

235  
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CARACTERISTICAS DEL AUTOCONCEPTO DE  
MADRES DE NIÑOS AUTISTAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
CLAUDIA ISABEL RIVERA RAMIREZ  
ITZEL GONZALEZ PACHECO



FACULTAD  
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

DIRECTOR:

LIC. ROSARIO MUÑOZ CEBADA

ASESOR:

GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO

JUNIO 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

263315



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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 ti  
que con dulzura y cariño  
supiste llenarnos de amor  
A ti.....  
que cuidaste de hijos y nietos.  
A ti.....  
que diste tu vida por los demás  
sin esperar nada a cambio.  
A ti.....  
querida Carolina, abuelita mía  
que seguirás en mi mente  
y en mi corazón  
toda la vida.  
Te extraño

Gracias papá y mamá  
porque sin ustedes  
esto no hubiera podido ser.  
Gracias por su amor,  
comprensión y apoyo,  
creo que con nada puedo pagar  
lo que ustedes han hecho por mí.  
Esto es sólo una pequeña muestra  
del producto de su amor.  
Los Quiero

A Emilio  
que con sus gritos  
y travесuras  
ha llenado a todos  
de alegría.

A ti Julio  
que me has acompañado  
en todo momento.  
A ti  
que siempre me das  
tu amor y tus consejos.  
A ti con todo mi amor.

Tina  
abuelita, gracias por  
procurarnos y  
estar ahí siempre,  
en los momentos buenos  
y en los no tan buenos.  
Te Quiero

**A NUESTROS PADRES POR  
APOYARNOS CON AMOR.**

**QUEREMOS EXPRESAR NUESTRA  
GRATITUD A TRAVÉS DE ESTAS  
LINEAS A LA LIC. ROSARIO MUÑOZ  
Y A LA LIC. GUADALUPE SANTAELLA  
QUIENES NO SOLO TUVIERON A  
SU CARGO LA REVISION DE ESTE  
TRABAJO SINO QUE NOS BRINDARON  
UNA ACERTADA ORIENTACION PARA  
EL DESARROLLO DEL MISMO.**

**AGRADECEMOS AL PROGRAMA  
DE BECAS DE LA FUNDACION  
UNAM LA CONFIANZA QUE  
DEPOSITO EN NOSOTRAS AL  
BECARNOS PARA ELABORAR  
NUESTRA TESIS.**

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
--------------------	---

### CAPITULO I

#### AUTISMO

I.1 Definición .....	4
I.2 Antecedentes Históricos .....	6
I.3 Etiología .....	8
I.3.1 Teoría Emocional .....	8
I.3.2 Teoría Orgánica .....	9
I.4 Características .....	12
I.5 Diagnóstico .....	15
I.5.1 Diagnóstico Diferencial .....	16
I.6 Tratamiento .....	17
I.6.1 Tratamiento Psicoterapéutico .....	18
I.6.2 Técnicas Conductuales .....	18
I.6.3 Tratamientos Psicopedagógicos .....	19
I.6.4 Farmacoterapia .....	20
I.6.5 Método Tomattis .....	20
I.6.6 Musicoterapia .....	21
I.6.7 Método TEACH .....	21
I.7 Pronóstico .....	23
I.8 El Autista y la Familia .....	24

## CAPITULO II

### AUTOCONCEPTO

II.1 Definición .....	32
II.2 Antecedentes Históricos .....	37
II.3 Aproximación Conceptual .....	39
II.3.1 Modelo Psicoanalítico .....	39
II.3.2 Modelo Social Cognitivo .....	46
II.3.3 Modelo Humanista Existencial .....	51
II.3.4 Modelo de Aprendizaje .....	53
II.4 Formación del Autoconcepto .....	54
II.5 Principales Elementos del Autoconcepto Femenino y Masculino ...	61
II.6 Autoconcepto y Reproducción. La Influencia del Rol y el Ejercicio Materno en el Autoconcepto Femenino.....	63
II.6.1 Autoconcepto en la Madre Embarazada .....	66
II.7 Investigaciones en torno al Autoconcepto .....	70

## CAPITULO III

### METODOLOGIA

III.1 Planteamiento del Problema .....	73
III.2 Justificación .....	73
III.3 Tipo de Investigación .....	74
III.4 Diseño de Investigación .....	75
III.5 Definición de Variables .....	75
III.5.1 Variable Conceptual .....	75
III.5.2 Variable Operacional .....	75
III.6 Objetivo .....	76
III.7 Muestra .....	76
III.8 Instrumento .....	76
III.8.1 Descripción del Instrumento .....	76
III.9 Procedimiento .....	79

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

IV.1 Resultados Sociodemográficos .....	81
IV.2 Resultados de la Escala de Autoconcepto Tennessee .....	94
IV.3 Interpretación por Escala del Perfil Global .....	94
IV.4 Sintesis Interpretativo del Perfil Global .....	98

## CAPITULO V

### DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

V.1 Conclusiones .....	101
V.2 Discusión .....	102
V.3 Sugerencias y Limitaciones .....	108

BIBLIOGRAFIA .....	110
--------------------	-----

ANEXOS .....	116
--------------	-----



## INTRODUCCION

A raíz del trabajo que realizamos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro con niños autistas, nos surgen miles de preguntas y de ahí el interés por las madres de estos niños, ya que pudimos observar en ellas, características muy similares como son angustia, ansiedad, cierta culpabilidad y un autoconcepto negativo. Siendo el autismo un estado donde el niño se desprende del mundo real circundante y se encapsula en sí mismo sin permitir entrada o salida de su mundo, se pierde también el contacto emocional y físico con sus seres queridos, en especial con su madre quien habría de proveerlo de un ambiente donde creciera de forma similar a los demás niños normales, las perspectivas y metas de ellas tal vez cambian, implicando culpa y repercutiendo en su autoconcepto.

En el transcurso de la historia, se ha tratado siempre de comprender y mejorar en lo posible al ser humano dentro del campo de la investigación psicológica; existen diversas magnitudes para poder hacerlo y estudiar los fenómenos que involucran su persona. En esta ocasión se tomó prestada una pequeña parte de su mundo, tratando de establecer la relación de tener un niño autista en casa y el autoconcepto de su madre.

Al comprender que el autoconcepto se encuentra muy relacionado con la satisfacción y los logros de los hijos se decidió investigar sobre esta área en las madres con niños autistas.

La madre como punto central de la familia y de su integración para el desarrollo de sus hijos, es un tema muy extenso y de suma importancia ya que son las creadoras de generaciones completas y su formación afectará directa e indirectamente en la educación de los hijos y del desarrollo de la familia. El ser madre no es tarea fácil para nadie y mucho menos para ellas que tuvieron un hijo con algún tipo de trastorno. Tal es el caso de los niños autistas, un trastorno del desarrollo infantil cuya incidencia es de 4 niños por cada 1000 nacidos, donde numerosos investigadores han escrito acerca de él, aún siendo ésta una población pequeña y especialmente en los últimos años el interés por el autismo ha emergido con una fuerza inusitada. Aún no se ha llegado a comprender cuál es el enigma que encierra este trastorno. El autismo cuenta con particularidades interesantes.

Ante la posibilidad de su propia participación en la enfermedad de su hijo, ya sea a nivel genético o interaccional, se generan en la madre una serie de conflictos.

Cuando se tiene un hijo autista, no es fácil para la madre su trato con él y con los demás, su educación y su aceptación ya que éste trastorno aparece en los primeros años de vida cuando la madre es el objeto primario del niño, por lo tanto puede sentirse decepcionada y experimentar estados emocionales negativos, por lo que consideramos de suma importancia el estudio de las características de su autoconcepto para la ayuda terapéutica a ella para su óptimo funcionamiento así como también el de su familia. Asimismo es de suma importancia brindarles información acerca del trastorno de sus hijos.

Esta investigación consta de V capítulos. En el capítulo I se plantea lo referente al niño autista, definiéndose lo que es el autismo visto por varios autores y siguiendo la definición del DSM IV para su diagnóstico. Asimismo se habla de la etiología, el pronóstico y el diagnóstico de estos niños. Se hace referencia al niño autista y su familia y a las características de personalidad de los padres de éstos.

El capítulo II se refiere al autoconcepto, se hace una exposición de sus antecedentes, de varias definiciones, así como la explicación de los factores formativos más importantes. Como se trata de una investigación con base en el estudio de la mujer se expone el autoconcepto de esta y de igual forma algunas fuentes importantes en su autoconcepto, donde se incluye el estudio de la familia y maternidad.

El capítulo III contiene la metodología, donde se incluye la revisión del instrumento, cómo está estructurado y cómo se divide, además de especificar su validez y confiabilidad

En el capítulo IV y V se expone el análisis de resultados, al igual que la discusión, conclusión y sugerencias.

En virtud de la trascendencia de la relación madre-hijo, se presenta este proyecto a fin de contribuir al estudio, en nuestro país, de las peculiaridades del autoconcepto en madres de niños autistas.

# **CAPITULO I**

## **AUTISMO**

## I.1 DEFINICIÓN DE AUTISMO

En la actualidad se cuenta con un gran número de definiciones de autismo. Cada autor da su definición dependiendo de la época y la teoría a la que pertenece, por lo tanto para describir este trastorno se han utilizado distintos nombres como son: síndrome de Kanner, autismo anormal primario, esquizofrenia infantil, autismo encapsulado secundario, desarrollo atípico de la niñez con rasgos autistas, y retraso mental asociado con autismo.

Asimismo, se han utilizado otros términos destinados a aclarar un aspecto del diagnóstico o de la etiología, y como ésta aún no se conoce, algunos clínicos e investigadores tiene puntos de vista distintos acerca de este trastorno; por lo que el autismo se ve rodeado de una gran controversia tanto en su diagnóstico como en el descubrimiento de una posible etiología.

A continuación se mencionarán algunas definiciones de autismo, las cuales han tenido una mayor relevancia.

La palabra "autismo" se deriva del griego autos=uno mismo.

El término de autismo fue introducido a la literatura psiquiátrica por Eugen Bleuler (1911) como un sinónimo de la pérdida del contacto con la realidad, misma que trae como consecuencia la imposibilidad o gran dificultad para comunicarse con los demás.(Ajuriaguerra, 1980).

Leo Kanner, en 1943 define al autismo como un síndrome particular que se caracteriza por el intenso aislamiento del sujeto, por su falta de relación con las personas y por la considerable incomunicación que presenta. (Furieux, 1982).

Para Margaret Mahler (1977), el autismo es una defensa psicótica contra la falta de la necesidad básica de la simbiosis con su madre o sustituto materno, por lo que es concebida como una respuesta, una armadura contra el temor del contacto humano.

La Asociación Nacional para Niños Autistas (1980), define el autismo como un trastorno evolutivo irresistible que inhabilita el normal desarrollo intelectual y emocional de la persona y que generalmente se manifiesta en los primeros tres años de vida. (Corzo, 1991).

En 1982, Lorna Wing lo define como una perturbación del desarrollo en la que están afectados principalmente la percepción del medio ambiente y el lenguaje. (Wing, 1982).

De acuerdo con Ajuriaguerra (1983), el autismo infantil es un tipo de psicosis, definido como un trastorno de la personalidad dependiente de un desorden en la organización del "yo" y de la relación del niño con el medio circundante.

Según el Manual de Diagnóstico D.S.M. IV el trastorno autista es un trastorno profundo del desarrollo que se caracteriza por la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno autista es denominado *autismo infantil temprano*, *autismo infantil* o *autismo de Kanner*.

Tustin (1987) describe el autismo como una condición que se manifiesta desde el nacimiento con el propósito de acorazarse con una armadura que permite escudarse del intolerable, hostil e intrusivo mundo de los estímulos.

María Paluzny (1990), considera al autismo como un síndrome de la niñez que consiste en la falta de relación social, en la carencia de habilidades para la comunicación, en rituales compulsivos persistentes y en la resistencia al cambio.

En la actualidad, la Asociación psiquiátrica Americana define el autismo como una categoría específica de trastorno, englobado dentro de los llamados Trastornos Generalizados del desarrollo. (Villard, 1991).

Para finalizar se dará la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual nos dará una visión más completa de este trastorno.

Según la OMS el autismo es un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los primeros 30 meses de vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje y si éste logra desarrollarse se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Los problemas de las relaciones antes de los 5 años son muy graves e incluyen un defecto en el desarrollo de la mirada directa a los ojos, en las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de inteligencia va desde severamente subnormal hasta normal o por encima. La actuación es en general mejor en los sectores relacionados con la memoria rutinaria o con habilidades espacio-visuales que en aquellos que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas. (Garanto, 1984).

Podemos concluir de forma global, que el autismo es un desorden del desarrollo que aparece en los primeros años de vida y se caracteriza por la inhabilidad del niño para comunicarse y relacionarse adecuadamente con otras personas y por una alteración en la percepción del medio ambiente.

## 1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1799 surge en Francia uno de los casos más famosos sobre probable autismo, pero no identificado como tal.

En los bosques de Aveyron fue encontrado un pequeño de aproximadamente 11 años de edad. Las condiciones en las que se le halló eran malas; estaba muy sucio, padecía de múltiples heridas, era mudo y su comportamiento era similar al de un animal salvaje. El médico francés Jean Itard, tomó a su cargo a este niño abandonado (conocido como Víctor) e hizo una descripción de las características que presentaba. Entre estas características se encontraron las siguientes: Víctor no miraba directamente a las personas, no hablaba, no jugaba con juguetes pero sin embargo tenía una memoria sorprendente respecto al lugar que ocupaban los objetos en su habitación y se resistía a los cambios de los mismos. En resumen, Víctor mostraba muchos rasgos de autismo.

Este fue uno de los primeros hallazgos de posible autismo, pero como ya se mencionó, no fue identificado como tal.

Posteriormente en 1911, más de un siglo después, Eugen Bleuler, psiquiatra eminente, utilizó por vez primera el término de autismo. Lo refirió originalmente, a un trastorno básico de la esquizofrenia, el cual consiste en una limitación de relaciones con las personas y con el mundo externo, tan extremo que parece excluir todo lo que no sea el propio <<yo>> de la persona. Esta limitación podría describirse como una retirada, por parte del paciente, del mundo social para sumergirse en sí mismo.

Hacia 1919, un psicólogo norteamericano Lighter Witmer, escribió un artículo que hablaba de un niño que se comportaba como autista. Este es el caso Don, un pequeño de 2 años y medio, que fue aceptado en la escuela de Witmer en la que con una enseñanza individualizada en un periodo prolongado, ayudo al niño a compensar sus desventajas.

Fue hasta 1943 cuando Leo Kanner describió por vez primera a estos niños como grupo especial y utilizó el término "autismo infantil precoz" para describir un tipo de patología caracterizada principalmente por una clara tendencia al retraimiento.

A partir del estudio que realizó en este año (bajo el título "las alteraciones autistas de contacto afectivo") de 11 casos de niños que presentaban una apariencia física normal pero con características de contacto extrañas, encontró características comunes en estos niños, las cuales formaban un "síndrome único"

Kanner describió el conjunto de conductas que estos 11 niños tenían en común, entre éstas se encuentran las siguientes:

- Alteración del lenguaje
- Ecolalia
- Repetición de pronombres personales
- Apartamiento de la realidad

- Ausencia de contacto visual
- Reacción de miedo ante ruidos fuertes y objetos en movimiento
- Necesidad de inmutabilidad
- Marcada relación con determinados objetos
- Movimientos motores rápidos y hábiles
- Extraordinaria memorización.

Esta descripción inicial que hizo Kanner de los 11 niños autistas, muestra un cuadro clínico que abarca casi todo el síndrome. De hecho, los síntomas que describió no han cambiado de manera significativa desde entonces.

No existía duda de que habían niños que presentaban autismo, pero surgía una considerable confusión en cuanto a los límites del síndrome, así como sus características y sus causas.

Es así como a partir del estudio de Kanner se generaron diferentes enfoques dentro de la literatura del autismo.

Hans Asperger, independiente de Kanner, en 1944 también realizó publicaciones de descripciones del autismo. Tanto Asperger como Kanner hicieron publicaciones que contenían detalladas descripciones de casos de autismo y presentaban los primeros esfuerzos por explicar la alteración. Ambos pensaban que desde el nacimiento se producía un trastorno fundamental que daría lugar a problemas muy característicos.

De acuerdo con Kanner el autismo se puso de moda en los años 50 y el tratamiento para ello era el psicoanálisis.

Las primeras confirmaciones europeas de la existencia de este síndrome, las dieron en 1952 Van Krevallinen en Holanda y L. Stern en Francia.

Rank y Szurek utilizaban el término de "niños atípicos" para llamar al autismo, esquizofrenia, subnormalidad mental, organicidad y psiconeurosis sin distinguir un diagnóstico o clasificación. (Pardo, 1990)

Algunos autores como Kallman y Kety, comenzaron a considerar que el autismo es una forma de psicosis, resultado de una lesión o defecto fisiológico.

Rimland (1964), apoya la postura de que el autismo es causado por lesiones fisiológicas. Sus investigaciones concluyen que el autismo es debido a una baja actividad del sistema reticular.

En 1967, Bettelheim considera que la causa de la psicosis está en una perturbación emocional que empieza al inicio de la vida; la cual se desarrolla como una respuesta a las actividades extremadamente negativas de los padres con respecto al niño. (Bettelheim, 1985)

Ornitz y Ritvo (1968), apoyan las formulaciones de Kanner, sugiriendo que el autismo se presenta desde el nacimiento, añadiendo que la apariencia extraña y bizarra de su comportamiento, sus peculiares manierismos y los patrones motores estereotipados, le dan un carácter inconfundible al síndrome.

Rutter y Schopler (1984) opinan que el trastorno tiene que ver con una patología cerebral, en donde intervienen factores químicos, afirmando además, que existe probabilidad de un desequilibrio en los neurotransmisores.

Es así como a través del tiempo cada investigador ha propuesto una teoría distinta, siendo cada vez más los investigadores que se interesan en el tema del autismo, dando cada uno su punto de vista, todos ellos motivados para avanzar en la investigación de este síndrome y permitir así, la formación de un criterio más amplio para todo aquel que se interese en estudiar, investigar o aportar algo para los niños autistas.

### 1.3 ETIOLOGÍA

El autismo es actualmente un tema lleno de enigmas, ya que el principal punto de partida que es la etiología, aún en los 90, carece de respuesta; el porqué de este trastorno infantil, a pesar de las múltiples teorías existentes, en realidad se desconoce. Al parecer no se puede hablar de una causa única, sino de muchas y muy interrelacionadas, pero aún no se sabe cuáles y las razones de ellas. De manera general los enfoques son dos: Teoría emocional, y teoría orgánica.

#### 1.3.1. Teoría emocional

Los investigadores clínicos que se han apoyado con mayor firmeza la teoría de la etiología ambiental, son aquellos que desde una perspectiva psicoanalítica, explican la conducta autística como una forma desviada reactiva del desarrollo.

Tustin (1973) describe la etapa infantil temprana como un autismo primario normal. El bebé experimenta sensaciones, pero no tiene consciencia de las partes de su cuerpo, no reconocen los límites entre el yo y el no yo; es decir, no tiene consciencia de que su madre está separada de él. Gradualmente, con la ayuda materna, el bebé empieza a diferenciar las partes del propio cuerpo, se observa separado de su madre y se distingue de las demás cosas y personas.

Para Tustin existe otro tipo de autismo y lo denomina *autismo secundario encapsulado*, el cual ocurre cuando el niño experimenta la separación de la madre a una edad muy temprana, cuando aún no está listo para ello, de modo que sufre un trauma por la sensación de separación, creando una barrera entre su mundo y el que lo rodea.

Para los psicoanalistas el autismo es un trastorno originado en las primeras experiencias de vida de los niños. Si el niño se frustra y se siente incapaz de hacer algo en el mundo impredecible o que no responde, puede tornarse a autista. El autismo puede aparecer entre los 18 meses de edad y los dos años si se impiden al niño (Bettelheim 1967)



“los esfuerzos activos para dominar su mundo, tanto física como intelectualmente”. Al reprimir toda actividad y con ello toda hostilidad hacia el mundo exterior, el niño se aísla y se retrae hacia la fantasía y el autismo. Bettelheim afirma que pueden existir factores orgánicos implicados en el desarrollo del autismo, pero que la actitud de los padres permite que tales factores ocasionen la aparición del autismo en algunos niños y no en otros. “En todos los casos estudiados por nosotros... el niño experimentaba las actitudes de los padres... como el deseo de ellos de que no existiera”. (Bettelheim, 1972)

Otros investigadores sugieren falta de estimulación, carencia de calidez parental o algún conflicto intrapsíquico como resultado de una interacción familiar desviada.

Ward sugiere una etiología que implica un origen psicológico aunado a una deficiencia neurológica. Propone que la angustia de la madre durante el embarazo hace que el niño sea más lento en su desarrollo sensorial. Como resultado de la angustia materna ocurren cambios neuroendócrinos en la madre, las cuales afectan en el feto las estructuras neuronales endócrinas y otras. Las madres no son capaces de satisfacer las necesidades especiales del niño y se origina el autismo. Peor esto, aún no ha sido comprobado. (Paluszny, 1987)

Se habla de condiciones simbólicas entre madre e hijo como factores del autismo. Para Mahler no se ha logrado desarrollar la relación simbiótica entre madre e hijo, permaneciendo el bebé en un aislamiento de la estimulación externa, al no simbiotizarse con la madre pierde la capacidad de relacionarse con el ambiente.

También se han enumerado varios factores en la psicodinámica familiar, como son: necesidad inconsciente de los padres, madres incapaces de empatizar con sus hijos, compulsividad parental, dificultades conyugales, enfermedades de los padres, hiperestimulación del niño que es percibido como agresión. Sin embargo, éstas también son causas comunes a diversos trastornos psiquiátricos.

Hoy en día son pocos los autores que sostienen que la etiología es puramente por factores ambientales, ya que varios estudios clínicos han fallado al tratar de demostrar algún estereotipo de la personalidad de los padres de niños autistas. Por esta razón, también existen autores que se han dedicado a la exploración de las posibles causas orgánicas.

