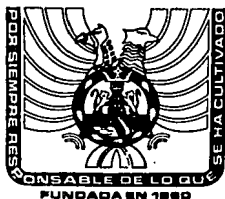


320825

12
20



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN

ESCUELA DE PSICOLOGIA

con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma
de México

"AUTOCONCEPTO EN MADRES QUE TIENEN UN HIJO QUE
PRESENTA SINDROME DE DOWN Y EN MADRES QUE TIENEN
UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN"

TESIS QUE PRESENTAN:

Diana Laura Iglesias Ramírez

Alejandra Ortiz Reali

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Asesor de Tesis: Lic. José Lorenzo Sánchez Irianda

México, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la Universidad del Valle de México.

A todos mis Maestros.

**A mis padres y hermanas que con su apoyo
logré la realización de este trabajo.**

A mi familia y amigos.

**A mi compañera y amiga Diana que gracias a su
cooperación, apoyo y amistad, juntas logramos
alcanzar la meta que nos fijamos.**

Esta tesis se realizó gracias a la colaboración de mis padres que siempre me ayudaron en todo cuanto estuvo en sus manos, que me motivaron y sobre todas las cosas que siempre estuvieron conmigo. Está dedicada a ellos por que me dieron algo muy importante: cariño y respeto.

A mis hermanos para que siga esa ayuda mutua y en especial a Alejandro que con su presencia motiva todo lo que hago, por su cariño y comprensión, por su inmejorable compañía.

Para Alejandra por que esta amistad continúe compartiendo muchos momentos como este.

A mis tías y a toda mi familia por valorarme, así como a todos mis amigos por brindarme su amistad en todo momento, por apoyarme y darme una gran oportunidad.

A la Universidad, a todos mis maestros y a mi asesor que formaron poco a poco todo esto ...

A todos Gracias

**A la familia Valencia Exiga por su vallosa amistad y
cooperación...**

Mayo 1994

Alejandra y Diana

INDICE

PAG.

Introducción

Justificación

CAPITULO I MARCO TEORICO

1. Autoconcepto

1.1 Antecedentes del término Autoconcepto	1
1.2 Definiciones de Autoconcepto	6
1.3 Componentes del Autoconcepto	8
1.4 La Teoría de Adler	12
1.5 La Teoría de Allport	13
1.6 Diferencia con otros términos	15

2. Síndrome de Down

2.1 Antecedentes del Síndrome de Down	21
2.2 Causas del Síndrome de Down	24

3. Características físicas del niño

3.1 Características físicas del niño Síndrome de Down	26
3.2 Características físicas del niño que no presenta Síndrome de Down	29

4. El Apego y su relación con el Autoconcepto	
4.1 Definición de Apego	30
4.2 La Teoría Etológica	31
4.3 La Teoría del Aprendizaje Social	34
4.4 La Teoría de Desarrollo Cognitivo	36
4.5 La Teoría Psicoanalítica	37
5. Actitud de la madre ante el nacimiento del niño que presenta Síndrome de Down y del niño que no presenta Síndrome de Down	39
6. Investigaciones	45

CAPITULO II METODOLOGIA

2.1 Planteamiento del Problema	48
2.2 Objetivo General	48
2.3 Objetivos Específicos	48
2.4 Hipótesis	48
2.5 Variables	49
2.6 Definición Conceptual	49
2.7 Definición Operacional	50
2.8 Poblacion	50
2.9 Tipo de Muestreo	51
2.10 Muestra	51

2.11 Instrumento	51
2.12 Escenario	52
2.13 Procedimiento	53
2.14 Tipo de investigación	53
2.15 Diseño	54
2.16 Análisis de datos	54
CAPÍTULO III TABLAS Y RESULTADOS	56
CONCLUSIONES	
Alcances, Limitaciones y Sugerencias.	
Bibliografía	
Anexo	
Escala de Autoconcepto de La Rosa	

INTRODUCCION.

Desde el momento que la madre sabe que dará vida a un nuevo ser, se van formando diversas fantasías e ideas acerca de la apariencia física, de la personalidad, de los intereses y aptitudes que en un futuro tendrá este bebé, la inteligencia, sensibilidad, la socialización con todas las personas que le rodean y otras características que pasan en este momento por la mente de la madre. Idealiza al bebé en todos los sentidos, esperando que este sea un ser perfecto, sin pensar en la posibilidad de que el bebé tenga alguna deficiencia en su desarrollo físico o mental, debido a una anomalía genética.

El momento del nacimiento llega, por fin, lo tiene en sus brazos, se ha convertido en madre, sus fantasías se vuelven realidad. En este momento puede apreciar si la situación que vive se asemeja a la situación que anteriormente idealizó.

La primera duda que surge en la madre, es acerca de la salud del niño, ya que de está dependerá como se perciba y sus sentimientos y pensamientos hacia sí misma, hacia el bebé y a las personas que los rodean.

Esta totalidad de actitudes que tiene un sujeto sobre sí mismo, es a la que Rosemberg (1979), llama "Autoconcepto".

En la presente investigación se trabajó con dos grupos: madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down y madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down, con el objetivo de identificar y comparar el Autoconcepto de las madres de ambos grupos.

Se planteó como hipótesis nula que no hay diferencia en el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, respecto a madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down; y como hipótesis alterna que hay diferencia en el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, respecto a madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down.

Se manejó como variable dependiente el término Autoconcepto y como variables independientes: las madres de niños que presentan Síndrome de Down, las madres de niños que no presentan Síndrome de Down, la edad de las madres y la edad de los niños.

La muestra fue de 40 madres de niños que presentan Síndrome de Down de la Fundación John Langdon Down y 40 madres de niños que no presentan Síndrome de Down del Colegio Bikits, el rango de edad para las madres fue de 25 a 45 años y de 2 a 10 años para los niños.

El tipo de muestreo fue no probabilístico y el instrumento que se utilizó fue la Escala de Autoconcepto elaborada por La Rosa (1986) conformada por 54 reactivos en un continuo bipolar con 7 posibilidades de respuesta, que evalúa 5 dimensiones (social, emocional, ocupacional, ética e Iniclativa) .

Se eligió a las escuelas participantes, pidiendo su colaboración para aplicar los instrumentos a las madres con las características de la muestra. El cuestionario se aplicó en forma individual y en algunas ocasiones en forma grupal, cubierta la cuota se procedió a la codificación de datos; en la cual se aplicó un análisis de frecuencias para observar la distribución de la muestra, sus características y para determinar si los reactivos discriminaban, así mismo un análisis de confiabilidad para observar la consistencia interna del instrumento; posteriormente para observar las diferencias entre el grupo de madres con un hijo que presenta Síndrome de Down y madres con un hijo que no presenta Síndrome de Down. Se aplicó un análisis de varianza para la escala total y para cada una de las dimensiones.

Se trata de un estudio de campo y es descriptivo.

El diseño es Ex-post-facto; es factorial y de dos muestras independientes.

De acuerdo a los resultados de este estudio se acepta la Hipótesis Alterna, ya que sí hay diferencia en el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down respecto a madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down.

Concluyendo que el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down es más alto que en las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down.

JUSTIFICACION.

En la actualidad los problemas genéticos juegan un papel muy importante en la investigación desde diversos puntos de vista en lo que se refiere a prevención, tratamiento y modelos educativos innovadores para personas con Síndrome de Down específicamente.

La mayoría de las veces se piensa que es necesaria la investigación para obtener más información acerca del tema, maestros especializados, ambientes educativos adecuados y sin embargo se hace a un lado el ambiente familiar, el papel de los padres y aún más importante la actitud de la madre.

Durante nueve meses la madre, se considera única, capaz de dar a luz a un nuevo ser que ya habita en su cuerpo y es fuente de realización y de felicidad para sí misma, para su pareja., así como para todas las personas que la rodean. Es un ser valioso, fuerte, que alberga amor y sentimientos positivos para cuando llega el momento de conocer a una personita que estuvo un largo tiempo dentro de sí. El momento esperado llegó y las palabras esperadas se transforman en un diagnóstico que rompe todas sus ilusiones y planes que se había formado. La frase " su bebé tiene Síndrome de Down", ha roto con todos los esquemas personales, familiares y sociales que a lo largo de su vida se había formado.

Sus primeros pensamientos giran en torno a la culpa y a las opiniones de los demás. En ese momento surgen una serie de dudas, inquietudes y problemas que de aquí en adelante tendrá que resolver.

En este caso, se trabajó con el Autoconcepto de las madres con el fin de sentar bases para futuras investigaciones en las que se tome en cuenta a la madre como persona individual, proporcionándole apoyo en todos los aspectos, en su desarrollo personal, emocional, sexual, familiar, social; así como también en el desarrollo del niño, ya que si se da una orientación completa y alternativas de tratamiento la manera de manejarse de la madre en la sociedad proporcionará más elementos para que el niño se desarrolle en un ambiente propicio más adecuado en su relación con la madre y con las personas que lo rodean.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1. AUTOCONCEPTO

1.1 ANTECEDENTES DEL TERMINO AUTOCONCEPTO

Desde hace muchos años filósofos, teólogos y psicólogos han venido tratando el tema del Autoconcepto, cada uno en su campo.

En el campo de la teología, Calvino y Lutero censuraban el amor a la propia persona. (en Pulido, V., 1988)

En el campo de la filosofía, durante el siglo de las Luces se estudiaban los procesos de la mente. Desde entonces se reconoció la existencia de los contenidos mentales como ciertas clases de conocimiento que no eran accesibles al método científico. Surge el análisis operacional de la cuestión filosófica de "¿Quién soy yo?". Sócrates decía que para alcanzar una vida nueva era necesario cumplir con la regla "conoce a tí mismo".

Por su parte Aristóteles en el siglo tercero a.C. hace una diferencia entre los aspectos físicos y no físicos del ser humano. (en De Oñate, P., 1989). Para López Díaz (1989) esta diferenciación da lugar al concepto de Alá o espíritu, que al principio no fue definido ni usado correctamente y que designaba la esencia de ambos aspectos, se refería a la parte más importante del funcionamiento mental y con ello se vislumbran algunos antecedentes para la descripción de la naturaleza del yo.

Pero va a ser Agustín el que describe el primer indicio de introspección de un self personal. (en De Oñate, P., 1989)

Posteriormente René Descartes crea la teoría del dualismo, la cual habla de la interacción que existe entre la mente y el cuerpo; lo que lo lleva a plantear en 1637 su frase " pienso luego existo" en la cual, plantea una discontinuidad entre la psique y el soma, dando mayor peso al razonamiento sobre los inicios del yo como una parte fundamental del funcionamiento de la psique. (en López , D., 1989)

Locke daba mayor importancia a la experiencia sensorial hasta considerarla propiamente como el self, el Autoconcepto sería siempre una gama de sensaciones y percepciones actuales. (en De Oñate, P., 1989)

William James (1890) inicia la teoría contemporánea: en su obra "Principios de Psicología" de la cual se derivan gran parte de la literatura que en la actualidad se desarrolla acerca del sí mismo y el yo. Considera el Autoconcepto como el constructo central en Psicología. Proporciona una definición del sí mismo y lo concibe como la suma total de todo lo que un ser humano puede llamar suyo, como su cuerpo, rasgos, actitudes, posesiones materiales, familia, amigos, vocación y sus ocupaciones entre otras cosas. (en López Díaz, 1989)

Para William James (1890) el sí mismo está compuesto por tres factores : (en López Díaz, 1989)

1. Los elementos que lo constituyen.
2. Los sentimientos de sí mismo.
3. Las conductas destinadas a la búsqueda y preservación del sí mismo.

De igual manera los constitutivos del sí mismo se forman en tres niveles:

1. Sí mismo material: que consiste en las posesiones materiales del individuo.
2. El sí mismo social: que se refiere a como es considerado el individuo por sus semejantes.
3. El sí mismo espiritual: que comprende las facultades y disposiciones propias del individuo.

Cooley (1968) y Mead (1965) postulan la importancia del medio social en la formación del Autoconcepto que se produce en el curso de la interacción entre las personas que han influido más significativamente a lo largo de la existencia del ser humano.(en Kelerstein, C., 1991)

Según Kelerstein, C., (1991) , para Mead el self es una internalización de los aspectos de un proceso social o interpersonal. Existe en la imaginación y simbolización, siendo organizado por cada individuo según su percepción de como los otros lo perciben.

De acuerdo con Mead, existen tantos " sí mismos" como roles sociales existen. (en López Díaz, 1989)

En este punto Sullivan (1955) concuerda con Cooley y Mead. Sin embargo Sullivan (1955) se apoya en una interacción social con la madre más que con la sociedad en general. Concibe al sí mismo como un sistema organizado para disminuir la ansiedad y aliviar efectos displacenteros en el individuo. (en Kerfestein, C., 1991)

Por otra parte, Carl Rogers en su obra "Terapia centrada en el Cliente" (1951) formula una teoría acerca del sí mismo, esta teoría tiene un carácter fenomenológico. Emplea extensamente el concepto del sí mismo o self como la conciencia de ser o de funcionar. (en López Díaz, 1989)

La estructura del sí mismo para Rogers (1950) es una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la conciencia (en De Oñate, 1989). Para La Rosa (1988) esta configuración organizada se refiere a las percepciones de una persona respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos y relaciones en su medio social .

Para De Oñate (1989) el sí mismo o self , es conciente ya que se forma de experiencias o percepciones concientes, se rige por las leyes de los campos perceptuales que explica las grandes fluctuaciones en los sentimientos o actitudes hacia sí mismo como una gestalt o configuración organizada y; contiene todas las percepciones de uno mismo, valores e ideales .

