración afectiva las personas con discapacidad visual en su mayoría tienen una autovaloración afectiva con déficit (42,18%), este aspecto no les permite elaborar y percibir sentimientos favorables, positivos y de aceptación de sí mismos, ya que su problema visual les afecta de gran manera, en su mismo desarrollo personal.
- En relación con la autovaloración cognitiva, el 35,94% de personas con discapacidad visual tienen una autovaloración buena; sin embargo, el

mismo porcentaje también tiene una autovaloración con déficit. Esto implica que las personas con discapacidad visual tienen un proceso cognitivo en base a un autoconcepto y autoimagen negativo, ya que su problema visual les afecta sobre todo en su nivel de autoestima, aspecto por el cual cambia su pensamiento ante la aparición del estrés y otras reacciones emocionales.

- Las personas que presentan problemas de pérdida de la visión muestran que el 29,68% de ellas tienen una autovaloración social baja; solo el 7,84% muestra una autovaloración social óptima. Esto significa que estas personas no tienen una retroalimentación positiva del entorno, con el que comparte gran parte de su vida, donde los logros y metas alcanzadas tienen valoración social y es reconocido, aspecto que influye mucho en estas personas, muy a pesar de ser un círculo muy reducido con el que estas personas comparte dado el grado de su discapacidad visual.
- Finalmente, de acuerdo a la estimación realizada para determinar el grado de correlación que existe entre estrategias de afrontamiento y autovaloración en personas con discapacidad visual, se puede concluir que existe un alto grado de asociación entre dichas variables, lo que implica que las personas que utilizan estrategias de afrontamiento tienen mayor autovaloración que las que no las utilizan e, inversamente, las que no utilizan estrategias de afrontamiento tienen baja autovaloración.

Teniendo en cuenta la alta correlación existente entre estrategias de afrontamiento y autovaloración en personas con discapacidad visual afiliadas al Instituto Boliviano de la Ceguera, se puede deducir que estas personas necesitan de apoyo profesional para fortalecer sus estrategias de afrontamiento, lo cual no solo les permitirá incrementar su autovaloración, sino mejorar su bienestar y calidad de vida.

5.2 RECOMENDACIONES

- La sociedad debe dar respuesta a las condiciones sociales y psicológicas que capacitan o incapacitan a las personas con discapacidad visual total y baja visión. Por lo cual se recomienda brindar oportunidades que se les permita mejorar sus condiciones de vida, aprender a ser autocríticos, y sin miedo a las dificultades. Dándoles la oportunidad de hablar y sentirse responsables de lo que hacen. Pero necesitan algo más aprender a valorarse a sí mismos, recuperar su autoestima y puedan ser personas integrales.
- Se recomienda fortalecer las relaciones dentro de la familia y el entorno de las personas con discapacidad visual total y baja visión, a fin de integrar las necesidades e intereses que estos pretenden alcanzar, diseñando estrategias motivacionales y de fortalecimiento en la autovaloración.
- Es necesario que desde el ámbito académico y desde las instituciones que brindan apoyo a personas con discapacidad visual, se deban diseñar programas o estrategias de afrontamiento, dirigidas a elevar la autovaloración de las personas con este tipo de déficit, para que puedan sobreponerse a sus limitaciones y mejorar su calidad de vida.
- Se recomienda que el Instituto Boliviano de la Ceguera de La Paz, de considerar los resultados de la presente investigación, para que en función de ellos puedan elaborar estrategias de afrontamiento, acordes a las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad visual; en el mismo sentido, es recomendable que deban diseñar programas para incrementar la autovaloración de estas personas, debido al alto grado de relación que existe entre estas dos variables (estrategias de afrontamiento y autovaloración).