### 1.3.2. Teoría Orgánica

Se han observado posibles bases de origen biogenético. El autismo ha sido vinculado con diversas condiciones que producen desajustes en el SNC. Así, aún cuando las complicaciones perinatales no se han asociado claramente con el autismo, la rubéola durante el embarazo causa una alta incidencia de autismo en la descendencia (Chess, 1971). Otras enfermedades que se han llegado a considerar causantes del autismo son la meningitis, encefalitis, esclerosis tuberosa o fenilcetonuria.

Por lo general, los niños autistas de un 70% a 75% presentan retraso mental; algunos de estos niños presentan epilepsia y por lo común durante la adolescencia. En ocasiones se

han descrito varios signos neurológicos leves en niños autistas que se asocian con daño en el sistema nervioso central, como son problemas de movilidad, caminar de puntitas o aletear con las manos, así como varias incongruencias perceptuales.

Se han propuesto distintos agentes biogenéticos o anomalías posibles que tal vez causan cambios patológicos que originan los síntomas del autismo. Se han propuesto 3 áreas para la investigación de la etiología del autismo. (Paluzny 1990)

### Genética

Algunos autores han considerado la presencia de anomalías cromosómicas en gran número de autistas, siendo de las más comunes: la x frágil. Sin embargo también se han encontrado estas anomalías en niños con retardo mental.

Existen algunas otras aportaciones que indican que es poco factible que el autismo sea resultado de una simple herencia genética, pero hay indicaciones de cierta tendencia familiar. A partir de ciertos estudios se ha calculado que existe el 2% de probabilidades de tener otro niño autista en la familia y en otro estudio recientemente realizado con 78 niños autistas, el 8% tenía un pariente que también lo era.

Otra investigación se llevó a cabo con gemelos, en donde se encontró que existía una concordancia de autismo mayor entre gemelos monocigotos que entre heterocigotos.

Han existido numerosos estudios genéticos en este tipo de niños, pero hasta la fecha ninguno de ellos ha sido totalmente comprobado ni aceptado.

### Bioquímica:

Entre las principales investigaciones bioquímicas que se han realizado acerca del autismo, se encuentra la que se refiere a los neurotransmisores. Estos han sido considerados como mediadores bioquímicos relacionados con la contracción muscular y la actividad nerviosa. Un exceso o una deficiencia de estas sustancias, o incluso un desequilibrio entre dos mediadores diferentes, pueden causar perturbaciones en la conducta.

La serotonina es un producto del metabolismo de un aminoácido esencial: El triptófano, es decir, que la serotonina es una sustancia que está presente en el organismo de manera natural y que se encuentra en altas concentraciones en ciertas partes del cerebro y otras regiones corporales. Parece ser que esta sustancia es necesaria para el funcionamiento normal del cerebro y en algunos estudios que se han realizado parece ser que la serotonina puede tener un papel importante en la etiología del autismo, ya que se han observado altos niveles de serotonina en los niños hiperactivos, éstos demostraron tener una baja concentración de esta sustancia en la sangre y a medida que los niños mostraban una mejoría clínica, la concentración de serotonina aumentaba y se acercaba al nivel normal. De esta manera, se piensa que puede suceder lo mismo con los niños autistas: si descienden los niveles de serotonina, tal vez se logre una mejoría en ellos.

En general, hay distintas investigaciones sobre las posibles anormalidades bioquímicas, pero ninguna de ellas ha podido llegar a alguna conclusión definitiva, sin embargo, es importante continuar con las investigaciones en este aspecto. (Tinbergen y Tinbergen, 1985)

### Viral:

Se ha encontrado autismo en algunos niños que estuvieron infectados de rubéola durante la gestación. En un estudio realizado en 1971 con 243 niños con rubéola congénita, 10 presentaron autismo y 8 tan sólo algunos síntomas de este padecimiento. Se cree que la rubéola congénita no es la causa del daño, sino más bien surge como síndrome secundario, relacionado con el retraso mental o con una privación sensorial, como ceguera o sordera.

Se ha realizado otro tipo de estudio acerca de la infección viral como agente causal del autismo, sin embargo, el más trascendente es el que se mencionó anteriormente.

Quizás el modelo interaccional de Zaslav y Berger (1969) que incluye tanto una predisposición orgánica como tensiones psicológicas, sea el más adecuado ante la ignorancia existente sobre la etiología del autismo. (Tinbergen y Tinbergen, 1985)

Tanto la teoría orgánica como la psicogenética tienen algo que decir, aunque hasta el presente no lo digan todo. Las futuras investigaciones que se realicen en cualquiera de las dos teorías serán de gran utilidad para el conocimiento de este trastorno. Puede ser que estos resultados no nos aporten nuevas dimensiones para el abordaje terapéutico, pero pueden ser de gran valor para la labor preventiva.

En resumen, podemos decir que aunque todavía no se conoce la etiología propia del autismo, casi se han descartado ya las teorías psicogenéticas y orgánicas como causas únicas y/o principales del trastorno, enfocándolo más bien como una alteración probablemente multifactorial y como un trastorno global y difuso del desarrollo, en donde el problema se encuentra difundido en diversas áreas pero no de una manera homogénea ni tampoco con localizaciones específicas.

Dado que el autismo es un síndrome raro, los estudios iniciales se llevaron a cabo en unos cuantos casos. Con el tiempo, a medida que más clínicos e investigadores estudiaban muestras mayores de niños autistas, se dispuso de datos epidemiológicos. En los últimos 10 años se obtuvieron grandes muestras de niños normales y de pacientes clínicos, para poder determinar la incidencia del autismo y otros datos relacionados.

Se encontró entonces, que la prevalencia real del autismo es de 3-4 por cada 10,000 niños nacidos.

En tales estudios se consideraron asimismo variables como la proporción de sexos, el orden en el nacimiento y el status socioeconómico de los padres. Los primeros estudios indicaban una incidencia mucho mayor de autismo en los varones, lo que estas investigaciones confirmaron (3 niños por cada niña).

En cuanto al orden de nacimiento del niño autista, se encontró que había una mayor incidencia de autismo en el primogénito varón; sin embargo, este resultado no ha sido sustentado en los estudios recientes.

El status socioeconómico de los padres de los niños autistas ha sido tema de controversia. En su descripción inicial del niño autista, Kanner (1943) encontró una incidencia de autismo muy alta entre los niños de padres sumamente educados y del grupo socioeconómico más alto. A pesar de esto, los estudios subsecuentes no lo han demostrado.

#### 1.4. CARACTERÍSTICAS

Los niños autistas tienen características muy específicas pero siempre mantienen sus rasgos comportamentales y personales diferenciados de los otros niños autistas; ya que cada niño autista es producto del medio que lo rodea (familia, escuela). Sin embargo existen ciertos rasgos de conducta primarios propios del síndrome autista muy similares y otros comportamientos secundarios no integrantes del síndrome. Es importante señalar, que no todos los individuos presentan todos los síntomas que se describirán a continuación, pero siempre mantienen un esquema uniforme.

La madre de un niño autista puede observar en su hijo pequeñas diferencias en el comportamiento, pero éstas son tan imperceptibles que no es sino hasta los dos o tres años de edad, que la madre empieza a preocuparse por la conducta extraña de su bebé. Después de esta edad parece ocurrir una regresión en la que el niño pierde todas sus habilidades que había aprendido y empieza a adquirir otras típicas del trastorno autista.

Se ha podido observar que existen dos clases de bebés autistas, unos son aquellos que lloran y gritan durante tiempos muy prolongados sin poder callarlos y sin poder saber cuál es la razón de su llanto, algunas veces puede calmarse el llanto mediante alguna distracción pero por lo general reanudan el berrinche en cuanto cesa ésta. Puede ser un bebé rígido, y ser difícil de tenerlo en brazos, resistiéndose a todo (lavarlo, cambiarlo, o vestirlo). (Wing, 1981)

La segunda clase de bebés autistas, es aquella en que el bebé es plácido y nada exigente, y se mantiene tranquilo todo el día. Generalmente las madres de estos bebés no saben cuándo tienen hambre porque nunca lloran por comida y morirían si no los alimentaran por rutina. A simple vista parece que este tipo de bebé, da menos trabajo que el primero y que representa una causa de preocupación menos obvia, pero a la larga los dos tipos representan una educación difícil, ya que a los primeros nunca se les puede satisfacer en sus demandas, mientras los segundos presentan total falta de respuesta. (Wing, 1981)

Una de las cosas que las madres observan con más frecuencia es que su bebé nunca levanta los brazos ni se prepara para que lo levanten; así mismo, tampoco acostumbra mirarlos y parece no diferenciar a las personas familiares de los extraños; no reaccionan con llanto cuando su madre se aleja, ni ríe cuando ella se acerca. No se entretiene con los juegos para los niños normales, parece gozar más de juegos que lo estimulen sensorialmente (como cosquillas, ser lanzados al aire, etc.), pero ninguno de estos juegos requiere interacción personal.

A menudo, el pequeño autista se concentra en la observación de algo (una luz, o un ruido), los padres del niño observan que muestra muy poca curiosidad, ya que explora su ambiente y prefiere, en lugar de ello, jugar con objetos de manera repetitiva o estimular su propio cuerpo al mecerse o golpearse la cabeza contra algo.

En cuanto al lenguaje, el bebé autista no da ninguna señal de comunicación, ni por medio de gesticulación, ni por imitación. El problema del habla en el niño autista es primordial: el pequeño parece incapaz de entender o responder al lenguaje. El bebé puede aprender una o dos palabras y utilizarlas indiscriminadamente. Los padres se dan cuenta que hay lenguaje, pero no de que lo usa inapropiadamente y no se preocupan por este aspecto, sino hasta que el niño tiene 3 o 4 años de edad.

Tienden a sentarse, gatear y caminar a las edades acostumbradas, parece no haber retraso alguno en las señales del desarrollo motor, aún cuando éste desarrollo normalmente manifieste un ligero retraso.

A medida de que el niño va creciendo y sobrepasa la edad de los 2 años se pueden observar las características típicas del trastorno:

La falta de relaciones sociales es una de las principales características del autista, la mayor parte del tiempo parece alejado y retraído, la mayoría de ellos se conducen como si las personas no existieran, no escuchan cuando se les habla, ni tampoco contestan cuando se les llama. Por lo general se molestan si los tocan. Si desean algo toman la mano de la persona que esté más cerca a ellos para conseguir lo que quieren, y una vez que lo han conseguido vuelven a ignorar a la persona que los ayudó. La mayor parte del tiempo parecen absortos en su propio mundo y en sus propias actividades. Su rostro parece carecer de expresión, rara vez miran a la cara de los demás. Tiene ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses, objetivos; existe una total falta de reciprocidad social emocional.

Los movimientos estereotipados es una de las características que llama más la atención en un niño autista. Se trata de movimientos repetitivos, rítmicos en los que los niños permanecen por tiempos prolongados. Entre los más comunes se encuentran el golpeteo de cabeza, aleteo con brazos y manos, saltos en el mismo sitio o giros sobre sí mismo, caminar sólo con las puntas de los pies, doblar y girar los dedos, girar los objetos cerca de los ojos, diversas formas de balanceo. El juego es estereotipado, repetitivo y no muestra variación alguna, el juguete se mantiene de manera idiosincrásica, sin relación con su verdadera función. Existe inflexibilidad a rutinas o rituales específicos, no funcionales, tienen en ocasiones manierismos motores estereotipados y repetitivos

En la comunicación, una característica de los niños autistas es dar muestras de problemas en el desarrollo del lenguaje. Es posible que el habla se presente, pero no se emplea como forma de comunicación, y los pronombres, si los hay, se utilizan al revés, los niños autistas suelen emplear el "no" y el "sí" nunca lo utilizan. Muestran ecolalia, es decir la repetición exacta de lo que dijo otra persona. El niño autista no hace mímica, no tiene entonación en la voz, no intenta transmitir una intención comunicativa ya sea verbal o

mediante gestos del cuerpo. Tiene una alteración en la capacidad de iniciar o mantener una conversación con otros.

La perturbación de las sensopercepciones es una de las características más evidente en el autismo. En general se dice que el niño autista tiene preferencia por los receptores a distancia (vista y oído). Los niños autistas a diferencia de los normales no fijan la vista en las personas o en los objetos, sino que echan rápidas miradas y apartan los ojos. Cuando esto sucede, se describe la mirada como si traspasara a la persona que tiene enfrente, como si mirara a través de ella al vacío. Estos niños pueden mirar un trozo de papel brillante durante tiempos muy prolongados, probablemente esto se deba a que no pueden comprender el significado de toda la escena. Los psicoanalistas interpretan esta característica como una negación del niño a entrar en relación con el mundo exterior y más particularmente con la madre. Algunos otros autores piensan que en realidad la ruptura del contacto visual es fingida, que la huida de la mirada no significa que forzosamente haya ruptura del contacto y consideran que el niño recurre más a la mirada periférica que a la central, como una forma de aminorar el impacto del objeto percibido.

Hablando de la audición de los niños autistas, con frecuencia se piensa que es sordo porque tiende a ignorar los sonidos muy fuertes y no parpadea siquiera si alguien deja caer un objeto pesado detrás de él. Sin embargo, estos niños dan la vuelta inmediata si, por ejemplo, desenvuelven un dulce detrás de él. De esta manera podemos ver que el niño autista puede reaccionar a sonidos tenues e ignorar aquellos que son muy fuertes debido a que el sonido no es significativo para ellos. Los ruidos que pueden ser agradables para unos pueden ser amenazantes para otros.

En lo que representa al tacto, tal parece que los niños autistas son insensibles al frío y al dolor, porque aunque las sensaciones en sí mismas son percibidas, no existen manifestaciones de llanto o grito. De esta manera los autistas pueden salir corriendo sin ropa a la intemperie en días fríos, o bien no presentan atención a golpes que se den. Algunos también pueden tocarse en partes lastimadas o lesionarse en diversas formas, por ejemplo, mordiendo alguna parte del cuerpo o golpearse la cabeza. Estas lesiones pueden ser muy graves aunque el niño parezca no sentir ningún dolor.

Por otro lado le gusta llevarse las cosas a la boca y saborearlas, probarlas, sin embargo tiene dificultad para aprender a masticar trozos grandes de alimento y se les debe desmenuzar la comida más allá de lo normal, por lo general son niños difíciles para comer, ya que se aferran en ocasiones a un determinado tipo de comida, despreciando toda la demás.

La autoagresividad muchas veces es dirigida contra su persona, independientemente de sus capacidades intelectuales. En los casos más leves los niños se arañan, se muerden los labios, las manos. En otros casos más graves, pueden llegar a arrancarse los cabellos, pegarse la cabeza contra las paredes y muebles o también pegarse violentamente en todo el cuerpo. Cabe preguntar el cómo puede soportar un niño el intenso dolor que se causa, se ha formulado la hipótesis de una agnosia al dolor. Esta resistencia a las sensaciones dolorosas sería una prueba a favor de una afección de las vías nerviosas que conducen a la corteza, pero no existiendo pruebas en el plano neurológico, y se tratará como una hipótesis.

El deseo de inmutabilidad se refiere a la negación total de aceptar cambio alguno en el medio que lo rodea. Insisten en que ciertas cosas se hagan en forma exactamente igual en todo momento y si se les perturba la rutina, se producirán gritos y rabietas. El niño autista se altera enormemente cuando cambian su rutina y su ambiente cotidiano, el deseo de inmutabilidad se revela en la negativa obsesiva angustia a aceptar el cambio. La inmutabilidad se sitúa en el punto opuesto a la facultad de adaptación, representa una forma de repliegue a posiciones seguras y fáciles de defender, ahorra esfuerzos y evita el temor al cambio. Los adultos, en la mayoría de los casos, contribuyen a agravar esta incapacidad de adaptación, ya que basta con los gritos o llantos del niño para que el adulto vuelva a poner todo en la posición anterior.

Para los niños autistas las prendas u objetos pueden cobrar una importancia particular. En algunos casos, los niños ni siquiera miran nunca una prenda, se conforman con tenerla en la mano, como que no existe ningún lazo afectivo entre el niño y el objeto, lo importante es solamente su presencia. Si al niño se le priva de su objeto, éste sufre una angustia y se siente desamparado, como si hubiera perdido el sostén de su existencia. El interés es por objetos pocos comunes, como tuerca, cuadros, cepillos, llaves, pedazos de papel o de trapo, etc. Se les ha denominado prendas u objetos fetiches por considerarse cualquier cosa que el niño puede llevar en las manos y que pareciera aferrarse a él como si considerara lo único seguro en su existencia.

Es posible que estos niños les tengan temor a cosas que no son peligrosas como pelotas y otros juguetes. Recíprocamente puede suceder que no adviertan los peligros reales, probablemente porque no comprendan las consecuencias posibles. A un niño le gusta el sonido de los frenos del automóvil al rechinar y se arroja a los coches para obligarlos a frenar bruscamente y así producir el sonido.

Los niños autistas frecuentemente realizan acciones no bien vistas por la sociedad y que puede llegar a apenar a los padre o familiares que le acompañen, sin embargo el autista no es capaz de comprenderlo. Un niño acostumbrado a gritar no se inhibe en un lugar en público, puede tomar cosas de la tienda, correr de un lado a otro en lugares públicos, meterse a lugares donde está prohibido el acceso o entrar a casas desconocidas, se puede quitar la ropa en la calle y puede recoger alimentos del piso y llevárselos a la boca.

El autista nunca dice mentiras debido a que no tiene la habilidad para inventarlas y carece de creatividad.

## I.5 DIAGNOSTICO

Los criterios diagnósticos para poder clasificar el síndrome del autismo, se basan principalmente en las características mencionadas por Leo Kanner (1943).

Leo Kanner, señala como rasgos sobresalientes:

- 1.- Dificultades para desarrollar relaciones con la gente desde el nacimiento.
- 2.- Alteraciones graves del lenguaje.
- 3.- Juegos estereotipados y repetitivos.
- 4.- Insistencia obsesiva en mantener el entorno sin cambio.
- 5.- Facilidad para aprender de memoria.
- 6.- Apariencia física normal.

Kanner (1943), refiere que la característica más notable y más distintiva de estos niños es el "aislamiento extremo autista".

La Sociedad Norteamericana para los Niños Autistas incluye los siguientes criterios de diagnóstico:

- 1.- Perturbaciones en las secuencias y relaciones del desarrollo.
- 2.- Perturbaciones de las respuestas a estímulos sensoriales.
- 3.- Perturbaciones del habla, del conocimiento, del lenguaje y de la comunicación no verbal.
- 4.- Perturbaciones de la capacidad de relación adecuada con la gente, las situaciones y los objetos.

En la actualidad en México se utilizan dos manuales para diagnosticar el autismo. Dichos manuales son el ICD-10 y el D.S.M. IV.

Estos manuales utilizan los criterios de Kanner y el diagnóstico se hace considerando tres aspectos:

- I.- Dificultades cualitativas en la interacción social recíproca.
- II.- Dificultades cualitativas en la comunicación verbal y paraverbal.
- III.- Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados, así como también en los intereses y actividades.

### **I.5.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Debe tenerse mucho cuidado para no emitir diagnósticos aventurados, ya que pareciera ser que los síntomas del autismo son singulares, por lo cual el diagnóstico debería ser relativamente simple. Pero esto no es verdad, pues diferenciar al autismo de otras patologías resulta ser una tarea compleja debido a los múltiples problemas que presenta el niño autista en diferentes áreas.

Otro problema que interviene en el diagnóstico es el que existe desde el punto de vista teórico, ya que surge la cuestión de si en realidad el autismo es una entidad específica o una forma de esquizofrenia o de retraso mental. También, en cuanto al punto de vista práctico, es difícil diagnosticar si un niño padece autismo u otra perturbación.

Por todo lo anterior, un diagnóstico de autismo debe realizarse de la siguiente forma:



1.- Haciendo una diferenciación de otras alteraciones que se parecen al autismo, como son: esquizofrenia, retardo mental, afasia infantil, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, psicosis simbiótica, etc.

2. El diagnóstico debe realizarse de una forma interdisciplinaria, es decir, con un grupo de personas que estén especializadas en distintas áreas ( pediatría, psicología, psiquiatría, neurología, audiolgía, trabajo social, patólogo del lenguaje, etc.) debido a que el niño autista presenta problemas muy diversos. Estas disciplinas resultaran bastante útiles para formular el diagnóstico y evaluar el funcionamiento del niño.

Así pues, el autismo en el momento actual se clasifica de dos maneras diferentes.

En la mayoría de las clínicas psiquiátricas o de salud mental, el autismo se clasifica bajo el rubro de alteraciones psicopáticas de la niñez. Según lo que ahora se sabe del autismo, este parece ser una clasificación aceptable, pues la psicosis no implica etiología y puede resultar de una disyunción orgánica o ser una alteración funcional.

### Esquema de las Psicosis Infantiles

	•Autísticas (autismo primario)
•Precoces (aparecen en los 3 ó 4 primeros años)	•Simbióticas (autismo secundario)
	•Carenciales o deficitarias
Psicosis Infantiles	
	•Esquizofrenia infantil (regresión al autismo secundario)
•Tardías (a partir de los 4-5 años)	
	•Maniaco-depresivas

Como puede observarse en el cuadro anterior (Garanto,1984), se ha insertado al autismo el gran apartado de las psicosis y más concretamente en el de las psicosis funcionales.

### 1.6 TRATAMIENTO

Existen varios tratamientos con los que se pretenden ayudar a mejorar la condición del niño autista. Gracias a la gran variedad de terapias e investigaciones existentes hasta hoy, el niño autista tiene cada vez mayor posibilidad de un mejor pronóstico.

No debemos olvidar que cada niño autista, a pesar de compartir el mismo síndrome, es muy distinto al resto, es por esta razón, que debemos hacer énfasis en las características individuales de nuestro niño a tratar, ya que cualquiera que sea el tratamiento aplicado, si no lleva un alto contenido de dedicación, paciencia y amor, resultaría inútil.

### 1.6.1 Tratamiento Psicoterapéutico:

Se refiere a todas las terapias de orientación analítica, cuyos conceptos y recursos pueden utilizarse en la elaboración y reestructuración del yo autista. El terapeuta se apoya en algunas técnicas para reestructurar el mundo afectivo del autista que se supone fragmentado.