Gordon Allport (1961) sustituye el término de sí mismo por el de Proprium que incluye todos los aspectos de la personalidad de un individuo que son exclusivamente suyos, estos aspectos diferencian al individuo de todos los demás y le proporcionan cierta unidad íntima. El Proprium incluye un sentido

corporal, pensar racionalmente y conceptos de imagen del yo, extensión del yo y estima del yo. El Proprium no se desarrolla automáticamente, ni tampoco con mucha rapidez. (en López Díaz, 1989)

Epstein, S. (1973) resume las características que otros autores han atribuido al Autoconcepto (en López Díaz, 1989):

- a) Es un subsistema de consistencia interna de conceptos jerárquicamente organizados, dentro de un sistema conceptual amplio.
- b) Formado por diversos sí mismos empíricos: el espiritual y el social.
James, W. (1890) define el sí mismo espiritual como aquel que comprende las facultades y disposiciones propias del individuo y el sí mismo social se refiere a como es considerado éste por sus semejantes; además hace mención del sí mismo material que consiste en las posesiones materiales del individuo . (en López Díaz, 1989)
- c) Es una organización dinámica que cambia con la experiencia. Parece desarrollarse al buscar frecuentemente cambios y grandes cantidades de información.
- d) Se desarrolla a partir de la experiencia, sobre todo por interacción social.
- e) Es muy importante para el desarrollo de lo individual, lo cual conserva la organización del Autoconcepto.
- f) Hay una necesidad primordial de Autoestima, relacionada con todos los aspectos del sí mismo.
- g) El Autoconcepto tiene dos funciones básicas: Organiza los datos de la experiencia que implica la interacción social y evita sentimientos de desaprobación y ansiedad al facilitar los intentos para cubrir todas las necesidades.

Para Ackerman (1976) todos los individuos poseen una representación psíquica única, llamada **Identidad personal** tiene su inicio dentro de la familia, estableciendo gradualmente una gama de experiencias ligadas estrechamente con los valores.

Para Jiménez Reyes, (1990) la **Identidad Psicológica** a la que hace alusión este autor se refiere a un concepto de sí mismo, expresado en los esfuerzos, metas, expectativas y valores de una persona o grupo de personas. Responde a la pregunta **¿Quién soy yo?** en el contexto de una situación vital dada.

En 1914 Freud en "Introducción al Narcisismo" Introduce una ampliación del concepto del "yo" para incluir una dimensión perceptual, incluida a la percepción de sí mismo. (en Kelerstein, C., 1991)

El término **Autoconcepto** existe desde épocas antiguas, es un punto que hasta la actualidad es vigente y ha estado reservado para personas específicamente interesadas en su trascendencia.

Para Fittz (1965) el **Autoconcepto** ha llegado a ser un medio muy importante para comprender y estudiar la conducta humana. El concepto de sí mismo ha demostrado ser un elemento altamente influyente en la conducta directamente relacionada con la personalidad general y el estado de salud mental. (en Magaña, C., 1988)

1.2 DEFINICIONES DE AUTOCONCEPTO

Para Cruz Terán, M., (1992) el Autoconcepto es el conjunto de percepciones y autoatribuciones que una persona tiene de sí misma y lo que le hacen sentir al respecto, o bien, el conjunto de percepciones, autoatribuciones y juicios de valor que una persona tiene de sí misma y que incluye en todos los aspectos de su saber, hacer, sentir que es multidimensional, dinámico y depende mucho de la interacción con los demás.

Rogers (1951), se refiere al Autoconcepto como una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo que son parcialmente concientes e inconcientes, está compuesta por percepciones de las propias características y habilidades, los preceptos y conceptos de sí mismo en relación de los otros y el ambiente.(en De Oñate, P., 1989)

Autoconcepto se refiere al conjunto de ideas, sentimientos y actitudes que tienen las personas sobre sí mismas. (Hilgard, Atkinson y Atkinson, 1979 en Woolfolk, A., 1990)

Washburn define el Autoconcepto como un aspecto de la personalidad, una actitud, un motivo o valor por medio del cual el individuo se relaciona con su medio ambiente social. (en Jiménez Reyes, A., 1990)

Para Wylie (1968), el Autoconcepto es una configuración organizada de percepciones del individuo que son accesibles para el conocimiento. (en De Oñate, P., 1989)

El Autoconcepto se puede considerar como un intento de explicar la propia persona, de construir un esquema que organice las impresiones, sentimientos y actitudes sobre sí mismo. Este modelo o esquema no es permanente, unificado o inmutable. (Woolfolk, 1978)

Para Bromley (1978) es un sistema complejo de ideas, sentimientos y deseos, que no están necesariamente bien articulados o coherentes. (en Woolfolk, A., 1990)

Según Deutsch y Krauss (1965) el Autoconcepto consiste en las representaciones simbólicas que una persona se forma de sus distintas características físicas, éticas y sociales y que además es la organización de las cualidades que la persona se atribuye a sí misma.(en De Oñate, P., 1989)

El Autoconcepto para Rubins (1965) es una imagen total de sí mismo que incluye tanto los atributos físicos como las necesidades biológicas, los rasgos y las actitudes de la personalidad y también los roles familiares y sociales. (en Jimenez Reyes,1990)

Combs, Soper y Courson (1963) dicen que el Autoconcepto es la organización de todo lo que le parece al individuo ser Yo o a Mí. Es lo que el individuo cree acerca de él, la totalidad de sus experiencias con respecto a él mismo. (en De Oñate, P., 1989)

El Autoconcepto es un conjunto de creencias que una persona tiene acerca de lo que es ella misma. Cada persona se forma, a lo largo de su vida, una serie de ideas o imágenes que la llevan a creer que así es. (Rodríguez Estrada, 1988)

Schenword (1962), dice que el Autoconcepto depende de la percepción subjetiva que el individuo tiene de la evaluación que realmente hacen otras personas, lo cual a su vez es una función objetiva de la identidad de los otros. (en De Oñate, P., 1989)

Según Jimenez Reyes (1990), Hurlok y Allport plantean que el Autoconcepto es el núcleo central del patrón de la personalidad ya que tiene menos posibilidades de modificarse a comparación de otras estructuras, además de que adquieren mayor fijación con el paso de los años.

Ausubel (1952) define el Autoconcepto como combinación de ciertos elementos en cada persona: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales.(en De Oñate, P., 1989)

El Autoconcepto abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de mismo,Incluyendo las imágenes que otros tienen de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser. (De Oñate, P., 1989)

1.3 COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO.

Para Rosemberg (1979), el autoconcepto se refiere a la totalidad de actitudes, es decir, pensamientos y sentimientos que el sujeto tiene sobre sí mismo como objeto. (en Jimenez Reyes, 1990)

Así mismo, divide el Autoconcepto para su estudio en tres componentes: (en López, D.,1989)

1. EL SI MISMO EXISTENTE.

Se refiere a como el individuo se ve a sí mismo.

Este componente está formado a su vez por cuatro áreas:

a) Contenido del Autoconcepto.

Se compone de la identidad social en relación a las inclinaciones del sujeto, así como a sus características físicas. La identidad social se refiere a las categorías que la sociedad utiliza para clasificar a un individuo como raza, sexo, nombre, nacionalidad, nivel socioeconómico, religión, etc. Todas estas conforman una parte real de lo que el individuo siente que es. Por lo tanto, esta clasificación da valor al sujeto o influye en su propio valor.

b) Estructura del Autoconcepto.

Esta área se divide a su vez en tres puntos principales:

-- Centralidad Psicológica.- concierne a la individualidad de cada sujeto y está jerárquicamente organizada de acuerdo a un sistema de valores.

-- Nivel específico y global.- plantea que existe una inconsistencia entre los componentes de la estructura y la importancia de la variabilidad situacional del Autoconcepto, dado que en ocasiones el sujeto siente autosatisfacción y en otras puede sentir mucha insatisfacción.

-- Interior psicológico y exterior social.- se remite a la conceptualización del sí mismo en términos de un exterior social que incluye las características físicas y la identidad social. Y un interior psicológico, que es un mundo privado donde el sujeto experimenta emociones, deseos y secretos.

c) Dimensiones del Autoconcepto.

-- Dirección: se refiere a la opinión favorable o desfavorable que se tiene de sí mismo.

-- Intensidad: en que grado es favorable o desfavorable esta opinión.

-- Relevancia: si el sujeto está conciente de sus conductas, o si está envuelto en tareas o propósitos ajenos.

-- Consistencia: si los elementos de su autoimagen son contradictorios, o no consigo mismo.

-- Estabilidad: si las actitudes hacia el sí mismo varían constantemente, o permanecen firmes y estables.

--Claridad: si tiene una imagen clara y nítida de sí mismo, o ésta es vaga y confusa.

--Precisión: si dicha autoimagen es considerada correcta o falsa.

-- Verificación: si los componentes de la imagen son factibles de confirmación objetiva.

d) Extensiones del Yo.

Cooley (1912), citado por Rosemberg (1979), define a la "apropiación" de objetos exteriores por el sí mismo a través de tres características:

-- La incorporación de elementos externos en el sí mismo es una experiencia subjetiva que varía de acuerdo con la edad. Dicha experiencia puede ser en una etapa de la vida, una parte central del sujeto, pero en otra etapa posterior pasa a ser una parte periférica.

-- La presencia de emociones de orgullo o vergüenza que tiene que ver con el sí mismo.

-- La introyección, en la cual el sujeto se siente personalmente afectado por lo sucedido a personas u objetos que considera como parte de sí mismo.

Se considera que algunas extensiones del Yo son más centrales al sí mismo existente y otras más periféricas.

2. EL SI MISMO DESEADO.

Se refiere a como le gustaría al individuo verse a sí mismo. Se puede definir como una fuerza motivadora que da pie para juzgar al sí mismo existente.

Se distinguen tres partes que conforman al sí mismo deseado:

-- **Imágen ideal.**- este término fue introducido por Horney,K.(1945) y menciona que cuando el niño no se desarrolla en condiciones favorables, crea una "ansiedad básica". Para sobre llevar ésta ansiedad, el niño forma una imágen de lo que le gustaría ser. Esta idealización provoca algunas consecuencias en el sujeto como: exceso de tensión por los altos estándares de vida, hipersensibilidad a la crítica, extrema vulnerabilidad si no se logra lo que se exige y odio hacia sí mismo.

-- **Imágen de compromiso.**- es una imágen realista a la que el sujeto se ha comprometido alcanzar, y cuando es alcanzada brinda sentimientos de bienestar.

-- **Imágen moral.**- conjunto de reglas que impone la sociedad del " debes y no debes".

La constituyen tres aspectos:

a) Conciencia o Super Yo formada por las normas introyectadas, enseñadas y reforzadas por la familia, escuela y religión principalmente.

b) Demandas del rol que es el conjunto de prescripciones asociadas a las conductas requeridas o prohibidas al status implicado del individuo.

c) Demandas de indiosincracia personales.

3. EL SI MISMO PRESENTADO.

Se refiere a la imagen característica que el sujeto proyecta a los demás.

Este componente es el principal instrumento a través del cual el sujeto va a cumplir con sus metas y objetivos personales que impliquen a otra persona.

1.4 LA TEORIA DE ADLER.

Por otra parte Adler (en Benitez, N., 1993), aborda el término de Autoconcepto desde el punto de vista de la teoría psicosocial, la cual señala que el individuo por naturaleza es social y es allí en donde se desarrolla su personalidad.

El "estilo de vida" son las diferentes formas y caminos que se siguen para alcanzar las metas; y es a través de éste que se va formando el concepto de sí mismo y de su medio.

Adler llamó "esquema de apercepción" a la interpretación que cada ser humano hace de sus propias experiencias, así mismo, enfatiza que el individuo tiene la capacidad de formar su propia capacidad de elección de sus propias metas, su estilo de vida y el esquema de apercepción a partir de su herencia como de su experiencia. El ser humano es conciente de lo que produce su comportamiento, planea y guía sus actos con conocimiento del impacto que tendrá en su Yo.

Hall y Lindzey (1984), interpretan el concepto del sí mismo creador, como el que Adler postula como un sistema objetivo y personalizado que interpreta las experiencias de su organismo y les da significado. (en Benitez, N., 1993)

Para Adler el individuo es una totalidad integrada a un sistema social y manifiesta la importancia de que el individuo se desarrolle en él; pero le confiere la capacidad para decidir sobre su propia capacidad, a través de las metas que se fije, el estilo de vida y el esquema de apercepción, por tanto es responsable de las manifestaciones del concepto de sí mismo.

1.5 LA TEORIA DE ALLPORT.

Allport, G., (1980), representante de las Teorías Integradoras Biosociales del Yo aportó su término "Propium" y lo designa como el sí mismo como objeto de conocimiento y sentimiento.

Una de las formas para adquirir un buen concepto de sí mismo consiste en descubrir para que se tiene disposición y tratar de perfeccionar la habilidad en cuestión.

La teoría de Allport considera al aprendizaje, al conocimiento y a la motivación como dimensiones específicas relacionadas con el Yo.

Expone siete experiencias distintas del Yo, las cuales constituyen el "Propium":

1. El Yo físico: experiencia constituida por una serie de sensaciones corporales, orgánicas y fisiológicas del organismo. A través de las sensaciones de los órganos internos (músculos, articulaciones y tendones), como se va formando el sí mismo.
2. Autoidentidad: sentimiento del Yo en donde permanece la percepción de ser uno la misma persona en diferentes circunstancias.
3. Estíma de sí mismo; amor propio: el individuo esta orgulloso de sí y obtiene lo que quiere por su propio esfuerzo.
Las etapas anteriores se presentan durante los tres primeros años de vida, al final de este período el niño es más autónomo, lo cual fortalecerá cada vez más su Autoconcepto.
4. Autoextensión: la persona aprecia sus propios bienes (personas, objetos y atributos personales) , y esto le permite realizar contactos más estrechos
5. Imágen del sí mismo: Imágen de la personalidad total, concepto que el sujeto tiene de sí mismo.
Las etapas anteriores comprenden de los cuatro a los seis años.

6. **El Yo como competidor racional:** es la experiencia del sí mismo que se vive como un ente activo y solucionador de problemas de acuerdo a como se vayan presentando, se da de los seis a los doce años.
7. **Esfuerzo orientado, propósito deliberado:** aspectos del Yo que persiguen objetivos a largo plazo a fin de dar sentido y propósito a la vida.

Todos los individuos deben de pasar por estas experiencias antes de que el "Propium" quede totalmente desarrollado a nivel adulto.

