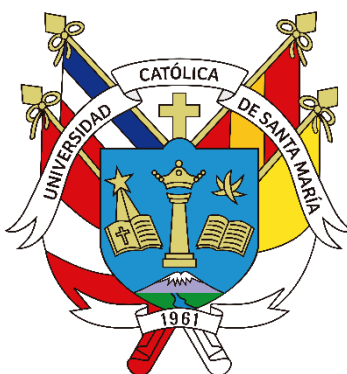


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**Dependencia Funcional y Autoestima en paradesportistas con Habilidades
Especiales en los miembros inferiores de la Ciudad de Arequipa, 2024**

Tesis presentada por el Bachiller:

Bustamante Díaz, Moisés Hernán

ORCID: 0009-0003-8832-0235

para optar el Título Profesional de Licenciado
en Psicología

Asesor (a):

Dra. Zevallos Cornejo, Asunta Vilma

ORCID: 0000-0002-0046-7319

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 27 de Junio del 2024

Dictamen: 012028-C-EPSIC-2024

Visto el borrador del expediente 012028, presentado por:

2019145031 - BUSTAMANTE DÍAZ MOISÉS HERNÁN

Titulado:

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y AUTOESTIMA EN PARADEPORTISTAS CON HABILIDADES
ESPECIALES EN LOS MIEMBROS INFERIORES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA; 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

**29457820 - MARTINEZ CARPIO HECTOR EMILIO
DICTAMINADOR**



**29689357 - QUISPE FLORES LITA MARIANELA
DICTAMINADOR**



**43439922 - PERLACIOS CRUZ CARLOS EDUARDO
DICTAMINADOR**



Dependencia Funcional y Autoestima en paradesportistas con Habilidades Especiales en los miembros inferiores de la Ciudad de Arequipa, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

33%	30%	6%	16%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

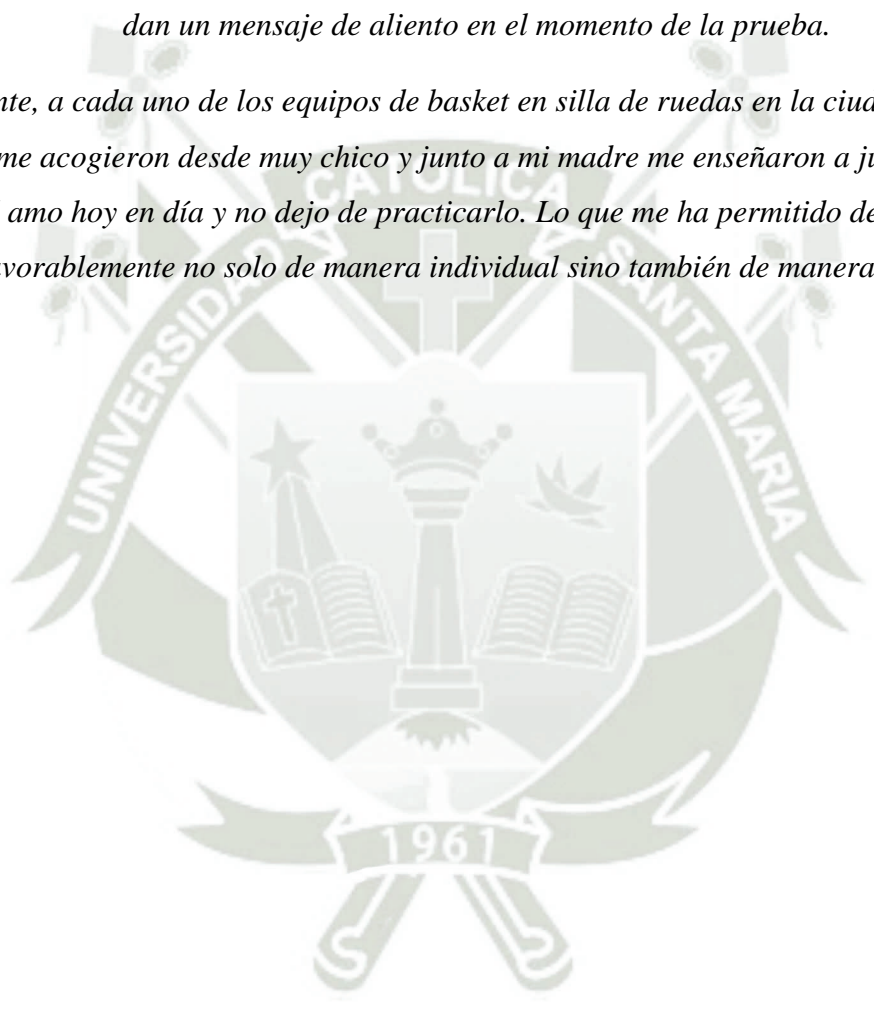
1	scielo.org.bo Fuente de Internet	2%
2	redined.educacion.gob.es Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Técnica de Machala Trabajo del estudiante	1%
4	repebis.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uned.ac.cr Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.umb.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%
8	repository.ucatolica.edu.co Fuente de Internet	1%

Dedicatoria

A mi familia por su apoyo incondicional a lo largo de este camino, siempre enseñándome que todo esfuerzo, dedicación y perseverancia traen consigo una recompensa y que todo lo que uno quiere puede lograrlo siempre y cuando lo ponga en manos de Dios.

A mis hermanos en Cristo, que siempre han estado pendientes pidiendo no solo por lo académico sino también por mi estado de salud cuando se ha requerido y porque siempre me dan un mensaje de aliento en el momento de la prueba.

Finalmente, a cada uno de los equipos de basket en silla de ruedas en la ciudad de Arequipa quienes me acogieron desde muy chico y junto a mi madre me enseñaron a jugar el deporte el cual amo hoy en día y no dejo de practicarlo. Lo que me ha permitido desenvolverme favorablemente no solo de manera individual sino también de manera grupal.



Agradecimiento

Agradecer a Dios primeramente por permitirme culminar satisfactoriamente mi borrador de tesis, a mi familia, amigos y profesores ya que gracias a todo su apoyo incondicional he podido llegar hasta donde estoy.

Agradezco a los diferentes equipos de baloncesto quienes me abrieron las puertas para poder desarrollar dicha investigación con facilidad.

Finalmente, a la Universidad por abrirme las puertas desde que ingrese y por más de que tenga una habilidad especial siempre fui aceptado y recibí el apoyo de profesores, amigos y de mi promoción.



RESUMEN

La investigación se enfocará en analizar la relación entre la dependencia funcional y la autoestima en paradeportistas con habilidades especiales que juegan baloncesto en la ciudad de Arequipa. Utilizando un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo correlacional, se trabajará con una muestra de cuarenta paradeportistas tanto hombres como mujeres. Se aplicarán dos instrumentos los cuales son el Índice de Barthel (IB) para evaluar la dependencia funcional en actividades básicas y la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) para medir la autoestima, la investigación solo será trabajada con tres diagnósticos los cuales son paraplejia, mielomeningocele y displasia de cadera. Los resultados revelaron que no existe una correlación significativa entre la dependencia funcional y la autoestima ($\rho = .084$, $p > 0.05$). Además, no se encontró relación estadísticamente significativa entre la autoestima y la dimensión deambular ($\rho = -.064$, $p > 0.05$) y trasladarse con la dependencia funcional ($\rho = 0.083$, $p > 0.05$). Se concluye que las variables no están relacionadas, lo que contradice la hipótesis. Estos hallazgos resaltan la complejidad de entender la relación entre la dependencia funcional y la autoestima en el contexto de los paradeportistas con habilidades especiales en Arequipa, lo cual enfatiza la necesidad de una investigación más profunda en este campo ya que es una población vulnerable la cual es poco estudiada y apoyada.

Palabras claves: Dependencia funcional, autoestima, paradeportistas.

ABSTRACT

The research will focus on analyzing the relationship between functional dependence and self-esteem in para-sportsmen with special abilities who play basketball in the city of Arequipa. Using a quantitative approach and a descriptive correlational design, we will work with a sample of forty parade athletes, both men and women. Two instruments will be applied which are the Barthel Index (IB) to evaluate functional dependence in basic activities and the Rosenberg Self-Esteem Scale (EAR) to measure self-esteem, the research will only be worked with three diagnoses which are paraplegia, myelomeningocele and hip dysplasia. The results revealed that there is no significant correlation between functional dependence and self-esteem ($\rho = .084, p > 0.05$). Furthermore, no statistically significant relationship was found between self-esteem and the wandering dimension ($\rho = -.064, p > 0.05$) and moving with functional dependence ($\rho = 0.083, p > 0.05$). It is concluded that the variables are not related, which contradicts the hypothesis. These findings highlight the complexity of understanding the relationship between functional dependence and self-esteem in the context of para-sport athletes with special abilities in Arequipa, which emphasizes the need for further research in this field as it is a vulnerable population which is little studied and supported.

Key words: Functional dependence, self-esteem, paraathletes.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	5
4. OBJETIVOS.....	6
5. OBJETIVO GENERAL	6
6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPITULO I	
7. MARCO TEÓRICO	8
8. ANTECEDENTES TEÓRICOS-INVESTIGATIVOS.....	8
7.1. HABILIDADES ESPECIALES	8
7.2. PARAPLEJIA	9
7.3. MIELOMENINGOCELE.....	12
7.4. DISPLASIA DE CADERA	13
7.5. DEPENDENCIA FUNCIONAL.....	18
7.5.1. TIPOS Y GRADOS DE DEPENDENCIA	20
7.5.1.1. DEPENDENCIA FÍSICA	20
7.5.1.2. DEPENDENCIA PSÍQUICA O MENTAL.....	21
7.5.1.3. DEPENDENCIA AFECTIVA.....	21
7.5.1.4. DEPENDENCIA SEVERA.....	21
7.5.1.5. DEPENDENCIA MODERADA.....	21
7.5.1.6. DEPENDENCIA LEVE	22
9. AUTOESTIMA	22
10. HIPÓTESIS.....	26

CAPÍTULO II

11. MÉTODO	28
12. METODOLOGÍA	28
13. INSTRUMENTOS	28
14. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSSEMBERG (EAR)	28
13.1. CONFIABILIDAD	30
13.2. VALIDEZ	30
15. ÍNDICE DE BARTHEL (IB)	30
14.1. CONFIABILIDAD	31
14.2. VALIDEZ	32
16. PARTICIPANTES	33
17. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	33
18. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	33
19. PROCEDIMIENTO	33
20. CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
21. ANÁLISIS DE DATOS	35

CAPÍTULO III

22. RESULTADOS	38
23. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	38
24. ESTADÍSTICA INFERENCIAL	41
25. DISCUSIÓN	43
26. CONCLUSIONES	44
27. SUGERENCIAS	45
28. LIMITACIONES	46
29. REFERENCIAS	47

30. ANEXOS.....	53
31. CONSENTIMIENTO INFORMADO	56

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: TASAS DE PREVALENCIA DE HABILIDADES ESPECIALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ALC).....	3
TABLA 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	5
TABLA 3: NIVELES Y PUNTUACIÓN DE LA VARIABLE AUTOESTIMA	31
TABLA 4: GRADOS Y PUNTUACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDENCIA FUNCIONAL	32
TABLA 5: NIVELES DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, DISTRIBUIDOS SEGÚN EL SEXO	37
TABLA 6: NIVELES DE AUTOESTIMA, DISTRIBUIDOS SEGÚN EL SEXO.	40
TABLA 7: MEDIA, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y CORRELACIÓN DE SPEARMAN ENTRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LA AUTOESTIMA EN PARADEPORTISTAS (N=40)	40
TABLA 8: CORRELACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON LAS DIMENSIONES DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL	42

Introducción

Se descubrió que aproximadamente 600 millones de personas viven con muchos tipos de habilidades especiales a nivel mundial, muchos de estos países no estando en pleno desarrollo (Organización Mundial de la Salud OMS, 2005).