El tratamiento psicoterapéutico tiene como meta el establecer un vínculo organizador del psiquismo, a través de favorecer los procesos identificados que conlleven al desarrollo de las relaciones interpersonales.

Existen 10 criterios básicos para la planeación del tratamiento:

- 1) Que esté demostrado que no existe daño orgánico así como infecciones, tumores o epilepsia; es decir, descartar factores de compromiso orgánico.
- 2) Determinar cuánto y cómo está el niño psicológicamente relacionado con sus padres y otras personas.
- 3) Describir la interacción con sus padres.
- 4) Esclarecer si los padres tienen la disposición para apoyar en el tratamiento y a su vez colaborar como agentes activos de modificación de la patología de su hijo.
- 5) Establecer un lazo emocional entre el niño y el terapeuta, así como entre el niño y sus padres.
- 6) Seguir el progreso del niño en el tratamiento mediante la identificación de sus progresos a través de los estados psicológicos de separación e individualización.
- 7) Cuando el niño es capaz de expresar fantasías en el juego o verbalmente, determinar los componentes inconscientes y explorar lo factible de una intervención psicoanalítica.
- 8) Identificar y seguir la destreza sensoriomotora y cognositiva para establecer el estadio del desarrollo correspondiente y correlacionado esto a su vez con el grado de constancia y permanencia objetal, comprobando el grado de simbolización con lo que se puede pronosticar las expectativas e intervenciones terapéuticas.
- 9) Observar la modificación de conducta como técnica específica a problemas de síntomas que provoquen daño en el niño o en otros.
- 10) Aplicar médicamente sólo en caso de reducción de síntomas físicamente peligrosos o por la confirmación de daño neurológico.

### 1.6.2 Técnicas Conductuales:

Todas ellas tratan de modificar la conducta una vez establecidas las leyes que la rigen, bien sea reforzando conductas, modelándolas, castigándolas o extinguiéndolas. La modificación de conducta desea estructurar nuevos modos positivos de conducta y reducir los modos conductuales inestables o inadecuados, a través de una manipulación directa de la conducta.

Se establece las líneas base de conductas y posteriormente se determina de forma pormenorizada la conducta a reforzar o a extinguir. Más tarde se formula la técnica y programa más adecuado para llevarlo a cabo.

Raviere A. (1988) menciona que los procesos operantes tienen que mostrarse en sus términos más esenciales para que pueda darse un aprendizaje eficaz. Con esto quiere decir que las variables relevantes tienen que ser realizadas y las irrelevantes neutralizadas o eliminadas. Para lograr esto es necesario lo siguiente:

- 1) Que las instrucciones, consignadas y estímulos discriminativos sean:
  - a.- Discriminables para el niño.
  - b.- Apropriados a la tarea.
  - c.- Consistentes de unos ensayos a otros.
  - d.- Ininterrumpidos.
  - e.- Presentados sólo después de asegurar la atención del niño.
- 2) Que las ayudas sean eficaces para evocar las respuestas correctas.
- 3) Que cada ensayo la respuesta sea, por lo menos, tan correcta como la del ensayo precedente.
- 4) Las consecuencias deben ser:
  - a.- Inmediatas
  - b.- Apropriadas
  - c.- Claras
  - d.- Consistentes
  - e.- Efectivas.

Las adaptaciones de los objetivos y tareas a nivel evolutivo del niño, la discriminabilidad y la claridad de las variables, estructuras y consistencias son los factores esenciales en un programa conductual para niños autistas.

### 1.6.3 Tratamiento Psicopedagógico

En este tipo de intervención, el terapeuta se apoya en la parte sana que presenta el niño y trata de potenciarla al máximo. Hay que educar al niño para que, dentro de sus posibilidades logre su autonomía.

Garanto A (1984) propone los siguientes objetivos educativos al tratamiento con niños autistas:

- 1.- Normalizar las conductas sociales, es decir, potenciar al máximo los comportamientos sociales del niño.
- 2.- Lograr la adquisición de unas habilidades básicas como habilidades de autocuidado y comunicación (del tipo que sea) pero que le permita mostrar su mundo interior y entrar en contacto con los otros.
- 3.- Ayudarle a conocerse, a conocer su cuerpo, sus afectos, sus pensamientos, etc. y encontrar la forma para que los exprese.

Por otra parte, Gallagher, J y Wiegierink, R (1976) nos hablan de la importancia de los programas educacionales con niños autistas y señalan 3 puntos relevantes de estos programas.

- 1.- Previenen el desarrollo de alteraciones secundarias
- 2.- Encuentran aproximaciones para tratar alteraciones primarias
- 3.- Proponen técnicas para ayudar al desarrollo de funciones alteradas por la condición del niño autista.

Finalmente, Durker, P. y Rasing, E. (1989) han realizado la importancia de los programas psicoeducativos, poniendo especial énfasis en el decremento de conductas, ya que existe evidencia de que en ausencia de este tipo de comportamiento, el niño autista incrementa sus niveles de atención y se encuentra más apto para aprender nuevas habilidades.

#### 1.6.4 Farmacoterapia:

La farmacoterapia o intervención con medicamentos para el autismo infantil se encuentra aún en un estado de incertidumbre que no permite utilizarla en forma aislada y segura, ya que a pesar de las múltiples investigaciones elaboradas, en la actualidad no existen tratamientos medicamentosos que resuelvan satisfactoriamente el trastorno.

La farmacoterapia se considera actualmente auxiliar de otro tipo de terapias y no una terapia en sí misma. Esta, sólo debe utilizarse si los padres y el médico están de acuerdo en que la situación de los síntomas del niño realmente amerita este tipo de intervención.

De esta manera podemos resumir que la farmacoterapia es un medio más para el tratamiento de síntomas específicos.

#### 1.6.5 Método Tomatis

El Método Tomatis es un programa de Estimulación Auditiva desarrollado por el médico francés Alfred Tomatis, que se basa en la distinción que existe entre el "oír" y el "escuchar".

Oír es una función neurofisiológica; en el escuchar interviene además de esta función, la voluntad de hacer uso de ella.

El Método Tomatis se ha utilizado desde hace 40 años en Europa, y en Canadá, Estados Unidos, México, Centro y Sudamérica desde 1985, ayudando a niños, adolescentes y adultos con problemas de aprendizaje, lenguaje y comunicación y también a niños autistas.

El autismo es un "corte" de la capacidad de escuchar. El niño puede simplemente perder el deseo, y poco después, la habilidad de utilizar su oído como instrumento que le permite mantenerse en contacto con su medio ambiente. Esta interrupción del proceso de escuchar puede provocar, más adelante, dificultades en la adquisición del lenguaje y en la habilidad de poner atención y de concentrarse, o bien, trastornos de aprendizaje. Tomatis afirma que el autismo es la forma más profunda de "cortar" el proceso de escuchar. Es la manifestación más pura del "no escuchar". (Timothy M. Gilmor, Ph D. 1082)

Por medio de sonido, el Método Tomatis simula las etapas principales del proceso de escuchar y de comunicarse en el desarrollo infantil. Los sonidos, tanto musicales como de voces, son modificados por un aparato electrónico llamado Oído Electrónico. El sonido filtrado se transmite por medio de audífonos en forma pulsátil lo que permite que sea procesado aún por el escuchador más necio.

### 1.6.6 Musicoterapia

La musicoterapia es una técnica de acercamiento, la cual manipula fundamentalmente el sonido, siendo sus objetivos la apertura hacia otras técnicas terapéuticas: recuperación, reaprendizaje o rehabilitación.

La musicoterapia se ocupa de la aplicación de cualquier elemento sonoro, musical o no, con el objetivo de producir estados regresivos y apertura de canales, a esos niveles, en los pacientes, emprendiendo por medio de los nuevos canales de comunicación el proceso de aprendizaje y de recuperación del individuo para la sociedad. (Benenson 1974)

En resumen, se han encontrado muy buenos resultados con la aplicación de la musicoterapia a niños con autismo, entre estos resultados se encuentran los siguientes: incremento de la comunicación (canciones, melodías diversas), se pueden ver juegos corporales, hay imitación, ingestión de alimentos cuando era difícil que el menor se alimentara, etc.

### 1.6.7 Método Teacch

El Método Teacch, cuyas siglas en inglés significan: Tratamiento y Educación de Niños Autista y con Desórdenes Afines al Autismo, ha desarrollado técnicas especiales de enseñanza, llamada enseñanza estructurada para ayudar a los niños con autismo a aprender, a hacerles un poco más claro el mundo, a encontrarle sentido, a ponerle atención a lo que es importante. La enseñanza estructurada ayuda a los educadores a dirigir y manejar los comportamientos. El comportamiento del autista está en función de su nivel de ansiedad.

Existen principalmente 5 razones para usar el método estructurado:

- 1) Ayuda al niño autista a entender, a comprender,
- 2) Ayuda a calmar al niño, disminuye su angustia,
- 3) Incrementa su entendimiento, les ayuda a aprender más, de esta manera, pueden centrarse en la información importante,
- 4) Les enseña a los autistas a ser más independientes y así tendrán más opciones abiertas para el futuro,
- 5) Ayuda a los educadores a manejar la conducta del niño

La enseñanza estructurada consta de 4 pasos fundamentales:

- 1) Estructura Física
- 2) Itinerario del día (individual para cada niño)
- 3) Sistema de Trabajo
- 4) Categoría general de estructura visual.

1) ESTRUCTURA FÍSICA: el ambiente físico debe cambiar, debe segmentarse, asignando áreas específicas para cada tarea. Es la manera en que se organiza el mobiliario. Deben existir espacios delimitados, hay que mostrarle al niño en donde empieza un área y donde termina, haciendo límites (área de juego, área de trabajo, etc.). Dentro de la estructura física están:

2) ITINERARIO DEL DÍA: muestran visualmente lo siguiente que va a pasar, pueden predecir lo que va a pasar y no hay tanta frustración en los cambios. El itinerario se individualiza para cada uno de los niños. Se hace una lista con todas las cosas que debe hacer, el itinerario es esencial; le ayuda al niño a prepararse a un cambio, le enseña a tener flexibilidad en las horas y en las cosas que tiene que hacer. Cuando un niño sabe leer muy poco, se usan imágenes, esto se llama itinerario de palabras y dibujos, con niños que no saben leer, se usan solo imágenes u objetos; es decir, el itinerario se va a hacer de acuerdo a las características que presente el niño.

3) SISTEMA DE TRABAJO INDIVIDUAL: el sistema de trabajo debe responder a cuatro preguntas de manera visual: ¿qué trabajo?, ¿cuánto trabajo?, ¿cuándo termina? y ¿qué pasa cuando termino el trabajo?. El sistema de trabajo le enseña al niño como trabajar independientemente. El concepto de terminado se convierte en el motivador, el niño aprende a trabajar hasta que termina. La maestra sólo le dice cuándo termina con todas las actividades. Se le enseña al niño causa-efecto, él aprende que cuando hace algo, después algo pasa, le ayuda al niño a hacer la conexión entre hago algo y después termino. Aprende la rutina importantísima de primero trabajo y después juego.

4) ESTRUCTURAS VISUALES: aquí entran códigos de color, siluetas, o instrucciones escritas. Son las instrucciones que se le dan al niño para organizar o para clarificar el trabajo que se hace. Una forma como pueden darse las instrucciones visuales es mostrando un ejemplo terminado de la tarea que se pide. Mostrar la tarea a realizar es una forma de enseñar o darle un ejemplo de como va a ser cuando este terminado. La estructura visual ayuda a dar instrucciones a los niños autistas, se hace de una manera que pueden entender más fácilmente en forma visual minimizando la necesidad de audición, la necesidad de tomar información de forma auditiva. Otra forma de estructurar el medio ambiente, teniendo claridad visual, es instalar un código de colores, cada alumno tiene un color y todas sus cosas tienen ese color. El código de colores ayuda a clarificar lo que es importante, ayuda a clarificar la información relevante.

## I.7 PRONOSTICO

De Myer y Barton (1973) descubrieron que la mayoría de los niños autistas tienen bajas ejecuciones de lenguaje, educación y sociabilidad durante la adolescencia y la edad adulta. Su adaptación social es poca satisfactoria, retienen defectos en la comunicación, tiene un rendimiento bajo en la escuela y pocos se pueden valer por sí mismos. Sólo una minoría logran una adaptación pseudo-normal de su vida; la gran mayoría pasan el resto de su vida bajo la dependencia de alguien.

El futuro de la mayoría de los niños autistas es una vida semi o completa dependencia de otras gentes. Tres estudios (Rutter y Lockyer 1967; Eisenberg 1956; y DeMyer 1973) demostraron un acuerdo sobre la baja posibilidad de que algún niño autista se volviera totalmente normal, solamente del 1% al 12% adquieren tal nivel y eso con algunas dudas al respecto.

Idem demuestra cambios en el % de distribución hacia tres alternativas importantes en los aspectos conductuales, estos son: conversación, relaciones sociales y trabajo escolar durante las edades de 5 a 12 años. Desafortunadamente muy pocos niños autistas fueron calificados con resultados cerca de lo normal durante el seguimiento y como un 10% perdió todas las conductas anteriormente aprendidas.

Según Rutter y Loker (1967), la inteligencia y el lenguaje son los mejores pronosticadores, varios autores indican que la presencia o ausencia del lenguaje para la edad de cinco años, tienen implicaciones importantes para el pronóstico. Casi sin excepción, el niño autista que llega a los cinco años sin haber desarrollado el lenguaje, falla en el mejoramiento de su nivel de integración a la sociedad en los años siguientes.

La incapacidad para desarrollar juegos también está asociada a un mal pronóstico.

En cuanto a la minoría de los niños autistas que demuestran un intelecto normal o mayor, un desarrollo motor adecuado y hablan antes de los cinco años de edad, su pronóstico será favorable.

La experiencia clínica indica que casi todos estos pacientes no desarrollan trastornos mentales en el futuro (DeMyer 1973). Aunque casi todos los pacientes al llegar a la adolescencia se vuelven extremadamente tensos, introvertidos y pasivos.

Sin embargo, algunos investigadores demuestran que algunos adultos autistas son capaces de vivir solos y conseguir trabajo. Debe de hacerse hincapié en que estos representan la minoría. Aún los niños autistas con la mejor combinación de factores de pronóstico, tendrá una personalidad residual significativa y deterioros cognoscitivos en la adolescencia y la edad adulta. De la misma manera estos pacientes excepcionales que demuestran mejoría durante la niñez, permanecen distantes y carecen de juicio y simpatía social.

## 1.8 EL AUTISMO Y LA FAMILIA

Tener un hijo autista no es tarea fácil para los padres, ya que tienen que enfrentar una serie de problemas, algunos de los cuales son de orden práctico y otros de orden emocional. Muchos de estos son comunes a los padres de los niños con algún tipo de desventaja; en cambio otros son especiales de las familias con hijos autistas.

Los padres de cualquier niño con desventajas crónicas tienen que sufrir un cambio completo de actitud cuando se enteran por primera vez de la verdad, y este proceso es doloroso. Como todos, comienzan con la expectativa de que tienen un bebé normal que crecerá como los demás. Se debe adaptar al hecho de que todos sus planes y esperanzas del futuro del niño (y en cierta medida para su propio futuro también) tendrán que ser modificados. Es difícil para ellos resistirse a la sensación de que de alguna manera han fracasado. Las anormalidades físicas o mentales parecen desencadenar sentimientos de vergüenza y culpa que son totalmente irracionales, pero que se tienen que prever y comprender (Wing Lorna, 1985).

Los problemas prácticos inmediatos con un niño mentalmente retardado son los que corresponden a etapas de bebé, a menudo con contrariedades de alimentación y de estado general, más una conducta difícil.

Llegando la edad escolar, estos padres ven a los demás niños entrar al jardín de niños y a su propio hijo ir a una escuela diferente (Institución, Centro de capacitación). En ciertas zonas, estas unidades especializadas son señaladas con nombres desagradables por los demás niños (y por algunos adultos) y la vergüenza y la tristeza, que pudieron sentir en un momento dado, vuelve a primer plano otra vez. Algunos niños quizá no reciban enseñanza escolar ninguna; entonces la madre tiene que organizar su vida de modo que pueda atender a un niño aburrido y atrasado durante todo el día.

La dependencia de los padres generalmente continúa en la adolescencia y en la vida adulta. La conducta difícil es probable que se torne menos visible, pero toda tendencia a la agresividad es más embarazosa de enfrentar en un adulto ya desarrollado que en un niño. Aunque haya tenido escolaridad en toda la niñez, ofrece inconvenientes encontrar una ocupación adecuada, especialmente si las desventajas son demasiado severas para poder conseguirle empleo. Las personas en desventaja se aburren y se sienten desdichadas al no estar ocupadas y sus síntomas pueden volverse más evidentes en estas circunstancias. (Wing 1985)

Los padres siempre se preocupan respecto de qué ocurrirá cuando ellos mueran. Si su hijo en desventaja vive una vida limitada pero feliz en su casa, encuentran angustioso soportar el pensamiento de que pasará el resto de sus días en una institución.

Los parientes llegan a dar apoyo, pero a veces sus actitudes pueden ser menos poco constructivas: unos piensan que un niño con autismo es una vergüenza para toda la familia, otros tratan de hacer culpable a la madre o al padre. O si no critican las decisiones de estos



con respecto al cuidado, a sus métodos de enseñanza y conducir al niño. Lo peor que puede ocurrir es rechazarlo, evitar verlo o no incluirlo en asuntos de familia, visitas o salidas.

Tener un hijo autista tiende a limitar la vida de la familia. Puede resultar difícil encontrar alguien que lo cuide, especialmente para un niño de más edad con conducta perturbada. A veces los padres evitan llevar con ellos al hijo autista en sus salidas, debido a que su apariencia o su conducta lo señalan como anormal. Pueden en un momento dado apenarse ante las miradas y comentarios de las personas que tienden a exagerar a causa de su sensibilidad. Suele ocurrir que una familia queda casi completamente aislada al abandonar los contactos con amigos, sin salir nunca en conjunto y sin recibir jamás visitas en casa. En este caso cabe señalar que un niño en desventaja ha conducido a que toda la familia quede en desventaja.

En algunos casos puede representar una carga financiera extra. El lavado de pañales, sábanas, comida o ropa especial, pago de los daños ocasionados si el niño es destructivo, ayuda doméstica extra, la ayuda de una nana en edades que un niño normal ya no la necesita; pueden ocasionar problemas fuertes económicos. La carga se volverá más pesada en cuanto el niño crezca, pues los padres tendrán que seguir con los gastos porque lo más probable es que nunca llegue a trabajar.

#### *Problemas especiales:*

Los niños autistas, excepto cuando tienen alguna desventaja adicional que afecta su aspecto, tienen presencia normal y con frecuencia son muy atractivos. El diagnóstico generalmente no se efectúa antes de los dos años o más y los padres por un largo periodo de duda en el que tienden un trasfondo de persistencia angustia respecto a su hijo no es normal, pero que tratan de eliminar de su mente. Se tranquilizan a sí mismos porque su desarrollo físico no es causa de alarma y de vez en cuando hace algo con tanta habilidad que todos están seguros de que realmente es normal. Finalmente llega el momento en que la angustia se justifica y se busca la ayuda de un experto. Hacia esta época puede haber oscilado, entre la desesperación y la esperanza, que posiblemente encuentren la verdad dura de aceptar. La demora del diagnóstico también significa que el niño ha ido desarrollando muchos problemas secundarios de conducta que podría haberse evitado si se hubiera comprendido sus desventajas desde el nacimiento.

El autismo es un estado comparativamente raro. Excepto cuando se ponen en contacto con otras personas en igual situación, los padres tienden a pensar que están solos en el mundo y que nadie más tiene un hijo como el suyo. Se sienten perdidos e incapaces de decidir cuál es el mejor camino porque nada de lo que aprendieron sobre los niños les da idea alguna de cómo enfrentar los síntomas del autismo. Generalmente prueban un enfoque tras otro, pero abandonan cada uno de ellos porque no saben cuánto tiempo deben persistir con el fin de lograr algún efecto. Algunos resuelven por su cuenta este dilema, pero otros nunca encuentran ninguna solución satisfactoria a menos que reciban la clase correcta de ayuda.

El estado de alejamiento del niño en los años primeros causan mucha inquietud, pues los padres tienden a sentirse incapaces e inútiles; el desarrollo tardío del afecto se convierte,

cuando este se presenta, en una fuente de placer y satisfacción. La conducta perturbada y los episodios con alaridos son muy comunes lo que a los padres le resulta especialmente difícil porque no parece existir manera alguna de consuelo o ayuda.

La aceptación de la desventaja es necesaria para una enseñanza y manejos adecuados, pero lograr esto con un niño autista es más complicado. Los padres sienten a cada instante en forma desesperada que si se esforzaran lo suficiente podrían ayudar a su hijo a ser completamente normal. Si esta conduce a negarse a encarar la realidad, los resultados pueden ser desastrosos para los padres y para el niño.

### Estructura Familiar

Toda dinámica familiar se caracteriza por tener una estructura específica de sus miembros; siempre es difícil el camino para que ellos lleguen a la madurez y a cumplir las metas trazadas. Los logros también forman parte imprescindible para alcanzar la madurez. En el caso de la familia con un miembro enfermo, la estructura familiar cambia al igual que cada uno de sus integrantes. La comunicación entre ellos es diferente al igual que las relaciones sociales fuera del núcleo familiar.

Así, también llega a ser difícil para todos ellos que uno sea autista; este niño no responde, no juega normalmente, no comunica sus emociones e ideas, por lo que la familia se siente muy diferente a las demás de su núcleo social y la relación entre sus miembros cambia.

Ahora se entienden dos temas de la estructura de este tipo de familia en particular, lo que el niño autista en su familia y las características de estos padres.

### El niño Autista y su Familia

Primeramente se hablará de la relación de la familia cuando al parecer no existe ninguna patología física o mental en los hijos.