1.6 DIFERENCIA CON OTROS TERMINOS.

Mead (1934) consideró el self como el resultado de un proceso social, consecuencia de un largo período evolutivo el cual se puede conocer empíricamente. (en De Oñate, P., 1989)

Cooley (1968) define el self como el sistema de ideas procedentes de la vida comunicativa que la mente aprecia como suyo. (en De Oñate, P., 1989)

Kelly (1955), Sarbin (1988), Epstein (1973) y Coopersmith (1977) han considerado el self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona. (en De Oñate, P., 1989)

Según Kelerstein, C., (1991), Heinz Kohut afirma que el self es un contenido del aparato psíquico, pero no es ninguna de sus instancias sino el núcleo de la personalidad formado a través de las representaciones simbolizadas, coherentes o contradictorias, de una porción grande del material pertenecientes al Ello, al Yo y al Super Yo.

Chein (1944) expresa que el sí mismo no es como el cuerpo, un objeto de conocimiento, sino más bien el contenido del conocimiento al margen del cual carece por completo de realidad. (en Jimenez , R., 1990)

El sí mismo de Bertacci (1945) consiste en la compleja y unitaria actividad de la sensación, recuerdo, imaginación, percepción, deseo, sentimiento y pensamiento. (en Jimenez, R., 1990)

Según Symons (1951) define el sí mismo como las formas de reacción del individuo ante sí, siendo cuatro los aspectos que lo caracterizan: (en Jimenez, R., 1990)

1) COMO SE PERCIBE A SI MISMO EL INDIVIDUO.

2) QUE PIENSA DE SÍ MISMO.

3) COMO SE EVALÚA

4) COMO INTENTA MEDIANTE DIVERSAS ACCIONES DEFENDERSE.

Sarbin (1952) concibe al sí mismo como una estructura cognitiva constituida por las ideas del individuo acerca de diversos aspectos de su ser. (en Jimenez, R., 1990)

El modelo formalizado de Kinch (1983) toma el concepto como una organización de cualidades que el individuo se atribuye a sí mismo, comprende los atributos expresables en adjetivos y los roles que ve en sí mismo. (en De Oñate, P., 1989)

Según Bee (1987), el concepto de sí mismo es una serie de ideas detalladas y permanentes acerca de la propia persona, que afectan las relaciones con los demás, la selección de actividades u ocupaciones y la confianza (o falta de ella) en muchas situaciones. Es también una parte significativa de la personalidad.

Allport (1980) concibe al sí mismo como la zona central, íntima y cálida del ser humano. Como tal, desempeña un papel primordial en la conciencia, personalidad y en el organismo.

Según Kerlstein, C., (1991), René L'Ecuyer afirma que el concepto de sí mismo consiste en una organización compleja que reúne algunos elementos fundamentales o características globales en torno a las cuales se reúne un determinado grupo de aspectos más específicos.

Para Rogers (1950) el concepto de sí mismo se puede definir operativamente como la estructura del sí mismo, una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la conciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades, los preceptos y conceptos de sí mismo en relación con los demás, las cualidades de valor que se perciben como asociadas con las experiencias y con los objetos y las metas e ideales que se perciben como poseyendo valor positivo o negativo. (en De Oñate, P., 1989)

Para Bar-On (1985), Horrocks (1984) y Rosemberg (1972) la Autoestima se refiere al valor que se confiere al Yo percibido. Se puede decir que es la parte afectiva del Autoconcepto y se asocia con la dirección de la actitud hacia sí mismo. (en Magaña, C., 1988)

Cameron (1963) indica que la Autoestima proviene de las representaciones centrales del self y que cambia con el desarrollo de la personalidad y con los cambios del individuo (matrimonio, experiencias sexuales, edad senil, etc.). (en Magaña, C., 1988)

McGuigan (1974) dice que la Autoestima se basa en el mantenimiento de las relaciones objetales (durante la niñez) y contribuye a su vez al desarrollo del Yo moral. (en De Gyves, J., 1989)

Para Wylie (1961), la Autoestima se encuentra significativamente relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal eficiente. (en Galván, M., 1993)

Desde el punto de vista de Coopersmith (1967) la Autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un self de convicciones y sentimientos. Es una abstracción que un individuo desarrolla acerca de los atributos, capacidad y actividad que posee y que se propone alcanzar. (en Galván, M., 1993)

O'Malley y Brachman (1983) y Jackson y Paunomen (1980), consideran a la Autoestima una disposición personal perdurable caracterizada por la consistencia temporal (concepción del rasgo) y también como una variable resultado de la autoevaluación regulada por los eventos ambientales (consideración situacional). Para ellos el término Autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo según unas cualidades subjetivas y valorativas. El sujeto se autovalorará según las cualidades positivas y negativas que provienen de su experiencia. (en Galván, M., 1993)

Según Horrocks (1984) la Autoimagen es central para la vida subjetiva del individuo y, determina en gran medida su pensamiento, sentimientos y conducta. Para la Autoimagen es, al mismo tiempo, producto tanto de sus emociones como de su intelecto. (en Magaña, C., 1988)

Fitz (1965) expresa que la Autoimagen de un individuo tiene gran influencia en su conducta, y está estrechamente relacionada con su personalidad y con su salud mental. (en Magaña, C., 1988)

Como Wells y Marwell (1976), mencionan cualquier definición de Autoconcepto tiene problemas debido a que este término es utilizado en muchos sentidos por autores de las más diversas teorías y, en ocasiones, en el contexto de una misma teoría. (en La Rosa 1986)

Así mismo, afirman que la forma en que una persona actúa y realísticamente se percibe y se estima, es comunmente denominada el sí mismo real o, simplemente, el Autoconcepto.

Por otra parte los mismos autores, describen al Autoconcepto en términos de actividades reflexivas, consideradas generalmente en tres aspectos:

- Cognitivo (contenido psicológico de la actitud)
- Afectivo (evaluación relacionada al contenido)
- Conativo (respuestas comportamentales a la actitud)

La Autoestima por lo general se encuentra en el aspecto afectivo, lo cual es considerado como principalmente motivacional.

Ambas definiciones contienen elementos cognitivos y evaluativos, aunque los autores llamen a la dimensión evaluativa: Autoestima.

Algunas definiciones se acercan a este patrón. Byrne (1984), dice que en términos generales el Autoconcepto es la percepción de sí mismo, y en términos específicos, son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social. (en La Rosa, 1986)

Para Shavelson, Hubnen y Stanton (1976) el Autoconcepto es la percepción que una persona tiene de sí misma y se define mediante siete características que son: organizado, multifacético, jerárquico, estable, que se desarrolla, evaluativo y diferenciable. (en La Rosa, 1986)

Estos autores reconocen que en el aspecto evaluativo, la distinción entre autodescripción y autoevaluación no es del todo clara y afirman, por esta razón, que los términos Autoconcepto y Autoestima han sido utilizados como sinónimos en la literatura.

Para Galván, M., (1993), la Autoestima se relaciona con el Autoconcepto o Self, puesto que se puede decir que toda persona tiene un conjunto de cogniciones o sentimientos hacia sí mismo que es lo que constituye el concepto personal, Autoconcepto o Autoimagen. En este sentido, la Autoestima se puede considerar como la propia aceptación con el Autoconcepto o Autoimagen. El concepto de sí mismo (Self) se define como las actitudes, los sentimientos y las percepciones de una persona hacia sí misma.

Tamayo (1982), menciona que a pesar de la importancia que tiene el término de Autoconcepto, aún no existe uniformidad en la definición del término.

Los autores americanos le llaman " Self concept" (Autoconcepto); los europeos " Conciencia de sí mismo", " imagen propia" e " Imagen de sí mismo"; a pesar de la diversidad de los términos, todos se refieren a la misma entidad. (en Benítez, N., 1993)

Para Rodríguez, E; (1988), el Autoconcepto es un elemento de "la escala de Autoestima," la cual está conformada por los siguientes niveles:

1. Autoconocimiento.- se da a partir del conocimiento de las partes que componen el Yo, sus manifestaciones, necesidades y habilidades, los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es; conocer porqué, como actúa y siente.
2. Autoconcepto.- serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta.

- 3. Autoevaluación.-** refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas, si lo son para el individuo, y como malas si no satisfacen al individuo, carecen de interés, o no le permiten crecer,
- 4. Autoaceptación.-** el reconocimiento de todas las partes del sí mismo como un hecho.
- 5. Autorespeto.-** atender y satisfacer las propias necesidades y valores.

La Autoestima es la síntesis de todos los pasos anteriores.

2. SINDROME DE DOWN

2.1 ANTECEDENTES DEL SINDROME DE DOWN.

Durante siglos y milenios anteriores se han producido mutaciones de los genes y cambios cromosómicos.

En la evolución biológica existen antecedentes de enfermedades genéticas y alteraciones cromosómicas tales como el Síndrome de Down.

Para Pueschel (1991) la constatación antropológica más antigua acerca del Síndrome de Down tiene su origen en el cráneo sajón del siglo VII, cuya estructura es similar a la que presentan los niños con Síndrome de Down. Desde entonces las investigaciones se centraron en encontrar resquicios en épocas anteriores sobre los niños que presentan Síndrome de Down, tomando material de pinturas y esculturas en donde aparecían niños con rasgos faciales asociados a los que generalmente se observan en los niños con Síndrome de Down.

Los resultados no son confiables debido a que la inspección crítica de las pinturas y esculturas no permite definir con claridad el diagnóstico y por lo tanto antes del siglo XIX no existía publicación alguna, ni informes bien documentados sobre esta alteración cromosómica.

Según Pueschel (1991) esta falta de información se debía a que en aquel tiempo no se disponía de publicaciones médicas, eran pocos los investigadores que se interesaban por los problemas genéticos y retraso mental en niños, además de que prevalecían entonces otras enfermedades como infecciones y desnutrición, así mismo, lo atribuye a que muchos niños que nacían con esta anomalía morían probablemente en la primera infancia.

Fue Juan Esquirol en 1838 el primero que proporcionó la descripción probable de un niño con Síndrome de Down. Poco después, en 1848 Eduardo Seguin descubrió algunos pacientes que sugerían el Síndrome, entidad que denominó "Imbecilidad Furfurácea". (en Pueschel, 1991)

En 1868 Duncan observó a una paciente que presentaba cabeza redonda, ojos achinados, una gran lengua y que pronunciaba solo algunas palabras.

Ese mismo año John Langdon Down describe algunos rasgos clásicos y diferencias entre los niños con Síndrome de Down y otros que presentaban también retraso mental, especialmente aquellos afectados de cretinismo (malformación tiroidea congénita) y publica un artículo en el cual menciona que los niños con Síndrome de Down tienen el pelo de un color oscuro, lacio y escaso. El rostro es aplastado y ancho, ojos oblicuos y nariz pequeña y que presentan un poderoso don de imitación. Su teoría se vio influida por "El Origen de las Especies" de Darwin y afirmaba según la Teoría de la Evolución que el Síndrome de Down era un retroceso hacia un tipo racial primitivo. Llamó "Idiocracia mongólica" al Síndrome clínico que en la actualidad se denomina Síndrome de Down, mongolismo o trisomía 21. (en Pueschel, 1991)

A partir de 1868 no se publicaron más informes acerca del tema durante una década, fue hasta 1876 que Fravier y Mitchell llamaron a esta anomalía "Idiotas de Kalmuck", aportaron también el primer informe científico sobre el Síndrome de Down y en 1875 en Edimburgo, Mitchell presentó un estudio sobre 62 personas con Síndrome de Down. (en Pueschel, 1991)

En 1886 E. Shuttleworth declaró que estos niños estaban "sin acabar" y que su aspecto peculiar era el de una fase de la vida fetal. (en Pueschel, 1991)

A principios de este siglo se publicaron diversos informes médicos en los que se describían hallazgos anormales en niños con Síndrome de Down y causas posibles de esta anomalía.

En 1932 Wanderburg sugirió la posibilidad de que estuviera relacionado con una anomalía cromosómica. (en Camevale, A., 1973)

A partir del estudio de Tjio y Levan en 1956 quienes establecieron que el número normal de cromosomas en el hombre es de 46 y el progreso realizado en el método de visualización de cromosomas permitió realizar estudios más exactos sobre los cromosomas humanos, esto permite a

Lejeune en 1959 descubrió que los pacientes con Síndrome de Down presentan un cromosoma más, es decir, 47 cromosomas en las células, en lugar de los 46 que se encuentran generalmente en una persona repetidos en 23 pares. 22 pares constituidos por autosomas, un par por cromosomas sexuales (XX en la mujer, XY en el hombre). Los autosomas pueden estar ordenados en series según la longitud del 1 al 22. (en Camevale, A., 1973)

El Síndrome de Down es causado por la presencia de un cromosoma suplementario a nivel del par 21, de aquí que se llame también trisomía 21. (Lambert, 1989)

2.2 CAUSAS DEL SINDROME DE DOWN

Se cree que el mecanismo de la división defectuosa de la célula es el mismo en tres casos:

1. Cuando dos cromosomas número 21 parecen algo "pegados" y no se separan correctamente durante la división normal de la célula se le llama "no C".
Aproximadamente el 85% de los niños con Síndrome de Down tienen este tipo de anomalía cromosómica, la llamada anteriormente trisomía 21.
2. En el otro 4 % de los niños con Síndrome de Down existe un problema cromosómico algo diferente, llamado translocación. En los niños con este problema, donde el número total de cromosomas de las células es de 46, el cromosoma número 21 extra va unido a otro cromosoma, por lo que existe de nuevo un total de tres cromosomas número 21 en cada célula. La diferencia en este caso estriba en que el tercer cromosoma 21 no está "libre", sino unido o translocado a otro cromosoma generalmente número 14, un 21 o un 22; sin embargo, el cromosoma número 21 extra o parte de él podría estar también unido a otros cromosomas.
Aproximadamente en un tercio de los niños que presentan Síndrome de Down uno de los padres es "portador", es decir, puede ser que este padre sea perfectamente normal bajo el punto de vista físico y mental que tenga una cantidad normal de material genético, pero este individuo tiene todavía dos cromosomas unidos, de forma que el número total de cromosomas será de 45 en lugar de 46. En este caso hay un riesgo creciente de que el portador tenga más hijos con Síndrome de Down.
3. El problema cromosómico frecuente en niños con Síndrome de Down, se llama mosaicismos. Esta variante suele presentarse en un 1% y se debe a un error producido en una de las primeras divisiones de las células. Después de nacer el niño, se encuentran por lo general algunas células con 47 cromosomas y otras con 46. Varios autores han descrito que estos niños tienen menos pronunciados los rasgos propios del Síndrome de Down y que su rendimiento intelectual, como media, es superior al de los niños con trisomía 21.