En los diferentes censos hechos en Centroamérica y Sudamérica se ha descubierto que una alta tasa de la población vive con una o varias habilidades especial que va desde el 14.5% hasta el 1%, tal y como se observa en la Tabla 1 (Banco Interamericano de Desarrollo, 2007).

En Colombia, se ha notado un aumento significativo de la población, de igual manera se observa una subida significativa de los ciudadanos que comentan que poseen una o varias habilidades especiales, gracias a los datos que se brindaron por parte del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE: En el Censo del año 1993, se vio que 593546 personas fueron reportadas al menos una deficiencia severa, esto representa el 1.85% de toda la población (DANE, 2005).

Junto con los resultados a nivel mundial, dicho porcentaje fue relativamente bajo ya que se aceptaron algunas deficiencias, que quitan a muchas personas con otras limitaciones, por ejemplo, en el desempeño de las tareas hogareñas debido a muchas condiciones de salud. En 1993 los censos mostrados del total de personas que indican poseer alguna habilidad especial, el 34.47% presentaba una limitación visual, el 24.85% auditiva, el 16.62% RM, el 9.1% parálisis o ausencia de miembros inferiores, el 8.9% parálisis o ausencia de miembros superiores y el 6.1% reportaron mudez (DANE, 2004).

Los datos ofrecidos en el censo de colombiano del 2005 mostraron que, de la población colombiana censada ese año, el 6.3% indicaban al menos una limitación física, siendo esto igual a 2'651.701 personas.

De dicho grupo, se descubrió que el 43.4% mostraba limitaciones visuales, el 29.3% presentaban físicas o motrices o para moverse, el 17.3% indicaba pérdida de la audición total pese a poder acceder a tener aparatos destinados a desarrollar la escucha en la persona, el 14.6% presentaba problemas para mover con facilidad brazos o manos, el 13% para hablar, el 11.7% para comprender o aprender, el 9.9% para asearse, vestirse o alimentarse de forma independiente, el 9.4% para relacionarse con personas por algún problemas mentales o emocionales, y el 18.8% mostraron otro tipo de habilidades especiales (DANE, 2005).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE sigue en la labor de la actualización de los datos sobre personas con habilidades especiales en Colombia por medio del Registro para la Localización y Caracterización de personas con Habilidades Especiales, aproximadamente hasta el mes de marzo del 2010 se contaban con 857132 personas registradas, esto representaba aproximadamente el 32.3% de personas con habilidades especiales o limitaciones de por vida, teniendo como referencia los datos obtenidos por el Censo del año 2005. Gracias a estos datos, aproximadamente el 30.3% de estas personas muestran dificultades para el desenvolvimiento durante las actividades cotidianas ya sea por los movimientos (cuerpo, manos, brazos y piernas), el 21.6% poseen alteraciones en el sistema nervioso, el 15% en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, el 14.8% en los ojos, el 5.3% en la voz y al momento de hablar, el 4.9% en los oídos, el 4.8% en el sistema digestivo y sus funciones, el buen funcionamiento del metabolismo y las hormonas, el 1.5% en el sistema genital y

reproductivo, el 1% en la piel, el .5% en los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto) y el .3% reporta otra limitación (DANE, 2010).

Tabla 1

Tasas de prevalencia de habilidades especiales en América Latina y el Caribe (ALC)

País	%	Fecha
<i>Brasil</i>	<i>14.5%</i>	<i>Censo 2000</i>
<i>Chile</i>	<i>12.9%</i>	<i>Encuesta 2004</i>
<i>Ecuador</i>	<i>12.1%</i>	<i>Encuesta 2004</i>
<i>Panamá</i>	<i>11.3%</i>	<i>Encuesta 2005</i>
<i>Nicaragua</i>	<i>10.3%</i>	<i>Encuesta 2003</i>
<i>Perú</i>	<i>8.7%</i>	<i>Censo 2005</i>
<i>Uruguay</i>	<i>7.6%</i>	<i>Encuesta 2003</i>
<i>Argentina</i>	<i>7.1%</i>	<i>Encuesta 2001</i>
<i>Colombia</i>	<i>6.3%</i>	<i>Censo 2005</i>
<i>Costa Rica</i>	<i>5.4%</i>	<i>Censo 2000</i>
<i>Barbados</i>	<i>4.6%</i>	<i>Censo 2000</i>
<i>Trinidad y Tobago</i>	<i>4.5%</i>	<i>Censo 2001</i>
<i>Venezuela</i>	<i>4.1%</i>	<i>Censo 2001</i>
<i>Guyana</i>	<i>3.9%</i>	<i>Encuesta 1981</i>
<i>Bolivia</i>	<i>3.8%</i>	<i>Censo 2001</i>
<i>Guatemala</i>	<i>3.7%</i>	<i>Encuesta 2005</i>
<i>Jamaica</i>	<i>2.8%</i>	<i>Censo 2000</i>
<i>Surinam</i>	<i>2.8%</i>	<i>Censo 1980</i>
<i>Honduras</i>	<i>2.7%</i>	<i>Encuesta 2002</i>
<i>Bahamas</i>	<i>2.3%</i>	<i>Censo 2000</i>
<i>México</i>	<i>1.8%</i>	<i>Censo 2000</i>
<i>El Salvador</i>	<i>1.5%</i>	<i>Encuesta 2004</i>
<i>Paraguay</i>	<i>1%</i>	<i>Censo 2002</i>

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (2007)

Normalmente, los porcentajes obtenidos sobre las habilidades especiales en las personas de diversos países llaman a tomar las iniciativas tanto en los poderes de Estado y no gubernamentales dirigidas a simplificar la inclusión social de personas en contextos de habilidades especiales. Para que las leyes de inclusión hacia las personas con habilidades especiales sean respetadas dentro del trabajo se debe tomar en cuenta tanto las habilidades de la persona para desenvolverse socialmente y laboralmente, como el apoyo del entorno en general para aceptar a las personas con las diferencias y limitaciones propias de su condición física. Las personas que viven en un contexto de

poseer una habilidad especial, tienen brechas internas que impiden muchas veces su participación en actividades sociales, recreativas, educativas y laborales, a la par con las dificultades con las diversas funciones, flojera, pasividad, retraimiento, depresión, vulnerabilidad al estrés, entre muchas más.

Sin embargo, hay brechas que no son internas las cuales están relacionadas con el contexto físico y social en el que se desarrollan las personas que pueden disciplinarse por medio la toma de iniciativas y la elaboración de programas para la población vulnerable. Entre estas dificultades y barreras se ubican los obstáculos para la movilidad, urbanísticos, de transporte, las actitudes sociales estereotipadas, la falta de oportunidades y la dificultad de acceso a los recursos (Ibañez & Mudarra, 2004). Ya que la población vulnerable sobre todo los que poseen habilidades especiales en la población colombiana es altamente notable y el interés creciente del Gobierno, el sector privado y las muchas comunidades en programas de inclusión eficaces, pretenden hacer una observación teórica acerca de las habilidades especiales y el enfrentamiento de los factores que están relacionados con el fin de determinar el nivel de vida de las personas con alguna limitación física, todas estas están consideradas en una posición de alta vulnerabilidad y se merecen toda la atención integral que ayude al proceso de la integración a la sociedad.

Para (Pinto, 2016), en el Perú existe una población vulnerable que requiere de ayuda para su desarrollo en el contexto social en el que vive, ausencia de esto es lo que obliga a que busquen su independencia muchas veces siendo de riesgo, esto hace que deban de depender de cuidadores, familiares o incluso de una silla de ruedas para poder moverse de un lugar a otro.

El problema está dirigido solo para paradesportistas con habilidades especiales en la ciudad de Arequipa. La presente investigación tiene por objeto brindar apoyo a los

paradeportistas con habilidades especiales ya que se les dificulta desarrollarse muchas veces como personas independientes dentro y fuera de la ciudad de Arequipa.

Es importante llevar a cabo la siguiente investigación porque la población vulnerable en la ciudad de Arequipa se encuentra olvidada y la ciudad no tiene la infraestructura necesaria para que las personas se sientan seguras y libres de transitar de manera independiente y no depender de algún familiar, cuidador o de algún otro medio, también por que los paradeportistas muchas veces no pueden viajar con sus cuidadores debido a algunas limitación y restricciones, todo este provoca incomodidad por parte de los paradeportistas.

La investigación es original, ya que está enfocada en una población vulnerable que tiene una o varias habilidades especiales que son en los miembros inferiores pero que están dentro de la categoría de las limitaciones físicas.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación que existe entre la dependencia funcional y la autoestima en paradeportistas con habilidades especiales de la ciudad de Arequipa?

Operacionalización de Variables

Tabla 2

Variables	Dimensión	Definición conceptual	Indicador	Escala de medición
Autoestima	Positiva	Rosenberg (1996) conceptualizó la autoestima es la percepción del individuo crea sobre sí mismo ya sea positivo o negativo, con factores cognitivos y afectivos que intervienen, pues las personas generan sus propios sentimientos a partir del concepto que tiene sobre sí mismo.	Positiva	Ordinal
	Negativa		Negativa	

Dependencia Funcional	Comer	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dependencia funcional es “la disminución o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad dentro de los márgenes normales”	Total
	Trasladarse de silla a cama		Grave
	Aseo personal		Moderado
	Uso de retrete		Leve
	Bañarse		Independiente
	Desplazarse		
	Subir y bajar escalera		
	Vestir y desvestirse		
	Control de heces		
	Control de orina		

Nota: Elaboración propia

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y autoestima en paradeportistas con habilidades especiales de la ciudad de Arequipa, 2024.

Objetivos Específicos

Identificar los niveles de dependencia funcional en paradeportistas con habilidades especiales según el sexo de la ciudad de Arequipa.

Conocer los niveles de autoestima en paradeportistas con habilidades especiales por sexo de la ciudad de Arequipa.

Analizar la relación entre autoestima y la dimensión deambular en paradeportistas con habilidades especiales de la ciudad de Arequipa; 2024.

