



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

**IMAGEN CORPORAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA ADQUIRIDA
POR ACCIDENTE**

TUTOR
RAMÓN OCHOA

AUTORES:
FRANCIS CONTRERAS.
YAEMILY RIVAS.

CARACAS, FEBRERO DE 2015.



Universidad Central De Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

Imagen Corporal en personas con discapacidad física adquirida por accidente
(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial
para optar al título de Licenciado en Psicología)

Tutor:

Ramón Ochoa

Autores:

Francis Contreras

Yaemily Rivas

Caracas, Febrero de 2015

Agradecimientos

Agradecemos inicialmente a Dios, por haber guiado nuestros pasos durante la grata experiencia de la carrera de psicología, acompañándonos y brindándonos fortaleza a lo largo del camino; así como a nuestros padres, hermanos y amigos por su apoyo incondicional. A la Universidad Central de Venezuela, a la Escuela de Psicología, a todos los profesores que formaron parte importante en nuestro desarrollo de la carrera hasta llegar a lo que consideramos nuestra elección e inclinación: La Psicología Clínica Dinámica, encontrado personas únicas que no sólo nos enseñaban teoría sino experiencias y que en sus distintas formas de ser, crearon huellas y recuerdos.

Agradecemos a nuestro profesor y tutor Ramón Ochoa, por haber aceptado guiar este trabajo, quien nos orientó y brindó apoyo para desarrollar esta investigación, por su disposición y por darnos en muchas oportunidades ideas, palabras de aliento y motivación para la continuación de la misma, en momentos donde nos parecía que se hacía cuesta arriba culminarla.

Agradecemos al profesor Manuel Aramayo, por su aporte en el área de discapacidad y por haber compartido dichos conocimientos con nosotras. A las profesoras Giovanna Pavan y Yubiza Zárate por formar parte de esta investigación, apoyándonos y aportando opiniones en la creación de la entrevista.

Agradecimiento especial al Dr. Edgar Gómez, la Lic. María Adriana Villalobos y personal del Centro Nacional de Rehabilitación “Dr. Alejandro Rhode”, quienes nos colaboraron en todo momento en la aplicación y en el buen cumplimiento de nuestros objetivos planteados. También queremos agradecer a los pacientes del Centro Nacional de Rehabilitación “Dr. Alejandro Rhode” que prestaron parte de su tiempo para colaborar en el desarrollo de esta investigación y permitimos conocer un poco más de ellos, compartiendo sus vivencias, debilidades y fortalezas.

Agradecemos a nuestras amigas Adriana Anuel y Karelis Moreno por el apoyo brindado y sus recomendaciones. Como también a nuestro compañero Franklin Loreto por su paciencia y colaboración en el área estadística.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres Wilfrido y Yajaira, y mis hermanos quienes me apoyaron en todo momento para la realización del mismo y en el desarrollo de la carrera. Gracias por su apoyo incondicional y sus valiosos consejos. Mi padrino Melchor Pirela que ha sido un gran apoyo en mi formación profesional. A los compañeros y amigos que formaron parte de mi desarrollo a lo largo de este camino.

Francis Contreras.

La presente investigación va dedicada a mis padres Yamilet Chacón y Emilio Rivas, por su paciencia, energía positiva, su apoyo incondicional y por brindarme las herramientas necesarias para mi formación; a mi perro Shampy Jesús, mi fiel compañero, por estar a mi lado y trasnocharse conmigo durante toda la carrera, a mis familiares, amigos y profesores, por motivarme y acompañarme en esta aventura.

Yaemily Rivas.

Imagen Corporal en personas con discapacidad física adquirida por accidente

Francis Contreras y Yaemily Rivas
franciscontreras24@gmail.com yaemily_20@hotmail.com

Universidad Central de Venezuela
Escuela de Psicología

Resumen

Esta investigación describe y compara la imagen corporal en personas con discapacidad física adquirida por accidente con la de personas sin discapacidad a través del test de la figura humana. La muestra la conformaron 15 personas con discapacidad y 15 personas sin discapacidad, de ambos sexos con edades comprendidas entre 20 y 50 años. Es un estudio de carácter exploratorio-descriptivo, con diseño no experimental de tipo transversal. Pese a que la prueba U de Mann-Whitney no arrojó diferencias significativas entre los grupos, se encontró que la imagen corporal en las personas con discapacidad se vio alterada en aquellos aspectos relacionados con el Yo de la persona, contacto social.

Palabras Clave: Imagen Corporal, Discapacidad física, accidente, test de la figura humana.

Body image in people with physical disabilities acquired through accident.

Francis Contreras y Yaemily Rivas
franciscontreras24@gmail.com yaemily_20@hotmail.com

Universidad Central de Venezuela
Escuela de Psicología

Abstract

This research describes and compares body image among people with physical disabilities acquired through accident and people without disabilities, employing the Human Figure Test. The sample comprised 15 participants with physical disabilities and 15 participants without disabilities, of both sex and aged between 20 and 50 years old. This is an exploratory descriptive, no experimental and cross-sectional study. Although Man-Whitney test showed no statistically significant differences between either group, it was found that body image in the physical disabilities group was altered in some aspects, such as self concept and social contact.

Keywords: body image, physical disabilities, accident, Human Figure Test

Índice de Contenido

I	INTRODUCCIÓN.....	1
II	MARCO TEÓRICO	3
1.1	Discapacidad.....	3
1.2	Concepto de Discapacidad.....	4
1.2.1	Visión Médica.....	4
1.2.2	Visión Social.....	5
1.2.3	Visión legal.....	5
1.2.3.1	Ley de personas con discapacidad (2006).....	5
1.2.3.2	Ley anti-discriminación de personas con discapacidad en Venezuela (1999).	6
1.3	Tipos de discapacidad.....	6
1.3.1	Esquemas de los tipos de Discapacidad.....	7
1.3.2	Clasificación de la Discapacidad en Venezuela:	8
1.3.2.1	Discapacidad Sensorial.....	8
1.3.2.2	Discapacidad Mental.....	8
1.3.2.3	Discapacidad Intelectual	9
1.3.2.4	Discapacidad Motora y Discapacidad Física.....	9
1.4	El Cuerpo	10
1.5	Imagen corporal	12
1.6	Imagen Inconsciente del Cuerpo.....	14
III	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
IV	JUSTIFICACIÓN	19
V	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	21
5.1	Objetivo General:.....	21

5.1.1	Objetivos Específicos:	21
VI	MARCO METODOLÓGICO	22
6.1	Variables en estudio:.....	22
6.1.1	Imagen Corporal:	22
6.1.2	Variable seleccionada:	22
6.1.2.1	Discapacidad física adquirida por accidente:.....	22
6.1.3	Variables extrañas controladas	23
6.1.4	Variables extrañas no controladas	23
6.2	Tipo de Investigación.....	23
6.3	Diseño de investigación	24
6.4	Participantes.....	24
6.4.1	Población	24
6.4.2	Muestra	24
6.4.3	Muestreo	26
6.5	Materiales.....	26
6.6	Instrumentos.....	26
6.6.1	Entrevista semiestructurada:	26
6.6.2	Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover	27
6.7	Recursos Humanos	30
6.8	Procedimiento	31
6.8.1	Fase preparatoria:.....	31
6.8.2	Fase de evaluación	31
VII	RESULTADOS	33
VIII	DISCUSIÓN	66
IX	CONCLUSIONES.....	74

X	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	79
XI	REFERENCIAS	82
XII	ANEXOS	87

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra por grupo y sexo	25
Tabla 2. Indicadores generales presentes en dibujo de la persona en ambos grupos.....	41
Tabla 3. Resultado de indicadores del análisis detallado presentes en dibujo de la persona en ambos grupos.....	43
Tabla 4. Indicadores de trazo presentes en el dibujo de la persona en ambos grupos	45
Tabla 5. Indicadores generales presentes en dibujo de persona con discapacidad en ambos grupos.....	46
Tabla 6. Resultado de indicadores del análisis detallado presentes en dibujo de persona con discapacidad en ambos grupos	47
Tabla 7. Indicadores de trazo presentes en el dibujo de persona con discapacidad en ambos grupos.....	49
Tabla 8. Tipo de discapacidad representada en el dibujo de persona con discapacidad en ambos grupos	50
Tabla 9. Indicadores generales presentes en dibujo con movimiento en ambos grupos.	51
Tabla 10. Resultado de indicadores del análisis detallado presentes en dibujo con movimiento en ambos grupos	52
Tabla 11. Indicadores de trazo presentes en dibujo con movimiento en ambos grupos .	55
Tabla 12. Indicadores de kinesiología presentes en el dibujo con movimiento en ambos grupos	56
Tabla 13. Prueba U de Mann-Whitney. Comparación de los grupos por prueba	64

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Presencia del indicador “Mirada fija” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona.....	57
<i>Figura 2.</i> Presencia del indicador de Tronco “Delgado, representando del propio sexo” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona y el dibujo de persona con discapacidad.....	57
<i>Figura 3.</i> Presencia del indicador de Ojos “Ojos vacíos” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona y el dibujo de persona con discapacidad	58
<i>Figura 4.</i> Presencia del indicador “orejas omitidas” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.....	58
<i>Figura 5.</i> Presencia del indicador “Brazos largos” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona y el dibujo de persona con discapacidad.	59
<i>Figura 6.</i> Presencia del indicador “Brazos separados” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.....	60
<i>Figura 7.</i> Presencia del indicador de “Manos contornos imprecisos” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.	61
<i>Figura 8.</i> Presencia del indicador de “Piernas sin ropa” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.	62
<i>Figura 9.</i> Presencia del indicador de “Pies desnudos” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.....	63
<i>Figura 10.</i> Presencia del indicador de “Tronco anguloso” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.	63

I INTRODUCCIÓN

La discapacidad es una temática de gran relevancia a nivel social, pues, cada vez son más las personas que la presentan; ya sea una discapacidad congénita o adquirida, estas personas han formado parte de un grupo minoritario objeto de prejuicios y discriminaciones desde las primeras organizaciones sociales, siendo excluidos por sus condiciones.

No obstante, desde hace algunas décadas se ha creado un movimiento formado por personas con discapacidad, sus familiares, especialistas en el área, entre otros, que tiene como finalidad la ruptura de toda barrera que impida la realización satisfactoria de las actividades cotidianas e indispensables para el desarrollo a nivel social y emocional de todo ser humano. Por ende, se ha ido insertando a las personas con discapacidad en escuelas regulares, en talleres o cursos de artesanías, en actividades musicales, demás actividades artísticas y actualmente en el ámbito laboral.

Sin embargo, dicha inserción se puede considerar que ha sido de manera muy superficial desde el punto de vista de la psicología y especialmente desde la clínica dinámica, encontrándose importantes vacíos en la información en materia bibliográfica, teórica y sobretodo práctica; centrándose primordialmente en la discapacidad como un fenómeno meramente social y dejando a un lado al sujeto o persona con discapacidad que vive dicha condición.

En este sentido, a lo largo del texto trabajaremos la discapacidad iniciando desde lo más general hasta llegar a un punto de vista más individual y si se quiere específico, haciendo un recorrido por el concepto de discapacidad desde los distintos modelos como es el caso del social, el médico y el legislativo, los tipos de discapacidad hasta centrarnos en la de mayor interés para este trabajo que es la discapacidad física adquirida por accidente.

Tomando en cuenta, que la relación entre la discapacidad física y los términos de la psicología clínica dinámica como imagen corporal, el estadio del espejo, el ideal de Yo y la construcción del mismo, forman parte de la base teórica de la presente investigación. Asimismo, usaremos el Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover como herramienta, para relacionar la discapacidad con el individuo, estudiando de esta manera, la imagen corporal a través de los indicadores corporales y evolutivos que se hallen a partir de la aplicación del mencionado test y dos versiones modificada del mismo, que serán desarrolladas en este trabajo, recordando que desde la teoría psicoanalítica gran parte de lo que somos, de nuestros deseos, motivaciones y experiencias se encuentran alojadas en nuestro inconsciente, siendo en muchas oportunidades contenidos desconocidos, excluidos o reprimidos por nuestro Yo consciente, aspecto que se puede trabajar o crear un acercamiento a través de diversas técnicas, pero que para nuestro fin se realizará mediante el antes nombrado test gráfico proyectivo y que tendrá como finalidad conocer ***¿Cómo es la imagen corporal en personas con discapacidad física adquirida por accidente?***

II MARCO TEÓRICO

En la actualidad han surgido movimientos que abogan por la igualdad y por la aceptación de la diversidad, pues aunque somos entes diversos, tenemos aspectos en común que nos unen, como es el caso de la cultura, la fe, los valores, entre otros aspectos.

La discapacidad como afirma Aramayo (2005) ha acompañado a la humanidad hoy y siempre, pues ha estado presente en los primeras entidades sociales, hecho que se ha demostrado con descubrimientos actuales en restos prehistóricos donde se evidencian a nivel fisionómico rasgos de personas con síndrome de Down. Hoy en día las personas con discapacidad forman un porcentaje importante de la población total o mundial, y se encuentran en constante evolución tanto personal como social. Pero, en sí misma ¿qué se considera como discapacidad?

1.1 Discapacidad.

El término discapacidad es usado inicialmente en las primeras décadas del siglo XX por la Organización Mundial de la Salud, con la finalidad de integrarla como una problemática de índole científica y que además merecía importancia desde el punto de vista social, ya que cada vez era más notoria su presencia y los desencadenantes que ésta conllevaba, definiendo a la persona con discapacidad como “aquella que tiene alguna limitación física o mental para realizar actividades en su casa, escuela o trabajo, como caminar, vestirse, bañarse, leer, escribir, escuchar, etcétera” . Paralelamente las personas con discapacidad presentaban su propia concepción del término, ya que el mismo se determinaba a partir de sus experiencias.

Más adelante se integrarían las expresiones minusvalía, deficiencia y discapacidad como medio directo para la clasificación a nivel científico; siendo el DSM, manual elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, quien se encargaría de clasificar formalmente a la discapacidad como una enfermedad mental (Aramayo, 2005). Como

respuesta a ello se iniciaron movimientos dirigidos al conocimiento y a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad; así, mediante la realización de programas asistenciales, cursos, proyectos, e innumerables actividades, se dio paso al conocimiento de nuevos tipos de discapacidad y por ende, a la ampliación de la misma.

Con el conocimiento de estos nuevos síndromes y la aceptación de algunas familias de poseer dentro de su estructura una persona con discapacidad, se fueron generando acontecimientos de gran relevancia social, como asevera Jiménez (2002) el mandato de Kennedy en Estados Unidos permitió la realización de actividades olímpicas especiales y la creación del Comité Presidencial para el Retraso Mental, cuando “indujo un cambio súbito en el tratamiento informativo de la discapacidad cuando él, como presidente, anunció que en su familia existía una hermana con retraso mental” (Aramayo, 2005, pág.37). De esta forma, se incorporaron los medios de comunicación y se amplió el movimiento que se encontraba en curso desde años anteriores, uniéndose a su vez España y posteriormente otros países europeos y latinoamericanos. Así, los padres de personas con discapacidad promovieron la creación de fundaciones, leyes y organizaciones encargadas a la preservación e inclusión de las mismas.

No obstante, a pesar de toda esta corriente, las personas con discapacidad siguen siendo desplazadas y discriminadas por sus condiciones, mostrándonos que más que una problemática física o genética, la discapacidad es una problemática de carácter social que afecta al individuo que la vive.

1.2 Concepto de Discapacidad.

1.2.1 Visión Médica.

La Organización Mundial de la Salud creó La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) la cual fue publicada en 1980 donde se pretendía clasificar las enfermedades, traumas, entre otros, mediante una descripción de las mismas y su posible diagnóstico (Aramayo, 2005). En este sentido, la discapacidad es

vista como una deficiencia o minusvalía, que muchas veces era generada por factores ambientales y que posteriormente se mostraría su índole genética a través del uso de instrumentos y tecnología médica. El modelo médico se enfoca en la discapacidad como enfermedad, es decir, en la incapacidad de realizar las demandas exigidas por la sociedad.

1.2.2 Visión Social.

Dicho modelo se basa en una especie de revolución realizada por un grupo de personas con discapacidad que aseveraban que la misma estaba determinada por los lineamientos que la sociedad les imponía, teniendo que amoldarse a sus limitantes ya que, la estructura de esta última, estaba definida por las personas sin discapacidad (Finkelstein y Stuart, 1998). Como podemos visualizar este modelo afirma que la sociedad es la que etiqueta y, por ende, cataloga a las personas con discapacidad, impidiéndole de esta forma llevar a cabo una vida normativa.

Así, como afirma Aramayo (2005), ya no se hablaba de un problema personal sino social, logrando que la personas con discapacidad se unieran, velando por sus propios beneficios; Asimismo, este modelo “parte de la necesidad de que las personas con discapacidad tengan la misma ciudadanía que sus pares capacitados y puedan jugar los roles correspondientes en el desarrollo de la sociedad; para la presente generación, el reto es identificar el camino efectivo para esa emancipación e iniciar los cambios” (pág. 49).

1.2.3 Visión legal.

1.2.3.1 Ley de personas con discapacidad (2006).

Artículo 5.—Definición de discapacidad. Se entiende por discapacidad la condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente (pág. 2).

Artículo 6.—Definición de personas con discapacidad. Son todas aquellas personas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; de carácter temporal, permanente o intermitente, que al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás.

Se reconocen como personas con discapacidad: Las sordas, las ciegas, las sordociegas, las que tienen disfunciones visuales, auditivas, intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, las de baja talla, las autistas y con cualesquiera combinaciones de algunas de las disfunciones o ausencias mencionadas, y quienes padezcan alguna enfermedad o trastorno discapacitante; científica, técnica y profesionalmente calificadas, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (pág. 2).

1.2.3.2 Ley anti-discriminación de personas con discapacidad en Venezuela (1999).

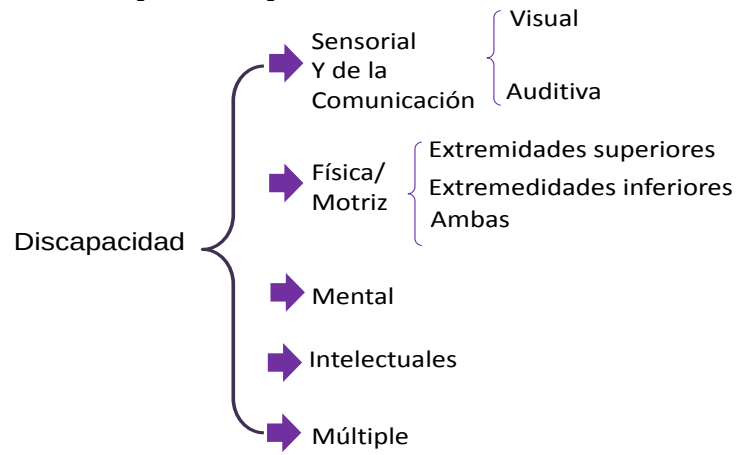
Artículo 1. Punto 1: “El término ‘discapacidad’ significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (p 2).

1.3 Tipos de discapacidad

Según artículos revisados en la página web de la Organización Mundial de la Salud, “más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad” (<http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es>), englobando dicha cifra un aproximado del 15% de la población del mundo. Si bien, durante muchos años se ha trabajado con una clasificación de la discapacidad a partir de las funciones físicas y mentales, en la actualidad se intenta trabajar con la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) como una forma de unificar el lenguaje respecto a componentes relacionados con la salud y discapacidad.

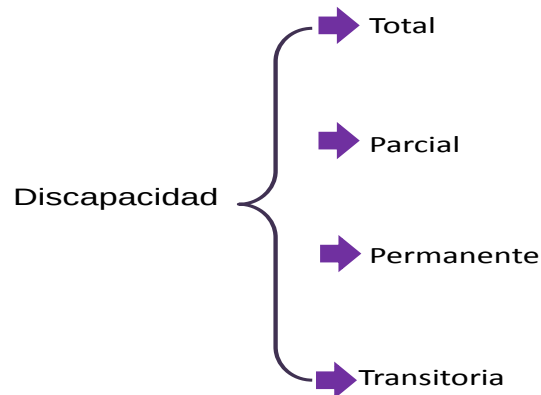
1.3.1 Esquemas de los tipos de Discapacidad.

Esquema 1. Discapacidad a partir de las funciones.



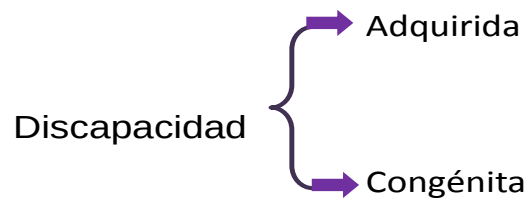
Fuente. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (s.f.)

Esquema 2. Discapacidad a partir del compromiso de las funciones.



Fuente. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (s.f.)

Esquema 3. Origen de la discapacidad.



Fuente. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (s.f.)

1.3.2 Clasificación de la Discapacidad en Venezuela:

1.3.2.1 Discapacidad Sensorial.

Según el Programa Nacional de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad (PASDIS), define la discapacidad sensorial como la dificultad “de percepción, debido a una limitación de sus capacidades sensitivas, principalmente las visuales (baja visión o coloquialmente conocidos como ciegos) y las auditivas” (http://pasdis.mpps.gob.ve/pasdis/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=78&limitstart=1).