Durante los últimos treinta años algunos investigadores han propuesto como causas del Síndrome de Down la exposición a los rayos X, la administración de ciertos fármacos, los problemas hormonales o inmunológicos y algunas infecciones víricas; que aunque es posible que originen anomalías cromosómicas no existen pruebas de que originen directamente el Síndrome de Down. Al parecer la aparición de éste está relacionado con la edad de la madre, debido a que el riesgo aumenta a partir de los 35 años.

Hasta el momento, no se sabe qué es lo que hace que las células se dividan de forma incorrecta, ni porque los cromosomas no se separan de manera adecuada. (Pueschel, 1991)

3. CARACTERISTICAS FISICAS DEL NIÑO

3.1 CARACTERISTICAS FISICAS DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

Las características físicas y funciones de los niños con Síndrome de Down están determinadas por su material genético. Debido a que el cromosoma 21 extra se encuentra en las células de todo niño que presenta Síndrome de Down, tienen muchos rasgos físicos comunes. Las anomalías son observadas desde el nacimiento. A medida que pasa el tiempo las deficiencias son notorias, impidiendo que este se desarrolle normalmente. (García Escamilla, 1991)

Se puede observar un retardo entre la sexta y duodécima semana, la anomalía puede consistir en una malformación de la estructura del cráneo.

Los niños nacen poco antes del término medio, con proporciones reducidas y pesando aproximadamente dos kilos y medio. Son pálidos, con llanto débil, apáticos, con ausencia de reflejo de moro y tono muscular; lo que explica el retardo en el desarrollo motor.

El cabello es fino, lacio y sedoso y durante el crecimiento se toma seco apareciendo rápidamente la calvicie.

Los párpados son estrechos y ligeramente rasgados, presentan manchas en el iris de color dorado o blanquizas llamadas "manchas de Brushfield", el estrabismo es frecuente, casi siempre convergente, las causas de mayor frecuencia son la miopía avanzada y las opacidades.

La forma de la nariz es variable, sin embargo una característica muy importante es que el puente nasal se encuentra aplanado, debido al subdesarrollo o ausencia de los huesos nasales; la parte cartilaginosa es ancha y triangular, la mucosa es gruesa y por lo general la nariz es pequeña.

Los labios se ponen secos y con fisuras, ocasionado por tener la boca mucho tiempo abierta, ya que el puente nasal es estrecho y tiene problemas al respirar; el paladar tiene forma ojival en un 70%. La forma de la lengua es redondeada o rima en la punta, presentando fisura e hipertrofia papilar.

La mayoría de los niños que presentan Síndrome de Down tienen voz gutural y grave; se observa un retraso del brote de los dientes, anomalías en su configuración y, a veces, ausencia congénita o fusión entre ellos, el problema dental más preocupante tiene que ver con las encías (enfermedad periodontal y gingivitis).

Las orejas son a veces pequeñas y su borde superior (hélix) se encuentra con frecuencia plegado; en el oído, el pabellón auricular es generalmente pequeño, presentan malformaciones en el conducto auditivo interno, coclea y conductos semicirculares. Del 60 al 80 % de los niños con Síndrome de Down sufren una diferencia auditiva entre débil y moderada.

El cuello tiende a ser corto y ancho. En algunas ocasiones el pecho tiene una forma peculiar; el esternón puede presentar una depresión (pecho de embudo) o puede sobresalir (pecho en quilla). La espina dorsal no presenta la curvatura normal y a veces tienen sólo 11 pares de costillas.

Sus extremidades son cortas, las proporciones de los huesos largos están particularmente afectadas. Las manos y los pies tienden a ser pequeños y regordetes, los dedos algo cortos y el meñique está a menudo ligeramente curvado hacia adentro, las líneas de las manos y los patrones de dermatoglifos tienen varios aspectos anormales.

Los músculos abdominales de los bebés son a veces débiles y el abdomen puede ser de aspecto abultado.

Los caracteres de los órganos genitales en los varones se tipifican por tener el pene muy pequeño en su mayoría y de cada 100 casos sólo a 50 de ellos les descienden los testículos, el vello púbico es escaso. En las mujeres estos caracteres aparecen tardíamente, la menarquia se presenta posterior al período normal a diferencia de la menopausia que es a temprana edad y durante este período la menstruación es un tanto irregular.

Alrededor del 40 % de los niños con Síndrome de Down presentan anomalías en el corazón, ya que la sangre fluye a través de un orificio entre las cámaras o que algunas válvulas funcionan defectuadamente, o que alguno de los grandes vasos presentan cierta estrechez.

Solo unos pocos bebés pueden tener pulmones subdesarrollados (hipoplásticos).

Los órganos interiores como el hígado, el bazo o los riñones suelen ser normales.

En cuanto al desenvolvimiento psicológico el niño con Síndrome de Down presenta patrones de aprendizaje de grado inferior al término medio, sin superar esta etapa aún cuando su capacidad de desarrollo llega a su término.

Estos niños son por lo general receptivos, llenos de afecto, son obstinados, imitativos, adaptables, con un sentido especial en cuanto a reciprocidades de sentimientos y vivencias.

Si el ambiente que los rodea es estimulante, el niño tiende a ser cariñoso y poseen un sentido especial al afecto materno.

Para Pueschel (1991) algunas características sobresalen más en unos niños que en otros y algunos rasgos cambian con el tiempo.

3.2 CARACTERISTICAS DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN

En comparación con la de un adulto la cabeza de un bebé que no presenta Síndrome de Down es muy grande representando casi el 25% de la estatura del bebé al nacer y casi el 20% de su cuerpo a los dos años de edad.

Según Smith (1978) la forma de la cara cambia a medida que se va desarrollando especialmente cuando aparecen los dientes permanentes, presentan cambios en el tamaño y forma de la mandíbula. (en Bee, H. 1987)

Un cambio muy importante en el esqueleto es el incremento en la longitud de los huesos largos, en especial de los brazos y las piernas. Al momento de nacer, algunos huesos son cartílagos, son suaves y tienen un alto contenido de agua.

Los bebés nacen con todas las fibras musculares que tendrán para toda la vida según Tanner (1970) sin embargo, los músculos sí cambian alargándose y engrosándose. (en Bee. H. 1987)

Los niños pueden presentar patrones positivos hacia los demás, dar apoyo y compartir sus cosas, así como también muestran patrones negativos como agresividad y dominio. Ya sean niños que presentan Síndrome de Down o niños que no presentan Síndrome de Down es importante lo que dice Pueschel (1991) "Cada niño es único, algunas características sobresalen más en unos niños que en otros y algunos rasgos cambian con el tiempo".

4. EL APEGO Y SU RELACION CON EL AUTOCONCEPTO

4.1 DEFINICION DE APEGO.

Todo ser humano necesita tener a su alrededor apoyo, motivaciones, amor y protección para poder tener una estabilidad emocional y formarse un yo fuerte así como un buen concepto de sí mismo, también es importante la armonía familiar y la salud de los miembros de la misma.

En el caso del nacimiento de un niño con Síndrome de Down hay un rompimiento emocional de la familia especialmente de la madre, la cual es la más apegada al bebé y para poder llevar un buen desarrollo del mismo es fundamental su fortaleza yoica, la manera en que se valora y una buena imagen de sí misma.

Como Bowlby (1980) lo ha descrito una vinculación es una importante unión emocional, un "lazo afectivo" entre dos personas. Para el niño la persona a la que está vinculado es un fuerte apoyo para explorar el mundo, en situaciones de angustia y una gran fuente de estímulos. (En Bee, H. ,1987)

Para Bee, H. (1987), las conductas de vinculación son todas aquellas que le permiten a cualquiera de las personas vinculadas lograr y mantener la proximidad con alguien más, por lo tanto, se llama vinculación o apego a las relaciones íntimas y estrechas entre los individuos a lo largo de su vida. La primera relación interpersonal en la vida de todo ser humano es con la madre. (Gómez Ramos, 1990). Se concluye entonces que esta es la primera vinculación entre el niño y la madre y la madre y el niño.

Para Craig (1988) el apego ocurre de modo gradual, debido a que el niño pasa por etapas de crecimiento emocional y social que culminan en el sólido establecimiento de esta primera relación.

Bee, H. (1987) menciona que existen cuatro teorías principales del apego:

4.2 LA TEORIA ETOLOGICA.

H. Schaffer y P. Emerson distinguen tres factores básicos en el desarrollo del apego:

1. El Apego Indiscriminado.- da inicio en etapas tempranas del desarrollo hasta los siete meses aproximadamente, el bebé protesta si se le carga o no, pero no le importa quien es la persona que lo hace, la madre o el experimentador.
2. El Apego Especifico.- puede durar de los siete meses al año aproximadamente, en ésta el bebé se apega a una sola persona que puede ser la madre, se angustia si esta lo deja y presenta miedo hacia los extraños.
3. El Apego Múltiple.- el apego en esta etapa se da hacia diversas personas, además de la madre, se generaliza hacia el padre, hermanos o abuelos.

Ainsworth (1973) describió tres etapas fundamentales del apego: (en Craig, 6, 1988)

1. A partir del nacimiento hasta los seis meses de vida se caracteriza por una gran sensibilidad social. El bebé se basa en sus conductas de expresión y orientación como el llanto, la vocalización y el seguimiento visual; para establecer comunicación. No diferencia entre las personas que lo rodean y reacciona ante cada una de ellas en forma similar, incluso con la madre. Es entre los tres y seis meses cuando reconoce las figuras principales.
2. Siete meses a dos años, es caracterizada por una búsqueda activa de proximidad. Desempeña un papel mucho más voluntario en el apego, ya que pueden extender los brazos que los suban, asirse o abrazarse de alguien y, en forma más eficaz saludar o llamar. Buscan activamente el contacto con la madre o la persona que lo cuida y muestran resistencia ante la separación y los extraños.

De la calidad de apego depende directamente el desarrollo posterior de la responsabilidad del niño, ya que los que tuvieron un apego bueno y seguro tienden a ser entusiastas, independientes y seguros durante la niñez. (Sroufe, 1978 en Craig, G., 1988)

3. Como Bowlby (1969) también menciona a los tres años, se da una asociación con la madre o el cuidador, como una persona individual e importante. Los niños participan en una relación más satisfactoria con la madre, presentándose un comportamiento de reciprocidad. (en Craig, G., 1988)

En sus estudios sobre el apego temprano, Ainsworth (1973) distinguió tres grupos de niños: (en Bee, H., 1987)

- **Apegos de manera segura.**- los niños sonreían al ver a la madre, la seguían con la mirada y podían dejarla por períodos cortos de tiempo, así como también lloraban poco.
- **Apegos de manera insegura.**- los niños demandan excesiva atención, no podían separarse ni un momento de la madre y manifestaban mucha tristeza cuando ella los dejaba por momentos, también lloraban mucho aunque la madre los alzara en brazos.
- **Sin Apego.**- se refiere a niños cuyo apego no depende directamente de la madre o de otra persona adulta del todo.

Para Bowlby (1980) el repertorio básico de conductas de vinculación es instintivo en el niño y esta presente desde el momento de nacer, en cinco fases principales: (en Bee, H., 1987)

FASE 1. Previnculación inicial.

Se presenta durante los tres o cuatro meses de vida con una gran variedad de comportamientos de vinculación, corresponde a lo que Ainsworth describe como "Aumento de la Proximidad". No se puede decir que el niño está vinculado a alguna persona debido a que no existe ninguna preferencia congruente por ningún individuo en particular y el niño no tiene capacidad para apreciar a una persona de otra.

FASE 2. *Proceso de Vinculación.*

El bebé inicia la diferenciación entre personas conocidas y desconocidas alrededor de los tres meses cuando las conductas de vinculación se dan en forma más discriminada. No obstante, todavía no hay una vinculación completa con una sola persona, pero muchas se ven favorecidas por el "Aumento de Proximidad" del niño.

FASE 3. *Vinculación Claramente Definida.*

Se presenta alrededor de los seis o siete meses de edad, por primera vez el niño establece una vinculación completa con una sola persona. La posibilidad de movimiento al gatear, le dan la oportunidad de explorar y dirigirse a su madre a la vez que puede hacer que ella se acerque a él. Lo que Ainsworth llama "Búsqueda de Proximidad". (en Bee, H., 1987)

FASE 4. *Vinculaciones Múltiples.*

Durante los dos y tres años de vida el niño, presenta vinculaciones hacia más de una persona significativa, con las mismas características que la que establece con la madre. El nivel total de búsqueda de proximidad declina, porque al parecer el niño de esta edad se siente bien al estar solo por períodos más largos de tiempo.

ETAPAS ULTIMAS.

La vinculación del niño con la madre sigue siendo fuerte y estable a lo largo del período de la escuela primaria, a partir de aquí estas conductas se vuelven menos evidentes debido a que los horizontes sociales del niño se amplían considerablemente, estableciendo otros vínculos.

4.3 LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL.

Las diferencias Individuales del apego resultan de un trato diferencial, es decir, la atención que le brinda cada madre a su bebé.

El estar cerca de la madre es un hecho que refuerza al niño, ya que ésta satisfaca todas sus necesidades (hambre, frío) y es asociado a situaciones agradables.

En el momento que el bebé manifiesta diversos comportamientos asociados al apego y directamente relacionados con la dependencia como el "pegarse", buscar ser alzado y sobre todo atención; la madre no refuerza todo directamente y por consiguiente se mantienen dichas conductas.