Establecer la relación entre autoestima y la dimensión trasladarse en paradeportistas con habilidades especiales de la ciudad de Arequipa, 2024.



CAPITULO I

Capítulo I: Marco Teórico

Antecedentes Teórico – Investigativos

Habilidades especiales

El término “habilidades especiales” ha sido modificado a lo largo de la historia, gracias a muchos factores culturales, religiosos, sociales y tecnológicos. De igual manera, se puede definir a las habilidades especiales desde un punto individual o desde un punto social. El autor nos explica que los impedimentos que se desafían las personas con algún impedimento son la respuesta de sus limitaciones individuales o de la ausencia o pérdida de las funciones, etc. De otra manera, el constructo social identifica el origen de las habilidades especiales en una sociedad que va y esta inventada por personas sin alguna limitación, por tanto, este contexto físico y social creaba brechas y desventajas en forma de agobio social hacia las personas con habilidades especiales (Porter, 2009).

En nuestros tiempos, el termino habilidades especiales se considera como una acción mutua entre una enfermedad o limitación y algún factor personal o ambiental que esté impidiendo la participación de la persona con habilidades especiales. Desde este punto de vista, la Organización Mundial de la Salud (OMS), brinda el siguiente concepto de habilidades especiales como: Una palabra genérica que engloba deficiencias, limitaciones o brechas de la actividad y restricciones a la participación. Se comprende por una habilidad especial a la unión entre las personas que pasan por alguna limitación o impedimento diagnosticado previamente o alguna malformación adquirida o de nacimiento (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down, etc) y las causas personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado), (OMS, 2016).

Al mismo tiempo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Habilidades Especiales, acepta que la limitación es un concepto en constante evolución

el mismo “es el resultado de la relación entre las personas con habilidades especiales y las dificultades en las actitudes y los contextos ambientales que muchas veces pueden ser obstáculos al momento de ver su participación activa y eficaz dentro de la sociedad que esta puesta encima de una base sólida de igualdad entre las personas sin distinción”.

De este modo, el término de habilidad especial, ya no está entendida únicamente como una ausencia o falta de alguna función o la presencia de alguna limitación o impedimento, además que se identifica fácilmente la presencia de alguna lesión o deficiencia, aunque se dice que la sociedad aún mantiene prejuicios, brechas o no brindan acceso completamente para su desarrollo.

Paraplejia

Se sabe que la paraplejia es la parálisis de las extremidades inferiores del cuerpo y puede ser parcial o completa. Su motivo principal es por lesión medular, pero también puede estar presente por diversas patologías o enfermedades ya sea por pedio de la mielitis transversa, contusión quística de médula y parálisis de Pott (causada por Tuberculosis), incluso también de diversos trastornos. Los pacientes con paraplejia muestran diferentes cambios en su organismo que son complicados de desafiar ya que de un momento a otro no pueden caminar y movilizarse fácilmente, perdiendo la sensibilidad tanto profunda como a nivel superficial; incluso el peligro que corren ya que pueden existir muchas complicaciones con molestias osteoarticulares, infección en vías urinarias, cuadros depresivos, alteración del sistema nervioso, úlceras por decúbito, rigidez muscular, retención fecal y estreñimiento. La úlcera por decúbito es conocida por tener una laceración de isquemia en la piel, la cual es provocada por la fuerza o fricción en diversos sitios del cuerpo donde existe huesos y donde también hay mayor apoyo del paciente, incluso por el roce y su unión, se puede ver los problemas circulatorios están presentes muchas veces por la poca sensibilidad y movimiento de la persona. La

tuberosidad del isquion y el tejido cercano al sacro son las zonas más afectadas por las úlceras generadas por presión, llamando a poner un límite en la circulación de la sangre lo que provoca un deterioro y mal funcionamiento de la dermis, epidermis y el tejido subcutáneo; por ende, también afecta a los músculos y los huesos. Todas estas son alteración que pasan seguido en pacientes con alguna lesión en la medula que vienen acompañadas con infecciones en las vías urinarias.

La úlcera por decúbito como definición hospitalaria se origina de forma silenciosa una vez que el paciente permanece más de 72 horas internado. En el área de salud pública se manifiesta de manera adversa dando inicio a más enfermedades que mayormente generan incomodidad en la persona. En salud pública se presenta habitualmente y de manera adversa originando complicación de enfermedades adicionales que ocasiona mayor estancia, incomodidad. Aumentando la morbilidad en estas personas incluso su calidad de vida, está presente las consecuencias sociales y económicas dentro de los hospitales y clínicas del país.

Adicionalmente, con respecto al aseo de la persona es preocupante ya que se está implicado en su mismo cuidado, este mismo está comprometido ya que la presencia de una limitación o una herida abierta está en relación con la organización de cuidados ya sea el caso de la atención debida con enfermeros y con la impericia y ejecución de la escala de valoración de las úlceras por presión.

Todo el tratamiento para una lesión en la medula tiene su proceso de rehabilitación la cual es realizada a través de un grupo preparado de profesionales por medio de una guía no solo multi, sino que también interdisciplinaria, las cuales se centran en incluir a estas personas de manera social, dándole un valor y controlando sus límites según la lesión de cada paciente.

Existen una gama extensa de personas con algún impedimento las cuales están categorizadas dentro del concepto de impedimento físico, en esta investigación explicaremos algunas de ellas que se presentan normalmente en paradesportistas de la ciudad de Arequipa.

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS, 2016) definen la paraplejía como la: “Pérdida severa o total de la función motora en las extremidades inferiores, así como también algunas partes del tronco y miembros inferiores”. Esta habilidad especial, es una parálisis en los miembros inferiores ya que las vías motoras secundarias se encuentran comprometidas con una lesión en la médula especialmente en los segmentos toracolumbares. Una vez que la lesión es total, se ve afectado las vías motoras, además las sensitivas y las autónomas también se ven comprometidas, con pérdida de la sensibilidad somática y de la movilidad voluntaria por debajo del nivel de la lesión, además el paciente presenta muchas veces una incontinencia urinaria y fecal, espasticidad, hiperreflexia, atrofia muscular, infertilidad y disfunción sexual normalmente en los hombres. (Moreno, 2009, p.152).

Además, Columbia Electronic Encyclopedia (2013) nos define la paraplejía como la ausencia de las funciones motoras sensoriales especialmente en el cuerpo debido a los segmentos neurológicos torácico, lumbar o sacro ya que el daño de los elementos neurales es en la columna vertebral, mayormente en distintos casos, la paraplejía. En la mayoría de los casos, el resultado de la paraplejía es una patología o lesión en la médula la cual provoca malas conexiones vías nerviosas las cuales están conectadas con el cerebro y los músculos, todas estas pérdidas de las habilidades para lograr mover los miembros superiores o inferiores según sea la lesión esta también acompañada muchas veces por la ausencia de la sensibilidad de las mismas acompañado de la falta de control de los esfínteres, es decir, del intestino y la vejiga.

Mielomeningocele

Las deformaciones del tubo neural (DTN) están presentes en el sistema nervioso las cuales se producen en el transcurso de la embriogénesis, al momento que el tubo neural no se cierra completamente. El fin de este estudio fue obtener una síntesis de la literatura sobre el manejo que debe de tener el paciente diagnosticado con mielomeningocele. El mielomeningocele se clasifica en dos tipos, ambas siendo tanto abierta o cerrada estas dependen de la presencia o no de la piel la cual cubre la parte afectada. Se pueden incorporar limitaciones las cuales emergen de la unión o la fusión errónea del tubo neural (craneorraquisquisis), error en el cierre del neuroporo anterior (anencefalia) y falla en el cierre del neuroporo posterior (espina bífida) (Montenegro, et. al, 2020).

La espina bífida o disrafismo espinal está caracterizada por un defecto óseo en los arcos de la columna vertebral. La espina bífida quística es tipo de espina bífida la cual es abierta, la cual está dentro de una cubierta meníngeo que forma un saco lleno de LCR; si solo se presenta una hernia de meninges dentro de la lesión en la médula espinal, está considerada como meningocele, y si presenta meninges y elementos neurales, esta se denomina mielomeningocele. En el mielomeningocele, la médula espinal no se fusiona con las dorsales mientras sucede la neurulación primaria, este genera un tejido neural en forma de placa, esto se denomina placoda neural y en la mielosquisis, se refiere al mielomeningocele sin dicha cubierta. La espina bífida cubierta o espina bífida cerrada, ambas son lesiones cubiertas por la piel que provocan un deterioro a nivel neurológico ya que se inmoviliza la médula espinal. Todo gracias a las lesiones que son difícilmente visibles, ya que su diagnóstico depende del reconocimiento de los signos cutáneos, ortopédicos, urológicos o neurológicos que integra hipertriosis, lipoma subcutáneo, hoyuelo sacro, hemangioma, deformidad del pie, diferencia en la longitud de las piernas,

vejiga neurógena, infecciones del tracto urinario frecuentes, además de signos de neurona motora superior o inferior, dificultad para caminar o cambios sensoriales.

Displasia de cadera

Estudio hecho en Ecuador (2010) llamado “Incidencia y tratamiento de la luxación congénita de cadera en niños y niñas menores de 4 años atendidos en la consulta externa del Hospital Isidro Ayora en Ecuador”, cuyo propósito fue determinar la frecuencia de aparición de esta patología en la infancia, a qué edad se diagnostica y qué tratamiento se brinda, la muestra estuvo conformada por 56 niños que fueron atendidos en el año 2008. Se llegó a la conclusión de que esta patología es más común en el género femenino con una relación de 2-3:1 respecto al género masculino. Adicionalmente, se hizo evidencia que el diagnóstico realizado se hizo en gran parte antes del inicio de la manifestación, sin dejar pasar de que existe un gran porcentaje de pacientes con diagnóstico de esta patología posterior a la manifestación, todo esto nos lleva a seguir un tratamiento traumático. Además, se reafirma que los pacientes con diagnóstico y pacientes con riesgo no recibieron o siguen un tratamiento para esta patología debido a que no regresan a control por consulta externa.

Por otro lado, un estudio realizado en Chile (2011) el cual lleva por título, “Descripción del desarrollo psicomotor en niños entre 4 y 10 meses con displasia Luxante de cadera que son tratados con Correas de Pavlik en el Hospital Roberto Del Río”, realizaron un estudio descriptivo y transversal cuyo objetivo fue analizar el desarrollo psicomotor de niños de 4 a 10 meses que recibieron tratamiento por displasia luxante de cadera con correas de Pavlik. Se aplicó la escala de evaluación del desarrollo psicomotor a 40 sujetos. Se observó que el 95% de los sujetos presentaban un desarrollo psicomotor normal, además el área motora del niño que estaba menos desarrollada era la motora, lo que no tuvo que ver con la duración del tratamiento. Finalmente se concluyó

que según los instrumentos utilizados para evaluar el desarrollo psicomotor no aparecieron cambios en niños con estas características.