- Visual: Se relaciona con una problemática del sistema de la visión, incluyendo las estructuras y sus funciones; “Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual, y se clasifica de acuerdo a su grado” (http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/glosario_terminos_sobre_discapacidad.pdf)
- Auditiva: Se relaciona con una problemática del sistema auditivo que implica restricción o ausencia de la percepción de sonidos, pudiendo ser de tipo superficial, moderada o total. Aunado a esto la discapacidad auditiva puede implicar una problemática de comunicación para las personas que la padecen, al no lograr imitar los vocablos o el lenguaje verbal comúnmente usado, desde otro punto de vista podemos mencionar que “cuando la pérdida auditiva no es funcional para la vida diaria, la adquisición de la lengua oral no se da de manera natural, es por eso que utilizan la visión como principal vía de entrada de la información”(http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/glosario_terminos_sobre_discapacidad.pdf)

1.3.2.2 Discapacidad Mental

Basada en el “retardo o disminución de la velocidad para el aprendizaje, con desorientación y algunas veces comportamientos diferentes al resto de las personas” (http://pasdis.mpps.gob.ve/pasdis/index.php?option=com_content&view=article&id=100

&Itemid=78&limitstart=1), como lo indica el Programa Nacional de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad (PASDIS). La misma implica el deterioro de las funciones y de la conducta o comportamiento, siendo consideradas como “alteraciones o deficiencias en el sistema neuronal, que aunado a una sucesión de hechos que la persona no puede manejar, detonan una situación alterada de la realidad” (http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/glosario_terminos_sobre_discapacidad.pdf)

1.3.2.3 Discapacidad Intelectual

Está referida a las limitaciones relacionadas con las funciones de carácter intelectual y adaptativas, como es el caso del razonamiento, planificación, solucionar problemas, pensar de forma abstracta, comprensión, aprendizaje, la interacción social y demás actividades que implican el buen desarrollo cotidiano, así como actividades que ameritan una mayor complejidad. “Esta discapacidad aparece antes de los 18 años y su diagnóstico, pronóstico e intervención son diferentes a los que se realizan para la discapacidad mental y la discapacidad psicosocial” definiendo CONADIS esta última (discapacidad psicosocial) como una deficiencia o restricción de las funciones intelectuales o mentales que dependen del entorno social en el que la persona que la padece se desenvuelve, y se considera de tipo temporal llegando a ser en oportunidades permanente. (http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/glosario_terminos_sobre_discapacidad.pdf)

1.3.2.4 Discapacidad Motora y Discapacidad Física.

De acuerdo con el Programa Nacional de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad (PASDIS), la discapacidad motora está determinada por una movilidad reducida, donde existe una “dificultad temporal o permanente para desplazarse” (http://pasdis.mpps.gob.ve/pasdis/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=78&limitstart=1); encontrándose así personas que usan algún instrumento para desplazarse como sillas de ruedas, bastones, entre otros, adultos mayores, mujeres embarazadas, etc.

Para efectos de nuestra investigación nos centraremos en el trabajo con personas con discapacidad física, considerándola como “la secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal”, según CONADIS. Dicha afección puede ser temporal o permanente, además de ser adquirida o estar presente desde el nacimiento, limitando en este sentido el desempeño motriz de las personas que poseen esta condición. (http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/glosario_terminos_sobre_discapacidad.pdf).

Específicamente nos dedicaremos al estudio de las personas con discapacidad física adquirida por accidente, tomando en cuenta que la discapacidad física adquirida se presenta después del nacimiento, y que sus causas principalmente se deben, como afirma Climent a “accidentes, infecciones o enfermedades degenerativas”, (1995, citado en Galán y Rodríguez, 2001, pág. 35).

1.4 El Cuerpo

El cuerpo, en sí mismo es un tema que puede ser difícil de abordar, así como expresa Rodríguez (2011) el propio sujeto no logra comprender el cuerpo en totalidad, ya que hay aspectos que se escapan de la relación y aprehensión de éste.

Baz (1999) define al cuerpo como “mediación de nuestra existencia en el mundo” (pág. 25), siendo este, una representación de nosotros en el mundo. Es ante todo una potencialidad que puede ser desarrollada, siendo un proceso multidimensional que permite la experimentación y contacto con los enigmas de la vida humana. Para Baz el cuerpo cumple un papel protagónico, que no se limita solo en la capacidad de sentir, de experimentar placer y goce, o de la expresión, sino que también el cuerpo es el medio donde surgimos como sujetos y en el que se manifiesta nuestra subjetividad a lo largo de nuestras vidas. Para esta autora, el cuerpo y la subjetividad se encuentran relacionados entre sí. De acuerdo con este planteamiento, no se puede hablar de subjetividad sin tomar en cuenta el cuerpo, como tampoco se puede hablar de cuerpo sin tomar en cuenta la subjetividad.

En el cuerpo se ponen diversas valoraciones y significados, convirtiéndose éste, en un depósito de complejos y defensas relacionadas con el mismo. El cuerpo está dotado de muchas valoraciones y significaciones personales, que se ven reflejadas en el esquema o imagen corporal del individuo (Jaramillo, 2012)

Las explicaciones sobre el cuerpo desde la teoría freudiana hacen énfasis las manifestaciones del inconsciente. Freud (1923) plantea lo siguiente:

El cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. Es visto como un objeto otro, pero proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales puede equivaler a una percepción interna (pág. 27).

Por medio de las percepciones tanto internas como externas y de las sensaciones logramos formar y dar como resultado una representación general de nuestro propio cuerpo. Freud (1923) también destaca que el Yo es ante todo una esencia-cuerpo y no solo una esencia-superficie, sino que éste es la proyección de una superficie, de este modo destaca la cualidad corporal del Yo desde los inicios de la vida psíquica, por lo que resalta que el Yo es ante todo un yo corporal. Es considerada como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, por ello, se puede decir que el cuerpo forma su representación mental en el Yo.

El conjunto de sensaciones y estímulos de la superficie corporal se proyectan en el Yo, llevando a la formación de la representación mental del cuerpo, de este modo conformando la imagen corporal que será parte del mismo, que se forman alrededor de la proyección de dichas experiencias (Jaramillo, 2012).

Según Gantheret (1982) el cuerpo del que habla Freud no es un cuerpo constatado sino un cuerpo construido. Este autor destaca, que es la imagen del cuerpo la que Freud necesita para poder hablar del funcionamiento psíquico y de la existencia del inconsciente.

1.5 Imagen corporal

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo del sujeto. Caracterizándose por poseer tres componentes interrelacionados: los pensamientos, las emociones y el cuerpo; dicha relación genera como resultados la percepción de las dimensiones corporales y los comportamientos relacionados con el cuerpo (Leiva, 2011). En este sentido, Jaramillo (2012) expresa, que la imagen corporal se encuentra constituida por dos elementos. El primero de ellos es la historia de cada sujeto y el segundo elemento es la relación del sujeto con los demás. La imagen corporal es la idea que se forma mentalmente el sujeto sobre lo que aprecia de sí mismo, siendo esta idea propia y encontrándose fuera del alcance de la conciencia.

Schilder la define de la siguiente manera “la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa nosotros mismos” (p. 1). Tal definición no integra componentes neurológicos, básicamente es la idea que nosotros tenemos del mismo cuerpo. Esta idea la formamos a través de múltiples experiencias, en éstas encontramos a los estímulos que recibimos del medio (1958, citado en Jaramillo, 2012).

La imagen corporal parte de la identidad del sujeto, siendo ésta posible por lo relacional, esto quiere decir, que surge a partir de la imagen que los otros le devuelven al sujeto sobre sí mismo, y así él podrá ir estructurando su propia imagen. Esta imagen también dependerá de elementos externos y personas que están a su alrededor, que le permitirá ir formando su propia imagen. A partir de este fenómeno, se puede visualizar en el caso en que las relaciones reflejan imágenes poco satisfactorias, la imagen que va a formar de sí mismo el propio sujeto puede verse desvalorizada.

Teniendo en cuenta lo ya dicho, se puede decir que la imagen corporal no la creamos nosotros solos, ni se forma de manera fortuita. Las personas con quienes nos relacionamos y nos rodean, más los factores culturales juegan un papel importante. Constantemente estamos recibiendo mensajes positivos y negativos sobre nuestro cuerpo,

bien sea, de familiares, amigos o conocidos, aspecto que se vive desde muy temprana edad (Leiva, 2011).

El individuo forma la idea unificada de cuerpo como totalidad, con la presencia de otros, y se identifica con dicha imagen. La imagen del propio cuerpo estará sujeta a cambios y evoluciones que se van formando de manera paralela a la constitución de la identidad: cómo la persona se ve, quién es y cómo la ven otros. Las respuestas que se dará a estas preguntas, desde un comienzo incluyen la mirada de los demás que lo reconocen. Este se adhiere junto a la mirada y prejuicios de otros que valoran o rechazan nuestro cuerpo y lo moldean (Jaramillo, 2012).

La imagen corporal se puede ver afectada a lo largo de la vida, ya sea por el proceso natural de envejecimiento, por experiencias de vida de tipo negativas, si en algún momento la persona se ha lastimado, si se ha enfermado o presenta algún tipo de discapacidad, entre otras condiciones. Como estructura psíquica, la imagen corporal está conformada por las representaciones consciente e inconsciente del cuerpo, que viene conformando la imagen del cuerpo humano, siendo ésta, la representación que nos formamos de manera mental sobre nuestro cuerpo, es decir, cómo nosotros mismos apreciamos nuestro cuerpo (Leiva, 2011).

Leiva (2011) explica que la imagen que nos formamos sobre nuestro propio cuerpo puede integrarse a partir de los siguientes aspectos:

- Registro visual de algunas partes de la superficie corporal.
- Impresiones táctiles, tales como: el dolor, de presión, térmica.
- Registros de sensaciones provenientes de músculos, de las vísceras (pág. 46).

Incluso va más allá de los límites del cuerpo (lo superficial). En un principio las imágenes corporales son de carácter social. Existiendo como se mencionó antes, un nexo entre nuestra imagen corporal y la de los demás, que está determinado por factores de

proximidad espacial y el afecto, por lo que se encuentra en constante interacción nuestra imagen corporal y la de los demás.

Según Doltó (1994, citado en Sassano, 2003) la imagen del cuerpo es propia de cada uno, se encuentra ligada al sujeto y a su historia. Destaca que el esquema corporal abarca lo inconsciente, lo preconscious y lo consciente. Mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente.

1.6 Imagen Inconsciente del Cuerpo

Consideramos necesarios pasar por el concepto elaborado por Françoise Doltó sobre la imagen inconsciente del cuerpo, quien ha sido una de las figuras más representativas en este tema. Doltó indica que la imagen del cuerpo debe diferenciarse del esquema corporal, destacando que ella (la imagen) resulta como el reflejo de nuestras experiencias emocionales, mientras que el esquema corporal especifica al individuo como representante de la especie (Doltó, 1994 citado en Jaramillo, 2012).

En este sentido Doltó (1984) se refiere a la imagen inconsciente del cuerpo como el lenguaje arcaico de un cuerpo infantil, en la que se van almacenando las primeras impresiones que va adquiriendo como imagen, un bebé y que formaría parte del contenido de nuestro inconsciente, esto quiere decir, que la imagen inconsciente del cuerpo sería el lenguaje del inconsciente, siendo éste los primeros impactos psíquicos de las primeras sensaciones, que luego es reprimida con la formación del Yo (citado en Rodríguez, 2011).

La imagen inconsciente del cuerpo está conformada por el conjunto de las primeras y diversas impresiones que se van plasmando en el psiquismo de un ser, desde el primer momento embrionario, incluso por las primeras sensaciones corporales que va experimentando un bebé, comenzando por el contacto con su madre, por los contactos carnales, afectivo y simbólico, ocurriendo en un periodo de seis meses, que luego da paso al descubrimiento de su imagen en el espejo (Rodríguez, 2011).

Según Nasio (2008) la imagen inconsciente del cuerpo sería una huella o marca dejada por el Otro en nuestro cuerpo y el psiquismo infantil, la que determinará como llevar las relaciones y lo que va a marcar nuestra forma de ser, en este punto Doltó sostiene que el ser humano se define por el deseo y la necesidad de comunicarse con otro.

Así, como afirman Pervin y John (1999) existen zonas del cuerpo que mientras más sean gratificadas, aunadas a la interacción social y las ansiedades, permitirán el “crecimiento mental y emocional del niño” (citado en Graterol, 2012, pág. 46). Basándonos en este hecho, trabajaremos con el cuerpo, la interacción, las ansiedades, mecanismos de defensa, autopercepción de las personas con discapacidad física como una forma de acercamiento a su inconsciente, cómo se visualiza a sí mismo, y específicamente a cómo es la imagen del cuerpo de estas personas, considerando las emociones relacionadas con el cuerpo y cómo éstas y otros factores pueden influir en el desenvolvimiento de dichas personas en su vida cotidiana y en sus relaciones interpersonales; para ello usaremos como herramienta la entrevista semiestructurada, así como nos apoyaremos en el uso de una prueba proyectiva como el *Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover* en su versión de la primera figura y 2 versiones modificadas que se desarrollaran en el siguiente trabajo. En este sentido se le pedirá a cada participante que “dibuje una persona”, posteriormente que “dibuje una persona con discapacidad” y finalmente que “dibuje una persona haciendo algo”.

Si bien, ya conocemos las causas y nos acercamos un poco a la definición teórica de la discapacidad física adquirida por accidente, y tomamos en cuenta que más allá de la condición o discapacidad, existe una persona que la presenta y experimenta día a día; entonces podemos adentrarnos en aspectos que definan más a dicha persona, y para ello no centraremos en cómo se visualiza a sí misma una persona con discapacidad física adquirida por accidente, desde su propia experiencia, es decir, ¿cómo vivencia su discapacidad?

III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos indica que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (<http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a1>). Dicha premisa será la base del texto a desarrollar, pues, la diversidad a nivel mundial, cultural, social, entre otros aspectos, es inédita en los seres humanos; las personas con discapacidad, forman parte de una población cada día más creciente a pesar de las campañas a favor de la igualdad y de la defensa de los derechos humanos, consideramos que, aunque en menor medida, aun llegan a ser víctimas de prejuicios y discriminación.

La discapacidad dentro de esta investigación, se centra en la alteración de la función física, específicamente en la discapacidad física adquirida por accidente. Por tanto, se exploró investigaciones sobre dicho tema, encontrando que presentan mucho sustento y abordaje social, enfocando desde una perspectiva sociológica a la persona con discapacidad, de cómo estas personas son apreciadas por otros, el impacto que tiene la sociedad sobre la discapacidad, entre otros aspectos.

A pesar de la existencia de leyes, normativas, asociaciones, el aumento de la población con discapacidad, entre otros factores que hacen de las personas con discapacidad una muestra de estudio relevante para la psicología y sus diversas ramas, se observa que, al igual que los organismos antes mencionados, los profesionales de trabajo social, fisioterapeutas, entre otros, han limitado dicho estudio al área social, centrándose en las relaciones con la sociedad y el entorno, dejando muchas veces a un lado a la persona que siente y vive su condición.

Asimismo, en las investigaciones exploradas se encuentra que hay un factor que prevalece en diversos enfoques, y éste es el cuerpo, desde un punto meramente físico, pero se presenta una interrogante ante todo esto: ¿Qué siente la persona con discapacidad? ¿Qué

siente aparte de los factores inherentes al lugar que ocupa en la sociedad? ¿Qué sienten las personas con discapacidad como individuos? Más allá de las etiquetas que imponen la sociedad. ¿Cómo las personas con discapacidad logran integrar la información que reciben de grupos cercanos, tales como: la familia, amigos, vecinos, pares; y la incluyen, conformando la imagen de su cuerpo?

Considerando las interrogantes anteriores, tomaremos el tema de la imagen, específicamente la imagen del cuerpo. Para la psicoanalista francesa Françoise Doltó, la imagen se constituye en relación al otro, a través del establecimiento de un nexo con el lenguaje, por ello, la madre cumple un papel importante en el proceso de individualización como fundante del sujeto. Este proceso se dará desde que es un embrión, ya que la madre reconoce a este bebé como otro deseante (1987, citada en Amono, Dall'Amellina, Torrecillas, Merlo y Rizzi, 2012).

De este modo, avanzando con la revisión de investigaciones sobre la representación del cuerpo en personas con discapacidad, se encuentran aspectos importantes como el esquema corporal, visto como la representación que se construye de la realidad del cuerpo o de forma más específica, basado en la estructura física con la que se desenvuelve cada persona (Jaramillo, 2012), observando que en personas con capacidades distintas, según la teoría, este esquema se encuentra alterado, especialmente en el caso de personas con discapacidad física notamos, así como expresan Amono y cols. (2012) “sucede cuando el niño nace con un déficit orgánico. Ya sea que carezca de alguno de sus miembros, que tenga una parálisis motora, o algún otro déficit, su esquema corporal se encuentra alterado. Es decir, es diferente al esquema corporal de los otros miembros de su especie, y también al de sus padres” (pág. 5).

Si bien, el esquema corporal se cree que presenta una alteración, también se puede suponer que la imagen inconsciente del cuerpo, (término) desarrollado por Doltó, y previamente trabajado por Lacan y por otros autores, estaría alterada. Tomando en cuenta que dicha imagen se relaciona con el aspecto emocional y experiencial vinculado con el cuerpo pero desde un punto de vista más arcaico e infantil, entrando en juego la relación

madre-hijo, la aceptación de los padres, familiares, el círculo social más cercano, entre otros aspectos que se quedan en el Inconsciente del sujeto con el establecimiento o la presencia marcada del Yo.

Una vez mencionadas las variables a estudiar, nos centraremos en el medio que nos permitirá describir la imagen corporal de las personas con discapacidad física adquirida por accidente, por medio de indicadores gráficos. El Test de la Figura Humana y sus correcciones según Machover, permitirá por su facilidad de administración y carácter proyectivo, la exposición de indicadores tanto físicos como emocionales.

El Test de la Figura Humana, es una de las técnicas proyectivas gráficas más usadas por psicólogos clínicos, ya que posee una gran sensibilidad para detectar cambios e indicadores evolutivos y emocionales, como afirma Koppitz (1968) proporcionando una imagen nítida del interior de los individuos a estudiar, especialmente los niños. Siendo aún más útil para nuestro estudio porque nos permite además conectarnos o acercarnos con el lado infantil de la muestra a estudiar. Aunado a esto, se trabajará con el movimiento como la expresión no verbal primordial del ser humano, usándolo como una herramienta de mayor acercamiento a los contenidos inconscientes que puedan brindar los participantes en cada trazo y verbalización, para ello nos basaremos en el Test de Rorschach y el Test de la Familia Kinética de Verthelyi.

Sobre la base de las ideas expuestas y basándonos en la revisión teórica, se establece la siguiente interrogante como el problema de investigación del trabajo a desarrollar: *¿Cómo es la imagen corporal en personas con discapacidad física adquirida por accidente?*

IV JUSTIFICACIÓN

Se pretende trabajar con la discapacidad física adquirida por accidente como variable principal, debido a que es un tema de interés social con poco estudio en el área de la Psicología Clínica Dinámica, encontrándose un gran vacío de conocimiento respecto a la misma, principalmente a nivel empírico. Presentando dificultad al momento de investigar sobre el tema, ya que, las investigaciones se han enfocado en el impacto social que ha tenido y tiene actualmente la discapacidad.

Asimismo, la discapacidad desde el punto de vista social se centra en la diversidad y en la forma como ésta permite la vinculación con las demás personas y con su entorno, trabajando al individuo de forma superficial o dejando a un lado muchos aspectos de carácter personal.

Por esta razón, vemos la necesidad del estudio de la discapacidad desde la individualidad, como partida o base hacia lo social, y como contribución a los hallazgos previamente realizados. Es decir, el conocimiento de la persona con discapacidad, determinar si existen diferencias del punto de vista de personas sin discapacidad sobre el significado de discapacidad y lo que ella implica, respecto al punto de vista de las personas con discapacidad, tomando en cuenta experiencias y posiciones de las personas con discapacidad, también como conocer cómo se visualizan a sí mismas las personas con discapacidad especialmente la discapacidad física adquirida por accidente. De este modo, conocer cómo las personas con discapacidad integran toda aquella información que es dada por otros y la incluyen en la conformación de su imagen del cuerpo.

Centrándonos en la Imagen Corporal como puente para acercarnos desde un punto de vista clínico y dinámico al estudio y la individualidad de las personas con discapacidad física adquirida por accidente, consideramos que los resultados obtenidos pueden ofrecer aportes para el establecimiento de estrategias de abordajes en el manejo del evento

traumático tomando en consideración el carácter particular de cada individuo y ofrecer herramientas para el trabajo terapéutico de personas con discapacidad física.

V OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

4.1 Objetivo General:

Describir la imagen corporal de personas con discapacidad física adquirida por accidente y comparar con la imagen corporal de personas sin discapacidad.