Esta teoría también explica las diferencias de patrones de relaciones específicas de apego o dependencia. El grado de dependencia que tenga un niño estará en función de la frecuencia en que se presente el refuerzo de parte de la madre.

Los niños aprenden a distinguir entre varias personas para decidir a cuales se debe de apegar más o ser más independientes y aprenden maneras para llamar la atención de las personas que le interesan y rodean y de esta forma el niño aprende cuales comportamientos se le refuerzan. (Bee, H., 1987)

Bee (1987), nombró a autores como Roberts Sears quien fue uno de los pioneros más destacados de tales exploraciones sobre la personalidad, particularmente de la dependencia. Figuran otros como Sydney Bijou, Donald Baer, Albert Bandura, Richard Walters y Jacob Gewirtz. Todos ellos señalan la importancia de los patrones de refuerzo para determinar las relaciones Interpersonales en el niño así como otros comportamientos.

Los teóricos del aprendizaje social han propuesto que las madres en el desarrollo del apego empiezan a cambiar los patrones de refuerzo al mismo tiempo. El patrón de respuestas que da el niño a otras personas está influenciado por las respuestas que éstas dan al niño. Los niños se comportan como le

agrada al adulto y responden a las recompensas y castigos como se les fueron establecidos y todo esto se lleva a cabo por medio de la observación. (Bee, H., 1987

4.4 LA TEORÍA DEL DESARROLLO COGNITIVO.

De acuerdo a este enfoque cualquier comportamiento de un niño es una función del nivel del desarrollo cognoscitivo que ha realizado. Una derivación ilustrativa de este principio aplicada al apego es la que dice que un niño no puede desarrollar un apego específico hasta tanto no haya discriminado o reconocido a una persona determinada. (Maccoby y Masters, 1970 en Bee, H., 1987)

Lo importante de esta teoría es el desarrollo cognitivo del niño, ya que los cambios de sus habilidades cognitivas parecen provocar o realizar posibles cambios en sus relaciones con los demás. El niño no puede demostrar apego hasta que no haya diferenciado a su madre de los demás y que halla una permanencia de objeto. Cuando el niño comienza a desarrollar cierta noción de concepto de tiempo podrá ser capaz de reconocer la partida de la madre en distintos momentos y mostrará cierta contrariedad.

4.5 LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.

Al igual que la teoría etológica Sigmund Freud dió mayor énfasis al carácter instintivo del apego, argumentaba que el niño nace con un completo equipo de instintos, incluyendo el que tiene que ver con la propia conservación y la gratificación sexual. (en Bee, H., 1987)

Las etapas según Freud son las siguientes:

Etapa Oral:

El chupeteo que aparece ya en el lactante y puede conservarse hasta la madurez o persistir toda la vida, consiste en un contacto de succión con la boca (los labios), repetido rítmicamente, que no tiene por fin la nutrición.

La acción de mamar con fricción cautiva por entero la atención y lleva al adormecimiento o incluso a una reacción motriz en una suerte de orgasmo.

La acción del niño chupeteador se rige por la búsqueda de placer-ya vivenciado, y ahora recordado-. Su primera actividad, la más importante para su vida, el mamar del pecho materno, no pudo menos que familiarizarlo con ese placer.

El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella.

La Etapa Anal:

La zona anal, a semejanza de la zona de los labios es apta por su posición para proporcionar un apuntalamiento de la sexualidad en otras funciones corporales.

El contenido de los intestinos, tiene para el lactante importantes significados.

Evidentemente, lo trata como a una parte de su propio cuerpo; representa el primer "regalo" por medio del cual puede expresar obediencia.

La Etapa Fálica:

Entre las zonas erógenas del cuerpo infantil se encuentra una que está destinada a grandes cosas en el futuro. Tanto en los varones como en las niñas se relaciona con la micción (glande, clitoris) que debido a las secreciones, desde temprano son capaces de encender la excitación sexual.

Se inicia en el niño aquella actividad que se adscribe a la función de saber o de investigar.

La amenaza que para sus condiciones de existencia significa la llegada, conocida o barrontada, de un nuevo niño, y el miedo de que este acontecimiento lo prive de cuidados y amor, lo vuelven reflexivo y penetrante.

La Etapa de la Latencia:

Parece que casi siempre hacia el tercero o cuarto año de vida del niño su sexualidad se expresa en una forma asequible a la observación.

Durante este período de latencia total o meramente parcial se edifican los problemas anímicos que más tarde se presentaran como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual y angostaran su curso a la manera de diques (el asco, sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo moral).

La Etapa Genital:

Durante la pubertad se despierta nuevamente la energía sexual, los objetos sexuales se enfocan a personas del sexo opuesto.

**5. ACTITUDES DE LA MUJER ANTE EL NACIMIENTO DE UN
NIÑO CON SINDROME DE DOWN**

Es importante mencionar que desde el momento en que la madre va a dar vida a un nuevo ser comienza una interacción con el bebé, a partir de ese momento le entrega su amor y sus caricias comienza a fantasear acerca de la forma en que se encuentra el bebé y el desarrollo del mismo, en ese momento podemos afirmar que ya existe una vinculación.

Para Winnicott (1984) en la mujer embarazada hay una creciente identidad con el niño, que es asociado con la imagen de un "objeto interno", un objeto que imagina se ha establecido dentro de su cuerpo y que permanece ahí aún en contra de los estímulos negativos del medio ambiente.

Este bebé significa también todas las fantasías inconscientes de la madre, así mismo la capacidad de ésta para dejar a un lado sus intereses personales y centrarlos únicamente en el bebé, a lo cual Winnicott (1984) llama "preocupación materna". Alrededor del nacimiento la madre se forma múltiples expectativas: elabora una imagen del bebé en la cual proyecta sus anhelos y uno sus sueños y fantasías.

En determinados momentos, según Pueschel (1991), algunas madres pueden expresar preocupación por la salud del bebé, miedo a que algo salga mal en el momento del parto, pero generalmente esta solo es una idea fugaz que se desvanece rápidamente sobre todo cuando han transcurrido ya algunos meses sin ningún problema y no existen antecedentes de anomalías genéticas en la familia. Así, "los padres planifican tener hijos normales y saludables que crezcan y lleguen a ser adultos autosuficientes. La idea de que puedan tener un hijo que sea algo menos que perfecto casi nunca lo toman en cuenta". (West, M., 1988 en Pueschel, 1991)

Cuando el médico les comunica que el niño tiene Síndrome de Down, este es quizás el primer golpe y el más terrible y la manera de revelar el diagnóstico tendrá una influencia en la actitud que tomará la madre posteriormente hacia su hijo. (Lambert, L., 1982)

Para Portray (1970) es fundamental la forma de dar el diagnóstico ya que de esta dependerá el grado de aceptación de la madre hacia su hijo, así mismo contará con más información acerca de los procedimientos de intervención temprana benéficos para el desarrollo posterior del bebé. (en Lambert, L., 1982)

El nacimiento de un niño con Síndrome de Down puede romper la armonía familiar, la madre presenta una baja autoestima ya que se siente devaluada por el hecho de dar vida a un ser que no es igual a los demás, en ese momento puede experimentar un rechazo hacia sí misma y hacia el bebé, esto la lleva a no aceptar a su hijo provocando frustración por sus sentimientos ambivalentes y las opiniones de las personas que giran en el entorno familiar; sin embargo abraza esperanzas de que el diagnóstico sea errado y cierra los ojos a los comentarios y al aspecto tanto físico como mental que presenta el niño con Síndrome de Down; surgen problemas de pareja debido a que en ambos puede surgir un sentimiento de ser ellos los causantes del estado de su hijo o culpar a la pareja por ello y estos conflictos pueden terminar en un estado depresivo en donde el niño es el receptor de todas sus descargas emocionales.

"Los padres se enfrentan hacia una doble exigencia, es decir, deben brindar apoyo a su hijo y resolver sus problemas personales". (Coronado, O., 1981 en López y López, 1991)

Algunos padres expresan sensaciones de choqua y de incredulidad; además de temor y un deseo muy grande de huir ante esta situación mediante la esperanza de que ha habido una equivocación. (Pueschel, S., 1991)

López y López (1991) hace un recopilación de diversos autores que explican las reacciones de los padres ante el nacimiento de un niño con Síndrome de Down. Para Featherstone (1981) los padres comparte algunos sentimientos de protección ante sus hijos y en muchas ocasiones aversión a su apariencia. (en López y López, 1991)

Hutt y Gwyn (1988) y Kemer (1953) menciona que son tres las reacciones importantes en los padres: (en López y López, 1991)

1. Actitud favorable constructiva, reconociendo y aceptando los problemas de su hijo. Los padres que aceptan son maduros, constructivos y adaptables.
2. Vergüenza ante las limitaciones de su hijo, disfrazan el problema buscando diversas causas externas y ejercen una poderosa presión sobre el niño ante estas limitaciones, lo que agrava la situación.
3. Negación de la realidad de su hijo "pero aún cuando el avestruz entierra la cabeza y no vea ya el peligro, sigue siendo vulnerable (aún más) a la amenaza". (Hutt y Gwyn, 1988 en López y López, 1991)

Knoth (1975) también menciona tres etapas por las que pasan los padres para lograr un estado de aceptación ante la presencia de un hijo con Síndrome de Down que son: (en López y López, 1991)

1. Reacción de Shock.- es un período de negación y se conserva la esperanza de una equivocación o un pronóstico más prometedor.
2. Período de ajuste al problema.- en el cual los padres pasan por el autocompadecimiento, se encierran en sí mismos y rechazan al niño con Síndrome de Down o a la pareja por creerla causante del problema de su hijo, en forma abierta o encubierta.
3. Aceptación.- los padres se enfrentan por primera vez al problema de su hijo, aceptan su realidad, cuales son las limitaciones y los alcances de su hijo.

Para Hover (1979) las reacciones por las que pasan los padres de un niño con Síndrome de Down para finalmente llegar a la aceptación o adaptación son: (en López y López, 1991)

- Negación. Los padres pueden negar la validez de la información que les dan los profesionales acerca de su hijo buscando otras opiniones.

- Y Regateo. El momento del diagnóstico puede tomarse una discusión entre los padres y los profesionales que brindan la información acerca del Síndrome de Down.
- Y Depresión. Los padres tienden a volverse tristes y retraídos al saber el diagnóstico.
- Y Consolidación o Aceptación. Puede presentarse la integración y adaptación familiar, así como también se inicia en los padres la aceptación de la realidad de su hijo.
- Y Culpabilidad y Vergüenza. Los padres suelen tener sentimientos de culpa debido quizás a ofensas imaginarias o sentimientos inadecuados en cuanto a los demás familiares y personas que los rodean.

Por su parte Blacher (1984) expresa en tres etapas principales las diversas reacciones de los padres ante el nacimiento de un niño con Síndrome de Down que aparecen en la literatura: (en López y López, 1991)

1. Crisis Inicial.- Shock y negación; el estado de shock puede darse por el derrumbe de las expectativas de los padres hacia sus hijos con Síndrome de Down. La negación se presenta al no reconocer la realidad de su hijo, pensando en un error o una recuperación. También hay sentimientos de separación, desamparo y perplejidad.
2. Desorganización emocional.- se experimentan sentimientos de culpa, desilusión, ira y humillación. La autoestima tiende a bajar, hay decepción, desesperanza, fatalidad, tristeza, pérdida de ánimo o desencanto en cuanto a la relación de pareja y algunos síntomas físicos como insomnio o pérdida del apetito.
3. Ajuste emocional.- esta etapa es el inicio de la adaptación y aceptación. Se caracteriza por un paulatina organización emocional, un proceso de reorganización para el establecimiento de una única y muy especial vinculación con el bebé.

Para Lambert, R. (1989) esta adaptación se da en función de la forma en que se dió el diagnóstico: calidad de la información y apoyo psicológico, edad del niño: debido a que es un factor que condiciona

la tranquilidad y angustia de los padres, nivel socioeconómico, situación de la familia antes del nacimiento del niño así como también las posibilidades que la sociedad ofrece: Educación especial y asociación de padres.

Jasso, L. (1991) menciona tres factores que influyen en las respuestas a las diferentes etapas de las reacciones que presentan los padres:

1. Ajustes personales e individuales en su significado de papel de padres: Debido a que incluso antes de que sean padres cuentan con una idea de lo que esto significa, estas ideas se amplían durante el embarazo y durante la adaptación de la pareja con los hijos que han de tener.
2. Aspectos demográficos: educación y edad de los padres, número de hermanos, lugar que ocupa en la familia el niño con Síndrome de Down; son también factores que influyen, pero cuyas respuestas pueden ser muy variables.

Los padres que tienen su primer hijo con Síndrome de Down dicen de forma explícita que están contentos de que así hubiera sucedido ya que les permitirá disfrutar a su hijo sin compararlo con otros hermanos, mientras que otros padres cuyo hijo con Síndrome de Down es el último en el orden del nacimiento de sus hermanos, piensan que fue benéfico ya que propicia la ayuda y cuidados de sus hermanos mayores.

3. Actitudes sociales y culturales: Es muy importante para los padres como reacciona la comunidad ante el niño con Síndrome de Down.

Pueschel, S. (1991) señala que la gente responde de diferente manera: preguntándose por que les ha ocurrido a ellos y buscan una explicación dentro de su propia conducta o de los familiares o personas más cercanas, reprochándose a sí mismos o, a los demás ya que en ocasiones es más fácil culpar a otros de los propios sentimientos dolorosos que enfrentar la realidad.

Algunos padres ven en su hijo con Síndrome de Down un reflejo de sus propias capacidades las cuales pueden empobrecerse ante los ojos de los demás por dar a luz a un niño con retraso mental.

Pueden encerrarse en sí mismos expresando lo que sienten, llorando o encolerizándose, pero la mayoría de la gente requiere de tiempo para la reorganización o aceptación y en ocasiones nunca desaparecen los sentimientos de tristeza. "Muchas personas confiesan haber recibido de ésta experiencia resultados beneficiosos. Notan que adquieren una nueva perspectiva sobre el significado de la vida y una sensibilidad sobre lo que es verdaderamente importante". (Pueschel, S., 1991).