Otro estudio realizado en Bolivia (2012), “incidencia de displasia de cadera en desarrollo en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Tiquipaya”. Realizaron un estudio descriptivo retrospectivo para determinar la incidencia de displasia de cadera en lactantes menores de 6 meses en el servicio ambulatorio de pediatría del Hospital Tikipaia. Obtenido esto, de 91 casos encontraron que la edad más común fue los 4 meses (52%). En cuanto a los factores de riesgo asociados, el 7% de los casos tenía antecedentes familiares, ocurriendo el mayor porcentaje de casos de DDH en lactantes de sexo femenino (83%). El 41% de los niños tenían antecedentes familiares de displasia de cadera. En este estudio, la mayoría de los niños con DDC nacieron por parto vaginal (55%), sin evidencia que relacione el tipo de parto o cesárea con la DDC. En cuanto a los factores asociados, se realizaron correlaciones significativas entre los factores de riesgo reportados de niños sanos y enfermos, obteniendo los siguientes resultados: la asociación entre las variables “antecedentes familiares” - DDH recibió un valor de p de 0,61; “Chumpi – DDC” obtuvo un valor de p de 0,092; “Ortolani (+)– DCD” obtuvo un valor de p de 0,176; “Barlow (+) – DDC” recibió un valor p de 0,45; “asimetría – DDC”, se obtuvo un valor de p de 0,126; “restricción de abducción – DDC”, se obtuvo un valor de p de 0,26. Se concluyó que la incidencia de DDH fue del 32% y que no hubo asociación entre los factores de riesgo y el desarrollo de DDH.

Se realizó también un estudio en Ecuador (2013) titulado “incidencia en la Displasia de la Cadera”. Se realizó un estudio para determinar en qué medida influyen los factores de riesgo en el desarrollo de displasia de cadera, como antecedentes familiares de primer grado, presentación podálica, sexo femenino y primogenitura, en

niños de 0 a 12 meses de Vicente Corral Moscoso. Hospital, enero-junio de 2013, este estudio incluyó casos y controles, los casos fueron aquellos que desarrollaron displasia de cadera y los controles fueron niños sin displasia de la misma edad y sexo. La muestra incluyó a 320 niños con una relación casos/control de 1:2, en la que se analizaron factores de confusión como antecedentes de displasia de cadera en familiares de primer grado, presentación podálica, sexo femenino y primogenitura. De la muestra se obtuvo: el género con mayor prevalencia fue el femenino - 72,8%; El 11,3% de la población tenía antecedentes familiares de displasia, el 37,5% de las madres eran primíparas y la presentación podálica se encontró en el 3,4%. Los factores de riesgo fueron los siguientes, antecedentes familiares de displasia: OR= 4,84 (IC 95% 2,13-10,13) p= 0,000; género femenino OR= 1,01 (IC 95% 0,58-1,69) p= 0,98; tipo de embarazo primerizo: OR= 1,59 (IC 95% 0,99-2,59) p=0,059 y presentación podálica OR= 3,64 (IC 95% 1,04-12,72) p= 0,03. Por lo tanto, se concluyó que en esta población la presentación de displasia evolutiva de cadera se asocia positivamente con factores de riesgo como antecedentes familiares y presentación podálica al nacer.

Un estudio realizado en México (2013), “Factores de riesgo asociados con la presencia de displasia del desarrollo de la cadera”. Realizaron un estudio descriptivo se presenta con el objetivo de dar a conocer los factores de riesgo asociados a la presencia de displasia del desarrollo de cadera, con el fin de que los médicos que aún están en formación y tratamiento puedan reconocer a los pacientes con riesgo de desarrollar la patología y así ofrecerles el mejor tratamiento. Se ha descubierto que la presentación pélvica con las rodillas extendidas es el principal motivo de la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Desde el punto de vista de Oligohidramnios, la ausencia de líquido amniótico en las etapas finales del embarazo está vinculada con un riesgo de displasia de cadera. La falta de distensibilidad de las paredes uterinas durante el primer

embarazo provoca una compresión mecánica directa a nivel coxofemoral, lo que duplica el riesgo de displasia de cadera. El peso elevado durante el desarrollo fetal aumenta la probabilidad de que aparezcan signos de displasia de cadera al nacer. El género femenino tiene un riesgo hasta cuatro veces mayor en comparación con el género masculino. Las madres que tienen entre 30 y 34 años en el momento de la concepción tienen un alto riesgo de tener hijos con displasia de cadera, entre 1,71 y 2,32 veces mayor que las madres menores de 20 años. Los recién nacidos con más de 40 semanas de gestación tienen un riesgo exponencial de 1,48 a 2,13 veces mayor que los nacidos con 38 semanas de gestación.

Estudio realizado en Ecuador (2015). “Prevalencia de displasia del desarrollo de cadera diagnosticada por radiología convencional en niños y niñas de 0- 12 meses del Hospital Homero Castanier Crespo-Azogues”, realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo para determinar la prevalencia de displasia del desarrollo de cadera diagnosticada por radiología convencional en niños y niñas de 0 a 12 meses con un tamaño de muestra de 140 pacientes. Se concluyó que el 73,6% de la muestra tuvo diagnóstico positivo de displasia del desarrollo de cadera, de los cuales el 68% fueron del sexo femenino y el 32% del sexo masculino, con una edad promedio de 5,53 meses, en cuanto a la lateralidad de la displasia, la cadera izquierda fue el impacto más afectado con un porcentaje del 50.5%, según la línea Shenton, el 100% se reporta como asimétrico.

Estudio realizado en Perú. (2010), realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo, titulada “Displasia de desarrollo de la cadera en niños menores de 5 años de edad en el período de 2004-2006 en el Instituto Nacional de Salud del Niño-Lima-Perú”, Se estudiaron los hallazgos clínicos, radiológicos y las medidas terapéuticas en niños menores de 5 años para encontrar mayor información sobre la realidad de esta

patología en el Perú, para lo cual se revisaron 165 historias clínicas de niños diagnosticados con displasia. Desarrollo de la cadera entre el 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2006, proporcionado por la Dirección de Estadística e Informática del Instituto Nacional de Salud Infantil - Lima, Perú. Se encontró que, del total de 165 pacientes, el 73,9% eran del sexo femenino, el 57,6% no tenía antecedentes familiares, el 47,9% tuvo parto utópico, el 50,3% tenía normopeso y el 47,3% tenía afectación de la articulación de la cadera izquierda. El 78,2% presentó limitación de la abducción. El diagnóstico por la imagen se realizó mediante rayos X en 114 pacientes (69,1%), siendo los lactantes más pequeños la edad más frecuente en 140 pacientes (84,8%). El tratamiento médico más utilizado fue el cinturón de Pavlik en 36 pacientes (21,8%), 117 pacientes (70,95%) no recibieron tratamiento quirúrgico. La evolución clínica favorable fue evidente en 114 pacientes (69,1%). Del estudio se concluyó que la mayoría de los pacientes con displasia del desarrollo de la cadera eran mujeres, bebés menores de edad, con deterioro de la articulación de la cadera izquierda y limitación de la abducción como sus principales hallazgos. El diagnóstico se realizó preferentemente mediante rayos X y el tratamiento médico siguió una evolución favorable.

Estudio en Perú (2015) titulado, “Factores de riesgo y tratamiento fisioterapéutico de la enfermedad luxante de cadera en niños menores de un año del Hospital II de Essalud - Abancay 2010 – 2014”. En la cual se realizó una investigación descriptiva, dicha investigación tuvo como objetivo Determinar los factores de riesgo y evolución del tratamiento fisioterapéutico de la luxación de cadera en niños menores de un año en el Hospital II Es Salud de Abancay. La muestra estuvo compuesta por 132 pacientes diagnosticados con luxación de cadera, y el grupo control estuvo formado por 264 niños menores de un año entre 2010 y 2014. Se evidenció que los niños menores de 1 año en el Hospital II Es Saluda de Abancay, la tasa de incidencia en el año 2010 fue de 29,95%;

En 2011 fue del 26,54%, en 2012 - 26,18%, en 2013 - 23,55% y, finalmente, en 2014 - 22,35% por cada mil niños menores de un año. En relación a los factores de riesgo y Enfermedad Luxante de Cadera se descubrió significancia estadística ($p < 0.005$) con el género femenino, primípara, presentación podálica, oligohidramnios, bajo peso al momento de nacer y macrosómico, parto pre terminado.

Un estudio que se hizo en Perú (2015) llamado “Factores relacionados con displasias de caderas en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, enero de 2014- abril del 2015”, cuya meta fue Correlacionar los factores en relación con las enfermedades displásicas de caderas, en niños y niñas de 2 a 24 meses estudiados en la ciudad de Juliaca. El estudio fue ilustrativo, prospectivo, transversal y analítico. La población de estudio estuvo compuesta por 533 niños y niñas con sospecha de enfermedad de displasia de cadera, y los datos se recolectaron mediante entrevistas y examen clínico radiológico. Este estudio demostró que las enfermedades displásicas de cadera se asociaron con displasia en otros familiares ($p=0,02$), presencia de hombro ($p=0,0004$), sexo ($p=0,0004$) y edad al diagnóstico ($p=0,001$). Para cada historia clínica (tono muscular, limitación de la abducción, diferencia de las extremidades inferiores, signos de Ortolani, Barlow y telescópicos), $p: \text{andlt};0,0001$; la cadera izquierda ($p = 0,0000$), la rotura del obturador cervical ($p = 0,0000$) y la ausencia de osificación de la cabeza femoral fueron factores fuertemente asociados con la displasia ($p = 0,000$).

Dependencia Funcional

Para Barthel & Mahoney (1965) la dependencia funcional es la inhabilidad de las funciones en relación con las actividades cotidianas que una persona desarrolla en la vida diaria. La discriminación es otro factor que daña la integridad de estas personas puesto que no reciben apoyo en momentos necesarios. (Ureña, 2019 cita a la Defensoría del Pueblo, 2009). Este puede repercutir bastante en la autopercepción, la baja autoestima y

el bienestar de las personas quienes muchas veces llegan a ser víctimas de agresiones hasta el abandono total de los familiares ofreciendo a las personas con habilidades especiales una mala calidad de vida. (Aguilera et al., 2016).

El Consejo de Europa (Oslo, 2000) definió la dependencia como: " la ausencia o falta de autonomía física, psicológica o intelectual, esta población está necesitada de algún tipo de asistencia para llevar a cabo todas sus actividades o las más importantes según sea la lesión del paciente”.

La Organización Mundial de la Salud (2015) definió la dependencia como la falta de la capacidad para hacer diversas actividades en su día a día dentro de lo que se poder llamar actividades normales, de no lograrlo se indica en la clasificación internacional de deficiencia, incapacidades y la deficiencia física como la incapacidad de desarrollar habilidades para realizar diversas actividades muy importantes para el cuidado y desarrollo personal.