4.1.1 *Objetivos Específicos:*

- Explorar el concepto de sí mismo, vivencia y emociones vinculadas a la discapacidad en personas con discapacidad física adquirida por accidente por medio de la información proporcionada en la entrevista semiestructurada.
- Describir la representación de la discapacidad física a partir de la realización del Test del Dibujo de la Figura Humana corrección según Karen Machover y las versiones modificadas: persona con discapacidad y persona en movimiento.
- Identificar y comparar los indicadores emocionales presentes en ambos grupos a través de la interpretación y el análisis del Test del Dibujo de la Figura Humana corrección según Karen Machover y las versiones modificadas: persona con discapacidad y persona en movimiento.
- Conocer el tipo de relaciones sociales y redes de apoyos que establecen los participantes con discapacidad física.
- Identificar y comparar los indicadores gráficos que estén relacionados con conflictos corporales en el grupo de estudio y grupo de referencia a través de la interpretación y el análisis del Test del Dibujo de la Figura Humana corrección según Karen Machover y las versiones modificadas: persona con discapacidad y persona en movimiento.
- Describir la representación del movimiento corporal que tiene el grupo de estudio y compararla con el grupo de referencia, a través de la versión modificada del TFH: dibujo de persona en movimiento.

VI MARCO METODOLÓGICO

5.1 Variables en estudio:

5.1.1 Imagen Corporal:

- *Definición teórica:* Por imagen corporal se entenderá lo expresado por Schilder “la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (pág. 1). Esta idea se va formando por múltiples experiencias, entre ellas se encuentran los estímulos que recibimos del medio. La imagen de sí mismo y de su propio cuerpo tiene la posibilidad de evolucionar y efectuar cambios que se van dando de forma paralela a la constitución de la identidad (1958, citado en Jaramillo 2012).
- *Definición operacional:* la información será obtenida por medio del Test de la Figura Humana, las cuales serán observadas a través de su ejecución y actitudes al momento de realizarla. Para esto son considerados los siguientes indicadores según Portuondo (1997): Cabeza, cara, ojos, oreja, nariz, cuello, brazos y manos, rasgos de contacto, las piernas y los pies; Rasgos misceláneos corporales: el tronco, hombros, caderas, articulaciones e indicadores emocionales.

5.1.2 Variable seleccionada:

5.1.2.1 Discapacidad física adquirida por accidente:

- *Definición de variable:* la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico la define como “una alteración completa o parcial de uno o más segmentos de cuerpo humano, causando el compromiso de la función física” (pág. 45), que se presenta después del nacimiento ya sea por “accidentes, infecciones o enfermedades degenerativas” (Climent 1995, citado en Galán y Rodríguez, 2001, pág. 35). En el caso de la presente investigación se focalizará en la discapacidad física adquirida por accidente.

5.1.3 Variables extrañas controladas

- Edad: sujetos en edades comprendidas entre 20 y 50 años.
- Ausencia del Dx. de enfermedad mental según los manuales diagnósticos actuales.
- Ausencia de enfermedades neurológicas o cualquier antecedente que afecte la capacidad perceptivo - motriz requerida para las ejecuciones gráficas.
- Suministro de instrucciones: a los participantes se le dio las instrucciones al momento de establecer el primer contacto. Indicando en qué consistía la actividad en la que formarían parte.

5.1.4 Variables extrañas no controladas

- Grado de instrucción: se incluyó personas de cualquier nivel educativo. Esta variable es sólo para la descripción de los participantes.
- Presencia de otras enfermedades médicas no neurológicas.

5.2 Tipo de Investigación

La investigación es de alcance explicativo; considerándolo además un estudio exploratorio y descriptivo. Se considera que el nivel de la misma es de tipo exploratorio porque forma parte de una temática poco estudiada y que además de generar importantes interrogantes, también necesita de la formación de nuevas ideas que permitan el entendimiento del tema a estudiar desde otro enfoque; asimismo, de acuerdo con el objetivo propuesto del presente trabajo, se considera que también es de tipo descriptivo, debido a que mediante la aplicación de herramientas psicológicas se pretende representar, expresar y narrar, aspectos, cualidades, entre otras características de las variables a estudiar, así como afirman Hernández, Fernández y Baptista (2006).

En esta investigación se busca describir situaciones y eventos, de manera que se pueda conocer cómo se manifiesta determinado fenómeno, ya que se busca conocer cómo se encuentra estructurada la imagen corporal en personas con discapacidad física adquirida

por accidente, determinando los indicadores relacionados con el cuerpo tanto en personas con dicha discapacidad como en personas sin discapacidad.

5.3 Diseño de investigación

El tipo de diseño que se presenta es no experimental, debido a que se basa en la exploración y descripción de determinadas variables y si éstas tienen algún tipo de relación al momento de realizar la investigación, sin la necesidad de explicar sus causas. De igual forma, al realizarse en un momento determinado de la historia se considera de corte transversal como mencionan Hernández y cols. (2006).

5.4 Participantes

5.4.1 Población

Está conformada por hombres y mujeres con discapacidad física adquirida por accidente del Centro Nacional de Rehabilitación “Dr. Alejandro Rhode” y personas sin discapacidad del área metropolitana de Caracas.

Se consideraron los siguientes criterios para la inclusión en la muestra:

- Personas que presenten alguna discapacidad física consecuencia de un accidente.
- Personas sin discapacidad.
- Sujetos de ambos sexos con edades comprendidas entre 20 y 50 años.
- Ausencia de Dx de enfermedad mental y de enfermedades neurológicas.
- Tener un mínimo de destreza perceptivo - motriz para el desarrollo de las pruebas gráficas.

5.4.2 Muestra

Se contó con un total de 30 personas. 15 Personas con discapacidad física adquirida por accidente del Centro Nacional de Rehabilitación “Dr. Alejandro Rhode” y 15 personas

sin discapacidad del área metropolitana de Caracas, de sexo masculino y femenino con edades comprendidas entre 20 a 50 años.

Tabla 1.

Distribución de la muestra por grupo y sexo.

Sexo*Grupos tabulación cruzada				
Recuento				
		Grupos		
		Grupo de estudio	Grupo de referencia	Total
Sexo	Masculino	12	12	24
	Femenino	3	3	6
Total		15	15	30

En la tabla 1 se muestra como estuvo conformada la muestra. Siendo una muestra de 30 sujetos, constituida por un total de 15 sujetos de ambos sexo en cada grupo. Conformada por 12 participantes del sexo masculino y 3 participantes de sexo femenino, en cada grupo. El grupo de referencia fue apareado por sexo y edad.

Cuadro 1.

Resumen de datos de la muestra del grupo de estudio.

Nº Caso	Edad	Genero	Forma en que adquirió la discapacidad
1	21	Femenino	Accidente en moto
2	36	Masculino	Herida por arma de fuego (Robo)
3	26	Masculino	Accidente en moto
4	37	Masculino	Herida por arma de fuego (Robo)
5	28	Masculino	Herida por arma de fuego (Robo)
6	47	Femenino	Herida por arma de fuego (Bala perdida)
7	37	Masculino	Herida por arma de fuego
8	31	Masculino	Accidente en moto
9	20	Masculino	Accidente laboral- Caída de un árbol
10	23	Masculino	Herida por arma de fuego
11	27	Masculino	Herida por arma de fuego

12	24	Masculino	Herida por arma de fuego
13	37	Masculino	Accidente de tránsito (vehículo)
14	27	Masculino	Expuesto a electricidad (por robo)
15	50	Femenino	Accidente de tránsito (vehículo)

5.4.3 Muestreo

Se realizó un muestreo intencional no probabilístico, debido a que la muestra no se seleccionó al azar, por lo que se califica como un procedimiento de selección informal. (Hernández y cols., 2006).

5.5 Materiales

- 90 hojas blancas tamaño carta para la realización del Test de la Figura Humana en ambos grupos.
- Hojas con el contenido del guion de la entrevista semiestructurada.
- Hojas autorización de los participantes.
- Lápiz Nro. 2.
- Borrador.
- Sacapuntas.

5.6 Instrumentos

5.6.1 Entrevista semiestructurada:

La entrevista se define como una reunión para conversar e intercambiar información acerca de un tema. Por medio de las preguntas y respuestas se logra la comunicación y la construcción de un tema. Para ello, se llevó a cabo la entrevista semiestructurada, la cual se basa en una guía de preguntas y el entrevistador tiene la libertad de realizar preguntas adicionales, con el fin de precisar u obtener mayor información sobre

el tema deseado, esto quiere decir, que no todas las preguntas están predeterminadas (Hernández y cols., 2006)

Se escogió este tipo de entrevista para obtener una visión más amplia sobre la imagen corporal en personas con discapacidad física adquirida por accidente y tener un acercamiento de cómo era ésta antes del accidente, con la finalidad de integrar datos para la interpretación de los Dibujos de la Figura Humana. Fue diseñado con fines investigativos, elaborándose un guion de preguntas abiertas y cerradas, con un total de 28 ítems. La entrevista semiestructurada está dirigida para las personas con discapacidad física adquirida, siendo este el grupo de estudio.

5.6.2 Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover

El *Test del Dibujo de la Figura Humana* se desarrolló como un test que indica niveles de maduración en niños y finalmente con la práctica clínica, la experiencia de quien lo aplique entre otras características se ha convertido en una herramienta importante para la obtención de indicadores emocionales y evolutivos de las personas a las cuales se les aplique (Koppitz, 1976).

Es un test proyectivo de la personalidad que permite contactar con el concepto de “sí mismo” o el autoconcepto de la persona; cuál es su propia imagen y conocer qué elementos del inconsciente cumplen un papel importante para la formación del concepto de sí mismo o de su propia imagen (Portuondo, 1997).

Se utilizará el sistema de corrección de Karen Machover, cuya consigna establece “dibuja una persona”. Portuondo indica, que lo que cada persona dibuja se encuentra íntimamente relacionado con los impulsos, ansiedades y compensaciones que son características de su personalidad. Siendo, la figura que dibuja una proyección o representación de la propia personalidad y del papel que el individuo desempeña dentro de su propio ambiente (Citado en Vels, s.f.)

Para Vels (s.f.) los dibujos de la figura humana ponen en evidencia:

(...) las preocupaciones, las preferencias, las necesidades o deseos reprimidos, las frustraciones, el equilibrio o desequilibrio interior y la manera de conducirse o de elaborar el comportamiento de cara a su ambiente. Nos indica también cual es la situación afectiva del momento, en relación con el otro sexo, con su esfera profesional o con el entorno social y cuales son las razones inconscientes que determinan sus reacciones, sus actitudes, sus posturas, etc., cuando el sujeto se enfrenta consigo mismo o con sus problemas vitales.

Se tomará como base los principios e indicadores del Test de la Figura Humana corrección según K. Machover, integrando la discapacidad y el movimiento como variantes en el análisis. Tomando en consideración que el movimiento ha sido utilizado en diversas pruebas proyectivas, especialmente por su conexión con lo más primitivo de los sujetos, tomaremos como base alguna de los elementos teóricos referente al movimiento según el Sistema Comprensivo de Exner para el *Test de Rorschach* y el *Test de la Familia Kinética de Renata Frank de Verthelyi*. Según lo planteando por Renata Frank de Verthelyi, el uso del movimiento permitirá una conexión del individuo con elementos tanto propios como externos, además de la elaboración de nuevas experiencias que lograrán un mayor conocimiento y progreso a nivel corporal, así como la exteriorización de emociones, posibles barreras o prejuicios respecto a la discapacidad (1985, citado en Mercado, s.f.).

Para el proceso de la interpretación de la imagen corporal se tomará en cuenta los indicadores señalados por Portundo (1997): Cabeza, cara, ojos, oreja, nariz, cuello, brazos y manos, rasgos de contacto, las piernas y los pies; rasgos misceláneos corporales: el tronco, hombros, las caderas, las articulaciones e indicadores emocionales.

Aplicación del Test de la Figura Humana:

- Tal como indica el Test de la Figura Humana de Machover según Portuondo (1997) la consigna: *“Dibuje una persona”*.
- Posteriormente se indicó la siguiente consigna *“Dibuja una persona con discapacidad”*
- Si dibuja una cabeza como figura completa, se le pide que complete el dibujo.

- Si hay resistencia para dibujar, se le explicará que no interesa la belleza del dibujo, ya que el interés es puramente científico.

Fueron consideradas las asociaciones como ayuda complementaria al momento de la interpretación. Se le indica al participante lo siguiente: *“Hagamos una historieta o un cuento acerca de esta persona, imagínese que la misma existe realmente”*.

Aplicación versión modificada:

Esta versión se realizó luego de haberse aplicado el Test de la Figura Humana original y a la persona con discapacidad; tomando en consideración el Test de la Familia Kinética de Renata Frank de Verthelyi en su versión original se solicita realizar un dibujo de cada uno de los integrantes de la familia del participante incluyéndose él también, llevando a cabo alguna acción, en este caso la consigna será la siguiente: *“Dibuje una persona haciendo algo”*.

En cuanto al análisis se siguieron los criterios tradicionales del Test de la figura Humana de Karen Machover (Mercado, s.f.) especificados previamente y además, se tomará en cuenta los criterios para la interpretación según Renata Frank de Verthelyi (1985, citado en Mercado, s.f.):

1. Conducta general del sujeto en relación a la tarea y al entrevistador: Expresiones verbales y no verbales del sujeto.
2. Características formales del grafismo: Considerando la evaluación de los test gráficos a partir de Karen Machover.
3. Primera figura dibujada y secuencia general.
4. Personajes incluidos.
5. Configuración espacial y ámbitos.
6. Características individuales de las figuras: La realización de comparaciones entre las 3 figuras dibujadas, existencia de diferencias y similitudes en el grafismo y en las características de cada personaje.

7. Acciones asignadas y roles. Determinada por las verbalizaciones del participante, tomando en consideración las asociaciones antes mencionadas.

Por su parte, centrándonos en el movimiento o kinesia que los participantes logren adjudicar al dibujo, se determinará inicialmente si es adecuado, medio, inadecuado o inexistente. Estos indicadores se basan en la relación entre lo gráfico y lo verbalizado por cada sujeto, visualizando el grado de concordancia entre los mismos. En este sentido, estos indicadores para su evaluación serán definidos, según los “Criterios de Interpretación del Test de la Familia Kinética” (s.f.), como:

- **Adecuado:** Se refiere a la impresión que logra realizar el participante a la figura de un “movimiento, gesto o postura y que es acorde con la verbalización de la acción asignada” (pág.16) previamente;
- **Medio:** Se considera que existe una acción media, cuando el participante sólo presenta un “esbozo gráfico” (pág. 16) del movimiento;
- **Inadecuado:** Referida a la existencia de contradicciones entre el movimiento representado en el gráfico y la acción verbalizada;
- **Inexistente:** Se refiere a la ausencia de movimiento, apareciendo las figuras de “forma estática” (pág. 17), a pesar de la verbalizaciones brindadas por el participante.

También se trabajó con el tipo de acción y por ende, el tipo de movimiento que se presenta en los dibujos, es decir, si es pasivo o activo. Considerando que según el Instituto Químico Biológico, el primero se refiere al “movimiento del cuerpo o de una parte efectuado por una fuerza completamente extrínseca” que implica dependencia para realizar las acciones, mientras que el segundo se centra en un “movimiento espontáneo voluntario” implicando independencia en las acciones realizadas (<http://www.iqb.es/diccio/m/mo2.htm>).

5.7 Recursos Humanos

Se contó con la colaboración de 3 expertos para la revisión del guion de la Entrevista Semiestructurada.

5.8 Procedimiento

5.8.1 Fase preparatoria:

- Entrevista: Se elaboró un guion de entrevista semiestructurada, el cual fue entregado a 3 expertos, relacionados con el tema para su evaluación, con el fin de realizar las correcciones pertinentes. Luego de la revisión por los expertos se modificaron, agregaron y excluyeron algunas preguntas.
- Contacto institucional: se contactó con el Coordinador Docente del Centro Nacional de Rehabilitación (C.N.R.) “Dr. Alejandro Rhode” para realizar la propuesta de trabajo, que será realizado en dicho centro. Luego se llevó una carta de autorización firmada y sellada por el tutor y la Dirección de la Escuela de Psicología.
- Luego de ser aceptada la propuesta de investigación, se llevó a cabo una reunión con el Coordinador Docente y la Psicóloga encargada, para pautar la fecha de inicio de la aplicación y facilitar a los participantes.

5.8.2 Fase de evaluación

- Se seleccionaron pacientes que se encontraran hospitalizados en el C.N.R.
- La aplicación se realizó de manera individual a cada uno de los participantes. Luego de explicar en qué consistía la actividad a realizar, se garantizó la confidencialidad de los resultados obtenidos, siendo utilizados con fines académicos para la presente investigación. En primera instancia se solicitó a los participantes que leyeran una carta de autorización en la que se da constancia de que su participación es voluntaria y en caso de estar de acuerdo, debían llenarla con sus datos y firmarla.
- Posterior a la autorización se efectuó la Entrevista Semiestructurada.

- Acto seguido, se llevó a cabo la realización de tres dibujos de personas según el Test de la Figura Humana corrección según K. Machover. La consigna para el primero fue *“Dibuje una persona”*, para el segundo dibujo la consigna fue: *“Dibuje una persona con discapacidad”* y para el último la consigna fue: *“Dibuje una persona haciendo algo”*.
- Para obtener una mejor interpretación de la pruebas se tomaron en cuenta las asociaciones en cada uno de los dibujos efectuados por los participantes. Al finalizar la ejecución de los dibujos se le indicó la siguiente consigna: *“Hagamos una historieta o un cuento acerca de esta persona, imagínese que la misma existe realmente”*. En casos donde se mostraba resistencia a la realización del relato o cuento, se procedió a realizar algunas preguntas directivas como: quien es la persona que dibujó, qué sexo tiene, edad aparente, estado civil, a qué se dedica, entre otras. También se le solicitó al participante que especificará aspectos del dibujo que se visualizaran de forma muy clara.
- Se realizó la aplicación de las pruebas a personas sin discapacidad en el área Metropolitana de Caracas. En este caso a los participantes sólo se le aplicaron las 3 pruebas gráficas, del mismo modo que se explicó anteriormente.

VII RESULTADOS

A continuación se presentará un cuadro con las categorías y subcategorías que se agruparon de acuerdo al contenido más resaltante en la entrevista semiestructurada realizada a personas con discapacidad física adquirida por accidente:

Cuadro 2.

Categorizaciones de la entrevista semiestructurada.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	VERBATO
<i>Opinión acerca de la discapacidad:</i> Referida al concepto que tiene la persona con discapacidad adquirida acerca de su condición.		“Que ahorita yo estoy aprendiendo a moverme, a vestirme y me ayudan” “Es un estilo de vida diferente al de los demás (...) una manera de ver las situaciones diferente a la de los demás” “Algo rudo que limita a muchas cosas”
<i>Proceso de adaptación a la discapacidad:</i> Se refiere a la evolución que ha tenido la persona a consecuencia del cambio que se ha presentado en su vida y cómo lo ha manejado y se ha desarrollado este proceso de cambio por la discapacidad física que ha adquirido.	<i>Estado inicial de shock:</i> Estado inicial en el que la persona aun no es capaz de comprender lo que le ocurrió.	“(...) no aceptaba que estaba en esta posición y que de la noche a la mañana me cambió la vida”. “Estaba deprimido, me quería morir porque no quería vivir con una discapacidad”. “(...) Me sentí muy triste, no me explicaba por qué estaba así... los primeros días fue una depresión fuerte, no quería que me vieran, no quería comer”.
	<i>Sentido de dependencia:</i> Es el reconocimiento de la necesidad de ayuda de otra u otras personas para la realización de diversas actividades en la vida diaria.	“antes yo era una persona que salía mucho con mis amigos (...) ahora dependo de los demás, no puedo salir”. “no poderme desplazar yo mismo, montarme yo mismo en un autobús o realizar trabajos que requieran fuerza”

		“Uno está acostumbrado a hacer todas tus cosas con tus hábitos a que te estén haciendo todo”.
	<i>Aceptación de la discapacidad:</i> Considerado dentro del proceso de adaptación, y se centra en la existencia de aceptación hacia su discapacidad o la inexistencia de la misma.	“Ya yo me he acostumbrado, he tenido mente positiva, los primeros días si me pegaba bastante... los primeros días que salí del hospital”. “No la he aceptado”. “Bueno lento, yo digo que normal, yo no he tenido una mala reacción de lo que me ha pasado, mucha fortaleza de lo que me está pasando”
<i>Percepción de la imagen del cuerpo:</i> La forma en que las personas con discapacidad perciben su propio cuerpo.	<i>Antes del accidente:</i> La percepción que tenía de su cuerpo antes de sufrir el accidente.	“Siempre andaba bien vestido, me gustaba lucirme”. “Una persona positiva, deportista y trabajador”
	<i>Después del accidente:</i> La percepción que tiene de su cuerpo luego del accidente, en el “ahora”.	“Me sentí mal, al verme todo flaco, chivuo, chupao’. Sentí que no era yo”. “Yo me veía normal, lo único es que estaba diferente porque estaba hinchada. Me sentí muy triste, no me explicaba por qué estaba así”. “Un poco dormido (el cuerpo), un poco pesado porque ya no está como antes”
<i>Red de apoyo:</i> Como los participantes perciben que le es brindado algún tipo de apoyo o soporte.	<i>Social:</i> Esta red de apoyo puede estar conformada por familiares, pareja, amigos, compañeros de trabajo y/o compañeros de centro.	“Las amistades después de que caí se olvidaron de mí, ya ni me escriben, los que vieron por mí fue mi familia”. “(…) más que todo por mi mamá, papá, mis hermanos y mi pareja”. “(…) por mis familiares y amigos me siento muy apoyado hasta por mis compañeros de trabajo (...)”