6. INVESTIGACIONES

En 1992 Cassidy, G; Parker, D; Bulkovsky, L. y Braungart, M. realizaron un estudio con el propósito de explorar patrones de expresividad emocional en padres y niños y los relacionaron con el contexto familiar. Los resultados revelaron que en promedio tanto el padre como la madre reportaban más emociones positivas que negativas. El reporte de las madres expresa que estas presentan mayores emociones positivas hacia sus hijos.

Por otra parte en 1991 Fleming, S., Klein, E., Corter, C. tomaron a nuevas madres de 22 a 36 años acomodadas en clases sociales y les aplicaron un cuestionario que medía la irritabilidad durante las primeras dos semanas después del parto. Los resultados arrojaron que el 20 % de estas madres alcanzaron un puntaje arriba del límite depresivo. Después se reunieron con dos psicólogos con los que comentaron durante 8 semanas como había sido el nacimiento de su hijo y sus experiencias en torno a este, si habían experimentado sentimientos de irritabilidad o depresión, los sentimientos hacia sí mismas, emociones e idealización de la maternidad y como recibieron a su bebé. Los análisis reflejaron que las madres tenían sentimientos de seguridad hacia sí mismas e identificación con la maternidad. Las madres depresivas en cambio presentaron sentimientos negativos hacia sí mismas, no se encontró identificación positiva con la maternidad y un sentimiento negativo hacia sus esposos.

Landry, S. y Chapieski, L. en 1989 en sus estudio sobre niños con Síndrome de Down y prematuros afirman que las madres de los niños con Síndrome de Down tenían un nivel educativo más alto, eran más grandes que las madres de niños prematuros y su nivel socioeconómico era también más alto.

En 1987 Fischer, M. observó la interacción madre-hijo en niños preverbales con Síndrome de Down. Las madres de los niños con Síndrome de Down tenían de 17 a 36 años y las madres de los niños que no presentaban retraso mental de 27 a 36 años, todas de nivel socioeconómico medio, la edad de los niños con Síndrome de Down era de 2 a 9 años y de 5 a 9 años para los no retardados. Todas las madres tenían certificado de secundaria y dos madres de cada grupo habían completado dos o más años de universidad.

De Filippo, V., Brubaker, T. en 1988 realizó un estudio con madres de niños con retraso mental, con el objetivo de saber cuales eran sus necesidades. Los resultados obtenidos demuestran que necesitan más cooperación por parte del padre, información y entrenamiento fuera de su hogar, aunque esta necesidad disminuye de acuerdo al incremento de la edad, es decir, las madres más jóvenes manifiestan mayor necesidad de información y entrenamiento que las que se acercaban a los 50 años.

En 1992 Blacher, J. y Baket, L. en su estudio sobre el desenvolvimiento familiar encuentran que para los padres existe un significado latente en el papel de la educación de sus hijos con retraso mental, cuando sus actividades escolares se llevan a cabo en sesiones previamente planeadas, muchos padres obtuvieron mediante estas sesiones muy buenos niveles de enseñanza y entrenamiento para sus hijos.

Anderson, Scholofman y Wainer en 1975 estudiaron familias con niños que presentaban retraso mental en una escuela, estos autores afirman que los padres que se comprometen con las actitudes escolares y mediante sesiones de enseñanza y entrenamiento previamente planeadas tenían hijos con C.I. más altos y una incidencia más baja en anomalías físicas que los padres que no se comprometían en estas actividades. (En Blacher, J., 1992)

En 1991 Tymchuk, J. trabajó con 27 madres con retardo mental y 95 madres que no presentaban retardo mental, todas de bajos ingresos económicos. Aplicó la escala de Tennessee y encontró que el 28 % o sea 9 de las madres que no presentaban retraso mental obtuvieron puntajes bajos de Autoconcepto y el 67% o sea 18 de las madres con retraso mental también tenían bajo Autoconcepto.

En 1990 Edell-Fisher, H. y Motta, W. en su estudio sobre la relación del Autoconcepto en la relación padres e hijos, en el que participaron 30 niños con Síndrome de Tourette y un grupo control de 30 voluntarios que no presentaban este Síndrome, también trabajó con los padres; los cuales completaron la escala de Autoconcepto de Tennessee. La hipótesis que predecía que los padres de los pacientes con Síndrome de Tourette calificarían más bajo en la escalas de Autoconcepto que los padres de control; fue apoyada.

Drummond, J., Hansford, G. en 1990 midieron el Autoconcepto en 27 adolescentes embarazadas que no estaban casadas; mediante el inventario libre de cultura (CFSI) y el inventario de Autoestima de Coopersmith (CSI). Los resultados acentúan que los puntajes en la escala de seguridad social en ambas pruebas fue el más alto. El puntaje más bajo fue en la escala de hogar y padres y en la escala personal.

Konstantareas, M., Homatidis, S. en 1989 en su estudio sobre la evaluación de problemas de ajuste y stress en 56 padres con un hijo con problemas de aprendizaje, encontraron un efecto significativo en la edad de la madre, ya que reportaba mayores problemas de ajuste y stress cuando es más joven, pero en comparación los padres presentaban mayor número de problemas de ajuste y stress que todas las mujeres de la muestra.

Para García, F. y Igmundson, P. en 1986 en su estudio transcultural del concepto de sí mismo, las madres con percepciones positivas de bienestar tuvieron hijos que mostraban un sentido más positivo de bienestar que los hijos de las madres con percepciones menos positivas.

Barrera y Vella en 1987 estudiaron la interacción social de 11 díadas madre-hijo, incluyendo niños incapacitados físicamente. Los resultados indicaron que los padres no se involucraron en la relación con sus hijos y sólo mostraron conductas verbales. (en Galván, R., 1993)

En 1978 Mattas, Arend y Sroufe midieron el apego en niños de 12 y 18 meses, dividiéndolos en tres categorías; niños con apego seguro, niños que mostraban evitación y niños ambivalentes. Se midieron otras conductas cuando tenían dos años de edad y los resultados fueron impresionantes. Los que habían tenido relaciones de fuerte apego a los 18 meses se volvieron más entusiastas, persistentes y cooperativos. También mostraban más eficiencia en el uso de herramientas y en la interacción social con otros niños. De modo espontáneo inventaban juegos más simbólicos e imaginativos (en Craig, G., 1988)

CAPITULO II
METODOLOGIA

2.1 Planteamiento del Problema.

¿Qué diferencias existen entre el autoconcepto de las madres de niños que presentan Síndrome de Down y las madres de niños que no presentan Síndrome de Down ?

2.2 Objetivo General.

Describir las diferencias entre el autoconcepto de las madres de niños que presentan Síndrome de Down y de las madres de niños que no presentan Síndrome de Down.

2.3 Objetivos Específicos.

1. Identificar el autoconcepto de las madres de niños que presentan Síndrome de Down.
2. Identificar el autoconcepto de las madres de niños que no presentan Síndrome de Down.
3. Comparar el Autoconcepto de las madres de niños que presentan Síndrome de Down con las madres de niños que no presentan Síndrome de Down.

2.4 Hipótesis.

➤ Hipótesis Nula:

Ho: No hay diferencia en el autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down respecto a madres que tienen un hijo que no presentan Síndrome de Down.

➤ Hipótesis Alterna:

Ha: Si hay diferencia en el autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down respecto a madres que tienen un hijo que no presentan Síndrome de Down.

2.5 Variables.

Variable Dependiente:

- *Autoconcepto.*

Variables Atributivas:

- *Madres de niños que presentan Síndrome de Down.*
- *Madres de niños que no presentan Síndrome de Down.*
- *Edad de las madres.*
- *Edad de los niños.*

2.6 Definición Conceptual.

Autoconcepto:

Totalidad de actitudes, que incluyen pensamientos y sentimientos que el sujeto tiene sobre sí mismo como objeto. (Rosemberg, M., 1979)

Síndrome de Down:

Individuos que al momento de la concepción son portadores de un cromosoma extra, es un pequeño acrocéntrico que pertenece al grupo G, se ha establecido que es el cromosoma 21. El retraso mental es el rasgo más destacado; presenta alteraciones orgánicas y rasgos físicos muy característicos. (Jasso,1991)

Sin Síndrome de Down:

Individuos que al momento de la concepción cuentan con 46 cromosomas., en un rango de edad de 2 a 10 años (García Escamilla, 1983)

Edad:

Tiempo vivido en una persona desde que nace hasta que muere. (Diccionario Enciclopédico Larrouse, 1990)

2.7 Definición Operacional.

Autoconcepto:

Continuo de respuestas dadas a la escala de Autoconcepto de La Rosa (1986).

Síndrome de Down y sin Síndrome de Down:

Las respuestas dadas por las madres a la pregunta de si su hijo presenta o no Síndrome de Down.

Edad:

El rango que se estableció fué de 25 a 45 años para las madres y de 2 a 10 años para los niños.

2.8 Población.

La población de madres de niños que presentan Síndrome de Down se tomó la Fundación John Langdon Down la cual se caracteriza por proporcionar educación especializada para una mejor adaptación en el desarrollo de los individuos que presentan Síndrome de Down, contando con 120 alumnos en total y la población de madres de niños que no presentan Síndrome de Down se tomó del Colegio Bikits que a

diferencia de la Fundación no proporciona educación especializada, apoyándose en los programas de la Secretaría de Educación Pública y cuenta con 180 alumnos.

2.9 Tipo de Muestreo.

No probabilístico:

Se basa en las apreciaciones del investigador., (Pick y López, 1979)

2.10 Muestra

Se tomó una muestra de 40 madres de niños que presentan Síndrome de Down de la Fundación John Langdon Down y 40 madres de niños que no presentan Síndrome de Down del Colegio Bikits .

Se estableció que la edad de las madres fuera de 25 a 45 años , tomando en cuenta tres rangos de 26 a 30 años, de 31 a 36 años y de 37 a 45 años ; para los niños se estableció una edad de 2 a 10 años tomando en cuenta dos rangos: de 2 a 5 años y de 6 a 10 años. Siendo la muestra representativa para cada escuela.

2.11 Instrumento.

Se utilizó la Escala de Autoconcepto que fué elaborada por La Rosa (1986). Conformada por 54 adjetivos positivos y negativos, construidos sobre un continuo bipolar con 7 posibilidades de respuesta.

La escala evalúa 5 dimensiones, que son:

- a) Social: Está representada en 3 factores (sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva y accesibilidad). "Considera el comportamiento del individuo al interactuar con los demás. Toma en cuenta desde las relaciones con la familia y amigos hasta su desenvolvimiento en el ambiente laboral". (La Rosa, 1986)

- b) Emocional:** Representada en 3 factores: estado de ánimo, sentimientos interindividuales y salud emocional. "Abarca sentimientos emocionales de uno, considerandolos desde un punto de vista intraindividual, interindividual y del punto de vista de sanidad o no". (La Rosa, 1986)
- c) Ocupacional:** Involucra el aspecto de desempeño y habilidades del individuo en su ambiente laboral o estudiantil, según sea el caso.
- d) Ética:** "Se refiere a la coherencia con respecto a los valores personales y culturales, puede ser desde un grupo con mayor número de integrantes como una comunidad hasta un grupo cultural más pequeño". (La Rosa, 1986)
- e) Iniciativa:** Considera si el individuo cuenta o carece de la iniciativa para la realización de todas las actividades humanas.

La escala de Autoconcepto en su forma definitiva es el resultado de 5 estudios piloto y una aplicación final. Fueron 2,626 estudiantes universitarios de ambos sexos quienes participaron como sujetos para la construcción de la escala.

En lo que se refiere a todas las escalas se aplicaron pruebas t de student para determinar el poder discriminativo de los reactivos y en donde los resultados mostraron niveles de discriminación satisfactorios ($p=0.001$). También se realizaron cálculos de consistencia interna (alpha de Cronbach) para cada una de las escalas y de la escala global en donde se obtuvo una confiabilidad de 0.94.

2.12 Escenario.

A través de contactos personales y disponibilidad de las directoras, se eligió a las escuelas participantes en este estudio. Los instrumentos se aplicaron fuera de las instalaciones de la Fundación John Langdon Down y del Colegio Bikits, abordando a las madres de los niños que presentan Síndrome de Down y que no presentan Síndrome de Down al término de las labores del día para aplicarles el instrumento en

forma individual y asistiendo a juntas organizadas por las escuelas en donde la aplicación fue en forma grupal.

2.13 Procedimiento

1. Los investigadores se presentaron con las directoras para solicitar su colaboración a fin de aplicar el instrumento a las madres con las características de la muestra.
2. Se abordó a las madres a la entrada y salida de las escuelas, su colaboración fue voluntaria, se les explicó que su participación consistía en contestar el cuestionario y que éste era de carácter anónimo por lo que no era necesario escribir su nombre.
3. En algunas ocasiones y de acuerdo a la disponibilidad de la escuela, el instrumento se aplicó de forma grupal, en cursos para padres o juntas.
4. Las instrucciones se dieron en forma oral, posteriormente se les pidió a los sujetos que leyeran las instrucciones impresas, las dudas se aclararon antes de contestar o en el transcurso de la aplicación.
5. Se descartaron los sujetos que no cumplieron con las características de la muestra, y una vez cubierta la cuota, se procedió a la codificación de datos.

2.14 Tipo de Investigación.

Estudio de Campo:

Trata de estudiar un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales. Su principal característica consiste en que se realiza en el medio natural que rodea al individuo. (Pick y López, 1979)

Estudio Descriptivo.

Ya que se describen las características más importantes del fenómeno. En este nivel no se puede llegar a conclusiones generales. Los resultados se aplican exclusivamente a un determinado grupo. (Pick y López, 1979)

2.15 Diseño.

Ex-post- facto y de Comparación Estática.