Araña-Suárez (2011) indica la duración constante del dolor junto a las ausencias o cambios progresivos a nivel físico, sensorial o cognoscitivo, que conllevan al deterioro de las capacidades funcionales convirtiendo en una dependencia funcional. Para Bertone, Torres y Andrada (2014) comprende por dependencia emocional la incapacitación del sujeto por motivos relacionados con la ausencia o deterioro de autonomía física, mental o intelectual, la capacidad de utilizar los propios medios para lograr realizar tareas o actividades cotidianas como bañarse, caminar, ir al baño, levantarse de la cama, responder el teléfono, entre otras cosas. Del mismo modo (Jiménez-Caballero et al., 2012) creían que comprender concepto de dependencia funcional, es necesario identificar tres componentes que determinar las cuales son: 1) actividades básicas de la vida diaria (ABVD) relacionadas con la capacidad autocuidado, como comprender y realizar tareas simples que le dan a una persona independencia en el desempeño de tareas que le

permitan vivir sin asistencia constante; 2) actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son más complejas y tiene como objetivo asegurar las relaciones con el medio ambiente; esta categoría incluye utilizar vehículos, cocinar, hacer compras, etc.; y 3) componente relacionado con la marcha y el equilibrio, dos factores relacionados con habilidades motoras.

Abiu (2016) señaló que la dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y está influenciada por muchos factores determinantes. De manera similar, la edad avanzada es un factor asociado independientemente con la dependencia en la realización tanto de actividades básicas de la vida diaria como de actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores.

Otros determinantes importantes incluyen ser amputado, tener más enfermedades crónicas, tener síntomas y dolor depresivos y tener una enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular).

Tipos y grados de dependencia

Escarcina y Huayta (2016) identifican tres tipos de dependencia:

Dependencia física

Puede ocurrir de forma repentina, de manera que el entorno familiar lo note muy claramente. Sin embargo, también puede ocurrir de forma gradual y lenta, por ejemplo, cuando surgen dificultades aisladas y graduales: pérdida de visión o audición, dificultad para ciertos movimientos, como caminar al salir de la bañera o al abrocharse la camisa.

La dependencia es entonces más difícil de medir y percibir, tanto para el entorno familiar como para la persona afectada. Estas limitaciones acumuladas se atribuyen con demasiada frecuencia a la edad, como si fueran inevitables. La necesidad de ayuda y cuidados físicos tiene un impacto fundamental en la familia. Por regla general, es ella quien asume esta responsabilidad.

Dependencia psíquica o mental

Esto sucede progresivamente. Esto se observa cuando la comunicación cotidiana pierde significado, coherencia y eficacia, y la conversación se vuelve casi nula. Las personas más afectadas pierden la habilidad de expresar sus necesidades y cuidar de sí mismas. Para las familias, el primer indicio es identificar y reconocer los cambios psicológicos y psíquicos que se han producido en el paciente.

Dependencia afectiva

Esto puede deberse a un shock emocional que provoque cambios bruscos de comportamiento. Las personas mayores suelen ver desaparecer a sus amigos. La ausencia más grave es la ausencia del cónyuge o pareja. Esta forma de dependencia se manifiesta en la necesidad de la persona mayor de estar siempre acompañada y estimulada a relacionarse siempre con otras personas. Rodríguez, Rodríguez, Duarte, Díaz y Clavería (2007) indican que la dependencia se puede categorizar según su complejidad la cual puede ser desde la dependencia severa hasta la dependencia leve según las actividades y habilidades diarias y asimismo los grados de dependencia son:

Dependencia severa

El concepto de la dependencia severa sucede cuando la persona tiene la necesidad de recibir apoyo más de tres ocasiones o de forma obligatoria y constante, es decir, depender siempre de alguien para realizar sus actividades básicas de la vida cotidiana y de su autocuidado.

Dependencia moderada

Se considera cuando el paciente requiere ayuda para realizar múltiples actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere apoyo constantemente del cuidador y además tiene amplias necesidades de apoyo de autocuidado.

Dependencia leve

La dependencia leve se definió como la limitación del paciente para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y la necesidad constante o casi constante de ayuda con las actividades básicas de la vida diaria.

Autoestima

Coopersmith (1976), indica que la autoestima es la forma en que el hombre puede gozar por sí solo, también es una gama de conocimientos y emociones, es por ende que son los mecanismos del self.

Valencia (2007) argumenta que Maslow ha incluido la autoestima como una necesidad fundamental que toda persona debe de tener, el ser reconocido, el respeto y la seguridad que se tiene sobre uno mismo.

Todo esto es identificado por otras personas que reconocen nuestro éxito durante nuestra vida a través de experiencias, así como sufrimientos donde han sabido sobresalir favorablemente, todo esto una vez evaluado por sí mismo es definido como la autoestima.

Es normal que todos cambiemos con el paso de los años y las fuerzas no sean las mismas, desde la niñez pasando por la adolescencia, la juventud, la edad adulta y finalmente llegar a la vejez y esperar la muerte. Con el tiempo, una persona puede adaptarse y no es necesario sentirse decepcionado o acabado, sino que nos empuja a trabajar en nuestra autoestima, lo que nos ayuda a resolver nuestra vida y demostrar a los demás que con una restricción se puede vivir bien. (Martínez y Suarez 2015 citando a Purón, 2003).

Rosenberg (1965) comprende que la autoestima es la valoración de uno mismo, que puede ser positiva o negativa. Bonet (1994) afirma que no solo basta con quererse a uno mismo, también es importante la actitud, porque si una persona muestra una actitud

positiva hacia uno mismo, nos referimos a una autoestima positiva. Cuando se menciona la palabra actitud, enfatizamos el afecto y el sentimiento, no sólo el conocimiento. Las actitudes son muy importantes ya que de ellas depende nuestra formación como seres humanos porque son parte de nosotros.

Comprender que la autoestima es amor y cuidado de uno mismo, expresa una comprensión comprendida de los talentos de cada individuo, para sobrevivir a los desafíos de la vida y el privilegio de ser feliz (Branden, 2009, p.16).

Gracias a las definiciones de muchos autores que estuvieron entusiasmados por el concepto de autoestima como por ejemplo Burns, (1990); Branden, (1997); Clark, Clemens y Bean, (2000); Clemens y Bean, (2001) y que actualmente comentan sobre la definición de autoestima así como también algunos términos y conceptos que son necesarios para tomar en cuenta y estudiarlos a profundidad, evitando así inexactitudes que no solo se presentan superficialmente, sino que el comportamiento del ser humano es importante.

El término que no podemos dejar como es el caso del autoconcepto es un concepto utilizado para que uno mismo se describa. A pesar de ser cambiante su definición, diversos autores llegan a coincidir en que dicho termino es el que más se acerca a la descripción descrita previamente (Rosenberg, 1979; Burns, 1990; Cole, 1991; Tomás, Oliver y Pastor, 1996; Arroyo, 1999).

Cuando nos referimos a la terminología de las palabras autoimagen y autoconfiguración, se ven en la obligación de buscar sinónimos de autoconcepto, Burns, (1990) comprende que no solo está considerado como intercambio el termino autoconcepto, sino que por el contrario son términos inadecuados e incapaces de expresar dicho concepto.

Únicamente, uno de los términos de la palabra concepto es necesario. No obstante, los términos “autoconcepto” y “autoestima” son los que más son utilizados para describirse a sí mismos generando confusión. De esta manera nos situamos con distintos autores que utilizan como sinónimos o aún mejor como antónimos sin que se vean perjudicados al momento de conceptualizar dicho termino de manera correcta.

Tomando en cuenta la consideración a la prioridad ya que hay dos términos con diferentes conceptos, ambos mantienen una estrecha e indisoluble vinculo, a pesar de todo ello nos ocuparemos en juntar ambos conceptos.

Tanto autoconcepto como el concepto simplemente, se refiere a características cognitivas o de un aprendizaje superior, como las creencias que la persona puede tener de el mismo desde su punto de vista que lo engloban y lo describen como persona (corporal, psicológico, emocional, social, etc.).

El describirse puede que sea no solo objetiva y no subjetivamente cuando se trata de sí mismo, claro que contiene una gama de características o atributos como, por ejemplo: mujer, casada, baja, ambiciosa, amante de la música, etc., esto ayuda para distinguir a una persona que se identifica como única y diferente a las demás. que sirven para distinguir a una persona como única y diferente de todas las demás.

La gama de características que una persona puede tener puede llegar a tener un límite, en cambio, existe un desnivel para todas las personas, las cuales jerarquizan mediante la importancia de la persona según la función del contexto en el que se desarrollan, así como también la experiencia o los sentimientos por los que pasan.

En este punto, un ser puede vincular su autoconcepto con características referidos a temas como por ejemplo la profesión, estado civil, elementos raciales, con el fin de que sea importante no solo para el sino también para otros y estos a su vez puedan darle una valoración ante la sociedad.

Sea el caso que sea, la situación es que al momento de autodescribirse en la categoría de atributos influyen los aspectos emocionales y de evaluación. Justamente gracias a estos aspectos es que los autores siguen investigando el concepto de “autoestima”.

Para concluir la autoestima es la valoración que se da el sujeto sobre su persona sobre todo aquello que sabe de sí mismo. Se considera dicho termino como autoconcepto (Berk, 1998) o como un elemento del auto concepto (Burns, 1990), no importa en el contexto que se encuentren, incluyen juicios de valor y la categoría de los mismos, y los sentimientos que se asocien a dichos juicios.

El autoconcepto no siempre es correcto categorizar a las personas con términos como, “alto” o “bajo”, “adecuado” o “inadecuado”, etc., ya que se refiere al conocimiento y como identifica la persona y únicamente se logra hablar de “grado” o “nivel” de conciencia sobre sus experiencias y vivencias, es justamente esta categorización el que la define y caracteriza.

Como menciona Coopersmith, (1967), la autoestima es la dimensión que es evaluada dentro del autoconcepto que se puede encontrar como un comportamiento positiva o negativa de aceptación o desaprobación personal, sobre sí mismo y también por lo que es.

Todo esto quiere decir, que el caso que sea la categoría que una persona se etiqueta va a hacer de sí mismo puede ser positiva o negativa, alta o baja, adecuada o inadecuada. Es así que, de este modo, podríamos mencionar que en la medida en que una persona razona de manera positiva de uno mismo, se reconoce y se siente competente para enfrentar cualquier reto y responsabilidades que la vida nos plantea, su autoestima logra ser alta.

Por otro lado, cuando una persona es negativa y de tal forma piensa sobre él, presenta un rechazo y desprecio, siendo considerado como incapaz de solución con éxito cualquier tarea o contexto que se le presente, debido a que su autoestima es sumamente baja.

Aparte de los diversos conceptos nombrados en comparación de la autoestima, diversos autores igualan en señalar que la autoestima es un camino que se va edificando desde un proceso de categorización del yo, en el hecho de ser sociable y el tener habilidades sociales con diversas poblaciones.