"De alguna forma una familia comienza a existir con el nacimiento de un niño. Los padres del niño son responsables de su progreso y de su custodia, y la familia es la matriz en que tiene lugar el crecimiento del niño. Podría decirse incluso, que el niño hace nacer a la madre y al padre. La paternidad y maternidad son fases del desarrollo humano que sólo pueden tener lugar con la aparición de una nueva generación". (39)

Asimismo, estos autores mencionan que la característica más importante que presenta el niño normal es la rapidez de su crecimiento y desarrollo neuropsíquico.

La transformación que más consecuencias trae es la maduración de los centros nerviosos que pone a disposición de las potencialidades del niño un mecanismo de adaptación y conocimiento cada vez más perfeccionado.

El primer año de vida, es de increíble riqueza debido al número de adquisiciones que se hacen en él y es determinante para su futuro como adulto por lo que es imprescindible

velar por su salud física y psicológica, alimentar su cuerpo y ayudarle a desarrollar sus sentimientos, dirigir sus adquisiciones, etc.

Durante los dos primeros años el desarrollo psíquico-afectivo de niño depende casi totalmente de la madre. Su presencia es vital para su cuerpo y para el desarrollo de su espíritu siendo también esencial la presencia del padre.

La relación con su hijo pasa por sus vicisitudes, sus inquietudes y sus impacencias. Desde el nacimiento la madre experimenta inmensa felicidad y al presentarle a su hijo se convierte en el centro de su universo. Toda madre experimenta sentimientos que la capacitan para comprender y criar a su hijo, aunque cuando la madre es muy joven, carece de confianza en sí misma.

La armonía de la pareja es una condición indispensable para el equilibrio del niño. Las desavenencias entre los padres pueden marcar definitivamente una personalidad. La llegada de un bebé modifica la relación de la pareja, a menudo beneficia su unión; sin embargo un hombre puede tardar cierto tiempo en asumir su condición de padre pues quizás sienta al niño como su rival y que viven en él y en la madre los recuerdos de su infancia.

El estudio de la familia centrado en el individuo da por supuesta la existencia de un individuo puramente abstracto que pasa a través de las distintas fases de la vida en las que su papel y su condición están definidos de manera precisa. Pero el papel y la condición de un individuo dependen de cada lugar y cada momento concreto.

Durante las vicisitudes de la vida familiar, el padre y la madre siguen creciendo y desarrollándose en su relación recíproca y en relación con el crecimiento de su hijo. Si el hijo tiene que ser separado de los padres, aún cuando reciba suficientes atenciones en otro lugar, los padres se ven privados de ese aspecto del crecimiento que consiste en participar en la comunicación siempre cambiante con el hijo.

Para Forston (1993), los defectos físicos, sensoriales o mentales pueden impedir al hijo percibir alguna de las comunicaciones. Tales defectos multiplican sus propios efectos negativos. Así, el hecho de que no alcance la fase normal esperada de desarrollo en el tiempo oportuno priva a la madre de la recompensa que llega ordinariamente de un hijo al que se presta atención.

Algunas enfermedades mentales, como el autismo infantil, parecen ser una retirada del mundo de las relaciones exteriores hacia un mundo interior del propio niño, difícilmente alcanzable a través de los esfuerzos de los padres y de los maestros en un contexto cotidiano, y sólo marginalmente accesible a los esfuerzos de un tratamiento especializado.

Es muy difícil hablar a los padres de la incapacidad física o mental de sus hijos. Los padres no pueden aceptar las posibilidades y limitaciones de su hijo subnormal mientras no hayan asimilado la pérdida de un hijo perfecto, del que el hijo subnormal es un sustituto insuficiente. Hay que dejar que los padres soporten el dolor de la pérdida y se preparen mentalmente para llevar la carga que recaerá sobre ellos durante toda su vida.

El niño deficiente se hace una idea de sí mismo a partir de las aprehensiones y las esperanzas de los padres. En algunos casos la subnormalidad física, se prefiere a la mental, pues parece que supone menor oprobio. La actividad sexual de los deficientes mentales como masturbación, relaciones homosexuales o heterosexuales es penoso para ciertas personas, aún cuando exista una corriente de opinión instruida en favor de mantener a los deficientes mentales en el hogar y en la comunidad.

Por otro lado, Simmons y Oishi (1992), también mencionan cómo es esta relación entre el niño autista y sus padres:

Algunos niños se aferran a sus madres y otros reaccionan con agitación como respuestas a un cambio en su vida diaria. En algunos casos de apego extremo, el niño y la madre pueden enfrascarse en una relación simbiótica.

Ellas mencionan que los niños parecen reconocer a sus padres cuando llegan al Centro de Autismo, aunque parecen interesarse más por el auto familiar o por quien va manejando que por sus padres. Los niños prefieren irse a casa por adoptar una rutina familiar y no por algún vínculo familiar genuino.

Por lo general, al principio de un tratamiento, la mayoría de los niños no se relacionan con sus padres o con otros miembros de su familia, lográndolo una vez que se han abierto gracias a la terapia. Leo Kanner pensó que esto se debía (no relacionarse con sus padres) a los propios padres quienes, por alguna razón, eran incapaces de general la calidez emocional que los niños necesitan para crecer. Sin embargo tiempo después Kanner corrigió su punto de vista, descartándose la idea de los "padres refrigerados".

Estas autoras también refieren que puede ser el niño quien trate de establecer contacto en un principio. Cuando no existe nadie que le responda con consistencia, como en el caso de algunos bebés en instituciones, puede desarrollar síntomas autistas, aunque estos niños tienen la posibilidad de recuperarse en un ambiente favorable.

En un autismo verdadero, la habilidad del niño para establecer contacto y reaccionar adecuadamente a las señales de la madre, está deteriorada de forma muy severa. Los padres al iniciar interacciones con el niño no obtienen respuesta o dicha respuesta es muy extraña. Los padres llegan a confundirlo y hacer imposible que procese las señales sensoriales emocionales con las que se le insiste para que reaccione.

Las mismas autoras refieren que algunos padres resignados tienen algunas expectativas y esperanzas para sus hijos. Al surgir una nueva habilidad pueden apegarse a ella y aumentar sus esperanzas, lo que hace que el niño al sentir la presión se encierre más en sí mismo, frustrando a sus padres y el contacto que tratan de mantener. Los padres cansados y desanimados pueden perder la esperanza o quedarse sin fuerza para seguir intentando el contacto, pueden también tener miedo de verse heridos y prefieren no arriesgarse de nuevo a una relación con su hijo.

Cuando los niños empiezan a abrirse emocionalmente, casi siempre existe un período de conducta agresiva, sobre todo ante aquellos que en vez de demostrar amor y ternura se

comportan de forma agresiva, molestando a los demás para probar sus límites y como forma de contacto. Sin embargo, es importante hacer notar que un tipo de contacto que se puede establecer es cuando el niño con uno de sus padres puede relacionarse por medio de un interés compartido en ciertas actividades. Aunque por desgracia hay ocasiones en que nunca llega a establecerse vínculo alguno con los padres, si llega a existir con otras personas.

### Características de los Padres con niños Autistas

Bobadilla y Mondragón (1987), han examinado desde diversos puntos de vista la posible relación entre las características de personalidad de los padres y el autismo infantil. A través de sus investigaciones han demostrado la existencia de psicopatología en los padres de niños autistas, la interpretación de estos hallazgos es que el autismo en el niño es el resultado de las características desviadas de personalidad de los padres.

Una aproximación es que los padres patológicos han creado el autismo en un niño biológicamente normal como consecuencia de su frialdad, alejamiento, psicosis, etc. También exista la hipótesis de que se trate el autismo de una desventaja neurológica.

Estos autores también señalan que alternativamente, la normalidad en los padres se desarrolla también como una respuesta a las desventajas de su hijo. La incertidumbre y la confusión que se crean al tener que responder al severo aislamiento social, uso inadecuado de los objetos, ausencia de comunicación, etc. del niño es lo que con mucha probabilidad produce un severo estrés en los padres. Este estrés puede producir cambios en la personalidad, siendo una consecuencia de la patología de su hijo.

Según Forston (1993), las madres tienen un alto nivel de tensión e inestabilidad. Presentan altos grados de ansiedad y necesidad de ser escuchadas.

The National Autistic Society (1987) refiere que los padres se sienten quizá culpables, aún cuando aman a sus hijos y deben hacer lo mejor para ellos. Se preocupan de lo que pasará si no viven lo suficiente para cuidar de ellos. También deben pensar del efecto que produce en sus hermanos o hermanas normales. La situación es una crisis para cualquier familia e inevitablemente produce problemas emocionales.

Estos padres tienen los mismos problemas que otros padres de niños con otro tipo de síntomas, pero además tienen otras dificultades que encarar. Muchos autistas parecen normales y son tomados como tales en el nacimiento. Los padres viven normalmente durante el primer o segundo año mientras que lentamente llegan a ser evidentes los síntomas de su hijo. Todo este tiempo los padres tienen problemas para aceptar el problema y resistir; algunas veces se sienten ansiosos cuando comparan a su bebé con otros normales. Este largo proceso de duda e indecisión hace que no resulte fácil el dolor cuando la verdad es tomada como cierta.

Como el autismo no es muy común y mucha gente desconoce su existencia, los padres se sienten solos y sin saber la causa o saber qué es lo que deben hacer. Como el autista parece normal, con frecuencia no se entiende porqué grita en público y los padres reciben malas miradas en lugar de simpatía y ayuda al niño con disturbios y conductas

impredecibles. Los padres duermen mal mientras es intolerable esta situación en los primeros años.

Los niños necesitan constante cuidado y requieren paciencia, así que los padres deben saber que sus hermanos normales merecen parte de su atención.

Hanau en 1992, encontró en un estudio que realizó a la familia de autista de edades entre los 4 y 30 años, que la mayoría del tiempo el autista está en casa y que la mamá es quien lo cuida. La situación familiar cada vez es peor por el hecho de que los parientes y la sociedad tienden a presionar asociado esto con la presencia de la desventaja que hay en el hogar. Llorar, tristeza y sentimientos de culpa con la sensación de no hacer lo suficiente son frecuentemente las consecuencias de este estado generalizado.

Por otro lado Galkowski (1992) menciona que la situación familiar del autista tiene una influencia importante en su desarrollo general. Los padres sufren de un síndrome de "burn-out", donde las condiciones específicas que lo acompañan son frustración, soledad, aislamiento y sin ganas de vivir. Todos estos sentimientos provocan un afecto de desamparo que es intenso y prolongado lo que induce a un cuidado excesivo del niño con severos problemas de aprendizaje y conductas incontrolables.

Kwakkel y Scheffer (1992) estudiaron el impacto del autista en sus padres y mencionan que el problema severo o no, ellos siempre lo ven muy complicado. Las expectativas en las familias siempre son malas. En la literatura los problemas de los padres y la familia se describen cómo se encuentra una y otra vez: desamparo porque es difícil aceptar que su hijo tiene desventajas, hace sentir a sus padres culpables al no saber cómo deben actuar; también tienen pérdida de su confianza y sentimientos de incompetencia los cuales pueden parecer parte de su ineficacia; aislamiento y la pesada carga que lleva.

## CAPITULO II

### AUTOCONCEPTO

## II.1 DEFINICION DE AUTOCONCEPTO

Remitirse a los orígenes de la utilización y definición de este término resulta, una tarea nada fácil debido a que el autoconcepto es utilizado en muchos sentidos por autores de las más diversas teorías, y a veces, en el contexto de una misma teoría; esto, también a causa de que este término guarda una interdependencia estrecha con otros, tales como la Imagen Corporal, el "Yo"; los cuales a su vez han experimentado transformaciones, extrapolaciones y reinterpretaciones a veces debidas a sus mismos autores.

Esto hace que su reseña sea extensa, compleja y sobre todo no muy clarificadora; lo cual contribuye a que aún en la actualidad, no exista un consenso unificado en su limitación, diferenciación y definición.

La noción de autoconcepto se deriva directamente de la Psicología del Yo, particularmente de la teoría del Sí Mismo.

Así por ejemplo, Hall y Lindzey opinan que el Sí Mismo, según es empleado por la psicología moderna, posee dos significados distintos que lo definen: 1) el primer significado constituye una definición del Sí Mismo-Como-Objeto, ya que denota las actitudes, los sentimientos, las percepciones y las evaluaciones de la persona acerca de Sí Misma considerada como un objeto; en este sentido, el Sí Mismo es lo que una persona piensa acerca de Sí. 2) El segundo significado constituye una definición del Sí Mismo-Como-Proceso, el Sí Mismo es ejecutar, en el sentido de que consiste en un activo grupo de procesos tales como el pensar, el recordar y el percibir; procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación.(Hall-Lindzey 1974)

Algunos autores opinan que estas dos concepciones del Sí Mismo son tan diferentes, que sería oportuno disponer de un nombre diferente para cada una de ellas, y han empleado el término "Yo" para aludir al grupo de procesos psicológicos, reservando la denominación Sí Mismo para el sistema de concepciones de la persona acerca de Sí Misma.

Pero en la actualidad, los términos Sí Mismo y "Yo", son empleados, a veces, en sentido exactamente inverso al que se ha indicado; otras, uno sólo de ellos -sea el "Yo" o el Sí Mismo- es utilizado para designar tanto los procesos como el objeto percibido.

Hall y Lindzey opinan al respecto que el Sí Mismo, concebido ya sea como objeto, como proceso o como ambas cosas, es más bien, el objeto de los procesos psicológicos.

El Sí Mismo bajo la perspectiva de la Psicología del Yo, es un derivado del Yo que resulta de la organización de las autorrepresentaciones (imágenes de uno mismo), las cuales dan origen a una subestructura yoica integrada por componentes afectivos y cognitivos. El autoconcepto es la síntesis de las representaciones mentales de Sí Mismo en un sistema valorativo. No obstante, no sólo es la suma de estas representaciones,



sino, una síntesis organizada, una *Gestalt*, en donde cualquier modificación de los elementos, modificará el sistema total. El autoconcepto es, por tanto, un proceso continuo de selección y evaluación mediante el cual se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras. Significa una fusión de representaciones mentales, provenientes de nuestra experiencia, en un sistema de apercepciones que son más o menos estables. (Hartmann 1987)

Por otra parte, W. Fitts señala que el autoconcepto es "la imagen que el individuo tiene de Sí Mismo". El autoconcepto se basa en la *identidad* de la persona, la cual es un proceso ubicado en el núcleo de la personalidad y en el núcleo de su cultura. Según este proceso, el individuo se valora a Sí Mismo a la luz de lo que percibe como la manera en que los otros lo juzgan a él acompañándolo con ellos, por otra parte juzga la forma de cómo es juzgado. Este proceso es inconsciente y en algunas ocasiones sale a la consciencia, produciendo una dolorosa toma de consciencia de identidad. Pero este autoconcepto alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano: *la autoconsciencia*, que es el acto por el cual la persona viene a ser un objeto de conocimiento para Sí Mismo, es el insight de sentimientos, emociones y conductas, lo que permite a la persona ser consciente de su comportamiento; y el otro fenómeno es el de la *autoaceptación*, que implica asumir la responsabilidad de la propia conducta, aceptar la crítica o los elogios de manera objetiva, no negar o distorsionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y las limitaciones propias, sino aceptarlas, considerándose uno mismo una persona de valor igual que otras. (Frias López, 1991)

Asimismo, Oñate (1989) considera que es importante distinguir el "Yo" del concepto del "Yo" (autoconcepto), o del Mí. El "Yo" como instancia cognitiva, como agente conocedor o como proceso de experiencia activa es algo diferente del "Mí" como algo conocido o como contenido de experiencia. El Yo como conocido es lo que llamamos autoconcepto y abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de Sí Mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser.

Ahora bien, una de las definiciones más completas del Yo es la propuesta por Purkey (1970) conjugando diversos elementos de otros autores. Para Purkey, el Yo es un sistema complejo y dinámico de creencias, cada una con su propio valor, que un individuo mantiene acerca de Sí Mismo. El Yo es una realidad organizada; se caracteriza por el orden y la armonía. El Yo tiene numerosas creencias acerca de Sí Mismo que forman un sistema perfectamente jerarquizado. Cada creencia tiene dentro del sistema su propio valor, positivo o negativo. El éxito o el fracaso se generalizan dentro del sistema, de forma que el fracaso en una habilidad importante para el Yo, reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas. Y al revés, el éxito en una característica importante eleva la valoración de otras características personales. El Yo es una realidad única, no hay dos personas que sostengan idéntico conjunto de creencias. Además de ser organizado, el Yo es una realidad dinámica. El mantenimiento del Yo, tal como se percibe a Sí Mismo, constituye el motivo central y la clave dinámica de la conducta humana. El Yo se convierte, de esta manera, en el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona.

Cuando un nuevo concepto de Sí Mismo, dice Purkey, se presenta como relevante y consistente con los conceptos presentes ya en el sistema, se acepta y asimila con facilidad. Si el concepto no tiene relevancia, se ignora; y si es inconsistente, se distorsiona o se rechaza. Además, Purkey menciona que el Yo es una realidad aprendida, ya que se adquiere y se modifica a través de los intercambios y relaciones interpersonales.

Para Carl Rogers, el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones acerca de Sí Mismo, que son parcialmente conscientes o inconscientes; está compuesto de percepciones de las propias características y habilidades, los conceptos de Sí Mismo en relación con los otros y el medio ambiente.

Toda persona tiene un concepto de Sí Mismo como única y diferente de cualquier otra.

El autoconcepto para Rogers, incluye varios componentes, los cuales son los siguientes:

- a) El *perceptual*, que es la forma en que la persona se percibe a Sí Mismo y cómo se ha hecho de las impresiones de las otras personas.
- b) El *conceptual*, que se refiere a los conceptos que tienen de sus características, habilidades, recursos, fallas y limitaciones, así como la conceptualización de su pasado y de su futuro.
- c) Las *propias actitudes*, que incluyen los sentimientos acerca de Sí Mismo y desenvolvimiento ante el estatus social y frente a su futuro.

Otros autores (Rodríguez M., Serafino E, 1988), afirman que el autoconcepto se compone básicamente de dos elementos:

1.- La *Autoimagen*: constituye la imagen mental que el sujeto tiene de su Yo y del Yo de la persona que le gustaría ser, es decir, "la noción interna de sí una persona posee características y hasta qué grado las posee, manifestándose por las caracterizaciones o descripciones que hace de Sí Mismo". Existen cuatro clases de autoimagen:

- a) *Autoimagen Física*: comprende las cualidades y la adecuación al sexo pertinente (altura, complexión, etc.).
- b) *Autoimagen Psicológica*: constituida por los rasgos de personalidad (timidez, honestidad, agresividad, etc.), basándose en pensamientos, sentimientos, emociones.
- c) *Autoimagen Ideal*: es lo que el individuo quisiera ser en lo físico y en lo psicológico, sus esperanzas y aspiraciones.

d) *Autoimagen Real*: es la "imagen reflejo", de lo que el individuo cree que las personas que le importan piensan a su respecto, tanto física como psicológicamente. Según el trato y evaluación de éstos, el sujeto determinará su estimación.

2.- La *Autoestima*: es una evaluación personal de los méritos y cualidades, que un sujeto realiza acerca de su propio valor, con base en su autoimagen y en la consciencia de valores de la sociedad; es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular: el Sí Mismo.

Hurlock (1987), menciona que el autoconcepto que tienen las personas, sobre quiénes son y qué son, se compone de conceptos que tienen los individuos sobre su aspecto, adecuación sexual, importancia de sus cuerpos en la opinión de otros, etc. El aspecto psicológico, se compone de conceptos que tienen los individuos sobre sus capacidades e incapacidades, su valor y sus relaciones con los demás.

Tamayo (1982), define el autoconcepto como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinamisismos son determinados socialmente; comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

Kinch describe al autoconcepto como la organización de las cualidades que el individuo se atribuye a sí mismo; por su lado Hurlock afirma que el núcleo del patrón de la personalidad es el concepto que el individuo tiene de sí mismo.

Para algunos teóricos el autoconcepto descansa sobre tres elementos: Identidad, Autoconsciencia y Autoaceptación.

*Identidad*.- Es un proceso ubicado en el núcleo de la personalidad y en el núcleo de su cultura (E. Erikson). Según este proceso el individuo se valora a sí mismo a la luz de lo que percibe como la manera en que los otros lo juzgan a él comparándolo con ellos, por otra parte juzga la forma de como es juzgado. Este proceso es inconsciente y en algunas ocasiones sale a la consciencia, produciendo una dolorosa toma de consciencia de identidad.

La identidad es psicosocial y se encuentra localizada en los tres órdenes en los cuales el ser humano vive en todo momento.

Orden somático= mediante el cual la persona busca mantener su identidad en una renovación constante de la mutua adaptación de los mundos externos e internos.

Orden Yoico= consiste en la integración de las vivencias personales.

Orden Social= éste se encuentra unido a otras personas que comparten una ubicación histórico- geográfica.

**Autoconsciencia-** Es el acto por el cual la persona viene a ser objeto de conocimiento para sí mismo (Gordon). Es el insight de sentimientos, emociones y conductas, lo que permite a la persona ser consciente de su comportamiento.

**Autoaceptación-** Esto es asumir la responsabilidad por la propia conducta, es aceptar realmente sin distorsionar o justificar el pensar, el sentir y/o actuar propio.

Las áreas de autoconcepto se refieren a tres tipos de Yo; al Yo corporal el cual abarca la imagen que tenemos acerca de nuestro cuerpo y los sentimientos relacionados a ésta. Está dirigida al cuerpo y a todo aquello que emane de él y a los objetos que lo adornen (ropa, perfume, accesorios, etc.). Es en donde se enmarca los inicios de la relación yo-tú. Al Yo moral, el cual es el área encargada de comparar y juzgar las conductas, pensamientos y emociones de acuerdo a las normas internalizadas. Este juicio tiene repercusiones en la autoestima; y el Yo social, que caben dos procesos mediante los cuales la persona crece socialmente y aprende a vivir en grupo: la identificación y la socialización. Por la identificación la persona se enriquece con nuevas formas de comportamiento, con actitudes y sentimientos que le favorecen manejarse mejor. Y, por la socialización, el individuo logra la adaptación al grupo y a la cultura de éste.