BIBLIOGRAFÍA

- Asch, S. (1979). *Psicología Social*. Buenos Aires - Argentina: Universitaria.
- Ausubel, D., & Sullivan, E. (1983). *El desarrollo infantil y el desarrollo de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Botero, P. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, Vol. 3, Nº 2, 197-214.
- Bozhovich, L. (1978). *Estudio de la motivación de la conducta de los niños y adolescentes*. Moscú: Progreso.
- Calderón, R. (2010). *Apuntes del Diplomado; Teoría y método en psicología cognitivo comportamental*. La Paz, Bolivia.
- Cano, G., Rodríguez, F., & García, M. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 35, Nº 1.
- Castellanos, R. (2003). *Psicología. Selección de textos*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- Casullo, M., & Fernández, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. . *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología- UBA*, Vol. 6, Nº 1, 25-49.
- Checa, J., Díaz, P., & Pallero, R. (2003). *Psicología y ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE).
- De Mézerville, G. (1993). El aprendizaje de la autoestima como proceso educativo y terapéutico. *Revista de Educación Universidad de Costa Rica*, 55.

- Di Caprio, N. (1987). *Teorías de la Personalidad*. México: Nuevo Editorial. Interamericana. S.A.
- Domínguez, L. (1999). *¿Yo, si mismo o autovaloración?* Selección de textos.
- Domínguez, L. (2003). *Psicología del desarrollo adolescencia y juventud*. Selección de lecturas. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas.
- Eisenberg. (1998). *Autovaloración y responsabilidad emocional vicaria*. Sociedad Anónima.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). Una intervención psiquiátrica estructurada para pacientes con cáncer. I. Cambios en el tiempo en métodos de afrontamiento y perturbación afectiva. *Archivos de Psiquiatría General*, 59 - 68.
- Fernández, L. (2009). *Pensando en la personalidad*. Guayaquil: Departamento de publicaciones de la Facultad de Ciencias Psicológicas.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). Un análisis de afrontamiento en una persona de mediana edad muestra de la comunidad. *Revista de Salud y Comportamiento Social*, 21, 219-239.
- Garanto, J. (1984). Las actitudes hacia sí mismo y su medición. . *Temas de Psicología, No. 7, Universidad de Barcelona*.
- García Castro, J. L. (2008). *Autoconcepto y Autoestima*. Sociedad Anónima.
- García, A., Suela, J., & Agustina, M. (2002). La agresividad y su relación el rendimiento escolar. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 125.
- García, D. (2001). *Dinámicas de Grupo para la autovaloración*. Colombia: Colección Pedagogía.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas

- en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, N° 20, 50-75.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, N° 20, 50-75.
- Gesell, A. (1979). *Psicología Evolutiva de 1 a 16 años*. Argentina: Paidós.
- Gonzales, J. F. (1998). *La autovaloración*. Sociedad Anónima.
- González, F. (1983). *Motivación moral en adolescentes y jóvenes*. La Habana: Científico- Técnica.
- González, L. (2001). Autovaloración y pretensiones”. Elementos de alto nivel regulador para el deportista. *Lecturas: Educación Física y Deportes*. Buenos Aires, N° 4.
- Gonzalez-García, L. (1990). *Psicomotricidad para deficientes visuales (4 – 7 años)*. Salamanca: Amarú.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. . México: McGraw-Hill.
- James, W. (1980). *La principal Psicología*. Cambridge, MA: Universidad Harvard.
- Lazarus, R. S. (1966). *El estrés psicológico y el proceso de afrontamiento*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. A. (1984). *Estrés, evaluación y afrontamiento*. New York: Springer. (Edición en castellano: Procesos cognitivos y estrés. Barcelona: Martínez Roca, 1986).
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future. *Psychosomatic Medicine*, N° 55, 234-247.