A la vez, es conveniente que durante el transcurso de nuestra vida nos pase diversos sucesos para la formación de la autoestima (Enrique y Muñoz, 2014). La autoestima es importante en nuestra vida ya que está inscrita en nuestro ser.

De esta forma se ha visto identificada con el estilo de vida saludable debido a que a mayor eficacia que está vinculada con la autoestima, es alta la visión que se tendrá al momento de enfrentar diversos momentos.

A la vez, facilita a las personas con habilidades especiales para que tengan un mejor estado de salud, esto llevara a tener una conducta positiva lo que influye a variables que protegerán en futuras enfermedades (Guerrero y Sánchez, 2015). La autoestima tiene por concepto dos aspectos fundamentales:

La autoeficacia es la seguridad que tiene una persona en la función de la mente y sus procesos mentales por los cuales puede opinar, elegir y decidir. Tener la confianza de ser capaces de entender la realidad en la que se desarrolla, sus intereses y las necesidades que posee y el saber si se conoce a si mismo (Orduña, 2003).

Hipótesis

Existe una correlación significativa positiva entre dependencia funcional y autoestima en paradesportistas que tienen habilidades especiales en los miembros inferiores de la ciudad de Arequipa, 2024.





CAPITULO II

Capítulo II: Método

Metodología

La presente investigación, tuvo un enfoque cuantitativo, ya que se permitió analizar con certeza la hipótesis gracias a la recolección de datos y el análisis estadístico con el fin de establecer pautas.

Tuvo un diseño no experimental descriptivo correlacional transversal exploratorio debido a que se examinó un tema novedoso y poco estudiado.

Finalmente, es de un alcance correlacional debido a que se vió si existe o no una relación entre dependencia funcional y autoestima, además será transversal ya que solo consiste en la investigación de recolección de datos una vez en el tiempo (Hernández-Sampieri, 2018).

Instrumentos

En esta investigación se utilizarán dos instrumentos como son la Escala de Autoestima de Rossemberg y el Índice de Barthel que pertenece para indicar el nivel de la dependencia de una persona.

Escala de Autoestima de Rossemberg (EAR)

Para medir la variable autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), muy fácil de aplicar y de razonables propiedades psicométricas (Vásquez, Jiménez & Vásquez, 2004). Consta de 10 afirmaciones sobre sí mismo y cuanto se valoran, subdivididas en cinco afirmaciones positivas y negativas. Estas deben ser respondidas mediante escala tipo Likert, con cinco posibilidades de respuestas que van entre acuerdo y desacuerdo.

Se ha puesto en duda la naturaleza unidimensional propuesta por Rosenberg: algunas investigaciones han obtenido soporte a su forma unifactorial, otros, en cambio, animan una estructura bifactorial de autoestima positiva y negativa.

El estudio de validación de esta traducción castellana realizado por Atienza, Moreno y Balaguer (2000) aconseja en la muestra de mujeres la existencia de un único factor de autoestima global subyacente.

Algunos autores indican que existen algunas formas de conceptualizar la autoestima siendo la más básica es el enfoque actitudinal. Desde este enfoque, la definición de autoestima está basada en la ideología de que el self puede estar considerado como cualquier objeto de atención para el sujeto. La segunda definición de la autoestima esta conceptualizada como la diferencia entre el self real e ideal, siendo la más habitual de definirla en la literatura específica.

La autoestima también se centra en las respuestas psicológicas que los seres humanos indican con respecto de su self. Todas estas respuestas se pueden describir normalmente como de naturaleza afectiva o basadas en el sentimiento de valoración personal: positiva o negativa, aceptación o rechazo.

Finalmente, Wells y Marwell (1976) comentan que la autoestima se logra entender también como una parte o componente indispensable de la personalidad. En este caso, la autoestima esta considerada y forma parte de uno mismo o sistema del self naturalmente la parte vinculada a la motivación y/o autorregulación. En la práctica de la autoestima, existen muchas formas para poder definir a la autoestima. (Mruk, 1998).

Por otro lado, en la muestra de varones, no es posible concluir ninguno de los dos modelos (unifactorial versus bifactorial).

- Modelo unifactorial: Autoestima global: ítems invertidos 2, 5, 8, 9, 10.

- Modelo bifactorial: Autoestima positiva: 1, 3, 4, 6, 7. / Autoestima negativa: 2, 5, 8, 9, 10.

La EAR puede ser aplicada en diversos grupos sociales sin importar, raza, edad, sexo, condición, etc. (Rojas, Zegers & Förster, 2009); por otro lado, tenemos, el tiempo

promedio para responder dicha escala el cual es de 10 a 15 minutos, esta escala esta implementada para todo tipo de población con el fin de no cansarla al momento de responderla.

Puede mostrar puntajes de entre 0 y 40 puntos, según sea el nivel de autoestima respectivamente (alta, media baja).

Tabla 3

<i>Niveles</i>	<i>Puntuación</i>
<i>Autoestima Alta</i>	<i>0 - 25</i>
<i>Autoestima Media</i>	<i>26 - 29</i>
<i>Autoestima Baja</i>	<i>30 - 40</i>

Nota: Elaboración propia

Confiabilidad

La fiabilidad temporal para un intervalo de 4-6 semanas, realizada a partir de 30 sujetos, muestra una correlación sustancial y significativa, con una $r = 0.80$, no existiendo diferencias de medias entre ambas aplicaciones ($t = 1.15$, $g.l. = 29$), significación bilateral $= 0.257$). Se puede observar, por tanto, no sólo una correlación, sino concordancia entre las puntuaciones de una y otra aplicación de la EAR.

Escala de Autoestima de Rosenberg ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: alemán, francés, portugués japonés, portugués, español, etc. En el año 2005 Schmitt y Allik realizaron un estudio multicultural, administrando la EAR en 53 naciones, las cual 48 naciones presento una confiabilidad sobre 0,75 y en el Perú se halló un Cronbach Alpha de .78.

Validez

Las puntuaciones obtenidas en la EAR muestran una correlación sustancial de signo negativo con la puntuación total en SCL90R ($r = -.645$) así como con la mayoría de las dimensiones de esta escala.

Índice de Barthel (IB)

Las primeras investigaciones sobre el IB en la literatura científica inician desde 1958 y 1964, pero en 1965 es cuando se descubre la primera publicación en la que se comenta y se explica detalladamente los criterios para asignar las puntuaciones.

En nuestros días este instrumento sigue siendo utilizado en muchas ramas, tanto en su forma original como también algunas de sus diversas versiones, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las actividades de la vida diaria. Esta variable es un término utilizado por Barthel en la prueba diseñada por él y se conoce como el índice Barthel (Barrero *et al.*, 2005). Este test califica 10 ítems el grado de dependencia de las personas para desarrollar sus actividades básicas tales como, por ejemplo: comer, vestirse, bañarse, desplazarse, etc. El índice nos da una puntuación de 0 a 100 puntos, donde un alto puntaje implica un mayor nivel de autonomía funcional.

Tabla 4

Grados	Puntuación
<i>Dependencia Total</i>	0 - 20
<i>Dependencia Grave</i>	21 - 60
<i>Dependencia Moderada</i>	61 - 90
<i>Dependencia Leve</i>	91 - 99
<i>Independencia</i>	100

Nota: Elaboración propia

Confiabilidad

La confiabilidad (entendida como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones) del IB no fue determinada cuando se desarrolló originariamente. Loewen y Andersen?" se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del IB en su versión original.

Comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intra observador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades.

De los resultados de este estudio se deduce una buena confiabilidad inter observador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1.00. Con respecto a la confiabilidad intra

observador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,972. (Roy et al), informaron de una fiabilidad inter observador muy elevada en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico y dos fisioterapeutas). En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta. (Shah et al”).

Posteriormente la escala de Barthel ha sido validada en Norteamérica y Latinoamérica, y en países como España, EE. UU, Chile, Colombia, México, Argentina y en Perú por Castelo et al. (2002), en su investigación sobre pacientes ambulatorios de edad avanzada, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92.

Validez

A la hora de considerar la validez del IB (capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir) hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. En cualquier caso, existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada “validez de constructo” o validez de concepto.

La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada. En este sentido se ha observado que el IB inicial es un buen predictor de la mortalidad. Es presumible que esta asociación se deba a la habilidad del IB para medir la habilidad especial, condición ésta que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad.

También se ha observado que entre los pacientes con accidente cerebrovascular agudo (ACVA) los más jóvenes presentan grados menores de incapacidad. Esta misma relación se observa en las puntuaciones del IB de los pacientes que sufren ACVA.

Las puntuaciones del IB también se han relacionado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación en el ámbito hospitalario: Aquellos pacientes con mayores

puntuaciones y por lo tanto con un supuesto menor grado de limitación, presentaban una mejor respuesta a la rehabilitación que aquellos con menores puntuaciones del IB. Wade y Hower realizaron una evaluación de la validez del IB en 572 pacientes con ACVA mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77.

Por otra parte, se ha observado que los pacientes de ACVA que reciben tratamiento precoz presentan una mejora rápida del IB que los que lo reciben más tardíamente. Finalmente, se ha observado una relación consistente entre la puntuación del IB y la evaluación realizada por el clínico.

Participantes

Para el muestreo será no probabilístico, ya que los participantes del estudio forman parte del ámbito paradesportivo específicamente de la disciplina del basket en silla de ruedas, siendo 40 participantes.

Criterios de inclusión

- ✓ Personas que solo tengan como diagnóstico o lesión alguna enfermedad física.
- ✓ Paradesportistas especialmente que se desarrollen en algún equipo de baloncesto de la ciudad de Arequipa.

Criterios de exclusión

- ✓ Participantes que no estén de acuerdo con la investigación.
- ✓ Paradesportistas que tengan otra habilidad especial que no sea parte de una limitación física.
- ✓ Paradesportistas menor de edad si es que los hubiera.
- ✓ Deportistas que no sean de la ciudad de Arequipa.

Procedimiento

El estudio será realizado aproximadamente en el mes de diciembre del 2023, para la ejecución del proyecto se solicitará la autorización de los presidentes de los diferentes equipos paradesportivos.

El dicho estudio está dedicado a paradesportistas con habilidades especiales, específicamente las limitaciones físicas con una población de distintas edades y que pertenezcan a un equipo de baloncesto dentro de la ciudad de Arequipa, los cuales aceptaron participar del estudio gracias a la firma y aceptación del consentimiento informado.

Finalmente, todos los datos recolectados serán puestos en una base de datos para el análisis de datos, utilizando el programa IBM SPSS Statistics 22 para sacar los resultados.

Consideraciones éticas

Al realizar la investigación, se debe hacer respetando la normatividad internacional o nacional que regula la investigación en seres humanos.

Todo psicólogo que elabore un proyecto de investigación con seres humanos, debe contar, para su ejecución, con la aprobación de un Comité de Ética de Investigación, reconocido oficialmente por autoridad competente.