	<i>Espiritual:</i> La búsqueda de un ente superior como apoyo. En este caso hablar de Dios como un apoyo	“¡Dios! Dios que me de fuerza y fortaleza”. “yo tengo mucha fe en Dios y me he entregado a él, él sabe por qué pasó. Dios le pone prueba a la gente valiente pero hay que tener calma y dejar todo en manos de Dios”.
<i>Mejoría:</i> La expectativa que se da en cuanto a la recuperación del paciente, en que pueda recuperar la funcionalidad de algunas partes del cuerpo.	<i>Por parte de especialistas:</i> Pronósticos por parte de los especialistas que le ofrecen alguna esperanza de mejorar.	“La noticia me la dio un doctor, que iba a tener una discapacidad, que puede ser que no camine”. “Siempre me dijeron los médicos que tenía que tener paciencia, que iba a poder caminar”. “(los médicos) tampoco me dijeron nada de eso”.
	<i>Por parte del paciente:</i> La expectativa que tiene la persona de mejorar.	“Yo sé que ahorita no puedo caminar y de que puede ser así, yo siento que vale la pena luchar hasta el final”. “No la he aceptado por completo, porque con el favor de Dios voy a salir de esto”.
<i>Emociones asociadas a la discapacidad adquirida:</i> Sentimientos, expresiones, estados de ánimo relacionados con la discapacidad y que son vivenciadas por las personas entrevistadas.		“Sí, un poquito, antes era muy alegre ahora ando desanimado”. “Triste, porque estaba todo flaco, raquítico, no me había afeitado, tenía los labios partidos”
<i>Pensamientos y Actos hacia la discapacidad:</i> Consiste en la presencia de pensamientos, ideas, palabras,	<i>Pensamientos y emociones:</i> Implican ideas, expresión verbal	“Mucha fuerza física y mental, que sea bastante positivo eso ayuda mucho”. “Que actúen con madurez y le den valor a la vida”.

motivaciones y hechos que realizan las personas con discapacidad adquirida respecto a su condición, para su mejoría física y/o mental	<i>Hechos:</i> Acciones que impliquen lo físico, expresión no verbal.	“Rehabilitación”. “Pienso que con rehabilitación todo va a ser como antes”.
---	--	--

Unidad de análisis. Discapacidad: Conocimiento que tiene la persona con discapacidad y conciencia de condición.

Para iniciar, en el análisis de las entrevistas surgió la categoría *Opinión acerca de la discapacidad*, observando que las opiniones están enfocadas en el cambio, las limitaciones, la adaptación y por ende, “la falta” en general que trae consigo la discapacidad, aspecto que se vincula directamente con la sociedad y las actividades cotidianas que los entrevistados solían hacer y que según sus percepciones los insertaban en la sociedad y que actualmente por no poder realizarlas como de costumbre, los mantiene al margen de la misma Vb: “Esto fue algo que me cambió la vida en un segundo, me he ido adaptando con mis compañeros, esto de la discapacidad”. Asimismo, la discapacidad adquirida se centra en el aprendizaje de una nueva manera o estilo de vida que involucra la reestructuración personal y social, Vb: “Es un estilo de vida diferente al de los demás (...) una manera de ver las situaciones diferente a la de los demás”

De igual forma el tema de la discapacidad, dentro del contenido de las entrevistas surgió la categoría que se denominó *Proceso de adaptación a la discapacidad*, el contenido hace referencia al proceso de evolución que ha tenido la persona para asimilar la discapacidad física que ha adquirido. De esta categoría se desglosan 3 aspectos principales dentro de este proceso de adaptación, donde se puede conocer un poco como han manejado y como han vivido el cambio dentro de sus vidas. Estas subcategorías son: *Estado inicial de shock*, *Sentido de dependencia* y *Aceptación a la discapacidad*.

En primer lugar encontramos el *Estado inicial de shock*, siendo definida como el estado inicial por el que pasa la persona que adquiere una discapacidad y aún no es capaz de comprender lo que le ocurrió y de comprender la situación en la que se halla ahora. En esta se encontró que la mayoría de las respuestas relacionadas a este tema, muchos de los

participantes destacaron que se sintieron deprimidos debido a la situación y buscaban explicaciones sobre lo sucedido, rechazando la condición en la que se encontraban en el momento, tal como se expresa en la siguiente cita Vb: “(...) antes si estaba un poco deprimida (...)”. Otro grupo de participantes reporta haber tomado la situación con calma, reconociendo que el proceso de recuperación lleva tiempo.

En cuanto a la subcategoría de *Sentido de dependencia*, expresada como el proceso en que se reconoce la necesidad de ayuda de otra persona para desarrollar actividades de la vida cotidiana, tales como aseo personal, alimentación, traslado de un punto a otro y cualquier otro tipo de actividad básica para el ser humano; se halló que la mayoría de los participantes expresaron cierta frustración al verse limitados al momento de realizar actividades cotidianas que anteriormente realizaban sin ningún problema y sin requerir ayuda de otra persona. Muchos manifestaron descontento debido a que anteriormente sentían que eran personas activas y realizaban todo por sí solas, Vb: “Para mi fatal, porque de ser una persona activa, ágil y venir a caer en una cama sin poder asearte, hacer las cosas. Se debe tener una persona al lado para que ayude”.

Por otra parte, vemos en la subcategoría *Aceptación a la discapacidad* que se define dentro del proceso de adaptación, refiriéndose a si hay aceptación a la discapacidad o no hay aceptación por parte de la persona. En esta subcategoría encontramos que muchos de los participantes expresan aceptar la discapacidad, considerando dicha discapacidad como una condición temporal. Mientras otro grupo de participantes refieren no aceptarla e igual que el otro grupo, la consideran una condición temporal, aunque hayan perdido movilidad de alguna parte del cuerpo tienden a rechazar y negar su condición. ¿Tienes alguna discapacidad? Vb: “Por los momentos no, ahorita por el accidente mis piernas no se han despertado”.

Unidad de análisis. Imagen Corporal: Cómo percibe su cuerpo la persona con discapacidad.

Pasando a otro aspecto, relacionado directamente a la imagen corporal, llegamos a la categoría *Percepción de la imagen del cuerpo*, la cual hace referencia a la manera en que

las personas que han adquirido alguna discapacidad consecuencia de un accidente perciben su propio cuerpo. Por una parte podemos tener un acercamiento de como percibían la imagen de su cuerpo antes de que ocurriera el accidente, en la subcategoría *Antes del accidente*, donde se encontró que la mayoría de los participantes indican que antes del evento sentían que estaban en una situación de bienestar, en la que algunos destacan eran personas sanas. Luego tenemos la subcategoría *Después del accidente*, la percepción que tienen estos participantes luego de sufrir el accidente. La mayor parte de los participantes manifestaron que no lucía igual luego del accidente, ya que físicamente se encontraban más delgados y ahora demuestran mayor preocupación por la falta de movimiento que ahora presenta su cuerpo, en la que algunos expresan no sentirse como antes, enfocándose en la funcionalidad del cuerpo, que para ellos específicamente esa angustia se focaliza en la falta de movimiento, Vb: “Que no quiere funcionar y estoy arrecho con él (cuerpo)”.

Unidad de análisis. Relaciones interpersonales y espirituales: Familia, parejas, amigos, personas cercanas, Dios, así como otras entidades religiosas.

A propósito del tema del apoyo que pueden recibir las personas que pasan por este proceso de cambio, tenemos la categoría *Red de apoyo*, la cual se subdivide en *social* y *espiritual*, donde el primero alude a cómo estos participantes que tienen alguna discapacidad física consecuencia de un accidente, perciben el apoyo que le ofrecen diversas personas; pudiendo estar conformado por familiares, parejas, amigos, compañeros de trabajo y/o compañeros de centro. La mayor parte de los participantes indican que el apoyo que han recibido a partir del evento ocurrido proviene de la familia (conformada por papá, mamá y hermanos) y pareja. En la que manifiestan que le han brindado apoyo moral, económico y asistencial para realizar determinadas actividades o para el traslado hasta el centro. Mientras otro grupo de participantes indican que el apoyo lo han recibido tanto por parte de familiares, parejas y amigos, que han estado presentes en su proceso de recuperación y el proceso de adaptación por el que han estado pasando.

En cuanto al *apoyo espiritual*, el cual es definido como la búsqueda de un ente superior como apoyo, se visualiza que en los casos estudiados se hace referencia específicamente a Dios. Se halló que muchos de los participantes en sus reportes reflejaban

a Dios como un apoyo fundamental para ellos, tanto para el proceso de adaptación a la situación como para poder mejorar y recuperar la movilidad de alguna parte del cuerpo afectada, Vb: “si se puede, con Dios todo, sin él nada”.

Unidad de análisis. Mejoría: La expectativa de mejorar considerando la posible recuperación de la funcionalidad de algunas partes del cuerpo.

Con respecto a la expectativa que va experimentando el paciente relacionado a la recuperación, en la que considere una posibilidad de recuperar la funcionalidad de la parte de su cuerpo que tenga afectada secuela del accidente, tenemos la categoría *Esperanza de mejorar*; de acuerdo a esta categoría se ubica la subcategoría *Por parte de especialistas*, considerada como los pronósticos dados por parte de los especialistas que le ofrecen al paciente alguna esperanza de mejorar. Se halló que la mayoría de los participantes reportaron que la información relacionada a mejorar y recuperar la funcionalidad de la parte del cuerpo afectada, en primer lugar es proporcionada por parte de los especialistas a los familiares, que les indican a los familiares si hay posibilidad de recuperar movilidad en la parte del cuerpo que ha sido afectada. Mientras que pocos participantes indicaron que el especialista le comunicó de manera directa sobre las expectativas de recuperar funciones del cuerpo. Por otra parte, tenemos la subcategoría *Por parte del paciente*, basada en qué expectativa tiene el paciente de mejorar luego de que los participantes han recibido la información por parte de especialistas o familiares. Encontramos que gran parte de los pacientes entrevistados manifestaron tener esperanza de mejorar y restablecer la movilidad en la parte que ha sido afectada, independientemente del pronóstico de recuperación recibido por los especialistas.

Unidad de análisis. Apreciaciones: Emociones y sentimientos que tienen las personas con discapacidad acerca de su condición.

De esta unidad de análisis se deriva la categoría *Emociones asociadas a la discapacidad*, centrada en el sentir que produce la adquisición de la discapacidad física y las consecuencias asociadas a la misma, visualizando que las emociones vinculadas a la discapacidad adquirida por accidente están dirigidas al polo depresivo: “ A veces me da mucha tristeza de ver como estoy”. Asimismo, se puede evidenciar que ante la discapacidad

se vive una pérdida (de un órgano, movilidad e incluso la propia identidad) lo cual genera reacciones dolorosas, que se pueden resumir en la vivencia de un duelo que se espera llegue a ser elaborado por los pacientes que se encuentran en el proceso de adaptación a esta nueva condición: “Me sentí muy triste, no me explicaba por qué estaba así (...) los primeros días fue una depresión fuerte, no quería que me vieran, no quería comer (...) como un mes”. Cabe destacar, que ante los cambios puede generarse una descompensación en la identidad de los sujetos, tomando en cuenta que el duelo afecta áreas corporales, relaciones internas y externas, por lo que al ocurrir cambios en el esquema corporal y por ende, en el propio ser, también generará cambios en el otro.

Unidad de análisis. Pensamientos y acciones hacia la discapacidad: Pueden implicar ideas, palabras, motivaciones o hechos.

Tomando en cuenta la presencia de pensamientos y hechos que realizan las personas con discapacidad adquirida respecto a su condición, para su mejoría física y/o mental se determina la categoría *Actos hacia la discapacidad*, la cual a su vez se divide en dos subcategorías, la primera *Pensamientos y emociones*, encontrando ideas y expresiones verbales relacionadas con la discapacidad que generalmente poseen un contenido positivo y motivacional, que puede implicar fortaleza, apoyo espiritual, apoyo social, entre otras ideas que llevan a las personas con discapacidad a sobrellevar su situación: “Que tenga mucha mente positiva, que la depresión no ayuda en nada y si quiere llorar que lo haga”.

Por otra parte, la segunda subcategoría se encuentra definida como *Hechos*, basada en todas esas expresiones no verbales y acciones que realizan los individuos para sobrellevar y mejorar su condición de vida actual, notando que incluso en los casos que el miembro afectado no lograría movilidad por una afección total los pacientes se aferran a la realización de rehabilitación como un medio para optimizar su estilo de vida y poder alcanzar una mayor independencia física, ocurriendo lo mismo con aquellas personas con discapacidad de condición temporal: “he estado demasiado activa con mi rehabilitación y las ganas de recuperarme”. Otra acción encontrada en la información recolectada y que se ajusta a esta subcategoría es la asistencia a cursos en el Centro Nacional de Rehabilitación que les permitirá la formación en áreas técnicas, de manualidades, entre otras, logrando

reinsertarse más fácilmente en la sociedad a nivel laboral: “El que se limita es uno, porque hay personas que pueden trabajar. Ahorita estoy haciendo un curso de manualidades acá en el hospital”; “estoy haciendo un curso de reparación de teléfonos en el hospital”.

En este sentido, las acciones dirigidas a la discapacidad generalmente son de carácter motivadoras, acompañando en el proceso de duelo observado en las categorías anteriores permitiendo una mejor elaboración del mismo y dando paso posiblemente a una reestructuración de la imagen del cuerpo de las personas con discapacidad física adquirida por accidente. Pudiendo considerarse que mientras mayor motivación y actividad tenga la persona es más probable la adaptación a la discapacidad.

Test de la Figura Humana

Se presentarán los resultados que se obtuvieron en el Test de la Figura Humana, en las modalidades de presentación que se efectuaron en la presente investigación. Se analizarán los resultados en función de los indicadores que se puntuaron como presentes en los dibujos realizados por ambos grupos.

- **Dibujo de la persona - 1er dibujo.**

Indicadores generales

Tabla 2.

Indicadores generales presentes en el dibujo de la persona en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Cabeza	15	100,0%	15	100,0%
Cara	15	100,0%	15	100,0%
Ojos	14	93,3%	15	100,0%
Oreja	7	46,7%	10	66,7%
Nariz	14	93,3%	15	100,0%

Cuello	12	80,0%	14	93,3%
Brazos	15	100,0%	15	100,0%
Manos	12	80,0%	13	86,7%
Piernas	15	100,0%	15	100,0%
Pies	14	93,3%	14	93,3%
Tronco	13	86,7%	15	100,0%
Hombros	10	66,7%	14	93,3%
Caderas	2	13,3%	12	80,0%
Articulaciones	3	20,0%	1	6,7%
Identificación del sexo	12	80,0%	13	86,7%

Como se puede apreciar en la tabla 2 se exponen los resultados concernientes a los indicadores generales que se presentaron en el dibujo de la persona (dibujo 1) en ambos grupos. Encontramos que en el grupo de estudio, el 100% (15) de los participantes reflejaron en el dibujo, los indicadores de cabeza, cara, brazos y piernas; dentro de este grupo, 14 participantes dibujaron ojos, nariz y pies (93,3%). El indicador “tronco” estuvo representado en el 86,7% (13) de los participantes; 12 (80%) de los sujetos reflejaron en sus dibujos los indicadores de cuello, manos e identificación con el propio sexo, mientras que el 66,7% (10) de los dibujos presentados en este grupo mostró el indicador de “hombros”. En la ejecución de 7 (46,7%) personas de la muestra se incluyó el indicador “oreja” y una minoría representando el 20% (3) de los participantes reflejaron el indicador “articulaciones” en sus dibujos.

Respecto al grupo de referencia se mostraron resultados similares al grupo de estudio en cuanto a los indicadores que se presentaron en el 100% (15) de los participantes, mostrando en los dibujos los indicadores cabeza, cara, ojos, nariz, brazos, piernas y tronco. En la tabla se puede ver que 14 (93,3%) de los evaluados mostraron en sus dibujos los indicadores cuello, pies y hombros. En cuanto a los indicadores manos e identificación del sexo de la persona fueron reflejados por 13 (86,7%) de los participantes. El indicador de “cadera” fue representado en 12 (80%) de las ejecuciones de esta muestra. Se puede apreciar que el indicador “oreja” fue representado por 10 (66,7%) participantes. Mientras que una pequeña parte de la muestra representó en sus dibujos el indicador

“articulaciones”, que se halló en el dibujo de un (6,7) participante de la muestra del grupo de referencia.

Análisis detallado

Tabla 3.

Resultado de indicadores del análisis detallado presentes en el dibujo de la persona en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de Estudio		Grupo de Referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
cabeza grande	4	26,7%	2	13,3%
cabeza grande en figura del sexo opuesto	0	0,0%	0	0,0%
Cabeza pequeña	2	13,3%	0	0,0%
Énfasis en rasgos faciales	1	6,7%	4	26,7%
Oscurcimiento de los rasgos faciales	0	0,0%	2	13,3%
Rostro de perfil	1	6,7%	0	0,0%
Omisión de alguna parte del rostro	0	0,0%	1	6,7%
Omisión del rostro	0	0,0%	0	0,0%
Ojos pequeños	5	33,3%	1	6,7%
Mirada fija	6	40,0%	7	46,7%
Énfasis	1	6,7%	4	26,7%
Ojos grandes	1	6,7%	1	6,7%
Ojos cerrados	1	6,7%	1	6,7%
Ojos omitidos	0	0,0%	0	0,0%
Ojos vacíos	5	33,3%	2	13,3%
Orejas grandes	0	0,0%	0	0,0%
Transparencia a través del cabello	1	6,7%	0	0,0%
Orejas omitidas	9	60,0%	5	33,3%
Excesivamente grande	2	13,3%	0	0,0%
Sombreada	2	13,3%	1	6,7%
Reforzada o muy acentuada	2	13,3%	0	0,0%
Énfasis en ventanas de nariz	0	0,0%	1	6,7%
Omitida	0	0,0%	1	6,7%
Largo y delgado	5	33,3%	3	20,0%
Largo y muy grueso	2	13,3%	1	6,7%
Muy corto y muy delgado	1	6,7%	2	13,3%

Muy corto y muy grueso	1	6,7%	0	0,0%
Omisión	3	20,0%	1	6,7%
Brazos largos	7	46,7%	8	53,3%
Brazos extremadamente largos	0	0,0%	0	0,0%
Brazos separados del cuerpo	11	73,3%	10	66,7%
Brazos cortos	1	6,7%	0	0,0%
Brazos muy Cortos	0	0,0%	0	0,0%
Brazos apretados contra el cuerpo	0	0,0%	1	6,7%
Brazos apretados contra el cuerpo y manos	0	0,0%	1	6,7%
en los bolsillos				
Contornos imprecisos	13	86,7%	3	20,0%
Sombreadas	1	6,7%	0	0,0%
Detrás de la espalda	0	0,0%	0	0,0%
En los bolsillos	0	0,0%	0	0,0%
Tamaño excesivo	0	0,0%	0	0,0%
Omisión	1	6,7%	2	13,3%
Más insistencia que el resto del dibujo	1	6,7%	0	0,0%
Piernas cortas	1	6,7%	1	6,7%
Sin ropa	9	60,0%	0	0,0%
Piernas apretadas	0	0,0%	1	6,7%
Sombreamiento	1	6,7%	0	0,0%
Pies desproporcionados	6	40,0%	1	6,7%
Desnudos	11	73,3%	0	0,0%
Firmemente apoyados	1	6,7%	3	20,0%
Redondeado	5	33,3%	2	13,3%
Anguloso	1	6,7%	7	46,7%
Delgado, representando del propio sexo	5	33,3%	7	46,7%
Destacados	2	13,3%	3	20,0%
Exagerados	0	0,0%	1	6,7%
Con Borraduras	1	6,7%	1	6,7%
Dibujar la figura tan pequeña como maní	0	0,0%	0	0,0%
Destacar coyunturas	1	6,7%	0	0,0%
Énfasis	2	13,3%	0	0,0%

En la tabla 3 se muestran los resultados de los indicadores del análisis detallado el dibujo de la persona (dibujo 1) en ambos grupos. En el grupo de estudio se encontró que el indicador “contornos imprecisos” relacionado con las manos se manifestó en el dibujo de 13 (86,7%) de los participantes, seguido de los indicadores “brazos separados del cuerpo”

de brazos y “desnudos” de pies, representado 11 dibujos (73,3%). Podemos ver los indicadores “omitidos” de orejas y “sin ropa” de piernas se vio en 9 dibujos (60%) de este grupo. Seguido por el indicador “brazos largos” que se mostró en 7 (46,7%) de los casos. También se observa que el indicador “mirada fija” de ojos fue realizado en 6 de los dibujos (40%). Mientras que el resto de los indicadores se presentaron con una incidencia menor al 40% de los dibujos pertenecientes al grupo de estudio.

En cuanto al grupo de referencia se pudo ver que el indicador “brazos separados del cuerpo” se presentó en el 66,7% (10) de los casos. Seguido del indicador “mirada fija”, tronco “anguloso” y “delgado, y representación del propio sexo”, se visualizan en los dibujos de 7 (46,7%) de los participantes. Por su parte el indicador “orejas omitidas” se nota con una incidencia del 33,3% mostrada 5 dibujos evaluados. Observando que los indicadores restantes tienen una frecuencia menor al 30%, por lo que se pueden considerar poco representativos para este grupo.

Tabla 4.