Esto es a partir de lo acontecido, en una búsqueda sistemática empírica, no se tiene control directo sobre las variables independientes, por que ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipuladas. (Galván, 1993)

Es de Comparación Estática ya que no es el investigador quien determina el modo en que se forman los grupos con los que va a investigar. Lo estático se refiere a que la población ya está formada a pesar de que el investigador solamente selecciona una muestra de cada población y no obstante que siga técnicas de aleatorización, esto no alterará las variables que determinaron las características de la investigación. (Castro, L. , 1990)

De dos muestras independientes:

Debido a que se trata de muestras aleatorias independientes una de la otra; o sea, dos grupos diferentes de sujetos, ya sea de una misma población o de poblaciones diferentes. (Pick y López, 1979)

2.16 Análisis de Datos.

Se aplicó a los datos un análisis de frecuencias para observar la distribución de la muestra y sus características, así como para observar si los reactivos discriminaban.

Se aplicó también un análisis de confiabilidad para observar la consistencia interna del instrumento (alfa de Cronbach).

Posteriormente para observar las diferencias entre el grupo de madres con un hijo que presenta Síndrome de Down y las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down, se aplicó un análisis de varianza tanto para la escala total como para cada una de las dimensiones.

CAPITULO III
TABLAS Y RESULTADOS

Para observar la distribución de la muestra se les aplicó a los datos un análisis de frecuencias del cual se obtuvo que la muestra estuvo constituida por madres cuya edad fluctuó entre los 25 y 45 años (n=80). El 50% (n=40) eran madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down y el 50% (n=40) eran madres que tienen un hijo que no presentaba Síndrome de Down.

Para conocer la consistencia interna del instrumento se les aplicó a los datos un análisis de confiabilidad (alpha de Cronbach), del cual se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 1.

Se observó que los 54 reactivos que conforman la escala de autoconcepto se distribuyeron normalmente, esto quiere decir que todos los reactivos discriminaron.

TABLA 1

DIMENSION	No. DE REACTIVOS	ALPHA
SOCIAL	5	0.6807
EMOCIONAL	3	0.6119
SOCIAL 2	4	0.7022
EMOCIONAL 2	3	0.4275
OCUPACIONAL	10	0.7897
EMOCIONAL 3	4	0.8184
ETICO	10	0.8497
INICIATIVA	3	0.7690
ESCALA TOTAL	54	0.9337

Para conocer las diferencias entre el autoconcepto de las madres de ambos grupos de la muestra se aplicó a los datos un análisis de varianza (ANOVA).

Los resultados obtenidos se presentan de la tabla 2 a la tabla 10.

TABLA 2

DIMENSION SOCIAL 1	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	5.93		
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	5.36	12.095	0.001
EDAD DE LA MADRE			
de 26 a 30	5.87		
de 31 a 38	5.63	0.151	0.860
de 37 a 45	5.40		
EDAD DEL NIÑO			
de 2 a 5	5.56	0.630	0.430
de 6 a 10	5.76		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	6.09		
de 31 a 38	6.21	2.636	0.086
de 37 a 45	5.49		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	5.71		
de 31 a 38	5.09	2.243	0.123
de 37 a 45	5.20		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	5.93	0.187	0.668
de 6 a 10	5.91		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	5.00	5.432	0.026
de 6 a 10	5.66		

En la Dimensión Social 1 como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencia con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias fueron significativas únicamente de acuerdo a las madres que tienen un hijo que un hijo que presenta Síndrome de Down, a las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down y en la edad del niño que no presenta Síndrome de Down; debido a que el nivel de significancia no es mayor de 0.050, puntaje que a criterio del Investigador se manejó para considerar los resultados significativos o no.

TABLA 3

DIMENSION EMOCIONAL 1	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	5.77		
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	5.28	7.867	0.007
EDAD DE LA MADRE			
de 26 a 30	5.96		
de 31 a 36	5.53	6.546	0.003
de 37 a 45	4.96		
EDAD DEL NIÑO			
de 2 a 5	5.54	1.054	0.309
de 6 a 10	5.52		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	6.36		
de 31 a 36	5.98	3.407	0.045
de 37 a 45	5.07		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	5.67		
de 31 a 36	5.10	2.569	0.091
de 37 a 45	4.78		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	6.00	1.098	0.302
de 6 a 10	5.33		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	4.84	6.701	0.015
de 6 a 10	5.65		

En la Dimensión Emocional 1 como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencia con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias fueron significativas únicamente de acuerdo a las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, a las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down, edad de las madres, edad de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, y la edad del niño que no presenta Síndrome de Down.

TABLA 4

DIMENSION SOCIAL 2	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	4.49		
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	4.45	0.080	0.779
EDAD DE LA MADRE			
de 26 a 30	4.56		
de 31 a 36	4.49	0.189	0.829
de 37 a 45	4.33		
EDAD DEL NIÑO			
de 2 a 5	4.49	0.001	0.978
de 6 a 10	4.45		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	4.43		
de 31 a 36	4.65	0.163	0.850
de 37 a 45	4.38		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	4.65		
de 31 a 36	4.34	0.537	0.590
de 37 a 45	4.21		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	4.75	2.318	0.137
de 6 a 10	4.02		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	4.09	2.773	0.106
de 6 a 10	4.75		

En la Dimensión Social 2 como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencias con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias no fueron significativas para ninguna de las variables.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA 5

DIMENSION EMOCIONAL 2	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	5.89		
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	5.27	7.928	0.006
EDAD DE LA MADRE			
de 26 a 30	5.96		
de 31 a 36	5.42	3.176	0.048
de 37 a 45	5.38		
EDAD DEL NIÑO			
de 2 a 5	5.67	0.053	0.616
de 6 a 10	5.49		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	6.06		
de 31 a 36	6.04	0.558	0.578
de 37 a 45	5.60		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	5.89		
de 31 a 36	4.83	3.684	0.037
de 37 a 45	4.89		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	4.75	1.424	0.241
de 6 a 10	4.02		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	5.06	2.773	0.106
de 6 a 10	5.43		

En la Dimensión Emocional 2 como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencias con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias fueron significativas únicamente de acuerdo a las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down, edad de las madres y edad de las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down.

TABLA 6

DIMENSION OCUPACIONAL	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	5.74		
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	5.17	11.756	0.001
EDAD DE LA MADRE			
de 26 a 30	5.54		
de 31 a 36	5.52	2.057	0.136
de 37 a 45	5.28		
EDAD DEL NIÑO			
de 2 a 5	5.40	2.969	0.090
de 6 a 10	5.56		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	5.78		
de 31 a 36	6.03	1.633	0.210
de 37 a 45	5.39		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	5.37		
de 31 a 36	5.04	1.110	0.342
de 37 a 45	5.03		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	5.81	0.159	0.693
de 6 a 10	5.60		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	4.76	8.224	0.007
de 6 a 10	5.53		

En la Dimensión Ocupacional como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencias con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias fueron significativas únicamente de acuerdo a las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, a las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down y en la edad del niño que no presenta Síndrome de Down.

TABLA 7

DIMENSION EMOCIONAL 3	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	5.19		
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	4.79	4.164	0.045
EDAD DE LA MADRE			
de 28 a 30	5.18		
de 31 a 36	5.15	3.045	0.054
de 37 a 45	4.53		
EDAD DEL NIÑO			
de 2 a 5	4.99	0.684	0.411
de 6 a 10	5.01		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 28 a 30	5.34		
de 31 a 36	5.53	1.563	0.224
de 37 a 45	4.71		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 28 a 30	5.07		
de 31 a 36	4.80	1.550	0.228
de 37 a 45	4.08		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	5.36	0.714	0.404
de 6 a 10	4.69		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	4.43	3.113	0.088
de 6 a 10	5.10		

En la Dimensión Emocional 3 como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencias con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias fueron significativas únicamente de acuerdo a las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, y las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down.

TABLA 8

DIMENSION ETICA	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	6.31	20.124	0.000
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	5.55		
EDAD DE LA MADRE		3.178	0.048
de 26 a 30	6.17		
de 31 a 36	5.78		
de 37 a 45	5.89		
EDAD DEL NIÑO		1.135	0.291
de 2 a 5	5.96		
de 6 a 10	5.92		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.		0.899	0.416
de 26 a 30	6.28		
de 31 a 36	6.50		
de 37 a 45	6.13		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.		4.985	0.013
de 26 a 30	6.09		
de 31 a 36	5.11		
de 37 a 45	5.33		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.		1.955	0.171
de 2 a 5	6.43		
de 6 a 10	6.09		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.		4.727	0.037
de 2 a 5	5.24		
de 6 a 10	5.81		

En la Dimensión Etica como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencias con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias fueron significativas únicamente de acuerdo a las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, a las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down, en la edad de la madre, edad de las madres con un hijo que no presenta Síndrome de Down y la edad del niño que no presenta Síndrome de Down.

TABLA 9

DIMENSION INICIATIVA	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	5.99	14.845	0.000
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	4.86		
EDAD DE LA MADRE		0.151	0.860
de 26 a 30	5.42		
de 31 a 36	5.34		
de 37 a 45	5.63		
EDAD DEL NIÑO		0.630	0.430
de 2 a 5	5.45		
de 6 a 10	5.44		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.		0.990	0.382
de 26 a 30	5.88		
de 31 a 36	5.31		
de 37 a 45	5.74		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.		1.213	0.311
de 26 a 30	5.09		
de 31 a 36	4.44		
de 37 a 45	5.39		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.		1.456	0.236
de 2 a 5	6.15		
de 6 a 10	5.69		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.		3.325	0.078
de 2 a 5	4.37		
de 6 a 10	5.27		

En la Dimensión Iniciativa como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencias con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias fueron significativas únicamente de acuerdo a las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down y madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down.

TABLA 10

TOTAL	X	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN	5.50	3.461	0.037
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	4.96		
EDAD DE LA MADRE			
de 26 a 30	5.37		
de 31 a 36	5.23	8.342	0.005
de 37 a 45	5.09		
EDAD DEL NIÑO			
de 2 a 5	5.22	2.589	0.083
de 6 a 10	5.27		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	5.55		
de 31 a 36	5.73	2.042	0.145
de 37 a 45	5.22		
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 26 a 30	5.25		
de 31 a 36	4.77	2.826	0.078
de 37 a 45	4.78		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	5.58	0.524	0.474
de 6 a 10	5.35		
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.			
de 2 a 5	4.96	7.343	0.011
de 6 a 10	5.22		

En el Total como se observa en la presente tabla a pesar de que hubo diferencias con cada una de las variables con que se trabajó, los resultados obtenidos muestran que estas diferencias fueron significativas únicamente de acuerdo a las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, a las madres con un hijo que no presenta Síndrome de Down, edad de las madres y edad del niño que no presenta Síndrome de Down.

TABLA 11

	SOCIAL		EMOCIONAL			OCUPACIONAL	ETICA	INICIAL	TOTAL
	S1	S2	E1	E2	E3				
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	0.001		0.007	0.008	0.045	0.001	0.00	0.00	0.037
EDAD DE LA MADRE de 26 a 30 de 31 a 36 de 37 a 45			0.003	0.048			0.048		0.005
EDAD DEL NIÑO de 2 a 5 de 6 a 10									
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN. de 26 a 30 de 31 a 36 de 37 a 45			0.045						
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN. de 26 a 30 de 31 a 36 de 37 a 45				0.037			0.013		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN. de 2 a 5 de 6 a 10									
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN. de 2 a 5 de 6 a 10	0.026		0.015			0.007			0.011

La presente tabla comprende el nivel de significancia menor o igual a 0.050 que se manejo a criterio de la investigación para todas las dimensiones del autoconcepto de La Rosa.

TABLA 12

	SOCIAL		EMOCIONAL			OCUPACIONAL	ETICA	INICIAL	TOTAL
	S1	S2	E1	E2	E3				
MADRE CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.	5.93		5.77	5.89	5.19	5.74	6.31	5.99	5.50
MADRE CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.	5.36		5.28	5.27	4.79	5.17	5.55	4.86	4.96
EDAD DE LA MADRE									
de 26 a 30			5.96	5.96			6.17		5.37
de 31 a 36			5.53	5.42			5.76		5.23
de 37 a 45			4.98	5.38			5.89		5.09
EDAD DEL NIÑO									
de 2 a 5									
de 6 a 10									
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.									
de 26 a 30			6.36						
de 31 a 36			5.96						
de 37 a 45			5.07						
EDAD DE MADRES CON UN HIJO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.									
de 26 a 30				5.89			6.09		
de 31 a 36				4.83			5.11		
de 37 a 45				4.89			5.33		
EDAD DEL NIÑO QUE PRESENTA SINDROME DE DOWN.									
de 2 a 5									
de 6 a 10									
EDAD DEL NIÑO QUE NO PRESENTA SINDROME DE DOWN.									
de 2 a 5	5.00		4.84			4.76			4.86
de 6 a 10	5.66		5.65			5.53			5.22

La presente tabla comprende los resultados significativos para todas las dimensiones de la Escala de Autoconcepto de La Rosa.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

1.-Al finalizar la presente investigación y a partir del cuestionamiento inicial: ¿ Qué diferencias significativas existen entre el Autoconcepto de las madres de niños que presentan Síndrome de Down y las madres de niños que no presentan Síndrome de Down; concluimos que se acepta la hipótesis alterna por que si hay diferencias significativas en el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down respecto a madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down, paralelamente pudimos darnos cuenta que el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down es más alto que en madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down; para todas las dimensiones de la Escala de La Rosa que se manejó, fueron significativos los resultados, excepto en la dimensión social 2, en donde el nivel de significancia fue mayor de .050, puntaje que a criterio de los investigadores se manejó para considerar los resultados significativos o no significativos.

2.-Al identificar el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, se encontró que estas madres tienen una mejor relación con sus familiares y amigos y con todas las personas que la rodean, al buscar una mejor aceptación de su hijo dentro de la sociedad. El estado de ánimo de estas madres y los sentimientos hacia sí mismas y los demás son positivos al enfrentarse a un reto mayor en cuanto a la resolución de problemas, tolerancia a la frustración, interacción con la sociedad; y como menciona Coronado, O. (1981) " Los padres se enfrentan a una doble exigencia, es decir, deben brindar apoyo a su hijo y resolver sus problemas personales". (en López y López, 1991); con esto acentuamos que el "Yo" de la madre debe ser lo suficientemente fuerte para así ser productor de salud mental y lograr un equilibrio en la relación madre-hijo.