Para Symonds el sí mismo lo define como las formas de reacción del individuo ante sí. Cuatro aspectos caracterizan al sí mismo: 1. Cómo se percibe a sí mismo la persona, 2. Qué piensa de sí misma, 3. Cómo se evalúa, 4. Cómo intenta, mediante diversas acciones, engrandecerse o defenderse. Para Symonds existe una considerable interacción entre el sí mismo y el yo: " Si los procesos del yo son eficaces al enfrentar tanto las exigencias internas como la realidad externa, la persona tiende a pensar favorablemente acerca de sí misma; de modo similar, si la persona tiene una alta de sí misma, es muy probable que los procesos de su yo funcionen eficazmente. Sin embargo generalmente la eficiencia del yo debe ser demostrada en primer término para que el individuo pueda sentir autoestima y confianza en sí mismo.

El yo de un sujeto es la suma total de cuanto puede llamar suyo. Entre otras cosas, incluye un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos. El yo es la totalidad del ambiente subjetivo de un individuo, es el centro de la experiencia y del significado. Constituye su mundo interno frente al mundo externo integrado por objetos y personas. (S.M Jourard , *The transparent self*. New York. Van Nostrand Reinhold Company, 1971).

Al evolucionar el yo en la literatura psicológica, ha adquirido dos significados distintos. Desde un punto de vista se le define como las actitudes y sentimientos del sujeto para consigo mismo; y desde otra perspectiva, como un grupo de procesos psíquicos que influyen en la conducta y en el ajuste. La primera definición del yo podría ser, yo como un objeto pues expresa las actitudes, los sentimientos y las percepciones que un individuo tiene de sí. (Hamacheck)

Dicho de otra manera, es como si una persona pudiese abandonar su propio ser y enjuiciarse con imparcialidad; en este sentido, el yo es lo que el individuo piensa de sí. La

segunda definición del yo es como proceso, esto es, como un agente pues abarca un grupo de fenómenos activos como el pensamiento, la recordación y la percepción. (Hamacheck)

El yo es el medio por el cual se expresa la personalidad. Su manifestación es un fenómeno complicado que adquiere múltiples facetas en cada ser humano. La imagen que un individuo tiene de sí mismo se construye a partir de su concepto de "la clase de hombre que es".

Para Symonds el yo lo define como un grupo de procesos (percibir, pensar, recordar) responsables del desarrollo y la ejecución de un plan de acción destinado al logro de satisfacción, a modo de respuestas a impulsos internos.

Como se ha podido observar, existen innumerables definiciones del autoconcepto, pero la mayoría (por no mencionar que todas), coinciden con la idea de que éste es un juicio personal de valor que expresa en las actitudes del individuo respecto a Sí Mismo, de acuerdo con los valores que adquiere en su interacción con las demás personas. En esencia el autoconcepto consiste en una simbolización de la persona, una visión interior individual que se puede diferenciar de la realidad externa. Esta visión comprende todas las ideas y sentimientos que una persona tiene respecto de las propiedades de su cuerpo, las cualidades de su mente y sus características personales; también abarca las creencias, los valores y convicciones de la persona, sus concepciones sobre el pasado y sus ideales hacia el futuro

Finalmente, el autoconcepto es el criterio que tiene la persona de Sí Mismo; es la descripción más completa que una persona puede dar de Sí Mismo, en un momento dado.

## II.2. ANTECEDENTES HISTORICOS

Una de las características primordiales de los seres humanos es la personalidad, la cual nos distingue más de los animales, que el lenguaje mismo y principalmente marca la diferencia entre nosotros, incluso entre los miembros de una misma familia; la personalidad es como una huella propia que se va moldeando a lo largo de nuestra vida.

La personalidad está compuesta por múltiples factores y uno de estos es el Autoconcepto, Self o Sí mismo.

Hay una gran diversidad de razones por las cuales se aborde el estudio del Autoconcepto, pero de todas éstas, la más importante es el interés que tienen todos los individuos por saber más acerca de Sí mismos, es por eso que desde tiempos inmemorables, una de las preocupaciones más grandes que ha invadido al hombre radica en los cuestionamientos: ¿Quién soy?, ¿Hacia dónde me dirijo?, ¿Qué quiero?, ¿Qué camino he de tomar?, etc.

A través de los años; en la Filosofía , el Autoconcepto ha sido tratado desde distintas perspectivas. La Psicología elabora este constructo a raíz del análisis operacional de la antigua cuestión filosófica de ¿Quién soy yo?. Sin embargo, las ideas metafísicas del alma, espíritu, deseo, eran rechazadas por los psicólogos debido a que no eran aprehensibles con la metodología científica; entonces surge el concepto de Self como el más importante objeto de experiencia de cada individuo debido a su primacía, contituidad y ubicuidad en todos los aspectos del comportamiento.

El Self es un concepto complejo y con una gran diversidad de significados. En la Psicología, existen muchos conceptos ricos en significado connotativo pero no son denotativamente específicos; el Self es uno de estos conceptos.

Remontandose al pasado, Sócrates decía que para alcanzar una vida buena, es necesario cumplir con la regla "Conócete a tí Mismo", lo que significa enfrentarse con honradez y franqueza al conocimiento propio y aceptar con sus consecuencias una verdad psicológica: considerar al Yo como algo que el mismo individuo crea. (Hamachek, 1981)

Con Platón se inicia el estudio del Self entendido como Alma.

En el s. III A.C., Aristóteles por su parte, es el primero en hacer una descripción sistemática de la naturaleza del "Yo".

San Agustín describió el primer indicio de introspección de un Self personal.

Durante la Edad Media, la cuestión del conocimiento del Self permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época.

Tiempo después, con el renacer cultural de Europa del s. XVII, el concepto de Self se reflejaría en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke. (Musitu y Roman 1982)

Descartes (1637) con su frase "pienso, luego existo" coloca su "Sí Mismo" como base para poder hablar de Sí mismo y dice lo siguiente: "Reconozco que soy una sustancia cuya esencia o naturaleza es ser consciente. Así, este Self, es decir, el alma, por la que soy lo que soy, es completamente distinto del cuerpo e incluso es más fácilmente conocido".

T. Hobbes y Locke, por su parte, atribulan mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla propiamente el Self; el Autoconcepto sería siempre nuestras sensaciones y percepciones actuales.

Posteriormente, en el s. XVIII, Hume (1740) siguió el argumento de sentido basado en la identidad.(Ofiate 1989)

Con el pasar de los años Kant (1781) introdujo la distinción del Autoconcepto como sujeto y objeto.

De esta forma, se ha encontrado que el origen del Autoconcepto se encuentra en escritos de los antiguos griegos. Con la distinción que realizan Aristóteles y otros, entre los aspectos físicos y no físicos del ser humano. Sin embargo, el término Autoconcepto comenzó a perfilarse a partir de la escuela psicoanalítica de Hartmann y Erikson, quien da una visión de lo que significa el "Yo" dentro de la personalidad.

Posteriormente, este concepto se solidifica con las aportaciones de W. James, G. Allport, Carl Rogers quien dirige la atención del primitivo Sí Mismo a la noción actual de Autoconcepto.

Finalmente, el Dr. William Fitts, desarrolló y estandarizó la Escala Tennessee de Autoconcepto.

### II.3 APROXIMACION CONCEPTUAL

Como puede observarse, el Autoconcepto ha sido abordado desde diferentes enfoques teóricos. A continuación se mencionaran las aportaciones de algunos autores importantes dentro de este campo.

#### II.3.1 MODELO PSICOANALITICO

La teoría psicoanalítica ayudó al desarrollo del Self, definiéndose como la evaluación subjetiva de un individuo como un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién es y qué es. El Yo representa una organización cuya función es evitar el sufrimiento y el dolor oponiéndose o regulando la descarga de los impulsos con el fin de adaptarse a las exigencias del mundo externo.

Paul Schilder, Freud, Hartmann y W. Fittz, en realidad nunca manejaron el Autoconcepto ni tuvieron cuenta de él en sus obras, sin embargo con sus propios desarrollos teóricos sentaron las bases sin las cuales hubiera sido imposible el posterior desarrollo de este concepto.

Se puede afirmar que el Autoconcepto tiene su origen formal en el campo del psicoanálisis, dentro de la corriente de los Teóricos del Yo con Heinz Hartmann a la cabeza; pero la realidad es que embrionariamente su gestación se produjo anteriormente en la Teoría de la Imagen Corporal de Paul Schilder (1923-1950) y en el devenir teórico-histórico de la instancia psíquica del Yo de la Teoría Psicoanalítica de Freud y seguidores.

Paul Schilder considera que la Imagen Corporal es una estructura mental que forma parte del conjunto de estructuras psicológicas con las que cuenta el individuo al nacer y que va a ir consolidando con la madurez y el desarrollo, el cual va a estar en

constante proceso de construcción y destrucción, que provee de unidad y cambio a través de la unidad "percepción-sensación-acción y vida afectiva" en constante interacción con el medio externo.

Esta imagen es tridimensional y correspondería al Yo perceptivo o corporal de Freud.

Este autor resalta la importancia del papel de los impulsos en la creación de la Imagen Corporal y del afecto como núcleo que va a dirigir las preferencias en la percepción de los estímulos. Shilder opina que los seres humanos son seres emocionales por naturaleza y que por lo tanto no actúan como meros aparatos perceptivos, sino que percibir será siempre "la manera propia de percibir".(Rincon 1969)

Aquí es donde inserta su concepto de la Imagen Corporal en el campo del psicoanálisis al incluir al afecto. Pero además su teoría también la introduce al campo de la psicología social al mencionar que "la imagen corporal propia y las imágenes corporales de los otros, son datos primarios de la experiencia, y desde el principio mismo, existe una vinculación sumamente estrecha entre la propia imagen corporal y la de los demás.

Su teoría se resume de la siguiente manera:

Shilder fué el primero en concebir al cuerpo propio como primer objeto del Yo.

Asentó que las primeras distinciones entre el Sí Mismo y el mundo exterior necesitan de una Imagen Corporal y una incipiente conciencia de este cuerpo para lograr hacer la diferenciación con los objetos externos. De aquí van a partir los inicios de las primeras autorrepresentaciones de Sí, junto con las representaciones de objeto. Por lo tanto, él considera que la conciencia de ser (como cuerpo) es anterior a la formación del Yo.

Para Shilder, el Yo es la personalidad total, al cual denomina Yo Central como un esquema que contiene, dirige y organiza a varios subesquemas entre los cuales están la Imagen Corporal y el Self.

Al Self lo considera como una conciencia de sí, la autorrepresentación aún en un nivel de la no-conciencia.

Asimismo, reitera que en la primera etapa de indiferenciación del Ello y del Yo, cuando estos están aún por gestarse, ya está presente potencialmente el Self en formación.

El Yo Corporal organiza y da sentido en un primerísimo estadio, y es anterior al Yo Central como sistema organizador.

En lo que respecta a la obra de Sigmund Freud, el Autoconcepto tampoco se encuentra en forma directa, ya que él nunca utilizó este término como tal. Sin embargo,



la descripción y manejo de ciertas instancias en su obra, pueden considerarse también como precursores fundamentales del Autoconcepto.

Para Freud, el fenómeno del narcisismo depositado en el individuo desde el momento de nacer, en base a la satisfacción de las necesidades más vitales, es lo que conforma el Narcisismo Primario Normal presente en todos los individuos. A partir de éste, y en función de estas mismas necesidades, van a salir subsecuentes porciones de carga libidinal para investir a los objetos con los cuales se entra en relación, especialmente la madre; pero subsistiendo siempre a lo largo de la vida un depósito de libido cargando al Yo junto con una libido objetivada cargando a los objetos.

Freud homóloga energía sexual a libido, distinguiéndola de otro tipo de energías a las que denomina "Instintos del Yo" (como el hambre) las cuales en el curso del desarrollo del mismo Yo van a tender a funcionar de una manera separada a la libido.

Considera la presencia de un autoerotismo como un estado primario de la libido que aparece cargando al sujeto en una primera instancia y de manera necesaria además, para el desarrollo del mismo Yo, ya que para Freud en el individuo no existe desde un principio una unidad comparable al Yo, sino que éste se tiene que ir desarrollando con ayuda de este instinto libidinal, apoyado en los instintos del Yo, que lo incitan a moverse a actuar, a relacionarse con el mundo objetal para asegurar su supervivencia.(Freud 1989)

Para Freud, el monto total de esta energía libidinal va a variar en el transcurso de la vida por fenómenos relacionales, de desarrollo Yoico, o por razones de patología física o psíquica.

También se remite al fenómeno del enamoramiento para seguir explicando su modelo de economía libidinal, ya que en éste el sujeto deposita la mayor parte de esta energía en el objeto amado y deseado, presentándose una concomitante desvalorización del Sí Mismo que sólo es resuelta si se consigue ser amado por este objeto.

Otro aspecto más se refiere a la constitución de un Ideal del Yo, en el cual van a depositarse también grandes cargas de energía libidinal, tan grandes y sustanciales como las que invierten al Yo del narcisismo primario, las cuales propenden a que el Yo constantemente se sienta observado, evaluado y comparado con este ideal, y por tanto, la autoestima resulte condicionada a que el Yo cumpla con el Ideal o no. Al respecto, Freud señala que esto varía en los individuos dependiendo de la rigidez o laxitud con que construyeron estos ideales muy en consonancia con los patrones sociales de cada quien.(Freud 1989).

A esa instancia que observa, advierte y critica constantemente al Yo, Freud la identifica con la conciencia, ya que en ese tiempo aún no le ponían el nombre de Super Yo, al no haber hecho todavía la posterior división tripartita de la mente, que trata de controlar al Yo, para adecuarlo al Ideal y considera que fué resultado de la internalización temprana de la crítica parental y posteriormente de la social.

Pues bien, narcisismo primario, narcisismo secundario, libido del Yo, libido objetivada, el balance entre estos términos, la función del Ideal del Yo y la crítica erigida a través de la autoconcepción, son todos elementos que nos están hablando de una instancia superior al Yo que percibe y traza valorativamente a éste y que en estos tiempos equivaldría al autoconcepto.

### Teóricos del Yo

La influencia de Hartmann en el desarrollo del Autoconcepto es muy importante, ya que sus aportaciones contribuyeron al esclarecimiento y demarcación de la instancia psíquica del Yo. Junto con él, otros teóricos seguidores suyos, han formado la corriente de los Teóricos del Yo, todos ellos con Hartmann a la cabeza, rescataron el importante papel del Yo en el desarrollo de la personalidad humana.

Esta corriente surge a partir de los años cuarenta y cincuenta y su especial interés va a estar centrado en desarrollar ciertas partes, funciones y características del Yo, que habían permanecido soslayadas, ocultos, desatendidos por el psicoanálisis tradicional ortodoxo. (Hartmann 1987)

Hartmann señala que Freud, en "Introducción al Narcisismo" mezcla una serie de sentidos al usar el término Yo cambiándole la connotación a lo que quiere finalmente definir como narcisismo, precisamente por usar esta ambigüedad en el sentido del término.

También sugiere que en lugar de decir "que el narcisismo resultaba de la carga de libido puesta en el Yo, en contraposición a la carga puesta en el objeto", era más correcto referirse a la catexia del Self (ya que Freud estaba tratando de referirse a la persona total y no a la instancia psíquica del Yo) y que en esto reside el sentido verdadero del narcisismo, en el que el sujeto retira todas las cargas libidinales puestas en los objetos y las deposita en su persona o Self.

El Yo pues, sería una subestructura de la personalidad en tanto que el Self como imagen de Sí Mismo, estaría compuesto por otras subestructuras que comprenden al Yo, al Ello y al Super-Yo; de suerte que cuando se habla de lo opuesto a la catexia de objeto se estaría hablando de la catexia de la propia persona, sin especificar si ésta está situada en el Ello, el Yo o en el Super-Yo. De donde se infiere que se pueden encontrar narcisismos de los tres sistemas psíquicos.

Lo importante es que éste Yo abarca una serie de funciones y capacidades organizativas, de acción, directivas, de adaptación y de defensa, de desarrollo, igual que de conflicto (intra e inter sistémicos), pero con un mayor grado de conciencia y preconciencia, es decir, que la maduración, es la puesta en acción de la serie de potencialidades presentes desde el momento del nacimiento, que abarcan desde aprehensión, locomoción, lenguaje, inteligencia, memoria, acción, etc., en el continuo y temprano interactuar de los sujetos con el medio; las cuales van dejando un registro de

huellas mnémicas que retroalimentaran en sentido positivo o negativo este desarrollo dinámico del Yo, otorgándole, además de una autoexperiencia que será el fundamento de un sentido de identidad y de conocimiento de Sí (Self) dinámico, cambiante y a la vez continuo, que más adelante conformará el Autoconcepto. (Freud 1990)

E. Erikson, prominente psicólogo del Yo, se concentró en el desarrollo de la personalidad del individuo durante etapas sucesivas de la vida. Su teoría, como la de Freud, sugería que las primeras etapas del desarrollo son aquellas en las que al niño se le pide integrar sus necesidades biológicas con las exigencias de la sociedad. A diferencia de Freud, quien sostenía que la personalidad se forjaba de manera permanente en la infancia, Erikson sostenía que la personalidad sigue creciendo y desarrollándose durante toda la vida. En cada etapa, una persona puede no satisfacer las exigencias que la sociedad le plantea, de manera que su desarrollo podría interrumpirse y entonces tendría problemas para seguir evolucionando.

Uno de los temas centrales de su teoría, es el concepto de la identidad, al cual en un principio, se le denominó *Identidad del Yo*. Más adelante, Erikson llegó a la conclusión de que la identidad tiene la faceta del Sí Mismo y la del Yo.

Eligió al Yo como el instrumento por el cual una persona organiza la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamiento. Este Yo positivo produce un significado de identidad en un estado elevado de bienestar.

Asimismo, Erikson argumenta que el Yo continúa adquiriendo nuevas características a medida que va encontrando otras situaciones a través de la vida. También movió el centro de interés de psicoanálisis de la patología a la salud, proporcionando un cuadro de como el Yo puede desarrollarse en general de manera sana, en un ambiente.

Opina que el Yo salvaguarda la existencia coherente, filtrando y sintetizando todas las impresiones, recuerdos, etc., que tratan de penetrar en el pensamiento y exigen una acción al sujeto y lo aniquilarán si no estuviera clasificado por un sistema confiable de protección.

Así también, el Yo es un concepto de identidad del ser humano y persiste como entidad ontológica a través de su vida. El Autoconcepto forma parte de ese Yo y está estrechamente vinculado con el Ego. Erikson dice que el Autoconcepto es lo que yo sé de mi propio Yo.

Este autor menciona que el Autoconcepto es una característica importante en el desarrollo de la adolescencia, que trae consigo una serie de conflictos que deben analizarse en forma adecuada, para prevenir fallas en la personalidad del adolescente.

Erikson afirma que la crisis de identidad es importante en cuanto a la formación del autoconcepto. La definición de la propia identidad, es el núcleo central de la

problemática del individuo adolescente. Los conflictos en esta etapa giran alrededor de la pregunta ¿Quién soy? y esto deriva del encuentro con uno mismo y en cierta forma la verbalización conciente de esa identidad. (Erickson 1974)

### Teóricos Neofreudianos

Sullivan, H. quien ha teorizado sobre el origen del Autoconcepto y profundiza en el proceso interpersonal, opina que el conocimiento de otras personas está presente de manera muy importante en la evolución del individuo y que hay que considerar un componente educativo. Este autor considera el Self como "la organización de las experiencias educativas creadas por necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad".

Por su parte, Karen Horney descifra la comprensión del triple concepto del Yo y dice que estos son estilos de afrontar el estrés:

- 1.-Habla de Yo actual en el individuo, como la suma total de su experiencia.
- 2.-El Yo real, es una fuerza central interna o principio común a todo, pero que es único en cada individuo.
- 3.-El Yo idealizado que es únicamente una manifestación neurótica.

Horney, también habla de que la ansiedad tiende a generar baja autoestima, ella determina una cadena compleja de hechos psicológicos que produce, entre otras consecuencias, el odio y el desprecio por Sí Mismo. Para hacerle frente a la ansiedad, se retrae al mundo de la imaginación donde crea una imagen idealizada que le da una sensación de fuerza y confianza. Dicha imagen es tan admirable y halagadora que cuando el individuo la compara con su Sí Mismo real, este último resulta opaco e inferior a ella, en consecuencia, surge odio y desprecio hacia él.

Horney denomina "ansiedad básica" a los factores que producen aislamiento y desamparo, siendo la fuente de desdichas y reduciendo la afectividad personal.

Ella también considera que la fuente original de los conflictos es social; según ella, los niños sienten una ansiedad básica porque se sienten pequeños e indefensos en un mundo exigente. Los padres confiables mitigan esa ansiedad dando seguridad al niño.

Los padres erráticos, rechazantes o poco responsables incrementan esa ansiedad básica. Todos experimentamos estos sentimientos en algún momento, y los niños desviados, gran parte del tiempo.

La ansiedad básica provoca sentimientos de hostilidad básica hacia los padres, aunque por supuesto, estos no puedan ser expresados de manera directa porque el niño los necesita y depende de ellos.

Horney dice que la manera de manejar el conflicto ansiedad-hostilidad, más tarde es la clave de la personalidad adulta, una persona desadaptada casi siempre afronta la

ansiedad relacionándose sólo de tres formas, una es "acercarse a los otros, la siguiente es "oponerse a los otros" y por último, "alejarse de los otros". La elección de alguno de estos estilos de afrontar el estrés se hace en la infancia.

Según Horney, un individuo bien adaptado afronta la ansiedad seleccionando uno de los tres modelos según la situación. (Darley, Glucksberg, Kinchla 1990)

Otro neofreudiano es Alfred Adler, quien opina que el impulso fundamental del individuo es el de conservación, el impulso de poderío es el rasgo principal y la sumisión y la conducta enmascarada pueden considerarse como intentos indirectos para conseguir la atención y el poder.

Este autor, también sugería que las personas eran motivadas por una "búsqueda de superioridad" más que por instintos sexuales y agresivos. Esta superioridad no es sobre las demás personas, sino que es una búsqueda del propio mejoramiento y perfección. En otras palabras, conforme maduramos, empezamos a dirigir nuestro compromiso social hacia fines sociales específicos como una manera de alcanzar la sensación de superioridad.