Indicadores de trazo presentes en el dibujo de la persona en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Recto y firme	5	33,3%	3	20,0%
Fino o débil	6	40,0%	5	33,3%
Fragmentado	1	6,7%	2	13,3%
Quebrado	5	33,3%	0	0,0%
Espigado	1	6,7%	5	33,3%
Grueso o remarcado	2	13,3%	9	60,0%

En la tabla 4 se puede observar los tipos de trazos realizados por ambos grupos en el dibujo de la persona (dibujo 1). En el grupo de estudio se visualiza que el trazo que se presentó en la mayoría de los dibujos fue “fino y débil” mostrándose en el 40% (6) de los casos, ocurriendo de forma distinta en el grupo de referencia, donde se presentó con mayor frecuencia el trazo “grueso y remarcado”, observándose en el 60% (9) de los casos. En el

grupo de estudio los otros tipos de trazos que se presentaron más fueron “recto y firme” y “quebrado” manifestados en 5 (33,3%) de los dibujos, mientras que en el grupo de referencia se observan trazos “fino y débil” y “espigado” en la misma proporción (33,3%).

- **Dibujo de la persona con discapacidad – 2do dibujo.**

Indicadores generales

Tabla 5.

Indicadores generales presentes en el dibujo de persona con discapacidad en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Cabeza	15	100,0%	15	100,0%
Cara	15	100,0%	15	100,0%
Ojos	14	93,3%	13	86,7%
Oreja	6	40,0%	7	46,7%
Nariz	14	93,3%	14	93,3%
Cuello	10	66,7%	14	93,3%
Brazos	14	93,3%	14	93,3%
Manos	10	66,7%	13	86,7%
Piernas	15	100,0%	14	93,3%
Pies	9	60,0%	13	86,7%
Tronco	13	86,7%	15	100,0%
Hombros	8	53,3%	12	80,0%
Caderas	1	6,7%	8	53,3%
Articulaciones	1	6,7%	1	6,7%
Identificación del sexo	13	86,7%	11	73,3%

En la tabla 5 se muestran los resultados de ambos grupos en el dibujo de persona con discapacidad (dibujo 2). Podemos ver que el 100% (15) de la muestra del grupo de estudio dibujó los siguientes indicadores: cabeza, cara y piernas. También se observa la presencia de los indicadores: ojos, nariz y brazos en el 93,3% (14) de los casos. La representación del tronco y la identificación con su propio sexo al dibujar una persona con discapacidad se encontró en el 86,7% (13) de las ejecuciones. El 66,7% (10) de los

participantes realizaron el cuello y las manos, mientras que los pies son ejecutados con una frecuencia del 60% (9). En el 53,3% (8) de las figuras realizadas por el grupo de estudio se visualiza los hombros, notando que las orejas tienen una presencia en el 40,0% (6) de los dibujos efectuados de esta muestra, las caderas y las articulaciones (6,7%) son representadas en menor medida.

En los dibujos realizados por los participantes del grupo de personas sin discapacidad se encontró que el 100% (15) de ellos representaron las figuras con los siguientes indicadores: cabeza, cara y tronco. El 93,3% (14) de los dibujos efectuados por este grupo, muestra la presencia de los indicadores nariz, cuello, brazos y piernas; mientras que en el 86,7% (13) se evidencian los indicadores de ojos, manos y pies. Por otra parte, existe una frecuencia del 80,0% (12) en la realización de los hombros en las figuras; se evidencia que el 73,3% (11) de los casos identifica su propio sexo en las figuras dibujadas. Así como también se puede ver que las caderas son definidas en un 53,3% (8) de los casos y la presencia de orejas en un 46,7% (7) de los dibujos.

Análisis detallado

Tabla 6.

Resultado de indicadores del análisis detallado presentes en dibujo de persona con discapacidad en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de Estudio		Grupo de Referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
cabeza grande	5	33,3%	1	6,7%
cabeza grande en figura del sexo opuesto	0	0,0%	0	0,0%
Cabeza pequeña	2	13,3%	0	0,0%
Énfasis en rasgos faciales	3	20,0%	2	13,3%
Oscurecimiento de los rasgos faciales	3	20,0%	2	13,3%
Rostro de perfil	3	20,0%	2	13,3%
Omisión de alguna parte del rostro	0	0,0%	1	6,7%
Omisión del rostro	0	0,0%	0	0,0%
ojos pequeños	5	33,3%	2	13,3%

Mirada fija	3	20,0%	2	13,3%
Énfasis	3	20,0%	3	20,0%
Ojos grandes	0	0,0%	1	6,7%
Ojos cerrados	3	20,0%	1	6,7%
Ojos omitidos	0	0,0%	3	20,0%
Ojos vacíos	6	40,0%	3	20,0%
Orejas grandes	1	6,7%	0	0,0%
Transparencia a través del cabello	0	0,0%	0	0,0%
Orejas omitidas	8	53,3%	8	53,3%
Excesivamente grande	3	20,0%	0	0,0%
Sombreada	1	6,7%	0	0,0%
Reforzada o muy acentuada	1	6,7%	4	26,7%
Énfasis en ventanas de nariz	0	0,0%	1	6,7%
Omitida	1	6,7%	1	6,7%
Largo y delgado	4	26,7%	4	26,7%
Largo y muy grueso	2	13,3%	0	0,0%
Muy corto y muy delgado	3	20,0%	1	6,7%
Muy corto y muy grueso	1	6,7%	2	13,3%
Omisión	4	26,7%	1	6,7%
Brazos largos	7	46,7%	4	26,7%
Brazos extremadamente largos	0	0,0%	0	0,0%
Brazos separados del cuerpo	9	60,0%	9	60,0%
Brazos cortos	1	6,7%	2	13,3%
Brazos muy Cortos	0	0,0%	0	0,0%
Brazos apretados contra el cuerpo	0	0,0%	1	6,7%
Brazos apretados contra el cuerpo y manos en los bolsillos	0	0,0%	1	6,7%
Contornos imprecisos	8	53,3%	4	26,7%
Sombreadas	1	6,7%	2	13,3%
Detrás de la espalda	0	0,0%	0	0,0%
En los bolsillos	0	0,0%	1	6,7%
Tamaño excesivo	0	0,0%	0	0,0%
Omisión	6	40,0%	2	13,3%
Más insistencia que el resto del dibujo	0	0,0%	0	0,0%
Piernas cortas	4	26,7%	0	0,0%
Sin ropa	12	80,0%	0	0,0%
Piernas apretadas	0	0,0%	0	0,0%
Sombreamiento	1	6,7%	1	6,7%
Pies desproporcionados	5	33,3%	0	0,0%
Desnudos	7	46,7%	1	6,7%

Firmemente apoyados	0	0,0%	5	33,3%
Redondeado	1	6,7%	2	13,3%
Anguloso	5	33,3%	8	53,3%
Delgado, representando del propio sexo	4	26,7%	7	46,7%
Destacados	2	13,3%	1	6,7%
Exagerados	1	6,7%	0	0,0%
Con Borraduras	1	6,7%	1	6,7%
Dibujar la figura tan pequeña como maní	0	0,0%	0	0,0%
Destacar coyunturas	0	0,0%	0	0,0%
Énfasis	0	0,0%	0	0,0%

En la tabla 6 se exponen los resultados obtenidos en el dibujo de persona con discapacidad en ambos grupos. En el grupo de estudio se encontró la presencia de piernas sin ropa en un 80% (12) de la muestra; los brazos separados del cuerpo en un 60,0% (9), la omisión de orejas y contornos imprecisos en las manos en un 53,3% (8). Por otra parte, el 46,7% (7) de los participantes realiza brazos largos y pies desnudos, mientras que los ojos vacíos y las manos omitidas están presentes en un 40% (6) de los casos. El resto de los indicadores se encontraron por debajo del 40% por lo que no se consideraron representativos para las personas con discapacidad estudiadas.

En cuanto al grupo de referencia se puede notar que el 60% (9) de los casos evaluados tienden a dibujar la figuras con brazos separados del cuerpo. El 53,3% (8) de los participantes dibujaron el tronco de tipo anguloso y omiten las orejas. Asimismo, con un 46,7% (7) de frecuencia se observa la presencia de un tronco delgado representando el mismo sexo de la persona dibujada. El resto de los indicadores fueron realizados por menos del 40% de los dibujos, por lo que no se consideraron como indicadores significativos.

Tabla 7.

Indicadores de trazo presentes en el dibujo de persona con discapacidad en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Recto y firme	5	33,3%	8	53,3%

Fino o débil	5	33,3%	1	6,7%
Fragmentado	2	13,3%	4	26,7%
Quebrado	5	33,3%	0	0,0%
Espigado	2	13,3%	3	20,0%
Grueso o remarcado	1	6,7%	10	66,7%

Los resultados de la tabla 7 se muestran los tipos de trazos realizados en el dibujo de persona con discapacidad, encontrándose que en el grupo de estudio los trazos que se realizaron con mayor frecuencia fueron “recto y firme”, “fino o débil” y “quebrado” presentando una frecuencia del 33,3% (5). Mientras que en el grupo de referencia los trazos que se observaron con mayor frecuencia fueron el trazo “grueso o remarcado” mostrándose en el 66,7% (10) de la muestra, seguido del trazo “recto y firme” en el 53,3% (8) de los casos.

Tabla 8.

Tipo de discapacidad representada en el dibujo 2 en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Visual	0	0,0%	6	40,0%
Auditiva	0	0,0%	0	0,0%
Física	13	86,7%	8	53,3%
Mental	0	0,0%	1	6,7%
Intelectual	0	0,0%	0	0,0%
Múltiple	1	6,7%	1	6,7%

Se visualiza que en los dibujos realizados por las personas pertenecientes al grupo de estudio, representan la discapacidad física en un 86,7% (13) de los casos, tal y como se muestra en la tabla 8. Mientras que una minoría (6,7%) de los participantes realiza a personas con discapacidad múltiple. Por su parte, los participantes del grupo de referencia, tienden a dibujar a personas con discapacidad física (53,3%) y visual (40,0%), mientras que la discapacidad mental y múltiple se representan con menor frecuencia (6,7%).

- **Dibujo de persona en movimiento – 3er dibujo.**

Indicadores Generales

Tabla 9.

Indicadores generales presentes en el dibujo con movimiento en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Cabeza	14	93,3%	15	100,0%
Cara	13	86,7%	14	93,3%
Ojos	13	86,7%	14	93,3%
Oreja	5	33,3%	5	33,3%
Nariz	14	93,3%	14	93,3%
Cuello	10	66,7%	15	100,0%
Brazos	13	86,7%	15	100,0%
Manos	9	60,0%	13	86,7%
Piernas	13	86,7%	14	93,3%
Pies	10	66,7%	14	93,3%
Tronco	13	86,7%	15	100,0%
Hombros	7	46,7%	13	86,7%
Caderas	0	0,0%	12	80,0%
Articulaciones	0	0,0%	1	6,7%
Identificación del sexo	11	73,3%	10	66,7%

Como se observa en la tabla 9, los indicadores generales y esperados en la realización del dibujo con movimiento tienden a estar presentes en la mayoría de los participantes con discapacidad física adquirida por accidente, visualizando que un 93,3% (14) de la muestra dibuja ítems como la cabeza y la nariz. Mientras que el 86,7% (13) realiza la cara, ojos, brazos, piernas y tronco. En el mismo orden de ideas, un 66,7% (10) de los participantes incluyen el cuello y los pies, disminuyendo dicha frecuencia al momento de realizar las manos a un 60,0% (9). Asimismo, indicadores como los hombros (46,7%) y las orejas (33,3%) se presentan en menor medida, encontrando ausencia total de ítems como las caderas y articulaciones.

Ocurriendo una ejecución similar en los indicadores presentes en las figuras en movimiento en el grupo de referencia, visualizándose que el 100% de los participantes colocó indicadores esperados tales como cabeza, cuello, brazos y tronco. El 93,3% (14) muestran dentro de sus indicadores la cara, los ojos, la nariz, las piernas y los pies. Disminuyendo la frecuencia a un 86,7% (13) cuando se trata de las manos y los hombros, mientras que un 33,3% (5) de los dibujos evaluados es representado el ítem de las orejas. Respecto a la identificación con el sexo, se puede notar que el 66,7% (10) de la muestra dibuja a figuras del mismo sexo, mientras que el 33,3% (5) dibuja figuras del sexo opuesto. Notando sin embargo, que a diferencia del grupo de estudio, el 80% (12) de las personas del grupo de referencia tiende a definir las caderas de las figuras humanas dibujadas. También se puede observar la presencia en menor medida de articulaciones (6,7%).

Análisis detallado

Tabla 10.

Resultado de indicadores del análisis detallado presentes en el dibujo con movimiento en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentajes	Recuento	Porcentajes
cabeza grande	2	13,3%	1	6,7%
cabeza grande en figura del sexo opuesto	0	0,0%	0	0,0%
Cabeza pequeña	2	13,3%	2	13,3%
Énfasis en rasgos faciales	0	0,0%	3	20,0%
Oscurecimiento de los rasgos faciales	0	0,0%	0	0,0%
Rostro de perfil	2	13,3%	1	6,7%
Omisión de alguna parte del rostro	0	0,0%	0	0,0%
Omisión del rostro	0	0,0%	1	6,7%
Ojos pequeños	3	20,0%	3	20,0%
Mirada fija	3	20,0%	5	33,3%
Énfasis	4	26,7%	1	6,7%
Ojos grandes	1	6,7%	2	13,3%
Ojos cerrados	2	13,3%	1	6,7%
Ojos omitidos	1	6,7%	1	6,7%

Ojos vacíos	4	26,7%	2	13,3%
Orejas grandes	1	6,7%	1	6,7%
Transparencia a través del cabello	0	0,0%	3	20,0%
Orejas omitidas	9	60,0%	10	66,7%
Excesivamente grande	1	6,7%	0	0,0%
Sombreada	1	6,7%	0	0,0%
Reforzada o muy acentuada	2	13,3%	1	6,7%
Énfasis en ventanas de nariz	0	0,0%	0	0,0%
Omitida	0	0,0%	1	6,7%
Largo y delgado	6	40,0%	4	26,7%
Largo y muy grueso	1	6,7%	2	13,3%
Muy corto y muy delgado	1	6,7%	1	6,7%
Muy corto y muy grueso	0	0,0%	4	26,7%
Omisión	3	20,0%	0	0,0%
Brazos largos	5	33,3%	5	33,3%
Brazos extremadamente largos	1	6,7%	0	0,0%
Brazos separados del cuerpo	9	60,0%	7	46,7%
Brazos cortos	3	20,0%	3	20,0%
Brazos muy Cortos	1	6,7%	0	0,0%
Brazos apretados contra el cuerpo	0	0,0%	2	13,3%
Brazos apretados contra el cuerpo y manos en los bolsillos	0	0,0%	0	0,0%
Contornos imprecisos	8	53,3%	5	33,3%
Sombreadas	1	6,7%	1	6,7%
Detrás de la espalda	0	0,0%	0	0,0%
En los bolsillos	0	0,0%	1	6,7%
Tamaño excesivo	0	0,0%	0	0,0%
Omisión	4	26,7%	2	13,3%
Más insistencia que el resto del dibujo	0	0,0%	0	0,0%
Piernas cortas	0	0,0%	0	0,0%
Sin ropa	8	53,3%	2	13,3%
Piernas apretadas	1	6,7%	1	6,7%
Sombreamiento	1	6,7%	1	6,7%
Pies desproporcionados	5	33,3%	1	6,7%
Desnudos	7	46,7%	3	20,0%
Firmemente apoyados	0	0,0%	1	6,7%
Redondeado	1	6,7%	5	33,3%
Anguloso	5	33,3%	8	53,3%
Delgado, representando del propio sexo	5	33,3%	6	40,0%
Destacados	2	13,3%	0	0,0%

Exagerados	1	6,7%	0	0,0%
Con Borraduras	1	6,7%	0	0,0%
Dibujar la figura tan pequeña como maní	0	0,0%	0	0,0%
Destacar coyunturas	0	0,0%	0	0,0%
Énfasis	0	0,0%	0	0,0%

Como se puede evidenciar en la tabla 10, se evaluaron indicadores de análisis detallado de las figuras humanas en movimiento realizadas por las personas con discapacidad física adquirida y personas sin discapacidad, encontrando que en el primer grupo (estudio) el 60,0% (9) de la muestra tiende a omitir las orejas, mientras que la misma frecuencia de personas realiza la figura con los brazos separados del cuerpo. Por su parte, el 53,3% (8) de los participantes ejecuta contornos imprecisos y piernas sin ropa en las figuras. Se observa la realización del 46,7% (7) de los casos de pies desnudos, también indicadores como pies desproporcionados, brazos largos, tronco anguloso y delgado representando al propio sexo con una presencia del 33,3% (5). De la misma forma, se visualiza ejecuciones de un 26,7% (4) con indicadores como énfasis en los ojos, ojos vacíos y omisión de las manos; con un 20% (3) de la muestra estudiada con discapacidad se encuentra la presencia de ojos pequeños, mirada fija, brazos cortos y la omisión del cuello. Se halló que un 13,3% (2) de la muestra realizó en la misma proporción cabezas pequeñas y cabezas grandes, así como el rostro de perfil, ojos cerrados, nariz reforzada y hombros destacados; Por último, al menos una persona (6,7%) dibujó ojos grandes, nariz excesivamente grande y sombreada, cuello largo y muy grueso o al contrario, cuello muy corto y delgado, brazos extremadamente largos o muy cortos, manos y piernas sombreadas, piernas apretadas, tronco redondeado, énfasis en los hombros, ya sean exagerados o con borraduras, encontrando también la omisión de ojos en la misma frecuencia.

En cuanto al segundo grupo (referencia), se nota que el 66,7% (9) de las personas omite las orejas en las figuras dibujadas, asimismo, un poco más de la mitad realiza el tronco anguloso (53,3%); el 46,7% (7) ejecuta los brazos separados del cuerpo, mientras que el 40% (6) realiza troncos delgados que representan el propio sexo. Con una frecuencia del 33,3% (5) se observa la presencia de mirada fija, brazos largos, contornos imprecisos y tronco redondeado. El 26,7% (4) de la muestra tiende a dibujar el cuello de las figuras

largo y delgado o muy corto y muy grueso, aspecto que difiere en la misma medida. Considerando indicadores como el énfasis en rasgos faciales, ojos pequeños, transparencia de las orejas detrás del cabello, brazos cortos, pies desnudos se puede notar que un 20% (3) de los participantes los representan en sus dibujos. El 13,3% (2) de los dibujos fue realizado con cabezas pequeñas, ojos grandes, ojos vacíos, cuello largo y muy grueso, brazos apretados contra el cuerpo, además de una tendencia a omitir las manos y a realizar a las personas sin ropa. Con un menor porcentaje (6,7%) se encuentra la realización de dibujos con cabeza grande, rostro de perfil, en los ojos se nota énfasis o cerrados, orejas grandes, nariz reforzada, cuello muy corto y muy delgado, manos sombreadas o en los bolsillos, piernas apretadas o sombreadas, pies desproporcionados o firmemente apoyados. Tomando en consideración que por lo menos una persona (6,7%) omite indicadores como rostro, ojos y nariz.

Tabla 11.

Indicadores de trazo presentes en el dibujo con movimiento en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentajes	Recuento	Porcentajes
Recto y firme	5	33,3%	7	46,7%
Fino o débil	6	40,0%	0	0,0%
Fragmentado	2	13,3%	5	33,3%
Quebrado	3	20,0%	0	0,0%
Espigado	1	6,7%	3	20,0%
Grueso o remarcado	1	6,7%	11	73,3%

Tal y como se muestra en la tabla 11, las personas con discapacidad física adquirida en su mayoría tienden a realizar un trazo fino o débil (40%) al momento de ejecutar “una persona haciendo algo”. Notando que un 33,3 % (5) de dicha muestra realiza un trazo recto y firme, mientras que el 20% (3) presenta un trazo quebrado. Cuando se habla de un trazo fragmentado, lo encontramos con una frecuencia del 13,3 % (2) de las pruebas revisadas. Siendo de menor frecuencia (6,7%) la presencia de trazos espigados, gruesos o remarcados.

Refiriéndonos al grupo de referencia, el 73,3% (11) realiza un trazo grueso o remarcado. Asimismo, está presente un trazo recto y firme en el 46,7% (7) de los dibujos evaluados; disminuyendo dicha frecuencia al hablar de trazos fragmentados (33,3%) y espigados (20,0%).

Tabla 12.

Indicadores de kinesiología presentes en el dibujo de persona en movimiento en ambos grupos.

	Grupos			
	Grupo de estudio		Grupo de referencia	
	Presente		Presente	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Adecuada	6	40,0%	14	93,3%
Media	5	33,3%	1	6,7%
Inadecuada	2	13,3%	0	0,0%
Excesiva	0	0,0%	0	0,0%
Inexistente	1	6,7%	0	0,0%

Como se puede ver en la tabla 12, al momento de evaluar la kinesiología o movimiento, se observa que en el grupo de estudio el 40,0% (6) de los participantes indica una kinesiología adecuada, logrando imprimir en el dibujo un movimiento acorde con la verbalización que realizó del mismo; mientras que el 33,3% (5) de la muestra realiza un esbozo del movimiento, observando entonces una kinesiología media. Notando una disminución de la frecuencia (13,3%) de personas que muestran contradicción en la impresión del movimiento-verbalización, considerándose una kinesiología inadecuada, así como un 6,7% (1) de los dibujos evaluados presenta inexistencia en cuanto a acción y movimiento.