El Psicólogo debe tener presente que toda investigación en seres humanos debe necesariamente, contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos. En el caso de personas incapaces, debe contar con el asentamiento de su representante legal, de los padres en relación con sus hijos, del tutor tratándose de menores de edad que no tengan padres, o del cuidador, tratándose de mayores de edad. Para el caso de menores, adicionalmente el Psicólogo deberá contar con la aceptación del menor involucrado.

En todo proceso de investigación al psicólogo debe cautelar la primacía del beneficio sobre los riesgos para los participantes y tener en consideración que, la salud psicológica de una persona prevalece sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

El profesional que publique información proveniente de una investigación psicológica independientemente de los resultados, no deberá incurrir en falsificación ni plagio, declarando la existencia o no de conflicto de intereses.

El Psicólogo no debe aplicar en su práctica profesional, tanto pública como privada, procedimientos rechazados por los centros universitarios o instituciones científicas reconocidos legalmente, así como test psicológicos y/u otras técnicas que no tengan validez científica (American Psychological Association, 2017).

Análisis de Datos

Los datos que se dieron a través de una encuesta hecha en Google Forms y finalmente descargada fueron guardadas y decodificadas en el programa de Excel y procesados en el programa SSPS versión 22.0. Para lograr tener la confiabilidad de los instrumentos se realizó una muestra piloto la cual también fue nuestra población debido a algunas limitaciones durante la investigación y que se trabajó con el programa Excel versión 2016, creándose una base de datos con toda la información y se realizó el procedimiento para adquirir el coeficiente de confiabilidad por medio del Alfa de Cronbach.



Capítulo III: Resultados

A continuación, se presenta los resultados de la investigación realizado a paradesportistas de la ciudad de Arequipa con habilidades especiales en los miembros inferiores.

Estadística Descriptiva:

Tabla 5

Niveles de dependencia funcional, distribuidos según el sexo

<i>Niveles</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Dependencia total</i>	0	0.00	0	0.00
<i>Grave</i>	0	0.00	3	23.08
<i>Moderado</i>	1	3.10	0	0.00
<i>Leve</i>	2	7.41	0	0.00
<i>Independiente</i>	24	88.89	10	76.92
<i>Total</i>	27	100.00	13	100.00

Nota: Elaboración propia

El total de hombres el cual es 27, es decir, que representa el 100% del grupo masculino.

La distribución por niveles de dependencia funcional es la siguiente: Dependencia total y Dependencia grave son cero personas, Dependencia moderada es una persona, Dependencia leve son dos personas e Independencia son veinticuatro personas.

El total de mujeres en la muestra es de 13, representando el 100% del grupo femenino. La distribución por niveles de dependencia funcional es la siguiente: Dependencia total son cero personas, Dependencia grave son tres personas, Dependencia moderada y Dependencia leve son cero personas e Independencia son trece personas.

La independencia funcional es más prevalente en hombres (88.89%) que en mujeres (76.92%). Se observa una diferencia notable en la dependencia grave, donde las

mujeres presentan una mayor proporción (23.08%) comparado con los hombres, que no tienen casos en esta categoría. Solo los hombres presentan niveles de dependencia moderada (3.70%) y leve (7.41%), mientras que ninguna mujer se encuentra en estos niveles.



Tabla 6*Niveles de Autoestima, distribuidos según el sexo*

<i>Niveles</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Autoestima Baja</i>	3	11.11	1	7.96
<i>Autoestima Media</i>	7	25.93	2	15.38
<i>Autoestima Elevada</i>	17	62.96	10	76.92
<i>Total</i>	27	100.00	13	100.00

Nota: Elaboración propia

La distribución de los niveles de autoestima se presenta clasificados en tres categorías: Autoestima Baja, Autoestima Media y Autoestima Elevada, distribuidos según el sexo.

La distribución por niveles de autoestima es la siguiente: Autoestima Baja es representada por tres hombres, Autoestima Media representa Siete hombres y Autoestima Elevada son Diecisiete hombres. Un porcentaje ligeramente mayor de hombres (11.11%) presenta autoestima baja en comparación con las mujeres (7.96%). Además, un porcentaje mayor de hombres (25.93%) tiene autoestima media en comparación con las mujeres (15.38%).

Finalmente, un mayor porcentaje de mujeres (76.92%) presenta autoestima elevada en comparación con los hombres (62.96%).

Estadística Inferencial:

Tabla 7

Media, Desviación Estándar y Correlación de Spearman entre la dependencia funcional y la autoestima en paradesportistas (n=40)

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>1. Dependencia Funcional</i>	83.38	19.13	-	
<i>2. Autoestima</i>	31	4.33	.084	-

**** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$**

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que la variable dependencia funcional no tiene relación con la variable autoestima ($\rho = .084, p > 0.05$).

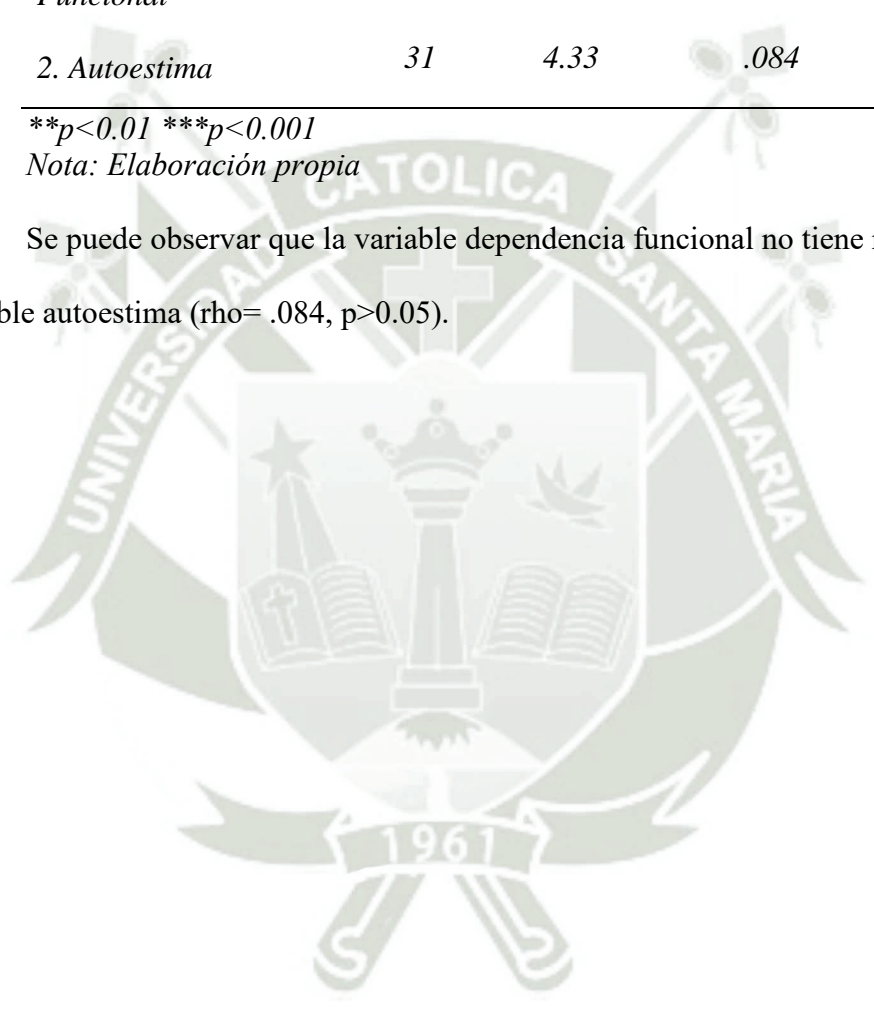


Tabla 8

Correlación de la Autoestima con las Dimensiones de la Dependencia Funcional

	ρ	p	N
<i>Deambular</i>	-.064	.693	40
<i>Trasladarse</i>	.083	.610	40

Nota: Elaboración propia

La tabla 7 muestra que, en una población de 40 personas, dentro de la variable dependencia funcional, el parámetro Deambular, el coeficiente de correlación (r) es de -0.064, este valor indica una correlación muy débil y negativa entre la autoestima y la capacidad de deambular. Es decir, a medida que una de las variables aumenta, la otra tiende a disminuir ligeramente, pero esta relación es muy débil.

En cuanto a significancia existe un valor p de 0.693 es mucho mayor que el umbral comúnmente aceptado de 0.05. Esto significa que la correlación observada no es estadísticamente significativa. No hay suficiente evidencia para afirmar que existe una relación entre la autoestima y la capacidad de deambular en esta muestra.

Mientras que en el parámetro Trasladarse, el coeficiente de correlación (r) es de 0.083, este valor indica una correlación muy débil y positiva entre la autoestima y la capacidad de trasladarse. Es decir, a medida que una de las variables aumenta, la otra también tiende a aumentar ligeramente, pero la relación es muy débil.

En cuanto a significancia, existe un valor p de 0.610 el cual es también mucho mayor que 0.05. Esto significa que esta correlación tampoco es estadísticamente significativa. No hay suficiente evidencia para afirmar que existe una relación entre la autoestima y la capacidad de trasladarse en esta muestra.

Discusión

Con respecto al objetivo general, nos formulamos determinar la correlación entre la dependencia funcional y el nivel de autoestima; en los resultados encontrados en la tabla 5, se denota una falta de correlación lineal estadísticamente fuerte y negativa entre las variables de estudio ($\rho = .084, p > 0.05$). Gracias a estos resultados llegamos a la conclusión de que no se aceptó la hipótesis ya que no existe relación significativamente positiva entre dependencia funcional y autoestima en deportistas con habilidades especiales en los miembros inferiores de la ciudad de Arequipa, 2024.

Finalmente, estos resultados no guardan relación con lo que nos dice Cabrera (2022) en su estudio titulado Capacidad Funcional y Nivel de Autoestima en adultos mayores de un centro de salud del distrito de la Victoria - Chiclayo el cual fue dirigido a 135 adultos tanto hombres como mujeres. Los instrumentos a utilizar fueron: El Índice de Barthel el cual evalúa la capacidad funcional a través las actividades básicas de la vida cotidiana y la Escala de Rosenberg el cual sirve para medir la autoestima. Los resultados sobre la capacidad funcional mostraron que el 54.1% de adultos mayores presenta dependencia funcional moderada, el 34.1% son independientes, el 7.4% poseen dependencia funcional leve y el 4.4% tiene dependencia funcional grave. Con relación a la variable autoestima el 54.1 % presentan autoestima baja, el 31.9% tienen autoestima alta y el 14.1% poseen autoestima media. De tal forma, en capacidad funcional y autoestima según sexo se descubrió que es el género femenino el que destaca con algún grado de dependencia funcional y autoestima baja. Finalmente, se llega a la conclusión de que existe una correlación lineal estadísticamente fuerte y positiva entre la capacidad funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores, es decir, se acepta la hipótesis afirmativa ($r_s = 0,919, p < 0,01$).