Lo opuesto de la superioridad es la inferioridad, la cual se origina en la infancia, cuando se descubre que no podemos hacer cosas que otros (adultos) sí hacen. La mayoría superamos esos sentimientos, quienes no lo logran, suelen aparentarlo, pero internamente siguen sintiéndose inferiores. Para esos individuos, cada éxito parece haber sido obtenido con el mínimo margen. Cada nueva situación es no sólo un reto, sino la oportunidad para otro desastroso fracaso. (Darley, Gluckberg, Kinchla 1990)

Si una persona no alcanza sus fines en la realidad, el sentimiento de inferioridad aumenta en proporción a los deseos incumplidos y lo que no se puede conseguir se compensa en la imaginación.

El desarrollo del poderío está también determinado por condiciones constitucionales, innatas, las cuales llegan a integrarse en los fines psíquicos. Esta relación entre las necesidades físicas y psíquicas lleva a Adler al descubrimiento de lo que él llama "el dialecto de los órganos", es decir, la realización individual de sus fines con todo el organismo y no sólo con los órganos sanos, sino también con los enfermos; no sólo con actos normales, sino también con hechos anormales.

El desarrollo de la línea vital y de la voluntad de poderío depende también de las primeras experiencias infantiles en su ambiente. La constelación familiar estimula el impulso de poderío o la reacción de inferioridad. (Werner 1983)

Adler da gran importancia a las debilidades y enfermedades a la hora de producirse la baja autoestima. Para él, los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse en torno a ciertos órganos o pautas de conducta en los que el sujeto es realmente inferior.

Continuando con los neofreudianos, Gordon Allport utiliza el término "*propium*" (lo que significa lo propio) en lugar de Sí Mismo. Este término consiste en todos aquellos aspectos del individuo, que él observa y que considera de importancia central y que contribuyen a una sensación de unidad interna.

Allport hace una caracterización de las funciones del "*propium*", la cual incluye, entre otras, la autoidentidad, el sentimiento de la corporeidad, la extensión del Yo. Esta caracterización constituye una buena vía de acercamiento al concepto de Sí Mismo, y permite además distinguir entre éste y el de personalidad.

Este autor opina que todas las funciones psicológicas relacionadas a un Sí Mismo o a un Yo, deben ser aceptadas como datos en el estudio científico de la personalidad, pero que estas funciones no son coextensas con la personalidad como un todo; ellas son aspectos esenciales de la personalidad que tienen que ver con lo íntimo, con la unidad, con un sentimiento de importancia personal.

A continuación se enumerará lo que Allport considera los atributos del "*propium*" y más adelante se tratarán con profundidad. (Allport 1977)

- 1.-Sentido de Sí Mismo corporal.
- 2.-Sentido de una continua identidad de Sí Mismo.
- 3.-Estimación del Sí Mismo, amor propio.
- 4.-Extensión del Sí Mismo.
- 5.-Imagen de Sí Mismo.
- 6.-El Sí Mismo como solucionador racional.
- 7.-Esfuerzo orientado

### **II.3.2 MODELO SOCIAL - COGNITIVO**

#### **Perspectiva del Interaccionismo Simbólico**

Uno de los autores interaccionistas es William James, quien en su obra "Principios de Psicología", introduce el concepto de Sí Mismo (Self) y lo define de la siguiente forma: "El Self del hombre es la suma de todo aquello que pueda llamar suyo (cuerpo, vocación, rasgos, ocupación y muchas otras cosas)".

Considera también, que el Self está formado por tres aspectos:

- 1.- Sus *Elementos Constituyentes* que son:
  - a) -El **Sí Mismo Social** o las opiniones que los demás tienen de él.
  - b) -El **Sí Mismo Material** o cuerpo que consiste en las posesiones materiales del individuo.
  - c) -El **Sí Mismo Espiritual** que comprende sus facultades y disposiciones psicológicas (con habilidades y rasgos dirigidos por el propio Ego, el Yo)

d) -El Yo Puro que es la corriente de pensamiento, que constituye el propio sentimiento de identidad.

2.- *Los Sentimientos del Sí Mismo.*

3.- *Las Acciones destinadas a la búsqueda y la preservación del Sí Mismo.*

Para W. James, el Sí Mismo es un fenómeno por completo consciente, en donde las aspiraciones que hace una persona de sí misma, dependen de sus aspiraciones. (Hall, Lindzey, 1974)

Este autor, también afirma que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno y esas imágenes se incorporan formando el Autoconcepto. Por lo tanto, el hombre tiene tantos Selves sociales cuantos son los individuos que lo reconocen y generan en su mente una imagen de él.

Charles Hortol Cooley, Mead G. y otros interaccionistas simbólicos insistían en que el concepto que una persona tiene de su Self, surge sólo de la interacción con otros y refleja las características, expectativas y evaluaciones que otros dan a la persona: es el Self espejo (looking-glass self). Así, el Autoconcepto se desarrollaría a partir de las reacciones de los demás respecto al individuo.

Cooley propone 3 dimensiones básicas: (Hall, Lindzey 1974)

- 1.-La percepción que tiene uno mismo para parecerse al otro.
- 2.-La percepción que tienen las otras personas de uno mismo y el aprecio de esta apariencia.
- 3.-El valor de Sí Mismo que influirá para que forme su concepto de Sí Mismo.

El Sí Mismo de Mead, más que un sistema de procesos, es un objeto de conocimiento cuyo desarrollo sigue con cierto curso. Al principio, el Sí Mismo no existe; el individuo no puede iniciar directamente su propia experiencia ya que no es congénitamente autoconsciente. Puede considerar a otras personas como objetos pero no se concibe a Sí mismo inicialmente como objeto; no obstante, los demás reaccionan ante él como ante un objeto, reacciones que sí le es dado experimentar. Como consecuencia de tales experiencias, aprende a pensar acerca de Sí Mismo como objeto y a adoptar actitudes y experimentar sentimientos respecto de Sí Mismo; se responde como le responden los demás. El Sí Mismo de Mead socialmente estructurado sólo puede aparecer en un ámbito en el que exista comunicación social.

Mead señala la posibilidad del desarrollo de muchos Sí Mismos, cada uno de los cuales representa un conjunto más o menos separado de respuestas adquiridas a partir de diferentes grupos sociales, por ejemplo, el individuo puede desarrollar un Sí Mismo familiar, representativo de la estructura de actitudes expresadas por los miembros de su familia, un Sí Mismo escolar, etc.(Mead 1972)

Para Mead quien instauró su uso en la psicología social tanto el desarrollo de la mente como el autoconcepto se van a construir a partir de un equipo innato instaurado en el organismo mismo pero desarrollado en y con la experiencia de un proceso social, o sea en un proceso de comunicación íntima y personal (terreno de la clínica) de interacción entre personas.

Asimismo, Mead señala que el Sí Mismo está conformado por dos componentes, uno es sociológico y el otro es personal.

El componente sociológico es el "Mi", que es una interiorización de los papeles sociales, es decir, las actitudes de los demás que son analizadas y tomadas en consideración por el Self.

El componente personal es el "Yo", que es el principio de acción y de impulso.

El "Yo" es la reacción del organismo a las actitudes de otros y el "Mi", es el conjunto organizado de actitudes de otros, que es asumida por uno mismo. Las actitudes de otros constituyen el "Mi organizado" al cual se reacciona como "Yo". Así, hay que considerar al "Yo" y al "Mi" como elementos constitutivos del Sí Mismo. (Frias Terrazas 1991)

### William Fitts

William Fitts señala su importante participación en uno de los programas más completos de investigación que sobre él se haya hecho, iniciado en 1955 hasta 1965 culminando con la estructuración de la Escala del Autoconcepto conocida como Tennessee.

Fittz considera que el autoconcepto ha llegado a ser un medio muy importante y muy socorrido 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, de tal manera que aquellas personas que han construido una imagen o concepto de sí pobre, sintiéndose devaluadas, indignas o malas, tienden a conducirse de acuerdo con esos conceptos.

Lo mismo sucede con los individuos que han desarrollado un concepto irreal de sí mismo, los cuales tienden a aprovecharse de la vida y de los demás también de una manera irreal.

Ocurriendo que si los autoconceptos resultan muy desviados van a producir conductas consecuentes a estas autoapreciaciones; de manera que el conocimiento de cómo un individuo se percibe a sí mismo resulta muy útil para el clínico o el investigador con el propósito de ayudarlo a hacer una evaluación de su estado de salud mental.- Como se vé pues, la preocupación de Fittz se sitúa en el área de la clínica y del asesoramiento psicológico que lo induce a establecer una relación entre autoconcepto y rehabilitación.(Fitts 1965)



El autoconcepto revela aspectos fundamentales de la personalidad del individuo lo cual permite un mayor entendimiento y una más adecuada planeación a la hora de asesorarlo en el proceso terapéutico, y aunque Fittz se podría decir que se carga hacia el aspecto positivo del autoconcepto en tanto lo traduce en autoestima también se ocupa de otros aspectos como estructura, componentes y consistencia.

Su modelo conceptual lo expresa en términos de relaciones interpersonales y de competencia interpersonal, señalando también la importancia de la libre comunicación.

En lo que respecta a una perspectiva psicológica más amplia Fittz se coloca dentro de la psicología humanística y su contribución es más empírica que teórica.

Finalmente la definición que él da de autoconcepto es: "El criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción más completa que es capaz de dar de sí misma en un momento dado.

El énfasis recae en la persona como objeto de autoconcepto que incluye el sentimiento de lo que la persona concibe de como es ella misma. Aparte está el hecho de que la percepción es multidimensional y los factores más importantes que la describen son categorizadas en tres áreas:

I.- Identidad (quién / cómo soy)

II.- Autosatisfacción (como me acepto a mí mismo).

III.- Comportamiento (como actúo) y las dimensiones abarcan: Al yo físico, al Yo personal, al Yo ético-moral, al yo familiar y al yo social.

### ***Importancia y justificación***

Como hemos señalado la importancia del manejo del autoconcepto es grande y su desarrollo e influencia suele ser mayor en algunas áreas o corrientes de la psicología que en otras, pues, por decir algo, va a ser más utilizada dentro de los partidarios de la teoría del yo o la escuela conductista o humanística psicoanalítica Norteamericana que dentro de los psicoanalíticos ortodoxos pero en general se puede afirmar que su utilización manejo e investigación se ha incrementado en todo el campo de la psicología. Su estudio lleva casi un siglo, pero actualmente se considera como una de las más recientes y significativas interpretaciones de la personalidad humana (La rosa 1986)

Se considera que dado que también es un constructo muy utilizado en psicología social se podría ver como el puente, el enlace, que une los campos de la psicología clínica y de la psicología social, como la tierra común que une lo individual de lo social ya que se

trata de un proceso psíquico cuya formación, contenidos y dinamismo son determinados socialmente.

De aquí que, pese a todas las posibilidades confusiones, ambigüedades y faltas de precisión que se den en su connotación y denotación (que todo concepto debe poder para su completo conocimiento y manejo) lo consideramos como un elemento heurístico de incuestionable valor, puesto que se puede utilizar en investigación como una especie de termómetro psíquico que registra el grado de salud mental que muestran los individuos en su devenir adaptativo como ese medio social y en relación retroalimentaria con él, o sea que también da cuenta del efecto tan importante que la cultura tiene sobre la personalidad (La Rosa 1986)

El autoconcepto es como ese índice que cada persona desarrolla en su constante interactuar con los objetos y el medio desde el momento mismo del nacimiento y que trasluce como esa persona se autopercebe y se autovalora a sí mismo a través de toda su historia personal y el modo en que ha ido estructurando esas autorrepresentaciones y autovaloraciones de sí nos da una pauta para detectar el grado de salud mental que ha conseguido alcanzar en un momento determinado.

El estar conformado por diferentes dimensiones permite el rastreo, la auscultación, del estado y del grado en que cada una, varias o la mayoría de estas dimensiones son percibidas cualitativamente por la persona, y como esta percepción positiva o negativa, enriquecedora o empobrecedora, va a estar manifestándose en su conducta.

Sabiendo que este constructo es susceptible de ser influido y retroalimentado positiva o negativamente por diversos factores, unos de génesis interna y otros externos al individuo, pero ambos en estrecha interacción (Barón, 1985)

Dentro de algunos de los factores internos tenemos:

- 1.- La concordancia armónica que de entre el Self real y Self ideal.
- 2.- La caracterización libidinal del Self con cargas o descargas equilibradas de fuentes internas o externas (grado de narcisismo normal personal).
- 3.- La fuerza, punción y rigidez de la estructura super yoica.
- 4.- La mayor o menor armonía o conflictiva entre las estructuras psíquicas Ello, Yo y Super Yo. Donde la fuerza del Yo tendría un papel determinante.
- 5.- Muy en relación con éste sería la estructuración de un *locus* de control interno o externo.

6.- La noción interna del estado físico general relacionado con la salud, la edad y la apariencia.

7.- La satisfacción o insatisfacción con la historia personal previa; las realizaciones del presente y las expectativas futuras muy en relación con el cumplimiento de potencialidades, sentimientos, actitudes, ideales y valores.

Dentro de los externos estarían:

1.- Las gratificaciones libidinales provenientes de objetos externos.

2.- El cumplimiento de patrones culturales.

3.- La realización de aspiraciones personales de diversa índole.

4.- La productividad, rendimiento y éxito con el consecuente reconocimiento externo.

Todos los factores tienden a aumentar o disminuir la autoestima, la autoaceptación, la autovaloración y el concepto de sí mismo es decir el autoconcepto en general.

### **II.3.3 MODELO HUMANISTA EXISTENCIAL**

El modelo humanista existencial enfatiza la experiencia personal y lo que esta significa para el individuo como base de la personalidad y el comportamiento.

Los psicólogos existencialistas favorecen un modelo que subraya el esfuerzo: consciencia de las propias acciones; comprensión y aceptación de sus consecuencias e inteligencia para elegir el futuro. Esta condición del esfuerzo se conoce como ser auténtico, lo cual incluye estar consciente del temor de que nuestras elecciones estén equivocadas. Este temor, o ansiedad, debe aceptarse como parte del ser, si un individuo desea ser auténtico, una persona que ignora u oculta ese temor, o se rehusa a aceptar la responsabilidad por sus actos, deja de ser auténtica y es agobiada por la culpabilidad.

No obstante, en especial entre los adeptos estadounidenses a la psicología humanista-existencial como Maslow y Rogers, surge un tema más optimista. La fuerza básica que motiva el comportamiento humano es la necesidad de crecimiento y autorrealización. Ellos consideran que las personas se esfuerzan continuamente por incrementar sus conocimientos, autorrealizarse y satisfacer su potencial humano.

Maslow pensaba que cada persona se empeña por alcanzar la salud, crecer o realizar su potencialidad humana.

Este autor se basó en la obra de Kurt Goldstein, neuropsiquiatra que desarrolló una teoría sobre los motivos positivos del comportamiento. En la teoría de Goldstein, cualquier necesidad nos motiva a satisfacerla. Pero subyacente a nuestras necesidades hay un impulso real, un motivo verdadero: la autorrealización, la realización continua de nuestro potencial utilizando todos los medios posibles. Todos tenemos ese impulso, pero los medios y los fines varían, debido a que nuestras preferencias y nuestras potencialidades difieren.

De acuerdo con este autor, nuestro impulso de autorrealización viene de adentro, y el individuo saludable puede superar las dificultades que surgen del choque con el mundo. El individuo es capaz de dominar y controlar el medio; no obstante, si las realidades de ese medio son demasiado incoherentes respecto de sus objetivos, se desmoralizará o redefinirá sus objetivos.

Así pues, el medio ambiente debe permitir que el individuo se sitúe en un estado normal o adecuado para su naturaleza. Si el medio ambiente es inestable, la constancia y la identidad de aquél se verán amenazadas.

La jerarquía de necesidades de Maslow, puede utilizarse para aclarar las condiciones en que esto sucede. Este autor pensaba que existen cinco categorías de necesidades y que éstas forman una secuencia o jerarquía de necesidades, la cual se presenta a continuación. (Darley, Gluckberg, Kinchla 1990)

1.- Necesidades Fisiológicas: son las necesidades más básicas, deben satisfacerse para vivir e incluyen oxígeno, alimento, agua, abrigo y sexo (éste no es necesario para la supervivencia del individuo, pero sí de la especie). Sólo cuando están satisfechas estas necesidades fisiológicas, se vuelven dominantes aquellas que se sitúan más arriba de la jerarquía. Las necesidades de seguridad forman la categoría siguiente.

2.- Necesidades de Seguridad: estas también suelen satisfacerse por lo común, pero pueden convertirse en preocupaciones si nos encontramos en situaciones de alarma (trabajo peligroso, habitar en zonas de peligro, etc.).

3.- Necesidades de Amor y Pertenencia: Maslow piensa que las personas necesitan dar y recibir afecto, y también pertenecer a un grupo o a una sociedad. Esta necesidad de pertenencia cada vez se ha hecho más difícil de satisfacer a medida que la sociedad se vuelve más móvil (cambios de casa, trabajo, escuela) y puede frustrar la necesidad que tiene el individuo de pertenecer. Una vez satisfechas, pueden surgir las de estima.

4.- Necesidades de Estima: incluyen la necesidad de tener una buena opinión de Sí Mismo (autoestima) y de que los demás también la tengan. Necesitamos contar con el respeto de nosotros mismos y de los demás. La estima es lo que nos da confianza y un sentimiento de valor, sin ella nos sentimos inferiores y rechazados.

5.- Necesidades de Autorrealización: finalmente, Maslow encontró que las personas que ya habían cubierto todas las necesidades anteriores, solían estar tensas e inquietas, porque entonces se vuelve dominante la necesidad de Autorrealización. Esta se refiere a la realización del potencial, al ejercicio del pleno talento. Opina este autor, que la mayoría de nosotros no alcanza el nivel de autorrealización porque nunca satisface las necesidades de amor y estima, fisiológicas, de seguridad, etc.; y que aquellos que llegan a esta etapa, parecen estar dotados de ciertas características y de un talento que sale de lo normal.

### II.3.4 MODELO DE APRENDIZAJE

Debido a que el Autoconcepto es un constructo muy mentalista y a la no utilización rigurosa de la metodología científica, algunos enfoques del aprendizaje, no lo consideran como una estructura unitaria de la personalidad.

#### Condicionamiento

Skinner rechaza la suposición tradicional del Sí Mismo como sistema directriz unitario responsable de la función psicológica de integración y dice: "El Sí Mismo es simplemente una concepción para representar un sistema de respuestas funcionalmente unificadas". (Skinner 1977)

Cammeron. N. considera que las autorreacciones verbales o no, son patrones adquiridos de comportamiento. Opina que muchas frustraciones y conflictos radican en que el comportamiento humano nunca se convierte en sustancia estática y por lo tanto ningún hombre, en estas circunstancias, funda cada una de sus autorreacciones dentro de un todo coherente, simple y libre de ambigüedades. Esta concepción conductista de sistemas coherentes de actitudes y autorreacciones supone que estas respuestas son aprendidas, en forma similar a como se aprenden las respuestas a objetos externos y a eventos.

El lenguaje servirá para combinar e interrelacionar las clases de respuestas y eventos, y contribuye a la coherencia de esas actitudes, uniendo los lapsos temporales y espaciales entre las situaciones.

Desde el punto de vista de la teoría conductista, el Self ha de tratarse en términos de <<cómo se mide>>. El Autoconcepto se define como <<los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí misma>>. El concepto conductista no niega que existan los procesos internos, pero considera que se deben usar para explicar conductas sólo cuando puedan ser observadas y medidas científicamente. (Oñate 1989)

#### Teoría del Aprendizaje Social

Bandura introduce dos variables en el estudio del Self: auto-recompensa y auto-

castigo, lo que se puede llamar auto-refuerzo. Considera que el Autoconcepto o cualquier concepto de Self depende de la frecuencia de autorrefuerzo, de tal forma que el desarrollo del Self se puede considerar como un caso específico de los procesos de cambio de actitud. Estos procesos serían: el condicionamiento clásico y el operante. En el primero, el Self se puede comparar a un suceso u objeto que provoca una reacción de emoción placentera.

En el operante, el refuerzo de las diferentes manifestaciones del Self aumentará o disminuirá la frecuencia de su aparición. La naturaleza y frecuencia de estas manifestaciones o respuestas, constituye el Autoconcepto de cada persona.

#### II.4 FORMACION DEL AUTOCONCEPTO

La vida es cambio. Desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte, los seres humanos sufren muchos procesos complejos de desarrollo. A través de la vida, la gente tiene todo el potencial para crecer, cambiar, desarrollarse e integrar su personalidad para consolidarse en la edad adulta.

Como hemos visto, el autoconcepto desempeña un papel primordial en la personalidad, en la conciencia y en el organismo. Este autoconcepto no surge espontáneamente, por lo que se considera necesario explorar su formación.

Iniciaremos con G. Allport, quien considera que el autoconcepto es el núcleo de nuestro ser, y que algunas veces parece dominar totalmente la conducta y la conciencia; otras veces, parece desvanecerse completamente, de modo que nada le recuerda su existencia.