Visualizándose por otra parte, que los participantes correspondientes al grupo control tienden en su mayoría a realizar figuras humanas llevando a cabo una acción acorde al movimiento previamente verbalizado, es decir, que el 93,3% (14) de los casos realizó una kinesiología adecuada, mientras que se nota una kinesiología media en el 6,7% (1) de los dibujos evaluados. Siendo estos dos ítems los que se encuentran presentes en el grupo de referencia.

Se presentaran gráficas de barras agrupadas mostrando aquellos indicadores que puntuaron como presente y que se aproximaron al 50% o más en la muestra de cada grupo en el test de la figura humana.

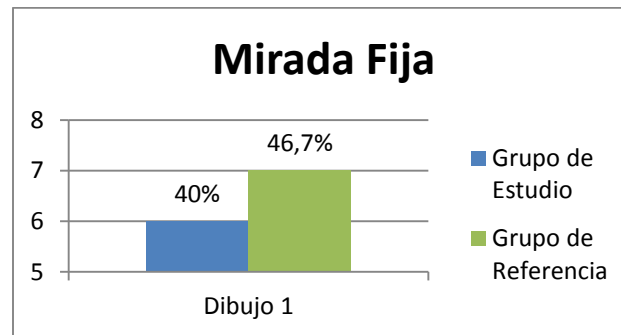


Figura 1. Presencia del indicador “Mirada fija” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona.

En la Figura 1 se puede ver en el caso del indicador “mirada fija” que ambos grupos presentan similitud en cuanto a la presencia de dicho indicador, donde el grupo de referencia se presenta en 7 (46,7%) casos y en el grupo de estudio se presenta en 6 (40%) de los dibujos realizados a esta muestra.

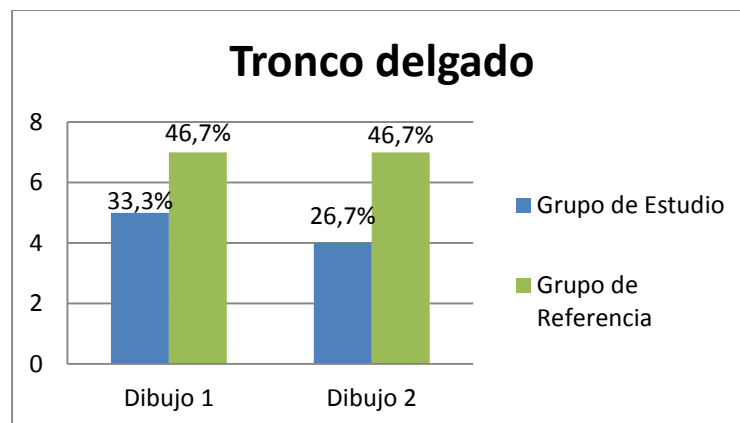


Figura 2. Presencia del indicador de Tronco “Delgado, representando del propio sexo” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona y el dibujo de persona con discapacidad.

En la Figura 2 se puede ver, con relación al indicador de Tronco “Delgado, representando del propio sexo” puntuó como presente en mayores casos en el grupo de

referencia, siendo este 7 (46,7%), mientras que en el grupo de estudio se puede observar que es menor, presentándose en 5 (33,3%) casos en dicha muestra. En el caso del dibujo 2 se puede observar una situación similar, viendo que dicho indicador se presentó en 7 (46,7%) de los casos del grupo de referencia y en el grupo de estudio se encontró en 4 (26,7%) de los casos.

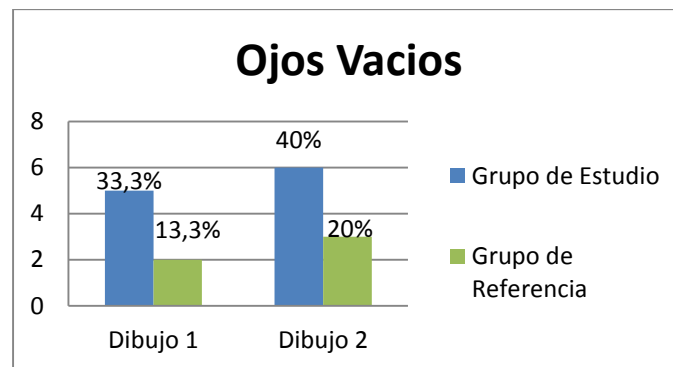


Figura 3. Presencia del indicador de “Ojos vacíos” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona y el dibujo de persona con discapacidad

En la Figura 3 se puede apreciar la diferencia que se da entre ambos grupos con relación al indicador de “ojos vacíos” en el dibujo 1. En el grupo de estudio se mostró dicho indicador en 5 (33,3%) casos de la muestra, mientras que en el grupo de referencia fue menor, presentándose en 2 (13,3) casos. En el dibujo 2 se puede apreciar que se presentó más en el grupo de estudio, mostrándose en 6 (40%) casos de la muestra, mientras que en el grupo de referencia fue menor, visualizándose en 3 (20%) oportunidades.

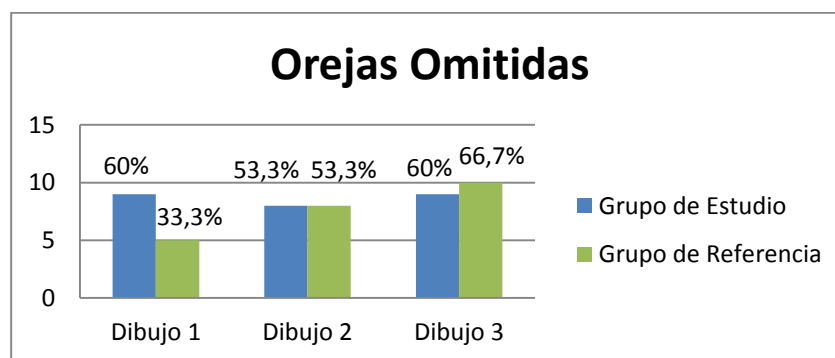


Figura 4. Presencia del indicador “orejas omitidas” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.

En la Figura 4 se puede apreciar en el caso del dibujo 1 existe una diferencia en cuanto a la presencia del indicador “orejas omitidas”, viendo que en el grupo de referencia se presentó en 9 (60%) casos, mientras que en el grupo de referencia se puede ver que el presente indicador se manifestó en menor medida, siendo sólo en 5 (33,3%) ejecuciones. En el dibujo de la persona con discapacidad (dibujo 2) podemos apreciar que se presenta en igual medida tanto en el grupo de estudio como en el grupo de referencia, mostrándose en ambos grupos en los dibujos de 8 (53,3%) participantes. Para el dibujo de la persona en movimiento (dibujo 3) se puede ver que se presentó una diferencia mínima entre ambos grupos, siendo mayor en las personas sin discapacidad, con un 66,7% (10), disminuyendo un poco 60% al referirnos a las personas con discapacidad.

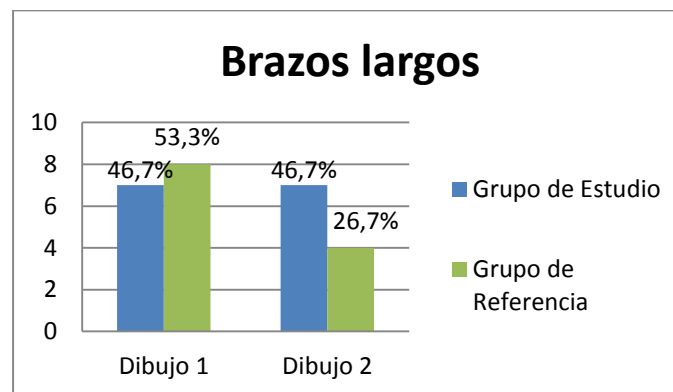


Figura 5. Presencia del indicador “Brazos largos” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona y el dibujo de persona con discapacidad.

En la Figura 5 se puede observar una pequeña diferencia en cuanto a la presencia del indicador “brazos largos” en el dibujo de la persona (dibujo 1), en el que se presentó más en el grupo de referencia, siendo este en 8 (53,3%) casos y en el grupo de estudio es menor, siendo en 7 (46,7%) casos, siendo una diferencia mínima. Mientras que en el dibujo de la persona con discapacidad (dibujo 2) se observa que dicho indicador se da en mayor cantidad de casos en el grupo de estudio, mostrándose en 7 (46,7%) de sus ejecuciones, aspecto que varía en el grupo de referencia, mostrando una menor frecuencia 26,7% (4 dibujos).

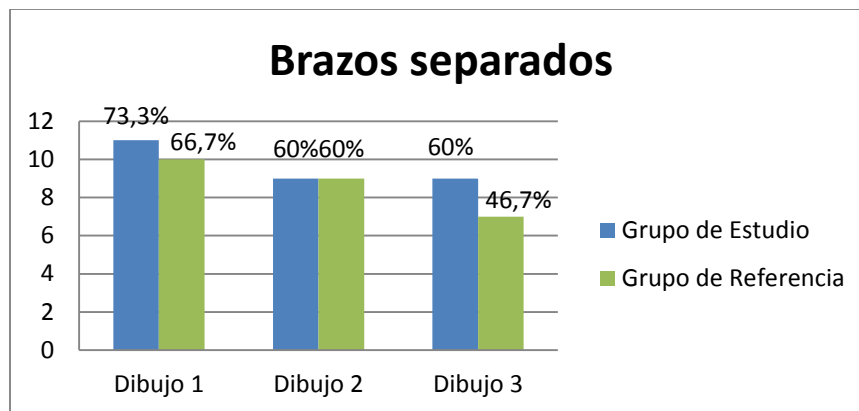


Figura 6. Presencia del indicador “Brazos separados” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.

En la Figura 6 se puede observar que en el dibujo 1 (dibujo de la persona) la diferencia en el indicador “brazos separados del cuerpo” es poca entre ambos grupos, presentándose en la realización de este indicador una mayor frecuencia en el grupo de estudio, notándose una cantidad de 11 (73,3%) casos y en el grupo de referencia una cantidad de 10 (66,7%) casos. Similar ocurre en el dibujo 2 (persona con discapacidad) donde se visualiza que tanto para el grupo de estudio como para el grupo de referencia el indicador mencionado se mostró en igual medida, viéndose en 9 (60%) oportunidades en ambos grupos. Finalmente, en el tercer dibujo (persona en movimiento) se puede notar que las personas con discapacidad física adquirida tienden a realizar en un 60% (9) de los casos sus dibujos con los “brazos separados del cuerpo”, mientras que las personas sin discapacidad el 46,7% (7) de los casos incluyen este indicador, visualizando diferencias entre ambos grupos.

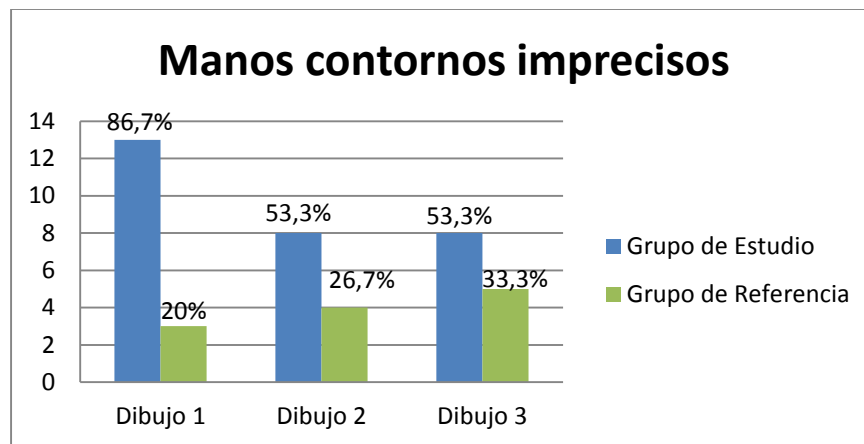


Figura 7. Presencia del indicador de “Manos contornos imprecisos” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.

En la Figura 7 se puede observar que en el primer dibujo una diferencia notable entre ambos grupos con relación al indicador de manos “contornos imprecisos”, donde el grupo de referencia presenta una mayor frecuencia 86,7% (13 dibujos), mientras que en el grupo de estudio se muestra en menor medida, ubicándose en sólo el 20% (3 casos). Por su parte, en el segundo dibujo (persona con discapacidad) se aprecia las diferencias en ambos grupos con relación al indicador antes mencionado; encontrándose en el grupo de estudio una frecuencia de 8 (53,3%) casos de la muestra y en el grupo de referencia 4 (26,7%) casos, representando la mitad del valor observado en las personas con discapacidad. Notando, por último, que en el tercer dibujo (persona en movimiento), cuando no referimos a la presencia de “contornos imprecisos”, al momento de realizar las manos, se observa que en el grupo de estudio se presenta con mayor frecuencia, en el 53,3% de los participantes (8), aspecto que se ve en menor medida en el grupo de referencia, siendo 5 (33,3%) participantes los que ejecutan este indicador.

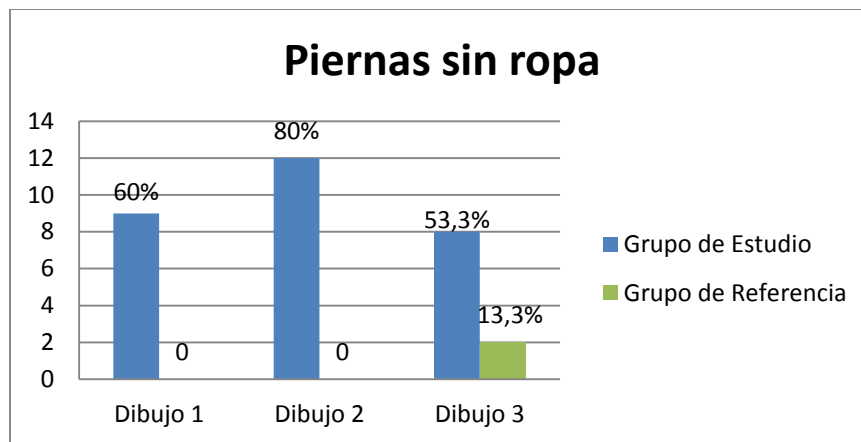


Figura 8. Presencia del indicador de “Piernas sin ropa” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.

Refiriéndonos al indicador “Sin ropa” de piernas se puede apreciar en la Figura 8 que la diferencia en el dibujo 1, entre el grupo de estudio y el grupo de referencia es muy notoria, ya que el grupo de estudio presenta 9 (60%) casos que reflejan el indicador mencionado, mientras que en el grupo de referencia se puede apreciar una total ausencia este indicador en sus dibujos. Aspecto que ocurre de forma similar en el dibujo 2, donde el grupo de estudio presenta un 80% de frecuencia en el indicador de piernas “sin ropa”, ocurriendo lo contrario en el grupo de referencia, donde existe una ausencia absoluta de dicho indicador. También se puede observar diferencias evidentes en el dibujo 3, donde el porcentaje de casos de personas con discapacidad que realizan las piernas de la figura humana en movimiento “sin ropa” es de un 53,3% (8) y en las personas pertenecientes al grupo de referencia de un 13,3% (3).

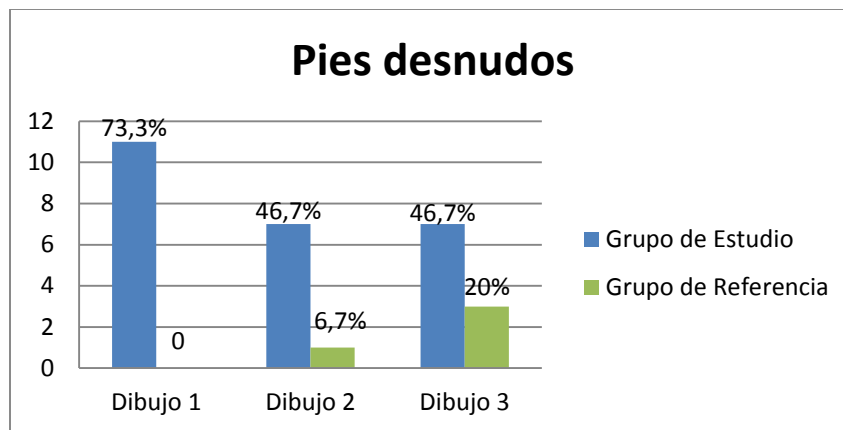


Figura 9. Presencia del indicador de “Pies desnudos” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.

Como se puede apreciar en la Figura 9, en el primer dibujo hay una diferencia evidente entre ambos grupos en cuanto a la presencia del indicador pies “desnudos”, donde se presenta en 11 (73,3%) de los participantes, mientras que en el grupo de referencia no se presentó dicho indicador, por lo que hay una ausencia absoluta. Por su parte, en el dibujo 2 el grupo de estudio manifestó dicho indicador en 7 (46,7%) de los casos, mientras que el grupo de referencia solo se manifestó en 1 (6,7%) ejecución. Observando que en el dibujo 3, el 46,7% (7) del grupo de estudio tiende a realizar los “pies desnudos” de la figura humana representada, mientras que en el grupo de referencia se observa en un 20% (3) de los casos.

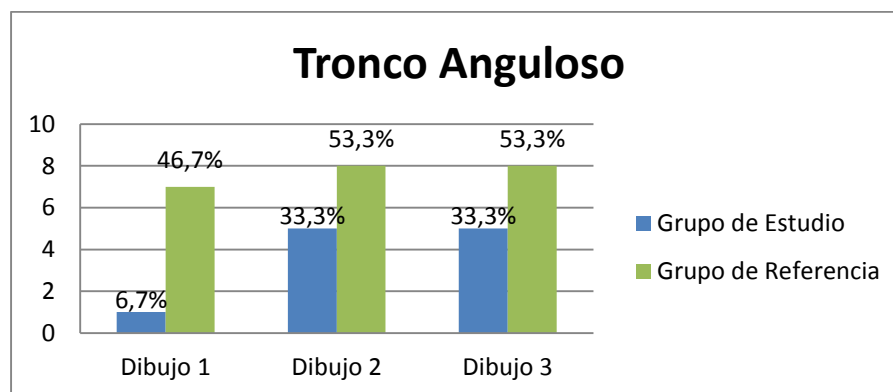


Figura 10. Presencia del indicador de “Tronco anguloso” en el Grupo de estudio y Grupo de referencia en el dibujo de la persona, dibujo de persona con discapacidad y dibujo persona en movimiento.

En la Figura 10 se puede observar las diferencias en el dibujo 1, entre ambos grupos con relación al indicador tronco “anguloso”, presentándose en menor medida en el grupo de estudio, con sólo 1 (6,7%) caso de dicha muestra, mientras que se muestra en mayor frecuencia en el grupo de referencia, donde se ve reflejado en los dibujos de 7 (46,7%) de los participantes. Notando que en el dibujo 2 y 3, los grupos de estudio y de referencia mantienen un ejecución similar, donde el indicador mencionado está presente en los participantes con discapacidad física adquirida en un porcentaje del 33,3 % (5) de los dibujos evaluados, mientras que en el grupo control o de referencia está presente en un 53,3% (8) de las figuras humanas con discapacidad y en movimiento. Encontrando en la ejecución de los 3 dibujos una mayor presencia del tronco “anguloso” en personas sin discapacidad física adquirida.

Tabla 13.

Prueba U de Mann-Whitney. Comparación de los grupos por prueba.

	Estadísticos de prueba ^a		
	Total dibujo persona	Total dibujo discapacidad	Total dibujo en movimiento
U de Mann-Whitney	106,50	95,500	88,500
	0		
W de Wilcoxon	226,50	215,50	193,50
	0	0	0
Z	-,251	-,711	-,724
Sig. asintótica (bilateral)	,801	,477	,469
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,806 ^b	,486 ^b	,477 ^b

a. Variable de agrupación: Grupos

b. No corregido para empates.

Se empleó una prueba no paramétrica, la U de Mann-Whitney para determinar si hay diferencias o no, en el comportamiento de la variable imagen corporal entre el grupo de estudio y el grupo de referencia en las 3 pruebas que se llevaron a cabo en ambos grupos. De acuerdo a la *tabla 13*, en los valores arrojados por el estadístico empleado el nivel de significación en las tres pruebas de Figura humana, persona con discapacidad y persona en movimiento fue $> p = 0,05$ arrojando que no existen diferencias estadísticamente

significativas entre personas con discapacidad física adquirida y personas sin discapacidad respecto a la variable de estudio en cada una de las pruebas.

VIII DISCUSIÓN

Portuondo (1997) expresa que en el Test de la Figura Humana “lo que cada cual dibuja está íntimamente relacionado con sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad” (pág. 14). Es por ello y a partir de los resultados obtenidos mediante esta investigación, que se pudo observar que los participantes proyectaban en sus dibujos información que describía aspectos de sí mismos, experiencias y emociones vinculadas a la discapacidad, tanto a nivel gráfico como verbal.

En este sentido, se describe la imagen corporal de las personas con discapacidad física adquirida por accidente, a través de la entrevista semiestructurada y el Test de la Figura Humana (3 versiones), los cuales dieron paso a los siguientes hallazgos:

1. Percepción de sí mismo.

Las personas con discapacidad física adquirida por accidente manifiestan cambios en la apreciación de sí mismos, donde refieren no sentirse como antes, ya que previo al accidente eran personas más alegres, con mayor interacción social, independientes en cuanto al desarrollo de actividades cotidianas, aspecto que se ve modificado de forma abrupta (herida con arma de fuego, accidente de tránsito, quemaduras, etc.) a causa del evento traumático, así como menciona uno de los participantes, Vb: “Uno está acostumbrado a hacer todas tus cosas, con tus hábitos, a que te estén haciendo todo, es fuerte”.