Conclusiones

Primero, con relación al objetivo general se deduce que la variable dependencia funcional no tiene relación con la variable autoestima.

En relación al primer objetivo específico, se concluye que la mayoría de los hombres en la muestra presenta independencia funcional, mientras que una proporción significativa de mujeres presenta dependencia grave. No se encuentran casos de dependencia total en ninguno de los géneros, y la dependencia moderada y leve se observan únicamente en hombres.

Con respecto al segundo objetivo específico, se observa que la autoestima baja es ligeramente más común en hombres en comparación con las mujeres, y los hombres tienden a tener una autoestima media en mayor proporción que las mujeres.

Para el tercer objetivo específico, se concluye que la relación entre la autoestima y la capacidad de deambular es muy débil y negativa, sin significancia estadística, lo que indica que no hay evidencia suficiente para afirmar una conexión entre ambas variables en esta muestra.

Finalmente, en cuanto al último objetivo específico, la relación entre la autoestima y la capacidad de trasladarse también es muy débil y positiva, pero sin significancia estadística, lo que sugiere que no hay suficiente evidencia para afirmar una relación entre estas variables.

Sugerencias

Se sugiere a los diferentes equipos de baloncesto en silla de ruedas realicen talleres de empoderamiento con psicólogos profesionales y familiares en municipalidades para que sean informados sobre las diferentes limitaciones que puedan tener sus familiares y como lidiar con ellos promocionando la empatía a través de videos de sensibilización.

Además, se recomienda trabajar entre los deportistas, autoridades y familiares la promoción de la autoestima y la inclusión de las personas con habilidades sociales a través de ejemplos de casos prácticos e intercambio de roles.

Incentivar a los estudiantes de diferentes escuelas profesionales a investigar más y trabajar por las personas con habilidades especiales al igual los gobernantes puedan ir implementando ciertos accesos que nos facilite nuestro desenvolvimiento especialmente fuera de casa para que así puedan sentirse incluidos en la sociedad y en el campo laboral.

Que las autoridades mejoren las calles, veredas y exigir que cada edificio debe tener su ascensor, así como cada institución o centro debe tener sus rampas amplias y fáciles de subir sin temor a caerse, conversando constantemente con las personas con diferentes habilidades especiales de la ciudad de Arequipa para así reunir testimonios y recomendaciones de la población vulnerables.

Que las autoridades, profesionales de la salud y diferentes especialistas brinden charlas en los distritos a la población de Arequipa, sobre empatía y la sensibilización sobre las personas con habilidades especiales.

Limitaciones

La realización de los instrumentos se vio interrumpidas por actividades que comprometían a los equipos de la ciudad de Arequipa.

El apoyo de los participantes no fue activa y se tuvo que ir a cada asociación para dar indicaciones y hacerles la invitación.

La mayoría de los participantes estaban dentro de los criterios de exclusión lo que provocó que se limite tanto la población como la muestra.



Referencias

- Aguirre Rojas, Y. (2020). Evidencias psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg en personal de serenazgo de una Municipalidad de Lima Norte, 2020.*
- Almeyda Ramos, V. V. (2018). Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. DOI: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/30259>*
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychikigists and codeo f conduct.*
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis, vol XXII (1-2), 29-42.*
- Bieberach, C. D. (2019). Aportes para comprender el significado y el sentido de la experiencia vivida de una persona con paraplejía secundaria desde una perspectiva bioética. Universidad Católica Sedes Sapientiae, Lima, Perú.*
- Bolaños Terán N, Cañón Buitrago S, Castaño Castrillón JJ, Duque Rojas N. Caracterización de la población pediátrica con displasia del desarrollo de cadera en el Hospital Infantil. Artículo de investigación. Caldas: Universidad de Manizales, Archivos de Medicina (Col); 2013.*
- Brizuela G, Romero J, Beltrán J. Lesión medular y ejercicio físico: revisión desde una perspectiva deportiva. Rev Española Discapac [Internet]. 2016; 4(2): 163–85. DOI:https://www.researchgate.net/publication/311850998_Lesion_medular_y_ejercicio_fisico_revision_desde_una_perspectiva_deportiva*
- Cabrera Ruiz, M. S. (2022). Capacidad funcional y nivel de autoestima en adultos mayores de un centro de salud del distrito de La Victoria-Chiclayo.*

Cadima Terrazas MA, Molina Peláez C. Incidencia de displasia de cadera en desarrollo en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Tiquipaya. Tiquipaya: Gac Med; 2012.

Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista española de salud pública, 71, 127-137.

Clavijo Infante, A., & Palacios Miñan, G. I. (2019). Evidencia de la validez, confiabilidad y normas percentilares de la escala de autoestima de Rosenberg en jóvenes de la ciudad de Piura.

Cordero Saeteros XE. Diagnóstico precoz y prevención de la displasia de la cadera. Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca, Pediatría, Ortopedia y Traumatología; 2013.

Cuenca F MJ, Gordillo PA. Prevalencia de displasia de cadera en desarrollo diagnosticado por radiología convencional en niños y niñas de 9 a 12 meses del Hospital Castanier cresco. Azogues. Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015. 24.

Duran-Badillo, T., Domínguez-Chávez, C. J., Hernández-Cortés, P. L., Félix-Alemán, A., Cruz-Quevedo, J. E., & Alonso-Castillo, M. M. (2018). Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. Acta Universitaria, 28(3), 40–46.

DOI: <https://doi.org/10.15174/au.2018.1614>

Encarnación Pangay JL. Incidencia y tratamiento de luxación congénita de caderas en niños y niñas menores de 4 años atendidas en la consulta externa del hospital provincial isidro ayora de enero a diciembre de 2008. Tesis. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2010.

González Martínez, M. T. (1999). *Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa.*

González-Rodríguez, Rubén. (2017). *Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. Index de Enfermería, 26(3), 170-174. Recuperado en 21 de septiembre de 2023, de DOI: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011&lng=es&tlng=es*

Granados J. *Efecto de la rehabilitación en la calidad de vida de personas con lesión medular. An la Fac Med [Internet]. 2020; 81(1): 6–13. DOI:<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832020000100006&script=sciarttext>*

Gurrero-Martelo, M., Galván, G., Vásquez, F., Lázaro, G. & Morales, D. (2015). *Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. Psicogente, 18(34), 303-310. DOI: <http://doi.org/10.17081/psico.18.34.506>*

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018*

Jara Atencio J. *Factores relacionados con displasias de caderas en niños y niñas de 2 a 24 meses. Juliaca, enero de 2014- abril del 2015. Investigacion Andina. 2015 Enero - Julio 2016; 16(1).*

Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L. E., Ávalos-Pérez, F., & Campos-Aragón, L. (2016). *Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Atención familiar, 23(4), 129-133.*

Martinez, R. y Suarez, L. (2015). Grado de dependencia funcional y nivel de Autoestima del adulto mayor del distrito de Guadalupe - Provincia de Pacasmayo - 2015. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo.

Miranda M, Meraz E, Balderrama C. Diseño de Ayuda Técnica para Terapia Física Enfocada a Personas con Paraplejia: Revisión de la Literatura. Cult Científica y Tecnológica [Internet].2019;16(1):54–64.

DOI: <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/3126>

Montenegro, J., Rodriguez, S., Gonzalez, I., & Cortes, E. (2022). MANEJO INICIAL DE MIELOMENINGOCELE: REVISIÓN DE LA LITERATURA: Manejo inicial de mielomeningocele. Neurociencias Journal, 30(2), 46-57.

Morejón, A. J. V., Jiménez, R. V. M., & Zanin, G. B. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. Apuntes de psicología, 31(1), 37-43.

Moreno V, Navarro S, Mendiola M, Narvala M, Neyra J, Nalvarte C. Displasia del desarrollo de la cadera en niños menores de 5 años de edad en el periodo de 2004-2006. Tesis. Lima-Peru: Instituto Nacional de Salud del Niño; 2010.

Mori Suárez, P. (2019). La relación entre la autoestima y la capacidad funcional de adultos mayores en el Hogar Geriátrico San Vicente de Paul en el Distrito de Cercado de Lima 2018. [Tesis para optar el título profesional en enfermería, Universidad Nacional Federico Villarreal]

DOI: <https://repositorio.unfy.edu.pe/handle/UNFV/3010>

OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. [Internet]. Ginebra 2017 [citado el 11 de septiembre de 2017].

Onton Enciso B. Factores de riesgo y tratamiento fisioterapéutico de la enfermedad luxante de cadera en niños menores de un año del Hospital II de Essalud -

Abancay 2010 - 2014. Tesis. Lima: Universidad Alas Peruanas, Tecnología Médica; 2015.

Ortega Ruiz, P., Mínguez Vallejos, R. F. R., & Rodes Bravo, M. L. (2000). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. Teoría de la educación: revista interuniversitaria.

Peña Lopez, S. M. Autoestima en estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la institución educativa Perú-Canadá-Tumbes, 2018.

Pinto Rodrigo, S. (2016). Discriminación y maltrato a las personas con discapacidad en su centro de trabajo, ciudad de Lima Metropolitana-Perú.

Rodríguez Ospina, Sandra. Revisión de los Estudios sobre Situación de Discapacidad en Colombia 1994-2001. Presidencia de la República, Red de solidaridad social. Bogotá, D.C Mayo del 2002.

*DOI: <http://www.discapacidadcolombia.com/Documentos/estadistica.doc>>
[Consultado el 2.5.2006]*

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self---image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sebastian Vasquez, C. A. (2017). Prevalencia de displasia de cadera en niños atendidos en la clínica San Juan de Dios periodo abril 2013-2016 Lima.

Smedema Malonda, Y., & BARAHONA ESTEBAN, M. N. (2018). Autoestima y sentido de la vida en estudiantes universitarios. Cauriensia: revista anual de Ciencias Eclesiásticas, 13.

Soto, P. A. B. (2012). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica, 3(2), 196-214.

Suarez CLAyJL. Descripción del desarrollo psicomotor en niños entre 4 y 10 meses con displasia Luxante de cadera que son tratados con Correas de Pavlik en el Hospital Roberto Del Río Santiago: Universidad de Chile; 2011.

Tzuc A, Vega E, Colli L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enfermería Univ [Internet].2015;12(4):204–11.

DOI: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000792>



Anexos

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo o 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

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

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

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por un estudiante de psicología, de la Universidad Católica de Santa María. La meta de este estudio es poder determinar la relación entre dependencia funcional y autoestima en paradedportistas con habilidades especiales con el fin de brindarles apoyo emocional a través de talleres y actividades a futuro.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en los siguientes test psicológicos.

Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Los resultados y respuestas son de total confidencial y quedará en el anonimato, de modo que el investigador pueda transcribir después las respuestas y que usted haya expresado para así sacar las conclusiones necesarias.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritos los datos, las hojas o links de los instrumentos serán eliminados.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto de investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en durante el desarrollo del mismo sin que eso lo perjudique. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.