Este autor dice que el Sí Mismo comienza a formarse desde el nacimiento y establece que existen siete factores que lo integran, los que se irán incorporando de acuerdo a la edad y circunstancias y al llegar a la adolescencia, se espera que estén consolidados formando el autoconcepto, estos factores son los siguientes:

1.-*Sentido de Sí Mismo Corporal*: posterior al nacimiento, el recién nacido se encuentra en una "fase sensoriomotora" donde recibirá infinidad de estímulos, tales como calor, frío, roces en su piel, sonidos, hambre, saciedad, etc. Aproximadamente al quinto o sexto mes, conocerá los dedos de sus manos y sus pies y jugará con ellos, tomará objetos que todavía no puede controlar, haciendo un intento por sostenerlos. A los ocho meses reconocerá la imagen de sus padres frente a un espejo, aunque la suya todavía no la identifique, recordando que un bebé desde que nace reconoce a sus padres por la voz; al identificar a sus padres, un bebé llora ante la presencia de cualquier extraño, quizá se deba a que la imagen de sus padres le brinde seguridad. En esta etapa generalmente existe un "impulso exploratorio", es decir, tiende a manipular todo cuanto ve, aquí el bebé se muestra más seguro ya que cualquier objeto lo controla a placer. A la edad de diez meses, cuando el bebé se mira en un espejo, quiere alcanzar la imagen que ve y jugar con ella sin tomar

consciencia de que está observando la suya, es aquí donde se habla del surgimiento de este primer factor del Sí Mismo, ya que el bebé recibe un sin número de sensaciones orgánicas procedentes de su estómago, sus músculos, sus movimientos motores; formándose la compleja red nerviosa que dará respuesta a todos estos estímulos externos que también contribuyen a la formación del Sí Mismo Corporal. En esta etapa, el niño ya identifica su nombre y la repetición del mismo le ayudará para que comience a darse cuenta de que posee una identidad propia.

2.-*Sentimiento de una Continua Identidad*: este factor surge cuando el bebé se da cuenta de que su cuerpo tiene algunas limitaciones, como por ejemplo cuando demanda algún alimento u objeto y no se le proporciona; entonces, aprenderá que tiene que establecer contacto constante con el mundo externo para estar en condiciones óptimas. Aproximadamente a los dos años, aparece el lenguaje y con él identifica sus juguetes, su ropa, sus familiares y sobre todo a Sí Mismo, ya que por fin cuenta con elementos efectivos para relacionar su Yo con el ambiente exterior. A esta edad surge el negativismo propio de los niños, decir "No" ante cualquier situación, es común observarlo ante situaciones cotidianas que anteriormente aceptaba con agrado y sin oponer resistencia, así escuchamos frases como: no quiero comer, no me gusta esto, no me baño, no me vista, no voy, etc. Esto confirma que el niño ha adquirido una *Estimación hacia Sí Mismo*, la cual corresponde al tercer factor propuesto por Allport.

3.-*Estimación hacia Sí Mismo*: este autor considera que a un niño de dos años le parece que lo más seguro es negarse de antemano a todo lo que le manden o propongan, para así proteger su naciente estima de Sí Mismo.

En este período, que abarca los tres primeros años de vida, el niño ha aprendido infinidad de cosas, ya que ha sido expuesto a diferentes situaciones, Allport considera que gracias a que el niño vive en un medio social, logrará evaluar incipientemente a las personas con las que convive, siendo capaz de valorar su propia conducta y la forma en que ésta se une a las respuestas de las personas que le rodean. Allport reafirma esta idea diciendo: "El sentido primero del Yo resulta en gran parte de las actitudes, palabras y gestos de los demás, que el niño percibe e imita y a los que responde. El sentido de Sí Mismo es un producto de la conducta de los demás, respecto a él. El Sí Mismo es en todos sus aspectos un aspecto social".

4.- En el siguiente periodo que va de los cuatro a los seis años de edad, el niño generalmente ya asiste a preescolar, por lo tanto su grupo social se amplía y se enfrentará a situaciones desconocidas, aquí surge el sentido de posesión, todo es suyo, emplea frases como: mi mamá, mi hermano, mis juguetes, mi escuela, mi perro, etc. Su pensamiento es subjetivo, ya que confunde la realidad con la fantasía siento esta última la que predomina en sus juegos, se convierte en egocéntrico y cree que todo cuanto existe es para bien de él; todo ello, debido a que atraviesa por el factor número cuatro conocido como: *Extensión del Sí Mismo*.

5.-*Imagen de Sí Mismo*: esta etapa consiste en cimentar las bases de su personalidad ya que aparecen un sentido de responsabilidad, moral y conocimiento de Sí Mismo más complejo. Sin embargo la imagen del niño es aún rudimentaria ya que comienza a interactuar con sus padres a otro nivel, comienza a expresar sus deseos e ideas, se interesa por el mundo que le rodea y continúa aprendiendo, es decir afianza poco a poco su imagen de Sí Mismo.

6.- Continuando con el desarrollo, alrededor de los seis años el niño ha ingresado a la escuela y durante su período escolar hasta los doce años, comienza a hacer comparaciones de su forma de ser y los modelos que observa en casa; sintiendo gran atracción hacia el grupo social, donde se apega fielmente a las normas para sentirse seguro de Sí Mismo.

Al alcanzar este periodo, el niño aprende a pensar, cuestionando las enseñanzas de sus padres, convirtiéndose en moralista, es decir, el niño se convierte en juez e inventará excusas y racionalizaciones con tal de no lesionar la estima propia que a estas alturas ya está definida, aunque estas racionalizaciones no sean las más acertadas respuestas a sus problemas, el objetivo es escapar de lo que pueda lesionarle, es decir, el niño ha desarrollado el sexto factor que tiene que ver con el *Sí Mismo Como Solucionador Racional*.

7.-*Esfuerzo Orientado*: finalmente este factor surge por la inquietud de encontrar la identidad propia, la cual depende de las demás personas principalmente aquellas que conforman su grupo social, el joven tiende a buscar popularidad entre sus amigos, gustándole estar rodeado de ellos ya que teme sentirse solo.

Generalmente los adolescentes se muestran rebeldía a los requerimientos de los padres o figuras de autoridad, pero esto solamente es un reflejo de querer ganar una autonomía propia e identificarse consigo mismo, este será el camino a seguir para obtener sus anhelos, mientras él no empiece a formar planes no completará su sentido de Sí Mismo, pero en ocasiones éste es ambivalente ya que por lo general el adolescente es idealista, fijándose metas muy difíciles de conseguir lo cual le provocará frustración y algunas desilusiones, siendo tarea de los adultos orientar objetivamente al adolescente.

De tal manera que alrededor de los 16 años, según Allport, el autoconcepto ya se encuentra conformado sí y sólo sí los siete factores antes descritos se fusionaron satisfactoriamente ya que en caso contrario, se estaría hablando de algún tipo de patología; a esta fusión Allport le llama "*PROPIUM*".

Por otra parte, Erik Erikson, quien considera el crecimiento humano fundamental para lograr una identidad propia, a diferencia de Allport, establece una correlación con la sexualidad infantil y el crecimiento físico y social del niño; asimismo no considera que la personalidad quede establecida en la infancia, él considera que aún en la edad adulta hay cambio ya que es muy flexible.



La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson rastrea el desarrollo de la personalidad a través de toda la vida y hace énfasis en las influencias sociales y culturales del Yo en cada una de las ocho "edades". Cada etapa del desarrollo psicosocial gira en torno del mismo punto, una crisis de la personalidad que implica un conflicto mayor diferente cada vez (uno que es particularmente crítico en el momento, aunque continúe siendo un problema hasta cierto punto durante toda la vida). Erikson cree que las crisis surgen de acuerdo con un momento preestablecido de maduración para el desarrollo del Yo. El desarrollo saludable del Yo implica el hacer los ajustes apropiados a las demandas de una crisis en particular y en una etapa dada durante la vida; si el conflicto no se resuelve satisfactoriamente, la persona continuará luchando con él y se impedirá el desarrollo saludable del yo. (Papalia 1993)

La solución satisfactoria a cada una de las ocho crisis requiere que se establezca un balance entre un rasgo positivo y el correspondiente negativo. Aunque la cualidad positiva debe predominar, se necesita también algún elemento de la negativa. La solución exitosa de cada crisis incluye el desarrollo de una "virtud" en particular.

A continuación se mencionarán las ocho etapas del desarrollo de Erikson, señalando la dirección positiva y negativa; haciendo mención a la etapa que corresponde a la teoría freudiana. (Erikson 1977)

1.-*Confianza Vs. Desconfianza*: Virtud: Esperanza.

*Confianza*: el éxito ocasiona satisfacción de las necesidades, siente que todo esto es producto del afecto.

*Vs.*

*Desconfianza*: el fracaso ocasiona sentir que hay un abuso constante, se percibe abandonado, privado de amor.

*Infancia Temprana: Primera edad*, desde el nacimiento hasta un año, esta edad corresponde a la Etapa Oral de Freud.

2.-*Autonomía Vs. Vergüenza y Duda*: Virtud: la voluntad.

*Autonomía*: el niño percibe su yo como una persona con derecho propio.

*Vs.*

*Vergüenza y Duda*: se percibe con un yo inadecuado, restringiendo sus habilidades fundamentales.

*Infancia Última: Segunda Edad*, de uno a tres años, esta edad corresponde a la Etapa Anal de Freud.

3.-*Iniciativa Vs. Culpa*: Virtud: el propósito.

*Iniciativa*: el niño tiene un yo con una imaginación vivaz, tiende a imitar a los adultos.

*Vs.*

*Culpa:* el niño es poco creativo, presenta celos infantiles, surge el complejo de castración es desconfiado y evasivo.

*Niñez Temprana: Tercera Edad,* de cuatro a cinco años, esta edad corresponde a la Etapa Fálica de la teoría de Freud.

*4.-Laboriosidad Vs. Inferioridad: Virtud: la destreza.*

*Laboriosidad:* surge en el niño el sentido del deber y logro, ya que desarrolla sus capacidades tanto intelectuales como sociales.

*Vs.*

*Inferioridad:* los hábitos de trabajo del niño son deficientes, evita competir cuando sabe que los adversarios son más fuertes. Se siente mediocre.

*Niñez Media: Cuarta Edad,* de los once años, esta edad corresponde a la Etapa de Latencia de la teoría de Freud.

*5.-Identidad Vs. Confusión de Identidad: Virtud: la fidelidad.*

*Identidad:* existe seguridad de Sí Mismo, ensaya diferentes roles, busca aprender, sigue un líder, comprometiéndose ideológicamente, busca su pareja de sexo opuesto.

*Vs.*

*Confusión de Identidad:* existe falta de claridad ante Sí Mismo. Se fija en algunos roles, y en algunos trabajos; hay confusión bisexual, ante la autoridad y los valores.

*Pubertad y Adolescencia: Quinta Edad,* de los doce hasta los veinte años.

*6.-Intimidad Vs. Aislamiento: Virtud: amor.*

*Intimidad:* existe la capacidad para entregar el yo a los demás.

*Vs.*

*Aislamiento:* evita la intimidad, es promiscuo, se aísla y destruye todo aquello que considera peligroso.

*Juventud: Sexta Edad.*

*7.-Fecundidad o Creatividad Vs. Estancamiento: Virtud: preocupación por otros.*

*Fecundidad o Creatividad:* existe productividad, canalizando hacia Sí Mismo y los demás; placer y orgullo en la paternidad.

*Vs.*

*Estancamiento:* excesivo egocentrismo, no es productivo y se vuelve sumamente autoindulgente.

*Madurez: Séptima Edad.*

*8.-Integridad Vs. Desesperación: Virtud: la sabiduría.*

*Integridad:* aprecia su pasado, presente y futuro, aceptando su ciclo vital y su estilo de vida.

*Vs.*

*Desesperación:* considera el tiempo corto, no halla sentido a la existencia humana, ha perdido la fe en Sí Mismo y en los otros.

*Edad Adulta Ultima: Octava Edad.*

La búsqueda de identidad es una búsqueda de toda la vida, la cual se enfoca durante la adolescencia y puede repetirse de vez en cuando durante la edad adulta. Erikson enfatiza que este esfuerzo por encontrar un sentido de Sí Mismo y del mundo es un proceso sano y vital que contribuye a la fuerza del ego del adulto. Los conflictos que involucran el proceso sirven para estimular el crecimiento y el desarrollo.

Erikson ve el enamoramiento entre adolescentes como el camino hacia la identidad. Al lograr intimar con otra persona y compartir los pensamientos y los sentimientos, el adolescente ofrece su propia tentativa de identidad, la ve reflejada en el amado y es más capaz de aclarar su Yo. (Papalia 1993)

Estos dos autores, Allport y Erikson, señalan la importancia del desarrollo biológico social de las personas para que puedan integrar un concepto de Sí Mismo favorable.

L'Ecuyer (1981), ha descrito la evolución longitudinal del Yo en seis fases sucesivas:

a) La primera fase, entre 0 y 2 años, es la emergencia del Yo, comprendiendo la formación de una imagen corporal, entendiendo que la percepción del Yo deriva de la percepción del propio cuerpo.

b) La segunda fase, de 2 a 5 años, es la afirmación del Yo, en la que se construyen las bases reales del autoconcepto, proceso seguido a través del desarrollo del lenguaje y del uso del Yo y del Mí, en base a los efectos de la interacción social.

c) Entre los 5 y los 12 años se produce la expansión del Yo, coincidiendo generalmente con el contacto de las experiencias escolares y la percepción y adaptación de nuevas formas de evaluar las competencias y aptitudes, así como de los nuevos intereses.

d) La cuarta fase de 12 a 18 años, supone la diferenciación del Yo, en la que prepondera la imagen corporal y la precisión en las diferenciaciones apreciadas durante la adolescencia. Se producen modificaciones en la autoestima, revisándose la propia identidad, aumentando la autonomía personal y dando lugar a nuevas percepciones del Yo, así como a nuevas ideologías.

e) Entre los 20 y 60 años, se desarrolla la madurez del Yo; siendo interpretada esta fase por algunos psicólogos como una meseta en la evolución de la persona, para otros es una etapa muy propicia a cambios abundantes.

f) La última fase sería la comprendida entre los 60 y los 100 años, en la que el Yo longevo intensifica el declive general, derivando en un autoconcepto negativo, siendo también negativa la imagen corporal debida a la disminución de las capacidades físicas. Suele

producirse una pérdida de identidad, acompañada de baja autoestima y descenso de las conductas sociales.

Asimismo, Harrocks señala que en el autoconcepto influyen algunos factores que son los siguientes:

1.-*Estructura Corporal*: a través de ésta, el individuo se da cuenta de la proporción de su cuerpo, misma que va a generar una actitud hacia Sí Mismo y hacia la gente que lo rodea.

2.-*Defectos Físicos*: las imperfecciones no afectan en sí mismo al autoconcepto, son más bien las frustraciones y los resentimientos que se sufren a razón de este defecto.

3.-*Condición Física*: el estado de salud afecta tanto a la apariencia personal, como la disposición anímica y como consecuencia al autoconcepto.

4.-*Vestimenta*: las prendas de vestir implican un símbolo de status teniendo así, un efecto sobre el autoconcepto, como una parte de la apariencia, llegando a afectar la adaptación social o el rechazo, pues en base a esto, podrá aumentar la confianza en Sí Mismo.

5.-*Nombre y Apodos*: de la forma en que los acepte, será como podrá causar o no un efecto sobre el autoconcepto. Cuando el individuo acepta su nombre y le gusta, cree gozar de aceptación en su grupo social, incrementándose la autoconfianza.

6.-*Inteligencia*: si una persona es incapaz de cumplir con una tarea, es probable que presente inadecuación e inferioridad o viceversa.

7.-*Patrones Culturales*: cada cultura tiene su propio patrón para la conducta de sus miembros, esperando que cada individuo desarrolle su patrón de personalidad; si rehusa aceptar los valores del grupo, se convertirá en inadaptado cultural, siendo mayor la desaprobación social y más perjudicado resultará su autoconcepto.

8.-*Influencias Familiares*: las actitudes y conducta de los padres, darán forma a la personalidad de los hijos dependiendo de sus reacciones, las cuales repercutirán en el autoconcepto, provocando seguridad o inseguridad.(Horrocks 1987)

Finalmente, se concluye que la formación del autoconcepto, es un proceso que comienza en la infancia y continúa a través de la vida, siendo en los años de la adolescencia, cuando el joven por el mismo proceso de transformación por el que atraviesa, se da cuenta de que no piensa igual que los demás, entrando en una etapa de cambios emotivos.

## II.5 PRINCIPALES ELEMENTOS DEL AUTOCONCEPTO FEMENINO Y MASCULINO

Los psicólogos sociales hablan de una personalidad femenina basada en rasgos expresivos en contraposición a los rasgos instrumentales del hombre, una, para desenvolverse en el ámbito interno privado de las relaciones interpersonales y el otro para ejercerse en el mundo externo del "hacer" orientado al logro y con fuertes sentimientos de control interno, autoafirmación, seguridad personal e independencia (DíazLoving, Díaz Guerrero 1981)(Tamayo 1982).

De tal manera que con estos elementos se va perfilando una personalidad femenina que tuvo como núcleo la fusión, la poca diferenciación, la dependencia, la pasividad y la falta de acción en la realidad extrafamiliar, rasgos bases, sobre los cuales irán influyendo una serie de factores de tipo hereditario constitucional, y/o circunstanciales neutralizando, potenciando o menguando estos rasgos primígenos y generales. Si hemos de dar crédito a los teóricos y a la experiencia, tendremos que aceptar que estos rasgos nucleares parecen ser universales y constantes en casi todas las mujeres; de manera que aún las más emancipadas, en cuanto a no aceptar desempeñar el rol que su identidad genérica les impone, tienden a tener conflictos con su estructura psíquica introyectada como definición de un ser femenino.

La mujer desarrolla a través de su vida las capacidades para el ejercicio maternal y para desarrollarlo y gratificarse con él. Internalizando, desarrollando e incorporando estas capacidades progresivamente en su estructura endopsíquica, y por la exposición constante a un bombardeo ideológico fuertemente impuesto y sancionado por el grupo social.

De manera que cuando llega a la edad de poder reproducirse y ser madre, ella ha asumido un rol subliminalmente y por la presión ideológica de la sacralización de la maternidad. (Chodorow, E. 1984), (Burin, 1987).

A nivel de la práctica de la costumbre, de la vida cotidiana se asume entonces: que una mujer en edad de procrear debe querer ser madre como punto clave de la mayor realización de su feminidad. Que siempre debe estar dispuesta a dar vida a los hijos que la naturaleza le mande, que esos hijos los debe querer y cuidar antes y por arriba de ella misma. Que ella no debe tener intereses ni inquietudes propias que interfieran con el desempeño de esa maternidad; que sus deseos y necesidades ajenas a la maternidad y al maternaje finalmente son irrelevantes, no deben existir o deben ser reprimidos, pero estos nunca por los deberes de madre, que su sexualidad debe estar siempre supeditada a la reproducción, por lo tanto ella no es dueña de su sexualidad. Su asociación emocional y sexual con una pareja debe, pues, conllevar el propósito de formar una familia como un fin último. De suerte que ella debe guardar su cuerpo para su esposo y para sus hijos, en orden de poder ejercer la maternidad con el grado de integridad moral requerida. La feminidad expresada a través del erotismo es inconcebible en el rol de madre.

La madre internamente sabe que va a ser la contenedora emocional de su marido y de sus hijos; y así se podría seguir la lista de los innumerables requerimientos, de modo que este "ideal social" de lo que una madre debe ser, se lo impone precisamente a una persona que como características básicas de personalidad no ha desarrollado una identidad precisa con una autonomía, independencia, seguridad en sí y control interno mínimo, y que tendrá sin embargo que dar contención, y seguridad e independencia a sus hijos (Lagarde 1990), (Buin 1987).

Se le impone que sea generosa, abnegada, incondicional, como condición para poder ser madre del género humano pero se le priva del derecho a ejercer este rol y estas características o cualidades por opción propia y de la capacidad de desarrollar cualidades de autonomía e independencia. Estas quizás le harán desempeñar su papel maternal de manera más auténtica y sana y no a través de una imposición interna y externa que la ha llevado a desempeñar su papel con bastante conflicto, lo que la ha hecho merecedora de grandes cuestionamientos por ser la principal gestadora de patologías psíquicas.

Pero al quedar relegada mayoritariamente al ejercicio de estas funciones maternas y las del hogar, que contienen paradójicamente en la realidad ideológica un status menor que los quehaceres del varón, o bien si llega a desempeñar otros intereses o laborales diferentes siempre debe asumir éstos en función de su primordial desempeño materno. Sus horizontes limitados y lo impuesto artificial de su rol le ha hecho devenir en la mujer conflictiva que pulpa en nuestros días y que engancha perfectamente con el tipo de personalidad masculina, lejana, con rechazo a la intimidad, al apego relacional más orientado a la acción en el mundo con todos sus retos (Bartra 1987), (Basaglia 1986).

Ya que en el aspecto emocional el varón presenta como contrapartida una identidad y un autoconcepto que tuvo que recorrer otro camino, comienza, como ya mencionamos, en la etapa edípica con la necesidad imperiosa de diferenciarse y desapegarse de la madre como un imperativo obligatorio para el desarrollo de su masculinidad. Lo cual suscita que en la etapa de la latencia despliegue una especie de masculinidad compulsiva con rasgos que incluyen un fuerte rechazo a la feminidad y a las mujeres. El haber estado sometido al dominio, dependencia, seducción y disciplina materna, propicia que posteriormente los púberes desplieguen conductas de rebelión confundiendo inconscientemente "bondad" (portarse bien) con feminidad adoptando con esas conductas de "chicos malos" como su objetivo más deseable desarrollando conductas abiertamente antisociales e incluso hasta destructivas en la adolescencia.

Al sobrevenir la adultez los varones tienen que hacer otros reajustes para empezar a afrontar las responsabilidades que les impone su rol en el mundo trocando la anterior rebeldía en caracteres dinámicos y emprendedores. Sin embargo en el aspecto afectivo inconscientemente en la mayoría tiende a persistir un sistema anti-mujeres que les provoca grandes ambivalencias frente a éstas. Muy a menudo el hombre recrea inconscientemente a sus relaciones con su pareja el fantasma de la relación con su madre, con aquella amenaza de

simbiosis y dominio de sus días infantiles y con el sentimiento reactivo interno de no volver a dejarse asimilar por ninguna otra mujer. Por lo cual es común que desplieguen conductas y actitudes de alejamiento físico y emocional como si esta necesidad de mantenerse alejado le ayudara a mantener íntegra su masculinidad; de allí de su gran incapacidad para reconocer y comunicar sus emociones más profundas y para captar y entender las de su pareja. Como si aquella temprana necesidad de separarse de la madre le hubiera encerrado desde la niñez en un tipo de relación que le impidiera la total entrega, la cercanía y la intimidad efectiva como un sistema defensivo que necesita para no ser devorado por la figura femenina (Persons 1987), (Chodorow 1984).