Asimismo, muestran poca seguridad personal, inclinándose a periodos infantiles e incluso primitivos como una forma de defensa ante el trauma, hecho que es proyectado en las extremidades inferiores de las personas dibujadas como una manifestación de la angustia que presentan, debido a que, a pesar de los esfuerzos realizados en terapia de rehabilitación para la recuperación de sus funciones, no han obtenido los resultados

esperados por ellos, lo cual se torna evidente en mucho de los casos, ya que, los participantes que destacaron estos indicadores presentan falta de movilidad.

Es por ello, que se aprecia vulnerabilidad ante la situación en la que se encuentran, debido a que después del accidente requieren ayuda o asistencia de otras personas para realizar ciertas actividades, volviéndolos dependientes y con un ánimo triste u hostil, como respuesta a la pérdida de la motilidad que experimentan en su cuerpo. Por lo que los diversos sentimientos generados por esta dependencia, no logran ser verbalizados y afectan la elaboración de la discapacidad, manteniendo a los participantes en el pasado e incluso se puede decir, que en la culpa.

2. Representación de la discapacidad.

La discapacidad es percibida por los participantes como una condición que les ha cambiado su forma de vivir y de relacionarse, implicando sentimientos de tristeza, rabia y/o frustración, donde muchos no reconocían la situación en la que se encontraban, estando en negación ante esta realidad, destacando que la causa de dicho estado era ocasionado principalmente por la apariencia física y por la poca o nula aceptación de sus propios cuerpos en la actualidad.

Ahora bien, en la elaboración de las pruebas gráficas aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, se pudo visualizar en el grupo de estudio y el grupo de referencia, diferencias en la ejecución de los dibujos. Debido a que los dibujos efectuados por el grupo de personas con discapacidad, se muestran con poca elaboración, con pocos detalles y distinciones corporales, ocurriendo lo contrario en los dibujos del grupo referencia, donde se observan figuras con mayor elaboración y detalle. Dando respuesta al conflicto hacia el cuerpo que presenta el grupo de personas con discapacidad, mostrando inconformidad, poca aceptación y manifestando la posible representación y apreciación mental referida al mismo, por parte de los participantes, como indica Leiva (2011).

En los dibujos de la figura humana también se encontró que el tronco en forma angulosa tuvo mayor presencia en el grupo de referencia, mientras que el resultado en el grupo de estudio fue menor, visualizando en este último, representaciones corporales delgadas, poco definidas con líneas rectas, lo que además puede relacionarse con la castración y la pérdida. Por su parte, el grupo de referencia representa mayor seguridad referida a su imagen corporal, con rasgos definidos y que indican masculinidad, poder y superioridad, asociada a la imagen corporal.

Se puede ver que algo similar ocurre con la extremidades inferiores elaboradas por personas con discapacidad, las que se muestran desnudas, donde es proyectada la problemática de forma directa, debido a que los participantes presentan pérdida de la motilidad generalmente en estas zonas, por lo que muchos manifiestan preocupación referida a no recuperar la movilidad, Vb “(preocupación) sobre mis piernas, que no se despierten”; “Me siento muy incómodo (...) el movimiento que yo tenía no lo tiene”. Notándose un sentimiento de indefensión y de extrañeza hacia sus piernas y pies, lo que se resume en un importante monto de angustia, ya que tal situación ocasiona displacer.

Es así, como la inseguridad relacionada con la imagen corporal, con rasgos menos definidos pero que se relacionan con el propio sexo de los participantes, tiende a mostrar debilidad, descontento y poca conformidad con el cuerpo, siendo este un ejemplo más del cambio por el que atraviesan los participantes con discapacidad y la necesidad de adaptación que presentan, visualizando a su cuerpo incompleto, endeble e incluso indefenso ante los estresores externos y a las exigencias propias de cada sujeto.

3. Relaciones interpersonales.

Jaramillo (2012) refiere que la imagen corporal está conformada por dos elementos: la historia de cada sujeto y la relación de éste con los demás. Observando en la presente investigación que el área que se ha visto más afectada después del evento traumático es la social.

Es por esto, que el conflicto hacia el cuerpo se representó claramente en zonas vinculadas al contacto con el otro, como es el caso de las manos, brazos, piernas y pies. Las manos es un indicador realizado por el grupo de estudio, de forma difusa, con imprecisión en la realización del contorno en esta zona. Esta característica nos indica que en el grupo de personas con discapacidad se presentan conflictos en el Yo, logrando afectar las relaciones interpersonales, debido a la inconformidad que sienten hacia su cuerpo por la pérdida de movilidad, extrapolando las limitantes que implica la discapacidad a la interacción con los demás, lo que se logra reafirmar con el siguiente verbato “a mí me da pena salir a la calle y caminar con mi pierna toda chueca pero tengo que acostumbrarme mientras tanto”. De acuerdo a los resultados obtenidos, esta situación no se mostró de igual modo en el grupo de referencia.

Otro rasgo de contacto que se presentó, aunque con poca diferencia entre ambos grupos, es la representación de los brazos separados, que nos indica la manera en que los individuos se desenvuelven en su entorno y muestra dificultades en cuanto a la buena adaptación a las relaciones sociales, por lo que hay un mínimo distanciamiento de las mismas e incluso protección hacia los demás, que no llega a ser total por la necesidad de todo ser vivo de contacto con el otro, demostrado en la siguiente frase extraída de la entrevista Vb: “Algo, yo era un muchacho que echaba mucha broma (...) ahora no me da ánimo, mis amigos me dicen para salir y no me da ánimo”.

Algo semejante ocurre, en la representación de las extremidades inferiores del cuerpo, refiriéndonos a las piernas y pies, indicadores que al igual que las manos y brazos se relacionan en gran medida con la interacción social; se encontró que la mayoría de los participantes del grupo de personas con discapacidad, dibujaron las piernas y pies sin ropa, sin ninguna prenda que recubriera los mismos, mostrándolos desnudos e indefensos ante las personas que los rodean y frente a la situación de discapacidad que se encuentran.

Por otra parte, se encontró la omisión de las orejas, tanto en el grupo de estudio como en el grupo de referencia, mostrándose en igual medida la aparición de este indicador. En el caso del grupo de estudio y en contexto con los resultados obtenidos y la teoría,

podemos decir, que existe preocupación acerca del entorno y lo que se dice en él, así como la necesidad de ser informados sobre su condición y lo que ocurrirá después.

En síntesis y a partir de los indicadores antes mencionados, podemos afirmar que los participantes de este grupo se sienten expuestos y desprotegidos ante la mirada del otro, produciendo a su vez desestabilidad a nivel emocional y un desequilibrio en las distintas áreas de su vida. Debido a que el ser observado por el otro y estar expuesto a situaciones en el entorno social que puedan generar rechazo o cambios en la interacción acostumbrada, les llega a producir ansiedad, convirtiéndose la misma en limitante, al momento de que son los propios sujetos los que se retraen del mundo exterior, como mecanismo de defensa ante la angustia que les genera la falta de movilidad, la culpa y el posible intercambio que se pueda producir con los demás.

Generando como resultado, que aunque la sociedad discapacita, como asevera la teoría, la persona con discapacidad también suele limitarse y excluirse de lo social, volviéndose una representación de la misma, al momento, en que tal como especifica la Ley de personas con discapacidad (2005) en su definición de personas que presentan esta condición “al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificulten o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social” (pág. 2) .

Muestra de lo antes mencionado se presentó en uno de los participantes, quien manifiesta en la entrevista tener independencia y aceptación hacia la discapacidad, sin embargo, al momento de indicarle la consigna “dibuja una persona con discapacidad”, dibujó una persona sin dicha condición, siendo esta figura la de un bebé de 2 años, refiriendo Vb: “lo dibujé sin ese pensamiento (reflejar discapacidad), de que uno puede hacer las cosas”. En esta figura se refleja vulnerabilidad ante la condición en la que se encuentra, considerando que a pesar de que refiere realizar sus actividades cotidianas de manera independiente, existe la necesidad de atención y ayuda por parte de los demás, indicando una disminución en la defensa, ya que al representar la figura como un bebé, se está asimilando a la ausencia de independencia en la autonomía motriz y que implica los cuidados de alguien más.

Es de esta manera, como en vía para la resignificación de la imagen corporal, van surgiendo entre los mecanismos para lidiar con la pérdida de la movilidad y en respuesta a la necesidad de ser ayudados por el otro, las redes de apoyo familiares, sociales y religiosas, herramienta que en ocasiones el propio sujeto puede mostrar rechazo hacia ellas, pero que representa un soporte en el proceso de adecuación a la discapacidad, Vb: “Mi condición no se la deseo a nadie y lo soporto porque tengo fe en Dios”.

4. Emociones asociadas a la discapacidad.

En cuanto al área emocional, se observó a través del tipo de trazo que la mayoría de los participantes del grupo de personas con discapacidad realizaron un trazo fino y débil, y en ocasiones este trazado también era quebrado. Esto manifiesta inseguridad, retraimiento y desvalorización, presumiendo que el hecho de dibujar un cuerpo humano los coloca en una posición en las que no se sienten seguros, produciendo incertidumbre y ansiedad, debido a que pueden sentirse expuestos al momento de realizar el dibujo, haciendo mención a la representación de diferencias a nivel físico y emocional, encontrando que la imagen corporal se puede ver afectada si la persona se ha enfermado, lastimado o presenta algún tipo de discapacidad, tal como refiere Leiva (2011). En contraste, en el grupo de referencia los participantes realizan un trazo más seguro, siendo este grueso o remarcado.

También en los dibujos desarrollados por el grupo de estudio, destaca la presencia de ojos vacíos, mientras que en el grupo de referencia se da en menor medida, esto nos apunta que existe una negativa a ver la realidad, no identificándose al momento de verse frente a un espejo y en oportunidades, al verse en el otro, dando paso al poco control de las emociones, debido a las distintas sensaciones encontradas, no logrando identificar las emociones que pueden estar experimentando en el proceso de adaptación en el que se encuentran. Por lo que la conflictiva presente entre la negación o falta de aceptación de la pérdida que están vivenciando y la imperiosa demanda de la realidad implican el abandono de la libido a la zona del cuerpo que ha perdido su funcionalidad.

Aunque cada participante vivencia la pérdida de forma única e irrepetible, se puede hallar en los resultados y verbatos sobre la discapacidad y su elaboración, aspectos en común referidos a un proceso de duelo, donde a través de frases como Vb: “Me sentí muy triste, no me explicaba por qué estaba así... los primeros días fue una depresión fuerte, no quería que me vieran, no quería comer”, Vb: “Estaba deprimido, me quería morir, porque no quería vivir con una discapacidad”, donde hay emociones evidentes y verbalizadas dirigidas al polo depresivo, así como un retraimiento de lo externo, apreciando en ocasiones un estado de negación de la realidad como mecanismo de defensa, como es el caso de uno de los participantes que presentaba limitaciones en la movilidad de sus piernas, debido a que al momento de preguntarle si presentaba alguna discapacidad, respondió Vb: “Por los momentos no, ahorita por el accidente mis piernas no se han despertado”.

Viendo que en oportunidades los participantes extrañan a la persona que solían ser, lo que nos indica que en la fantasía los participantes tienen el deseo de regresar al estado previo del trauma, a la añoranza de estar completos, evadiendo la falta y las limitantes que implica la discapacidad, Vb: “que no quiere funcionar (cuerpo) y estoy arrecho con él”, también se puede citar Vb: “Un poco dormido (el cuerpo), un poco pesado porque ya no está como antes”, relacionándose con el duelo desarrollado por Freud (1917), en el que inicialmente se produce un dolor intenso, seguido de la pérdida de interés por el propio cuerpo y por aquello que les rodea, así como un estado de negación de la realidad, a lo que se espera que posteriormente ocurra la aceptación, como un acto que hace frente a lo real y a un proceso normativo generado a causa de una pérdida.

5. Imagen corporal de personas con discapacidad física adquirida.

Realizando un recorrido a través de las entrevistas, las pruebas y las distintas consignas, se afirma, que la imagen corporal de las personas con discapacidad física adquirida por accidente, se encuentra en un proceso de resignificación, donde persiste la imagen previa instaurada con el pasar de los años y las distintas experiencias personales y sociales, la necesidad de enfrentar y convivir con la pérdida de la función o un miembro del cuerpo, la añoranza de la movilidad que ya no está presente y el proceso de adaptación

al cual deben someterse estas personas, hablando que la persona se vuelve en sí misma y representa la falta, dando paso el trauma a la formación de heridas de tipo narcisistas (Freud, 1917), que hacen mucho más difícil la elaboración del proceso de duelo, haciendo que en algunos casos sea el propio individuo quien se retraiga de lo social; tomando en consideración como se mencionó en la teoría, que el cuerpo es una construcción que depende en gran medida de lo social y lo social discapacita e imposibilita. Las personas estudiadas, se encuentran atravesando un proceso donde deben aprender a lidiar con un cuerpo distinto y a generar espacios de aceptación y equilibrio de la imagen de su cuerpo (Aramayo, 2005; Silberkasten, 2005).

Observando en la muestra de personas con discapacidad, que durante la búsqueda del equilibrio entre su imagen corporal y el proceso de cambio o duelo por el que han pasado la mayoría expresan haber recibido apoyo de familiares y parejas, como también el apoyo espiritual, situación que se considera de gran relevancia para la evolución y adaptación en la superación de las posibles limitaciones que acarrea la discapacidad, ya sea, a nivel social, individual o ambos, y que nos indica que la libido ha movilizado su energía a otro objeto, que se encuentra extrínseco al Yo de cada sujeto y que responde al proceso de resignificación de la imagen corporal en la que se encuentran.

Ya que como plantea Jaramillo (2012) la imagen del propio cuerpo está sujeta a evoluciones y cambios que se van estableciendo de manera paralela a la identidad del sujeto: cómo se ve, quien es y cómo es visto por los demás.

IX CONCLUSIONES

Aramayo (2005) expresa que la discapacidad es una temática inserta en la sociedad, que se visualiza cada día con mayor frecuencia debido a las múltiples variables que trae consigo la dinámica vital. En este sentido, es llamativo que a pesar de la notoria presencia de personas con discapacidad en Venezuela, en la actualidad se encuentra un vacío de información a nivel social y personal sobre esta condición y las implicaciones físicas, emocionales y mentales del propio sujeto que la vive, por lo que esta investigación se avocó a brindar desde la psicología clínica una visión descriptiva de la imagen corporal de personas con discapacidad física adquirida por accidente, como un aporte a la extensa variedad de áreas que componen la discapacidad.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos, las personas con discapacidad física adquirida por accidente que participaron en esta investigación, experimentan la discapacidad como un cambio, encontrándose con la necesidad de aprender a vivir sin una parte de sí mismos, en otras palabras, con una falta que implica en ocasiones negaciones, llanto, tristeza, ira, entre otras emociones relacionadas con el polo depresivo, así como las limitaciones vinculadas a dicha falta. Partiendo de lo antes mencionado, se puede decir que se lleva a cabo el desarrollo de las fases de un duelo asociado a la pérdida de un miembro del cuerpo que trae consigo, pérdida del propio ser y de la propia identidad, en este caso haciendo referencia a la pérdida de la movilidad de alguna parte del cuerpo, focalizando el cuerpo primordialmente por su funcionalidad, que ahora le genera mayor angustia.

Dicha angustia es considerada como la manifestación de las dificultades o limitantes que trae consigo la discapacidad y que afecta las diversas áreas que comprenden la imagen corporal del sujeto, centrándose en la falta en el cuerpo y en lo que los participantes definen como un cambio de la actividad a la pasividad, incluso a la dependencia hacia otra persona, encontrándose en una situación donde anhelan a la imagen de sí mismos que tenían antes del accidente, rechazando a la persona y lo que representa vivir con una discapacidad, por ende, el convivir con ellos mismos. Notando que aunque

la teoría afirma en la mayoría de los casos es la sociedad quien discapacita, se observa que en ocasiones es el propio sujeto el que se limita y se retrae de lo externo.

Aunado a los hallazgos mencionados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudio y el grupo de referencia que indiquen conflictos relacionados con el cuerpo, visualizando que los indicadores gráficos estructurales esperados en la realización de figuras humanas en las pruebas aplicadas, en su mayoría estuvieron presentes, además que el 100% de los participantes (grupo de referencia y grupo de estudio) realizaban una persona sin discapacidad y luego al ser expresada la consigna de las versiones modificadas representaban una persona con discapacidad, que en su mayoría solía ser física; aspecto que se relaciona directamente con la imagen del cuerpo, el ideal del yo y la falta asociada al cuerpo, considerando que las personas con discapacidad estudiadas están en un proceso de resignificación, donde la imagen del cuerpo que tenían antes del accidente se ve modificada por razones extrínsecas, llevándolos a elaborar inicialmente en sus dibujos a la persona que eran antes del accidente y dejando en un segundo plano el dibujo que representa la realidad actual.

Por su parte, en el análisis detallado de la presencia-ausencia de los indicadores, se pueden hallar diferencias entre los grupos, referidas a la ejecución de las figuras humanas y relacionadas con indicadores de tipo emocionales, dichos indicadores suelen estar presentes en los grupos, indistintamente de las consignas aplicadas, siendo característicos de los mismos, por ejemplo:

- La muestra de personas con discapacidad física adquirida, generalmente tiende a realizar sus dibujos con un trazo fino o débil y quebrado, con los ojos pequeños o vacíos, contornos de las manos imprecisos, un tronco delgado y poco definido, piernas sin ropa y pies desnudos.
- Mientras que, la muestra de personas sin discapacidad, realiza dibujos con un trazo grueso o remarcado y que en ocasiones suele ser espigado, poseen mirada fija, brazos largos, tronco anguloso, extremidades inferiores con ropa.

Se pudo apreciar que las personas con discapacidad, presentan ansiedad y cierta resistencia al momento de realizar las pruebas, especialmente las versiones modificadas; por lo que los indicadores relacionados con el área emocional, la interacción social y el contacto con el otro se encuentran con mayor énfasis en el grupo estudio, dando como resultado la presencia de un estado de ánimo triste u hostil, donde hay dificultades en la relación y aceptación del propio ser, afectando a su vez el establecimiento de vínculos positivos con los demás, debido a que la libido y toda la energía del individuo está volcada hacia el Yo como menciona Freud (1917), presentándose una herida narcisista, que hasta que no sea elaborada llega a limitar al sujeto en las áreas antes mencionadas, actuando sobre la aceptación de la discapacidad y la adaptación a la misma; observando que en los casos en que la libido paulatinamente abandona el Yo y la realidad de la pérdida de la movilidad es aceptada existen mejores relaciones sociales, así como, un mayor apoyo familiar que genera una mayor motivación, pensamientos positivos y como resultado una mejoría visible en cuanto a movilidad e independencia de acciones.

En este sentido, tomando en cuenta que la imagen corporal tiene que ver con la apariencia del cuerpo, con las experiencias previas del sujeto y con la relación éste con los demás, se piensa que a partir del evento traumático se va generando una resignificación del concepto de sí mismo, que conlleva a la interacción dinámica de las experiencias pasadas, por tanto la concepción de sí mismo antes de la discapacidad, la herida del propio ser que viene como consecuencia del accidente, sumando también las nuevas experiencias y relaciones que se establecen con el otro después de tener una discapacidad.

Ahora bien, si el cuerpo es la base de lo externo y lo interno, del Yo y de las demás instancias psíquicas, y la imagen corporal implica una construcción mental originada por distintas experiencias individuales y sociales, que permean nuestra identidad y nuestra personalidad, se puede decir a partir de los hallazgos, en el caso de las personas que presentan discapacidad como resultado de la pérdida de una función o de una parte del cuerpo debido a un accidente se produce un desequilibrio en lo físico y lo mental, significando este evento traumático la muerte de una parte de sí mismo, que rompe con la estabilidad psíquica y emocional y los vuelve vulnerables e incluso temerosos ante el

mundo externo. Situación que puede enfermar a las personas afectadas o por el contrario, ser elaborada.

Esto nos permite hablar de la presencia de características comunes a las de un duelo, que como plantea Freud (1917), produce un estado de ánimo doloroso, que parece cesar el interés por lo externo y se visualiza una inhibición. Situación que a través del tiempo se espera sea elaborada y aceptada, mientras se pueden observar intentos de restaurar la imagen corporal, a través de mecanismos de defensas, centrados en la fantasía de recuperar la movilidad que tenían antes, lo que es necesario para el proceso de reestructuración de la imagen corporal y de rehabilitación ante la discapacidad.

Así mismo, cuando hay un acercamiento a la realidad se evidencian acciones imperiosas respecto a los demás como ignorar al otro, negaciones, agresiones, maltratos y actitudes ofensivas e incluso que se pueden tornar crueles como una forma de apaciguar el dolor, como se presentó en los casos 12 y 14. Mientras que en otros casos, ocurre todo lo contrario observando personas que se vuelven tan dependientes que ameritan cuidados particulares, propios de periodos infantiles, volviéndose frágiles y completamente vulnerables y necesitados, en esta oportunidad se puede mencionar uno de los casos donde el participante no siguió indicaciones de la consigna en el dibujo de persona con discapacidad, dando como resultado el dibujo de un bebé de 2 años, aunque este participante manifieste realizar las actividades cotidianas de manera independiente, en el dibujo que ejecutó reflejó vulnerabilidad y conflictos hacia la condición de discapacidad y la necesidad de ser cuidado.