- Margalit, M., Raviv, A., & Ankonina, D. B. (1992). Afrontamiento y coherencia entre los padres con niños discapacitados. *Revista de Psicología Clínica Infantil*, 21, 202- 209.
- Martín, M., Jiménez, M., & Fernández, E. (2004). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *REME, Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.
- Mayo, P. E. (2010). *La familia ante la discapacidad visual de un hijo: reacciones, afrontamiento y clima*. España: Universidad de Santiago de Compostela (USC) Facultad de Psicología.
- Méndez, J., Prats, L., Yagüe, F., & Sanz, A. (2016). Percepción de control, afrontamiento y ajuste psicológico a la discapacidad visual. *Ansiedad y Estrés*, Nº 22 , 55–61.
- Mullen, B., & Suls, J. (1982). La efectividad de la atención y el rechazo como estilos de afrontamiento. *Revista de Investigación Psicosomática*, 26, 43-49.
- Münch, L., & Ángeles, E. (2003). *Métodos y técnicas de investigación*. México: Edit. Trillas.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, Vol. 7, Nº 3., 1-27.
- Navarro, G. J. (2004). *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- OMS. (2011). *Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva Nº 282*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- OMS-OPS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. España: IMSERSO.

- OPS/OMS Bolivia. (2017). *Ministerio de Salud y el Comité Nacional de Salud Ocular impulsarán la aprobación del Plan Nacional del sector*. Obtenido de <https://www.paho.org/bol/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Manejo de la baja visión de los niños. Informe de una Consulta de OMS*. Córdoba, Argentina: ICEVH, Región Latinoamericana.
- Organización Nacional de Ciegos Españoles. (2011). *Discapacidad visual y autonomía personal*. España: ONCE.
- Ortiz, N. (2015). *Evaluación de la autoestima como generador de entornos positivos en mujeres con discapacidad visual*. Tesis de Maestría en Educación Especial con mención en Educación para Personas con Discapacidad Visual. Cuenca, Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana, Unidad de Posgrados.
- Ostle, B. (1996). *Estadística Aplicada*. México D.F.: Editorial LIMUSA S.A. .
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España: CERMI-CINCA.
- Plumer, K. (1983). *Documentos de Vida*. London: Allen and Unwin.
- Pope, A. W., Mchale, S. M., & Craighead, W. E. (1996). *Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.
- Requena, B. (1990). *Autovaloración y Autoconcepto*. España: Psicothema.
- Resines Ortiz, R. (2001). *Qué es la Autoestima*. *Psicóloga clínica*. Acropolis.
- Rodríguez, J., Pastor, M., & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, N° 5, 349-372.

- Rosenberg, M. (1989). *Académico Previo y el Curriculum del Hogar sobre la Autoestima de los Alumnos de IIº Medio de la Comuna de Santiago*. Chile: Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Enfoque, evitación y dopaje con estrés. *American Psychiatric*, 41, 813-819.
- Sánchez-Cánovas, J. (1991). *Evaluación de las estrategias de afrontamiento. Manual de Psicología Clínica y Aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Stagner, R. (1974). *Psicología de la personalidad*. México: Trillas.
- Stolarski, V. S. (1991). *Niveles de estrés experimentados por miembros de la familia de niños con impedimentos visuales y con discapacidades visuales. Disertación doctoral inédita*. Columbia: Columbia University.
- Tintaya, P. (2001). *Estructuras posibles y aprendizaje significativo*. La Paz – Bolivia: Instituto de Estudios Bolivianos. U.M.S.A.

ANEXOS

ANEXO Nº 1
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

Iniciales de nombre: _____ Fecha: _____

Edad del padre: _____

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté segura de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1. Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2. Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8. Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10.Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11.Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12.Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13.Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14.Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15.Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16.Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17.Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18.Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19.Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20.Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21.Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22.Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23.Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24.Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25.Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26.Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27.Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28.Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4

29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32. No dejé que nadie supiera cómo me sentía	0 1 2 3 4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39. Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)

Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

ANEXO Nº 2

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN EAV – 2 – RC (ADULTOS)

Iniciales de nombre: _____ Fecha: _____

Edad del padre: _____

INSTRUCCIONES: esta escala esta diseñada para ayudarnos a tener una mayor comprensión sobre la manera de cómo nos aceptamos a nosotros mismos y nos valoramos en relación con el entorno y la capacidad que tenemos para mejorar nuestro bienestar. por favor indique su opinión sobre cada una de las frases escritas a continuación colocando el número apropiado en la casilla de la derecha en base a la siguiente escala:

- 0 = Me ocurre siempre
- 2 = Me ocurre muchas veces
- 4 = Me ocurre alguna vez
- 6 = No me ocurre nunca

1. Evito resolver mis problemas	0	2	4	6
2. Pienso que no le caigo bien a la gente	0	2	4	6
3. Me invaden pensamiento de inferioridad en relación al resto de las personas	0	2	4	6
4. Pienso que soy una persona renegona	0	2	4	6
5. No me siento seguro/a de poder resolver los problemas que se me presentarán en el futuro	0	2	4	6
6. Pienso que la gente no confía en mí	0	2	4	6
7. Me siento culpable cuando las otras personas tienen problemas	0	2	4	6
8. Tengo miedo a relacionarme con personas que no conozco	0	2	4	6
9. Siento timidez cuando estor con mucha gente	0	2	4	6
10. Tengo miedo que las personas averigüen como soy en realidad	0	2	4	6
11. Pienso que las otras personas reaccionan mal solo conmigo	0	2	4	6
12. No doy mi opinión, a las personas, por miedo a equivocarme	0	2	4	6
13. Siento que soy yo mismo/a cuando estoy con muchas personas	0	2	4	6
14. Pienso que tengo muy mala suerte por todo lo que me sucede	0	2	4	6
15. Me siento diferente en relación a las otras personas	0	2	4	6
16. Las personas no reconocen mis virtudes	0	2	4	6
17. Las personas me critican	0	2	4	6
18. Cuestiono lo que valgo como persona	0	2	4	6
19. Para sentirme bien, hago lo que quieren las otras personas	0	2	4	6
20. Estoy consciente que la mayor parte de las personas son más seguras que yo	0	2	4	6
21. Algo me dice que no hago las cosas bien	0	2	4	6
22. Pienso que no vivo de forma feliz	0	2	4	6
23. No hablo sobre mis éxitos porque tengo temor a ser criticado/a	0	2	4	6
24. No me siento seguro/a de poder afrontar la mayor parte de mis problemas	0	2	4	6
25. No puedo ser natural delante de otras personas	0	2	4	6
26. Cuando alguien me critica me siento muy mal	0	2	4	6
27. Cuando alguien dice algo bueno de mí, me es difícil creerlo	0	2	4	6

ESCALA DE VALORACIÓN

Baja	hasta 70
Con déficit	71 a 100
Buena	101 a 130
Muy buena	131 a 160
Óptima	161 adelante

ANEXO Nº 3

Puntuaciones del Estrategias de Afrontamiento y de la Escala de Autovaloración.

Nº	Estrategias de Afrontamiento	Escala de Autovaloración	Nº	Estrategias de Afrontamiento	Escala de Autovaloración
1	114	132	33	80	86
2	119	138	34	89	72
3	66	66	35	102	112
4	123	130	36	89	100
5	89	92	37	66	72
6	78	88	38	95	106
7	80	86	39	67	92
8	89	94	40	78	90
9	102	112	41	80	98
10	89	102	42	89	98
11	66	72	43	102	106
12	118	136	44	85	92
13	85	98	45	66	134
14	73	80	46	118	116
15	67	70	47	85	90
16	78	96	48	70	92
17	80	106	49	67	88
18	89	106	50	81	114
19	102	124	51	66	66
20	85	90	52	118	116
21	66	70	53	88	88
22	118	126	54	73	94
23	85	92	55	67	90
24	70	88	56	78	94
25	67	74	57	76	66
26	81	96	58	83	98
27	66	68	59	102	108
28	118	128	60	79	90
29	85	98	61	114	116
30	73	92	62	119	94
31	67	90	63	66	54
32	78	96	64	90	98

Fuente: Elaboración propia, en base a resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y la Escala de Autovaloración.