3.-La madre que tiene un hijo que presenta Síndrome de Down desarrolla una productividad mayor en cuanto a el área ocupacional, por ser reconocida como una persona exitosa, que cuenta con logros personales y demostrar que no por el hecho de haber tenido un hijo que presenta Síndrome de Down no puede lograr una superación tanto personal como para el desarrollo y desenvolvimiento de su hijo.

4.-Las madres que tiene un hijo que presenta Síndrome de Down reflejan elevados valores personales y culturales, como menciona Pueschel, S., (1991) " Muchas personas confiesan haber recibido de esta experiencia resultados beneficiosos. Notan que adquieren una nueva perspectiva sobre el significado de la vida y una sensibilidad sobre lo que es realmente importante".

5.-Así mismo se encontró que estas madres cuentan con mayor una iniciativa para la realización de todas sus actividades, ya que se trata de personas activas que debido a su situación especial son organizadas y creativas.

6.-Por otra parte se identificó el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down, encontrandose que estas madres presentan un Autoconcepto más bajo que las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down.

7.-Así, las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down tienen buenas relaciones con las personas que las rodean, sin presentar preocupación por la búsqueda de aceptación, tal como lo presentan las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down, podemos concluir que las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down son más espontáneas en sus relaciones personales; estas madres pueden ser exitosas en el área profesional y trabajadoras aunque motivadas por diversas circunstancias; a diferencia, las madres que tiene un hijo que presenta Síndrome de Down pueden desarrollar mayor productividad en el área ocupacional como una compensación y una defensa hacia un medio ambiente que ella percibe hostil, sea esta percepción acertada o no, debido a las características especiales de su hijo. Al encontrar un equilibrio entre esta percepción y la realidad, la madre será productora de salud mental.

8.-Las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down tienen menos iniciativa, esto podría deberse a que su hijo es más independiente física y mentalmente, por esta razón hay una menor demanda en lo que se refiere a la ayuda y apoyo por parte de la madre.

9.-A través de la comparación del Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down y de las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down, podemos afirmar que el Autoconcepto resultó ser más alto para todas las madres de 26 a 30 años, esto nos demuestra que las madres más jóvenes tienen mayor capacidad para afrontar los sentimientos y emociones hacia sí misma y los que surgen en la relación madre- hijo, esto se refleja en sus valores culturales y personales.

10.-En cuanto a la edad del niño se encontró que el Autoconcepto de las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down es más alto cuando el niño es mayor (6 a 10 años) , esto es debido a que a esta edad el niño puede comunicar cual es su estado de ánimo y la madre se siente más compenetrada con los sentimientos y emociones de su hijo, se le puede dejar más tiempo solo y la madre tiene la oportunidad de desarrollar sus intereses y capacidades de una manera más completa.

11.-Por lo tanto, se deduce que el Autoconcepto es más alto en madres jóvenes (26 a 30 años) que tienen un hijo mayor (6 a 10 años), ya sea que presente Síndrome de Down o que no presente Síndrome de Down, esto puede ser debido a que la madre ya se encuentra en una etapa de aceptación en la cual reconoce las habilidades y limitaciones de su hijo. A esta etapa Blacher (1984) la llama "Ajuste Emocional, y es el inicio de la adaptación y aceptación. Se caracteriza por una paulatina organización emocional, un proceso de reorganización para el establecimiento de una única y muy especial vinculación con el bebé". (en López y López, 1991) Por esta razón afirmamos que es más fácil para las madres más jóvenes llevar a cabo la etapa de "Ajuste Emocional".

ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

La aportación que se hizo en esta investigación es relevante, ya que abundan los trabajos que se enfocan hacia la problemática de los niños con Síndrome de Down, sin embargo, son muy escasos los que se refieren a la problemática que enfrentan las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down y las madres que tienen un hijo que no presenta Síndrome de Down.

Creemos interesante hablar sobre como es el autoconcepto en ambos grupos así como también cuales son sus diferencias, debido a que los sentimientos y emociones de la madre hacia sí misma influirán directamente en el desarrollo posterior de su hijo.

Las limitaciones que se presentaron, fueron que el tiempo para realizar esta investigación se vio reducido, ya que en la aplicación del cuestionario surgieron algunos problemas: tales como resistencia a contestarlo, evaluaban el cuestionario en forma negativa expresando que no tenía utilidad alguna, surgieron muchas dudas al respecto; si el cuestionario se contestaba según las características del niño, o las suyas, y en algunos casos había resistencia a evaluar sus características y temor a ser juzgadas por el investigador.

Otra limitación se presentó porque las madres no llevaban a sus hijos regularmente a la escuela y en muchas ocasiones era difícil encontrarlas.

Se sugiere que se tome en cuenta el lugar que ocupa el niño que presenta o no Síndrome de Down dentro de la familia, el número de hermanos y una variable muy importante que ampliaría los alcances de una investigación como esta sería el nivel socio- económico y estado civil de la madre; ya que creemos que es muy importante considerar si la madre es viuda, soltera, abandonada, divorciada y relacionarlo con los medios que cuenta para la manutención de su hogar y de su hijo.

Por otra parte pensamos que esta investigación se puede enriquecer si se trabaja con una muestra más grande y no solamente enfocándose a una escuela e institución.

En lo que se refiere a la presente investigación se propone que en lo que se refiere a madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down se sensibilice al personal médico para que el diagnóstico se de en una forma adecuada, para propiciar así que la etapa de aceptación en la madre sea más rápida. Así mismo para todas las madres se propone la realización de programas de apoyo durante los cuarenta días postparto, dando orientación o simplemente escuchando los sentimientos de las nuevas madres hacia sí mismas, hacia el bebé y todas las personas que la rodean, así como también una orientación para programas de intervención temprana para las madres que tienen un hijo que presenta Síndrome de Down y concientizarlas a cerca de las habilidades y limitaciones que puede tener un niño que presenta Síndrome de Down.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N (1976) Familia y Conflicto Mental, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Allport, G. W. (1980) La Personalidad, Editorial Herder, Barcelona.
- Bee, H. (1987) El Desarrollo del niño, Editorial Harfa, México.
- Bee, H. L. Mitchell, S. K.(1987) El Desarrollo de la persona, Editorial Harfa, México D.F.
- Benitez, N. (1993) " Promoción Laboral y Autoconcepto". Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Blacher, J., Baket, L. (1992) " Toward Meaningful Family Involvement in Out - of- Home Placement Settings", Mental Retardation, Vol. 30, No. 1, págs. 35-43.
- Carnevale, A. (1973), "Aspectos genéticos del Síndrome de Down", en I Ciclo de Conferencias, Instituto John Langdon Down, México D.F.
- Carr, J. (1975) Young Children whith Down's Syndrome, Editorial Butterworths, London & Boston.
- Cassidy, G., Parker, D., Butkovsky, L., Braungart, M. (1992) " Family- Peer Connections : The Roles of Emotional Expressiveness Within The Family and Children's Understanding of Emotions", Child Development, Vol. 63, págs. 603-18.
- Craig, G (1988) Desarrollo Psicológico, Editorial Prentice Hall, México.
- Cruz Teran, M. (1992) " Estudio Comparativo del Autoconcepto en 4 Circunstancias reproductivas diferentes: embarazo normal, embarazo de alto riesgo, esterilidad y oclusión tubaría bilateral". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Y Cohen, I. (1990) " El Autoconcepto en adolescentes de primer ingreso en el nivel educativo medio superior". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Y Cunningham, C. (1990) El Síndrome de Down. Una introducción para padres, Editorial Paidós, México.

- Y De Filippo, V., Brubaker, T. (1988) " Differential Respite Needs of Aging Parents of Individuals with Meental Retardation", Mental Retardation, Vol. 26, No. 1, págs. 13-15.

- Y De Gyves, I. A. (1989) " Autoconcepto y Sistemas de Apoyo Emocional en deportistas mexicanos de alto rendimiento". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología.

- Y De Oñate, M. (1989) El Autoconcepto, Editorial Narcea, MadMéxico, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Y Drummond, J., Hansford, G. (1990) " Dimensions of Self-Concept of Pregnat Unwed Teens", The Journal of Psychology, Vol. 125, No. 1, págs. 65-69.

- Y Edell- Fisher, H., Motta, W., (1990) " Tourette Syndrome: Relation to Children's and Parents' Self _Concepts", Psychological Reports, Vol. 66, págs. 539-54.

- Y Fischer, M. (1987) "Mother-Child Interaction in Preverbal Children with Down Syndrome", Journal of Speech and Hearing Disorders, Vol. 52, Págs. 179-90.

- Y Fleming, S., Klein, E., Corter, C. (1992) " The Effects of a Social Support Group on Depression, Maternal Attitudes and Behavior in New Mothers", J. Child Psychol. Psychiat, Vol. 33, No. 4, págs. 685-98,

- Y Flórez, J. Troncoso, M. V. (1991) Síndrome de Down y Educación, Editorial Salvat, Barcelona

- Freud, S. (1989) Obras Completas, Vol. 7, Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
- Galván, M. (1993) "Relación entre los rasgos de personalidad y la autoestima en madres que tienen hijos con parálisis cerebral". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad del Valle de México.
- Gante, M. L., Rubio, H. I., Villagomez, M. M. (1989) "Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de sus hijos, de padres de niños física y/o mentalmente incapacitados y padres de niños no incapacitados". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México,
- García Escamilla, S. (1991) El niño con Síndrome de Down, Editorial Diana, México.
- García, F., Ingmundson, P. (1986) "Un estudio transcultural de los Antecedentes personales y Familiares del Concepto de sí mismo". Revista Mexicana de Psicología, Vol. 3 , No. 1 , págs. 11-15.
- García, S. A., Ramos, S. H. (1991) " El Autoconcepto de la pareja estéril". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, D. F. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gesell, A. (1989) El niño de 1 a 4 años, Editorial Paidós, Buenos Aires
- Gómez, M. Gómez, T. plaza E. (1992) Relaciones Interpersonales, Editorial Instituto de investigación en Psicología Clínica y Social, A. C., México, D.F
- Ibarquengoytia, A. E. Lizarraga J. (1992) "La pérdida de autoestima: una forma de resistencia". Revista de Psicología Aíétheia, N° 11, págs. 53-56.
- Jasso, L. (1991) El niño Down, Editorial El Manual Moderno, México, D.F.

- Jiménez, R. A. (1990) " El Autoconcepto en el Anciano en tres situaciones de estancia diferentes". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kelerstein, C. D. (1991) " Posibles efectos del Autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA". Tesina para obtener el Título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kerlinger, F. N. (1988) Investigación del Comportamiento, Editorial McGrawHill, México.
- Konstantareas, M., Homatidis, S. (1989) " Parental Perception of Learning- Disabled Children's Adjustment Problems and Related Stress", Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 17, No. 2, págs. 177-188.
- Lambert, L. (1982) El mongolismo, Editorial Herder, Barcelona.
- Landry, S., Chapleski, L. (1989) "Joint Attention and Infant Toy Exploration: Effects of Down Syndrome and Prematurity ", Child Development, Vol. 60, págs. 103-118.
- La Rosa, J. (1988) Esclas de Locus de control y Autoconcepto, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Lidzey, G., Hall C.S., Manosevitz M. (1985) Teorías de la personalidad, Editorial Limusa, México.
- López Díaz de León, M. (1989) "Autoconcepto en mujeres histerectomizadas". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.
- López y López, D., Méndez Vega, V.M. (1991) "Síndrome de Down: Análisis de las vivencias patemas de frustración y depresión". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Magaña, C.M. (1988) "Autoconcepto, Adolescencia y Familia". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mayagolita, O. (1973) "El tratamiento psicopedagógico y social del niño con Síndrome de Down", En I ciclo de conferencias, Instituto John Langdon Down, México, D.F.
- Mercado, M. R. (1991) "Autoconcepto y Metas en niños maltratados que viven en la calle". Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, D. F. Universidad Nacional Autónoma de Méx.
- Pick, S. López, A.L. (1990) Como investigar en Ciencias Sociales, Editorial Trillas, México, D.F
- Pueschel, S. M. (1991) Síndrome de Down. Hacia un futuro mejor. Guía para padres. Editorial Salvat, Barcelona.
- Pulido, V.A. (1988) Autoestima, Motivación y Desarrollo, Editorial Diana, México.
- Schaffer, R. (1979) Ser Madre, Ediciones Morata, Madrid.
- Stern, D. (1977) La primera relación Madre-Hijo, Ediciones Morata, Serie Bruner, Madrid.
- Tyler, L.E. (1975) Psicología de las diferencias humanas, Editorial Marova, Madrid.
- Tymchuk, J. (1991) " Self-Concepts of Mothers who show Mental Retardation", Psychological Reports, Vol. 68, págs. 503-510.
- Winnicot, D. (1984) La familia y el desarrollo del individuo. Editorial Hormé, Buenos Aires.
- Woolfolk, A.E. (1990) Psicología Educativa, Editorial Prentice Hall, México, D.F.

ANEXO

YO SOY

EGOISTA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	BONDADOSO (A)
CARIÑOSO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FRIO (A)
INDECENTE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DECENTE
ALTO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	BAJO (A)
IMPUNTUAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PUNTUAL
DESENVUELTO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	TIMIDO (A)
INSOCIABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	SOCIABLE
ALEGRE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	TRISTE
LENTO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	RAPIDO (A)
OPTIMISTA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PESIMISTA
PASIVO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACTIVO (A)
TRABAJADOR (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FLOJO (A)
DEPRIMIDO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	CONTENTO (A)
SIMPATICO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ANTIPATICO (A)
DESHONRADO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	HONRADO (A)

Por favor, verifica si contestaste a todos los pares de adjetivos
 Por tu colaboración
 Gracias