También, se pueden hallar casos como el 1, 10 y 13 que procuran canalizar el monto de ansiedad que les genera la discapacidad, realizando talleres y actividades que les permitan reintroducirse a la sociedad de una forma más adecuada. Como se puede evidenciar, la manera de elaborar la pérdida varía según sea el caso, puesto que las experiencias personales influyen en este proceso, por ende responde a la individualidad.

Finalmente, se puede decir que la imagen corporal de las personas con discapacidad física adquirida por accidente, se ve afectada por el evento traumático, que implicó la pérdida de una función y que ocasionó la discapacidad. Por esta razón la imagen del cuerpo se ve alterada produciendo inestabilidad emocional y limitaciones a nivel social, conllevando a afectaciones en la relación con el otro, debido a que la persona, ante tal evento se le obliga a reestructurar su imagen corporal, siente inseguridad, minusvalía, añoranza de lo perdido, afectando directamente el contacto social y la manera en que se desenvuelven en su entorno.

El cuerpo representa un nexo con el otro, es el medio por el cual los sujetos proyectan procesos internos y perciben los externos, en otras palabras, es la base de lo interno y lo externo, viéndose afectado al ocurrir un desequilibrio en alguno de estos aspectos. Por lo que al verse amenazada o modificada la funcionalidad del cuerpo, repercute en los procesos internos del sujeto, directamente en el Yo, exigiendo la resignificación de la imagen corporal, que en oportunidades es alterada o frenada por la presencia de la fantasía, que lleva a los mismo al estado previo al trauma, haciendo más difícil el manejo de la experiencia.

Mostrando con esto, que si bien la imagen corporal depende del otro, siendo el otro una parte importante para la resignificación, al momento en que el individuo revive constantemente una imagen pasada que fue modificada, se retrae por la angustia que le genera la respuesta del otro hacia su pérdida, limita la interacción con los demás y por ende, el intercambio de ideas con el mundo externo, afectando la elaboración de la discapacidad y la reorganización de la imagen corporal, manteniéndose en un estado de indefensión ante las demandas cotidianas y de negación del trauma.

X LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, se puede decir que uno de los alcances más relevantes fue el trabajo dentro de la Psicología Clínica Dinámica con personas con discapacidad, debido a que existe poco contenido teórico-práctico dentro de esta área de estudio en nuestro país, integrando técnicas propias de la clínica dinámica y llevándolas a personas que se encuentran atravesando la pérdida de la funcionalidad de alguna parte del cuerpo debido a accidentes, centrándonos en el individuo más allá de las limitaciones que la discapacidad acarrea. Aportando información para nuevas investigaciones relacionadas en el área.

Limitaciones:

1. Encontramos que se cuentan con pocas instituciones en el país que presten servicios y apoyo a la adaptación de personas que han adquirido una discapacidad física consecuencia de un accidente, lo cual dificultó un poco el trabajo al momento de la aplicación.
2. Se tuvo limitaciones en cuanto el espacio físico para llevar a cabo la aplicación, debido a que teníamos que trasladarnos hasta la habitación (compartida) de los participantes o indicarles a ellos que se trasladaran hasta la sala de recreaciones, viendo que en ocasiones al momento llevar a cabo la aplicación con los participantes también se encontraban otros pacientes realizando actividades con el personal del hospital.
3. Al trabajar con personas con discapacidad física adquirida por accidente encontramos que la forma en que se adquirió la discapacidad eran diversas, algunas se dieron por exposición a situaciones de riesgos, tales como, herida por arma de fuego por ser víctimas de robo, accidentes de tránsito y condiciones laborales inseguras. Por lo que cada participante tiene una apreciación diferente en cuanto al evento traumático, influyendo en la elaboración de la discapacidad.

4. El género de los participantes, se considera una limitación, en términos de la elaboración de la pérdida, principalmente en los hombres centrándonos en la castración en términos de funcionalidad, poder e independencia.

Recomendaciones:

1. Aumentar el número de participantes, para obtener resultados que impliquen a su vez una mayor confiabilidad, así como la realización de dicho estudio durante un tiempo más prolongado de aplicación.
2. Se recomienda que en futuras investigaciones se tomen en cuenta aspectos tales, como el género de los participantes, ya que está presente el miedo a la pérdida, basado en la castración y evidenciado en la muestra masculina. Situación que puede ser estudiada, debido a la posible influencia en el proceso de elaboración y resignificación de la imagen corporal.
3. Otro aspecto que puede ser objeto de estudio es la diferencia del proceso de elaboración del duelo en las personas con discapacidad adquirida, debido a que se tuvo la oportunidad de trabajar con personas con discapacidad física adquirida por enfermedades degenerativas o por accidentes cerebrovasculares, apreciando diferencias en cuanto al proceso de adaptación y de aceptación. Deduciendo que estas personas tienen mayor tiempo para elaborar la pérdida, a diferencia de aquellas personas que pierden un miembro corporal o que sufren un accidente cerebrovascular, siendo de ocurrencia drástica.
4. Sugerimos realizar el estudio en una muestra que incluya participantes con discapacidad física adquirida por accidente y personas con discapacidad congénita, debido a que puede haber diferencias en la imagen corporal en estas personas y en la elaboración de la discapacidad.
5. Se recomienda, generar mayor investigación y emplear otros instrumentos que permitan correlacionar los hallazgos obtenidos en la presente investigación
6. Incluir en el estudio a los cuidadores de las personas que han adquirido una discapacidad y explorar las implicaciones de esta situación en la dinámica familiar.
7. Se recomienda considerar el tipo de accidente que originó la discapacidad, pues éste tiene repercusiones en la elaboración del evento traumático, ya que, se observó que la discapacidad en los hombres se dio bajo la exposición a situaciones de riesgo, como

accidentes de tránsito, accidentes laborales y robos, mientras que las mujeres adquirieron la discapacidad en situaciones donde eran copilotos, acompañantes o en ocasiones por enfermedades degenerativas

XI REFERENCIAS

- Amono, J., Dall'Amellina, F., Torrecillas, M., Merlo, J. y Rizzi, L. (2012). *La constitución de la imagen inconsciente del cuerpo en la discapacidad y su relación con el grafismo*. Recuperado el 15 de marzo, de: <http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Constituci%C3%B3n-De-La-Imagen-Inconciente/6856985.html>
- Aramayo, M. (2005). *El Síndrome de Down: Una nueva visión*. Caracas: Fondo Editorial de la Facultad de Medicina, UCV.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. 5ª ed. Caracas: Episteme.
- Barton, L. (2008). Estudios sobre la discapacidad y la búsqueda de la inclusividad [Versión electrónica]. *Revista de Educación*, 349, p. 137-152. Recuperado de: <http://books.google.co.ve/books?hl=es&lr=&id=ANm9NiVLnMAC&oi=fnd&pg=PA137&dq=estudios+con+discapacidad+fisica&ots=uEvlG2ot47&sig=NAHH0YzjWVitVQntfLZDrYJkbUM#v=onepage&q=estudios%20con%20discapacidad%20fisica&f=false>
- Baz, M. (1999). El Cuerpo en la encrucijada de una estética de la existencia. En S. Carrizo (Comp.). *Cuerpo: Significaciones e Imaginarios* (pp. 25-41). México D.F: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Cantis, J. (2003). *Discapacidad: consideraciones teórico-clínicas*. Recuperado en octubre de 2012, del sitio web: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2748/1/interpsiquis_2003_10487.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (s.f.). *Clasificación de Tipo de Discapacidad*. Recuperado el 12 de febrero de 2014, del sitio web: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/ClasificadoresyCatalogos/default.aspx?_file=/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de la República, 36860 [Extraordinaria], Diciembre 30, 1999.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado el 10 de marzo de 2014, del sitio web de las Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a1>

Discapacidad Física. Recuperado el 10 de marzo de 2014, del sitio web: <http://www.telecentros.org/telecentros/secao=202&idioma=es¶metro=11554.html>

Freud, S. (1917). *Obras Completas: Duelo y melancolía*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Freud, S. (1923). *Obras Completas: El yo y el ello*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Gantheret, F. (1982). Lugar y estatus del cuerpo en el psicoanálisis [Versión electrónica]. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (61). Recuperado el 14 de marzo de 2014, de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719826103.pdf>

Graterol, E. (2012). Rasgos de Personalidad: Autopercepción e Ideal del Yo en jugadores de rol. *Revista Docencia, Investigación Extensión, educación y trabajo*, 1, 30-72.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ª ed.). México: McGraw-Hill.

- Jaramillo, D. (2012). *Intervienen la distorsión de la imagen del cuerpo a raíz de un desmembramiento*. Tesis de licenciatura. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Disponible: <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/159/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-7.pdf>
- Koppitz, E. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
- Koppitz, E. (1976). *El Dibujo de la Figura Humana en los Niños*. (5ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Guadalupe.
- Leiva, S. (2011). *Percepción de la imagen corporal en pacientes con psoriasis, basado en estudio de casos de 10 adultos con edades entre 25 y 30 años que asisten a la fundación ponte en mi piel*. Tesis de licenciatura. Universidad Politécnica Salesiana Sedequito, Quito, Ecuador. Disponible: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1320/11/TESIS%20SOFIA%20LEIVA.PDF>
- Ley para las Personas con Discapacidad. (2006, 15 de Noviembre). *Gaceta Oficial de la República*, 38598, Enero 5, 2006.
- Martínez, R. (2011). Discapacidad adquirida y discapacidad sobrevenida: análisis comparativo de la sobrecarga que generan ambas formas de discapacidad en las madres de hijos afectados. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 42(239), 67-84.
- Mercado, S. (s.f). El Test de la Familia Kinética: recorrido y análisis de sus aportes clínicos. Recuperado el 20 de febrero de 2014, del sitio web: <https://www.kennedy.edu.ar/DocsDep18/Psicodiagn%C3%B3stico/El%20Test%2>

0de%20la%20Familia%20Kin%C3%A9tica,%20recorrido%20y%20an%C3%A1lisis%20de%20sus%20aportes%20cl%C3%ADnicos.pdf

Movimiento activo. Recuperado el 08 de septiembre de 2014, del sitio web:
<http://www.iqb.es/diccio/m/mo2.htm>

Movimiento pasivo. Recuperado el 08 de septiembre de 2014, del sitio web:
<http://www.iqb.es/diccio/m/mo2.htm>

Nasio, J. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de la pág.:
<http://books.google.es/books?id=EiAfdyVxlmUC&printsec=frontcover&dq=la+imagen+inconsciente+del+cuerpo&hl=es&sa=X&ei=TPkMU86LKZSskAfPkoEg&ved=0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>

Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, United Nations. Recuperado el 10 de marzo de 2014, del sitio Web:
<http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a1>

Portuondo, J. (1997). *La Figura Humana: Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

Rodríguez, C. (2011). *Cuerpo, familia y psicosis: Aportes de Gisela Pankow y su clínica de la imagen del cuerpo hacia una comprensión y abordaje de la psicosis*. Tesis de licenciatura. Universidad Académica de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile. Disponible:
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/162/1/tesisfinal.pdf>

- Rodríguez, L. y Galán, S. (2001). *Relación entre los significados que la familia le da a la discapacidad física adquirida por un evento violento en un adulto joven y su proceso de adaptación*. Tesis de licenciatura. Universidad de la Sabana. Disponible:
<http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/4908/1/130173.pdf>
- Ruiz, M. (2002). Trabajo y discapacidad: incidencia de factores sociales y educativos en Extremadura. Tesis de doctorado inédita, Universidad de Extremadura, España.
- Sabino, C. (1994). *Cómo hacer una tesis*. Caracas: Panapo.
- Sassano, M. (2003). *Cuerpo, tiempo y espacio: principios básicos de la psicomotricidad*. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de la pág. web:
<http://books.google.es/books?id=pLivxj6PSKMC&pg=PA140&dq=francoise+Doltó+la+imagen+inconsciente+del+cuerpo&hl=es&sa=X&ei=YWgfU6TAJouPkAfjtoHgDg&ved=0CDUQ6AEwATgK#v=onepage&q=francoise%20Doltó%20la%20imagen%20inconsciente%20del%20cuerpo&f=false>
- Silberkasten, M. (2005). *La Construcción Imaginaria de la Discapacidad: una excusa para una articulación discursiva*. Recuperado en octubre de 2012, del sitio web:
<http://www.topia.com.ar/articulos/la-construcci%C3%B3n-imaginara-de-la-discapacidad-una-excusa-para-una-articulaci%C3%B3n-discursiva>
- Universidad Nacional de Tucumán. (s.f.). *Criterios de Interpretación del Test de la Familia Kinética*. Recuperado el 10 de agosto de 2014 del sitio web:
<http://www.psicologia.unt.edu.ar>.
- Vels, A. (s.f.). *Dibujo y Personalidad*. Disponible en:
<http://virtuasapiens.blogspot.com/2012/04/dibujo-y-personalidad-augusto-vels.html>

XII ANEXOS

Anexo A: Carta autorización de los participantes.



AUTORIZACIÓN

Yo _____, titular de la C.I. N° _____, por medio de la presente autorizo mi participación en la investigación realizada por Francis Contreras y Yaemily Rivas, estudiantes de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.

El Código de Ética Profesional del Psicólogo, contempla en su artículo N° 1 la obligatoriedad, para todo psicólogo en ejercicio, de regirse por los artículos que el mismo comprende. Específicamente para efectos de la presente investigación, deberán cumplirse con los siguientes:

- **Artículo 55:** La investigación en psicología debe ser realizada y supervisadas por personas técnicamente entrenada y científicamente certificadas.
- **Artículo 57:** La participación en cualquier investigación es de carácter voluntario, y se protegerá en todo momento la integridad física y mental del participante.
- **Artículo 60:** El investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidos a investigaciones y evitar aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a aquellos.

Firma

Anexo B: Guion de entrevista semiestructurada.

Entrevista Psicológica

Institución	
Caso N°	
Fecha:	

1. Datos personales

Nombre:	Edad:	Estado Civil: Soltero (a) ____ Casado(a)____ Divorciado(a) ____ Viudo (a)____
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	Género:
Ocupación:	Grado de Instrucción:	Entrevistadora:
Vive: Solo ____ Padres ____ Hermanos ____ Otros ____ Especifique:		

2. Antecedentes

Personales (Médicos/ Psiquiátricos/ Psicológicos)

Familiares (Médicos/ Psiquiátricos/ Psicológicos)

3. Situación actual

4. Genitograma

5. Aspectos relacionados con la discapacidad:

1. ¿Qué es la discapacidad para ti?
2. ¿Tienes alguna discapacidad?
3. Podrías contarme ¿cómo es vivir con tu discapacidad?
4. Cuéntame ¿Cómo fue?
5. ¿Qué ocurrió?

6. ¿Cómo te dieron la noticia de que ibas a vivir con una discapacidad? ¿Quién la dio?
¿Dónde?
7. ¿Te dieron esperanza de mejorar?
8. ¿Cómo te sentiste cuando te miraste en un espejo por primera vez después de recibir la noticia? (cambió tu autopercepción, cambió tu estado de ánimo humor)
9. ¿Consideras que la discapacidad ha limitado áreas de tu rutina diaria? ¿Cómo?
¿Cuáles? ¿de qué manera?
10. ¿Cómo es un día de tu vida?
11. ¿Cómo ha sido el aceptar tu discapacidad?
12. Podrías describirme lo positivo y lo menos positivo en tu vida antes del accidente
13. Podrías describirme lo positivo y lo menos positivo en tu vida ahora
14. Si pudiese definir en una frase tu condición ¿Cuál sería?
15. ¿Qué piensas de tu cuerpo ahora?
16. ¿Tienes alguna preocupación referida a tu cuerpo?
17. ¿Tienes alguna preocupación referida a tu discapacidad?
18. ¿Qué es lo primero que se te ocurre cuando ves tu imagen reflejada en un cristal o un espejo?
19. ¿Qué consejo le darías a alguien que se encuentre atravesando una situación similar a la tuya?
20. Podrías relatarme ¿Cómo te percibías a ti mismo antes de tener discapacidad?
21. ¿Cómo era tu día?
22. ¿Cómo te llevabas con tus padres, hermanos (personas con las que vivía)?
23. ¿Ha cambiado tu relación con tus familiares? ¿En qué?
24. ¿Qué cosas escuchabas (se decía) en casa acerca de lo que te pasó?
25. ¿Alguna vez escuchaste algún comentario en la familia? / ¿Cómo crees que veían lo ocurrido?
26. ¿Qué cosas han hecho por ti las personas que conoces?
27. ¿Te has sentido apoyado por tus familiares, amigos, etc.?
28. ¿Consideras que ha cambiado tu trato hacia los demás? En caso de ser afirmativo ¿Cómo?

INDICADORES GENERALES			INDICADORES		A	P	INDICADORES		A	P
INDICADORES			A	P					A	P
			De frente				Excesivamente grande			
Cabeza			De espalda				Sombreada			
Cara			De perfil				Reforzada o muy acentuada			
Ojos			ANALISIS DETALLADO				Énfasis en ventanas de nariz			
Orejas			CABEZA				Omitida			
Nariz			Grande				CUELLO			
Cuello			Grande en figura del sexo opuesto				Largo y delgado			
Brazos			Pequeña				Largo y muy grueso			
Manos			CARA				Muy corto y muy delgado			
Piernas			Énfasis en rasgos faciales				Muy corto y muy grueso			
Pies			Oscurecimiento de los rasgos faciales				Omisión			
Tronco			Rostro de perfil				BRAZOS			
Hombros			Omisión de alguna parte del rostro				Largos			
Caderas			Omisión del rostro				Extremadamente largos			
Articulaciones			OJOS				Separados del cuerpo			
Identificación del sexo			Muy pequeños				Cortos			
COLOCACIÓN			Mirada fija				Muy Cortos			
Hacia la izquierda			Énfasis				Apretados contra el cuerpo			
Hacia la derecha			Grandes				Apretados contra el cuerpo y manos en los bolsillos			
En el centro			Cerrados				MANOS			
Hacia arriba			Omitidos				Contornos imprecisos			
Hacia abajo			Vacios				Sombreadas			
TAMAÑO DE LA FIGURA			OREJAS				Detrás de la espalda			
Grande			Grandes				En los bolsillos			
Pequeña			Transparencia a través del cabello				Tamaño excesivo			
Normal (3/4 de la hoja)			Omitidas				Omisión			
POSTURA DE LA FIGURA			NARIZ							
INDICADORES	A	P	INDICADORES	A	P					

PIERNAS			Espigado		
Mas insistencia que el resto del dibujo			Grueso o remarcado		
Piernas cortas			INDICADORES EMOCIONALES		
Sin ropa			INDICADORES DE CONFLICTO		
Piernas apretadas			Nariz tachada		
Sombreamiento			Manos separadas del brazo		
PIES			Ojos cerrado		
Pies desproporcionados			Omitir alguna parte del cuerpo		
Desnudos			IMPULSIVIDAD		
Firmemente apoyados			Integración pobre de partes de figura		
TRONCO			Asimetría grosera de las extremidades		
Redondeado			Figura grande		
Anguloso			Omisión del cuello		
Delgado, representando del propio sexo			INSEGURIDAD		
HOMBROS			Figura inclinada		
Destacados			Cabeza pequeña		
Exagerados			Manos seccionadas u omitidas		
Con Borraduras			Omisión de brazos		
ARTICULACIONES			Omisión de piernas		
Dibujar figura tan pequeña como maní			Omisión de pies		
Destacar coyunturas			ANSIEDAD		
Énfasis			Sombreados		
TRAZO			Borroneos		
Recto y firme			Piernas juntas		
Fino o débil			Trazos intermitentes		
Fragmentado					
Quebrado					

Anexo D: Cuadro de corrección para dibujo de persona con discapacidad.

DISCAPACIDAD		
TIPO		
INDICADORES	A	P
Visual		
Auditiva		
Física		
Mental		
Intelectual		
Múltiple		
IDENTIFICACIÓN		
Ajustada a la D. del paciente		
Desajustada a la D. del paciente		
ACTITUD HACIA LA CONSIGNA		
Positiva		
Negativa		
Se resiste a la realización del dibujo		
No se resiste a la realización del dibujo		
CARACTERÍSTICAS GENERALES		
Estereotipado/Esperado/ Normalización del personaje		
Ridiculización del personaje		
Deformación de la figura		
Representación pobre		
Bien elaborado		
Énfasis en la zona que representa la discapacidad		
Naturalidad en la zona que representa la discapacidad		
Discreción/Simplicidad en la zona que representa la discapacidad		

Anexo E: Cuadro de corrección para dibujo de persona en movimiento.

INDICADORES MOVIMIENTO		
KINESIA		
INDICADORES	A	P
Adecuada		
Media		
Inadecuada		
Excesiva		
Inexistente		
TIPO DE ACCIÓN		
Activa		
Pasiva		
Ajustada a rol y edad de la persona		
Desajustada a rol y edad de la persona		
ACTITUD HACIA LA CONSIGNA		
Positiva		
Negativa		
Se resiste a la realización del dibujo		
No se resiste a la realización del dibujo		
OTRAS FIGURAS (PERSONAS)		
Se ajusta a la consigna		
Inclusión de otra persona		
GRÁFICO ACORDE AL VERBATO		
No se ajusta al relato		
Acorde al relato		