Como resultado de los estereotipos masculinos y femeninos tendríamos a dos seres aparentemente incapaces de entablar una relación complementaria constructiva y madura ya que sus bagajes psíquicos típicos tendrían a ser marcadamente incompatibles, una buscando la simbiótica preedípica relación con la madre y el otro tratando de reunir una cercanía demasiado amenazadora (que sólo tolera en la etapa del cortejo, del enamoramiento, pero que no puede conservar en el transcurso de una relación permanente).

## **II.6 AUTOCONCEPTO Y REPRODUCCION. LA INFLUENCIA DEL ROL Y EL EJERCICIO MATERNO EN EL AUTOCONCEPTO FEMENINO.**

Debido al estilo de estructura familiar nuclear en la cultura occidental patriarcal, donde las condiciones sociales hacen que la mujer sea la única y exclusiva encargada del cuidado de los hijos se reproducen en cada generación las cualidades diferenciales de las personalidades femeninas y masculinas (Linton 1986), (La rosa 1986).

Las actuales corrientes psicoanalíticas de las relaciones objetales (especialmente desde el enfoque feminista) dan cuenta que el fenómeno de estructuración de las personalidades sexuales se hace en razón de la temprana relación con la madre. No se trata pues de meros procesos de aprendizaje cognitivos o de identificación consciente de las pautas, rasgos y roles impuestos por el sistema sexo/género de la sociedad.

En la práctica analítica se ha percibido que el trato, cuidado y experiencia de la madre para con el bebé por ser éste varón o hembra varía de tono, matiz y calidad. La madre, por encontrarse generalmente en el ámbito del hogar sola, con la responsabilidad casi total del cuidado de los hijos (sobre todo cuando son muy pequeños) tiende a vincularse y fusionarse indiferencialmente mucho más con la niña que con el niño debido a varios factores.

Esta madre que a su vez fue criada por otra mujer tiende a activar, incluso de manera inconsciente, toda una serie de actitudes, tendencias, creencias, conflictos, propios de su estructura psíquica femenina en el trato relacional con sus hijos desde el momento de su nacimiento. Se va a convertir en el primer objeto a través del cual el infante humano (en su relación con él) se va a transformar en persona, pues es a partir de aquí, de donde va a ir

construyendo su diferenciación Yoica a través del cuidado y la satisfacción de sus necesidades primarias. (Langer 1983)

Ahora bien toda la serie de frustraciones y ambivalencias inevitables surgidas en esta etapa oral de desarrollo, con su correlato de una serie de funciones y de mecanismos defensivos van a constituir la primitiva estructura psíquica del sujeto (Freud, a. 1990)

La madre, en general, por muy amorosa que sea, es causante tanto en niños como en niñas, de sensaciones placenteras y displacenteras en esta etapa, de sentimientos agresivos que tienden a ser reprimidos, constituyendo fantasías inconscientes dicotómicas sobre la imagen de la madre como mala, omnipotente, satisfactoria, temible, amenazante y buena. Sentimientos también amenazantes que se tienden a reprimir en tanto tienen como objeto a la persona de la cual depende la supervivencia misma. La influencia de esta conflictiva, aunada a otros procesos madurativos psicológicos que se van dando, va propiciando la separación, diferenciación, individualización y creciente independencia de ese yo y de ese pequeño en formación (Chodorow 1984), (Bleichmar 1985)

Pues bien, se ha querido demostrar, cómo esta relación primaria con la madre, en las niñas contiene un apego, fusión, ambivalencia y conflicto mayor que en los niños. Es mucho más intensa y prolongada. Ya que el niño por el hecho de pertenecer al sexo contrario, no obstante también su gran necesidad de la madre, no se fusiona tanto con ella. Además pronto entra en otro tipo de relación donde cambia la oposición por la diferencia sexual, ya que en el apego sexualiza resolviéndolo a través del Edipo- etapa en la que también empieza a descubrir cómo a las mujeres se les considera en varios aspectos fundamentales inferiores a los hombres lo cual le lleva a no querer ser criado como mujer de modo que rápidamente comienza a identificarse con el género que representa el poder y el mayor status social, tratando de homologar sus conductas y actitudes a los del padre como una defensa a la identificación y al apego materno (Freud, A. 1990).

La niña entra al Edipo más tardíamente y entra todavía con un gran apego preedípico a la madre con características más primitivas en tanto identificada y fusionada con ella. No obstante desarrolla conjuntamente el apego edípico igual que el niño, agregando a esto su vuelco hacia el padre, quien viene representando el papel de un gran libertador, de la única vía posible para conseguir una separación e independencia de la madre.

El padre como agente catalizador proporciona más activamente su orientación heterosexual, que la hará orientar su libido a los hombres, aparte de toda la ambivalencia conflictiva que se gestó en la etapa preedípica.

De allí que los conflictos endopsíquicos y la complejidad relacional en la niña sean mayores y diferentes a los del niño.



La diferenciación psíquica sexual queda así conformada en las niñas con una orientación del objeto heterosexual (según estos autores no muy precisa) y aparte con una ligazón emocional a la madre que va a persistir en sus posteriores relaciones objetales.

Conviene remarcar que el papel tardío del padre aún cuando es determinante para el desarrollo de la heterosexualidad, es muy secundario en influencias porque estuvo ajeno a la formación del self primario, donde sólo imperó la figura materna en ambos sexos.

Como consecuencia de todo esto las niñas se van a experimentar como entidades menos separadas, con fronteras del Yo más permeables y se van a tender más fuertes para experimentar las necesidades y los sentimientos de los demás como si fueran propios y a fusionarse y buscar la identidad en esa intimidad con los demás.

Para los varones la separación e individualización están estrechamente vinculados a la identidad sexual puesto que la separación con su madre es esencial para el desarrollo mismo de su identidad.

Mientras que en la identidad femenina la separación no fue el elemento que contó para su definición, sino el apego, la tendencia a lo relacional y a la intimidad con los demás. Y como se puntaba más atrás en esto se inserta la tendencia a la maternidad. La maternidad concierne no sólo a la reproducción de los hijos sino a la reproducción de la sociedad; el ejercicio de lo maternal reproduce también nuevas madres.

En toda su vida relacional con la madre (externa e interna) la niña va desarrollando su feminidad y en el centro mismo de ésta está la maternidad, el ejercicio de lo maternal.

La niña va dependiendo a ser “de” y “para” los otros. Aprenderá pronto que será definida como la hija “de”, o la madre “de” y todo en función de poder llegar a ejercitar esta maternidad internalizada.

En el curso de esta relación se produjo la interiorización de la madre por la hija. La madre internalizó en ella su propia feminidad y la feminidad ideal prevaeciente en su mundo. Este es uno de los grandes deberes de la madre para con la hija, la sociedad y con el mundo: convertir a esa hija en una mujer.

La feminidad es una diferencia cultural históricamente determinada que va a caracterizar a las mujeres a partir de su condición de género, el cual es asignado a partir de una señal: el cuerpo sexuado femenino. (Gotwald, Holtz 1983).

Este cuerpo, por llevar en sí la capacidad para gestar, tiene que aprender a ser tratado en forma diferente, con ciertos deberes y tabúes propios para las mujeres.

De modo que el lugar que la mujer va a ocupar en el mundo está determinado por su cuerpo y en ese proceso de internalización y aprendizaje, se aprende la "cultura específica" de las mujeres (Basaglia 1986, 1985).

Por otro lado es necesario apuntar la diferencia que se da entre la femineidad vivida y la idealizada, pudiendo existir una gran contradicción entre ambas. Ya que la vivida, la real, cambia constantemente (por necesidades propias o del medio) en tanto que la ideal no, ésta suele ser más permanente e inmodificada (salvo después de grandes periodos de tiempo) pero curiosamente, por lo que se evalúa toda mujer es por el ideal dominante, el cual es valorado, sostenido e impuesto por las instituciones sociales contenedoras de la ideología y del poder.

El ideal impone, asigna una serie de características, renuncia, sumisiones que resultan difíciles de cumplir sin que la mujer se anule por completo como persona.

Sin embargo como fue transmitido por la madre y ésta fue incapaz de separar la enseñanza de lo que ella era en sí misma, como si femineidad, apego y amor a la madre fueran en paquete, entonces el separarse del ideal es experimentado como si se estuviera traicionando a la madre misma (a la sociedad) (Lagarde 1990).

### **II.6.1 AUTOCONCEPTO EN LA MADRE EMBARAZADA**

Como se ha visto el ser madre es el contenido esencial y el punto de llegada, la meta de la femineidad, entonces podemos mencionar lo que significa para una mujer en condiciones normales óptimas cumpliendo en esta sacralizada función a través de un embarazo.

Por presiones internas y externas la mujer viviendo en pareja rápidamente desarrolla la necesidad de convertir esa asociación en familia. Internamente parece ser que la mujer para cubrir y recrear su necesidad relacional de apego a la madre, (que la figura del hombre por lo general no tiende a satisfacer por el lugar que ocupa en la constitución edípica de las mujeres y por sus propias dificultades para la intimidad) la va hacer buscar en el hijo la satisfacción de esa necesidad (Burin 1987)

La maternidad se puede dar desde una explicación bioevolucionista, donde las mujeres son las progenitoras primarias. O bien se supone que la división sexual del trabajo fue la más primitiva y se ha limitado a perpetuarse; de cualquier forma, el modo de reproducción del ejercicio de la maternidad es inmutable y mantiene la forma de su temprano origen.

Heffner (1980) especifica que los sentimientos positivos que la mujer siente en la maternidad no son innatos, sino simplemente un manejo de la sociedad como parte de la explotación de la mujer, quien siente que estos sentimientos son sinónimos de debilidad.

Loreto (1961) dice que la mujer mexicana tiene un temperamento maternal, que para sentirse satisfecha sólo desea cumplir su misión de madre y de esta manera justifica su existencia, está llena de amor por los hijos, en quienes se proyecta. (Vite San Pedro 1986).

Si la mujer se ve diferente, de la madre que quería ser a la madre que realmente es, surge un sentimiento de haber fracasado con sus hijos y consigo misma. Muchas madres sienten culpabilidad pues piensan que pueden ocasionar un gran daño a su hijo. Por supuesto que las madres en un principio se sienten incapaces pues también es una profesión.

El bebé es por completo dependiente a nivel fisiológico y psicológico y las facultades adaptativas de su Yo carecen de desarrollo, donde la madre constituye "un medio proveedor total". No solamente se cubren las necesidades fisiológicas, sino que la madre y sus cuidados resultan cruciales para que el bebé desarrolle su capacidad eventual de manejar la angustia y de controlar sus instintos.

La madre está obligada a saber cuándo y cómo empezar a permitir que el niño se diferencie de ella, a permitir que las capacidades propias del bebé empiecen a asumir algunas funciones, despertando comúnmente algunas ambivalencias de él respecto a ella y de forma voluntaria surge un rechazo.

La madre debe ser sensible en cada etapa por lo que el niño necesite y sobre todo para conocer estas necesidades como la de separación, confrontándose la madre con un dilema o se vuelve sobreprotectora o cae en la "deprivación maternal".

Para Winnicott la maternidad es una "situación extraordinaria. Las madres obtienen satisfacción y cumplen las expectativas del rol materno a un nivel fundamentalmente distinto de experiencia, distinto al de cualquier otro tipo de relación humana".

La relación entre ambos (madre e hijo) los gratifica, el buen ejercicio materno se efectúa gracias a la empatía, la identificación primaria y experimentando al bebé como continuo con el self propio y no como separado.

Benedek, afirma que la relación se centra en un orden oral y alimenticio para ambos. Christine Olden sostiene que la madre, durante las primeras semanas de vida del bebé "se anula a sí misma y se hace una con él". La gratificación del bebé es así una autogratiación pues sus intereses son idénticos. (Chodorow 1986).

La madre se identifica con su propia madre e intenta ofrecer cuidado nutricional a su hijo. Al mismo tiempo vuelve a experimentarse como niña maternal cuidada; de este modo comparte con su niño la posesión de una buena madre. La madre, puede atender las más tempranas necesidades del bebé, pero después retirarse y sentirse rechazada y actuar de modo frustrante cuando su hijo da señales de independencia o comportarse totalmente a la inversa, pues depende de sus propios recuerdos y asociaciones infantiles.

Freud decía “que las mujeres alcanzarían el amor objetal verdadero, no en sus relaciones heterosexuales con los hombres, sino a través de sus relaciones con sus hijos, por ser éstos, a un tiempo, parte de ellas mismas y seres separados”.

La mujer a través de su desarrollo psíquico y emocional, ya apuntado, queda con la tendencia a permanecer ligada a la relación preedípica con su madre, de manera que esto se traduce en cierto interés inconsciente por reactivarla, y la posibilidad de poder hacerlo a través de su hijo (en su fantasía inconsciente) la hace desear y gozar con la idea de la maternidad.

Esto por lo que toca a las necesidades internas, pero externamente existe una presión ideológica muy fuerte que pesa sobre cada mujer en edad y en condiciones de procrear. La cultura sobrevalora el hecho genitor de la maternidad, sacralizándola y pugnando por que cada mujer cumpla con su maternidad permitiéndole tácitamente toda una retribución compensatoria de status social y emocional de veneración, dignidad, afecto y cuidado ulterior por cumplir con este sagrado papel.

En la interioridad de toda mujer embarazada viven pues en mayor o menor grado todas estas expectativas.

Aparte de que el ideal de feminidad depositado en la mujer-madre incluye una serie de valores tan altos que para cualquier mujer resulta una tentación el poseerlos y ser identificada con ellos por el sólo hecho de cumplir con la procreación y el cuidado de los hijos. O sea, se propende a tener la fantasía de que por el hecho de engendrar hijos y cuidarlos (bien o mal) se va a alcanzar la alta investidura moral de esa imagen idealizada de la madre, la cual contiene la siguientes características (Lagarde 1990)

1.- La Madre es un ser que vive para los demás. Su propio deseo y necesidad es vivir sirviendo y cuidando vitalmente a los otros.

2.- Es absoluta y permanentemente “dadora”. Da su cuerpo en el embarazo. Da alimento en la lactancia y en la vida posterior de la familia. Da cuidados y atención constantes sin los cuales los hijos no sobrevivirían en edades tempranas y no se formarían ulteriormente. Da ternura, comprensión, solidaridad y contención emocional.

3.- Con una capacidad para desprenderse de todos sus bienes reales y simbólicos en favor de sus hijos (quitándose la comida de la boca, renunciando a los deseos propios, amando, escuchando, etc.)

4.- Con una capacidad de renuncia incluso a la vida autónoma; como una especie de renuncia al propio Yo, para poder ser siempre “para alguien”. Con una gran habilidad para ser “ocupada” por los otros.

Una madre debe deserotizar su cuerpo, anestesiarlo en función del desempeño de esa maternidad sin límites.

No debe tener intereses ajenos que intercedan con el cuidado de su esposo e hijos.

5.- La madre es la lengua de la cultura.

Se da todo un hecho humanitario y civilizado a través de la lengua materna. Ella establece un orden frente al caos del infante desde el momento de nacer, ayudándole a gestar un orden interior un yo, siendo su yo auxiliar en tanto se hace persona.

6.- Y todo esto lo debe hacer de manera invisible, incondicional y "naturalmente".

¿Quién se podría resistir a la tentación de obtener semejante estatura moral?. Si todo este status moral y social se alcanzara sólo con la maternidad y aparte existe una necesidad de hacerlo para realizar el plan interno que se trae como identidad femenina, además en todas las presiones del propio medio familiar y social. ¿Cómo sustraerse pues a esta necesidad de asemejarse y sumir este ideal máximo de feminidad?.

Toda mujer que por estructura de personalidad y por cuestiones circunstanciales no se haya desarrollado de manera diferente a lo normal, sin ningún otro tipo de realización personal que realmente la satisfaga, y toda que sí lo haya hecho, y entre ambas, otra amplia gama que llene el espacio, van a tender en algún momento de sus vidas a querer ejercitar su maternidad. Unas de manera más tradicional con menor conflicto con el rol, las otras con mayor flexibilidad, quizá más renuentes a asumirlo totalmente, con todas las características descritas. Pero muy pocas se querrán perder de esta experiencia por decisión propia.

Por lo tanto todas estas implicaciones mencionadas van a estar influyendo a la hora de cursar un embarazo. Este puede considerarse como un episodio que brinda la oportunidad de un desarrollo psicológico, en tanto implica un tiempo y un estado propicio para que se revisen y superen una serie de conflictivas no resueltas, pues ya se ha hecho mención de que en el curso del embarazo se puede reactivar la identificación con la madre en sus funciones maternas.

Esta situación no implica necesariamente entrar en conflicto con el rol maternal internalizado sino al contrario, permite la posibilidad de poder ejercitar para lo que se ha estado preparando psíquicamente toda la vida.

Así pues el embarazo adquiere gran valor en la vida procreativa de la mujer pues alude a una etapa de ajuste y de mayor madurez dependiendo por supuesto de la conjugación de una serie de factores, como serían la estructura de personalidad previa, el estado de madurez y emocional alcanzado, una relación de pareja estable y armónica o no; la

asunción del rol maternal con mayor o menor grado de conflictos, la presencia de otros apoyos familiares, la posición económica, etc. (Morales 1989).

Implica por tanto una serie de ajustes fisiológicos y psicológicos cuyo desenlace va a depender de los factores mencionados. Es común sin embargo, encontrar cierto grado de ansiedad por preocupaciones sobre la salud personal y del producto: cierta depresión si se han tenido que limitar las actividades acostumbradas y ciertas modificaciones del autoconcepto y en las que toca a la imagen corporal y de sí misma, por toda la serie de alteraciones físicas y sociales que en general se están experimentando. (Morales 1989).

En general en nuestro medio es tan fuerte la concepción ideológica con connotación positiva sobre la maternidad, que el embarazo suele conllevar una mejora en el autoconcepto, no obstante todas las molestias físicas, los ajustes emocionales y sociales enunciados.

## II.7 ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE EL TEMA

Tschirhart y Donovan, en 1985 publican su libro "Women & Self Esteem", en el cual mencionan que han hecho estudios que muestran repetidamente patrones muy preocupantes en mujeres. Falta de autoestima, inhabilidad para poder controlar su vida, vulnerables a la depresión, tendencias a verse a sí mismas como menos capaces de lo que en realidad son.

La exploración de la autoestima y experiencia con las mujeres descansa, para estas autoras, en cuatro premisas.

Primera: la baja autoestima de las mujeres es el resultado de una larga opresión de la cultura de dominación del hombre en la sociedad.

Segunda: la baja autoestima es el detonador de muchos de los problemas psicológicos que plagan a la mujer de hoy.

Tercera: se ha encontrado que la baja autoestima tiene relación con el aumento de los problemas psicológicos, las mujeres se ven menos capaces, menos creativas e inútiles, con esto se facilita que siga existiendo la opresión de la mujer en un mundo dominado por los hombres.

Cuarta: el desarrollo de la autoestima en la mujer, a nivel individual, es necesario para el avance de la mujer.

Patricia Vázquez Ramírez en 1983, planteó si el autoconcepto de los hijos adolescentes variaba si vivían en un hogar integrado o solamente con su madre. Ella trabajó con 41 jóvenes hijos de madre soltera y 41 jóvenes provenientes de un hogar integrado, les

aplicó la Escala de Autoconcepto Tennessee. Sus resultados indicaron que el autoconcepto de los hijos que vivían solamente con su madre era devaluado y su autoestima baja; sin embargo esta investigación adolece de la falta de evaluación de las madres ya que hubiera resultado interesante saber si las madres solteras también poseían una autoestima baja.

En 1986 Silvia Vite San Pedro, estudió la influencia del trabajo remunerado en la autoestima de la madre, para esto hizo una comparación entre cien mujeres casadas que trabajan con hijos y cien mujeres casadas dedicadas sólo al hogar y con hijos. Asimismo se aplicó un cuestionario tipo Liker que reflejaba actitudes, creencias, sentimientos y tendencias de comportamiento con respecto a su autoestima. Sus resultados demostraron diferencias en la autoestima de las mujeres que trabajan y las que se dedican solamente al hogar, siendo más alta la autoestima en las mujeres que tienen satisfacciones laborales.

Así también, en 1987 Rosa María San Miguel y Gabriel Hernández, se interesaron en estudiar a la familia de origen y su influencia en la autoestima de la mujer mexicana. Investigaron a 45 mujeres, concluyendo que el medio ambiente donde se desenvuelve una mujer es determinante en su educación, así como el lugar de residencia de la familia y el tipo de escuela a la que pertenezca, de tal manera que estos factores influirán fuertemente en las aspiraciones de la mujer y afectarán su autoestima.

En 1988 Magaña Compean realizó una investigación bibliográfica sobre autoconcepto, adolescencia y familia, concluyendo que el desarrollo de la autoestima se encuentra vinculado con el autocónceto así como las relaciones familiares que se establecen en el hogar del adolescente.

Ma. Paulina Blazquéz se abocó en 1988, al estudio de dos grupos de mujeres; un grupo de 30 madres solteras y otro grupo de 30 madres casadas; a ellas les aplicó la Escala de Autoconcepto De Tennessee, encontrando que las madres solteras presentan un autoconcepto con más problemas debido a la situación familiar y la presión social.

# CAPITULO III METODOLOGIA



### **III.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

¿Cuáles son las características del Autoconcepto de las madres de niños autistas?

### **III.2 JUSTIFICACION**

El autismo es un trastorno que encierra muchas incógnitas sin llegar a ninguna conclusión, existen varias teorías para tratar de explicarlo pero ninguna se ha podido comprobar por completo.

El mundo del autismo nos evoca raros sentimientos de opacidad. En las relaciones con autistas no se tiene esa impresión de transparencia, el niño autista no parece transmitir sus estados mentales a través de sus actos de comunicación. No es que no se comuniquen sino que se comunica pero de un modo especial.

De ahí que la educación de estos niños sea difícil y poco comprensiva para sus madres y es común que tengan miles de preguntas sin respuesta. Todo esto repercute tanto en la vida de la madre del niño autista como en la de toda la familia.

Creemos que la importancia de esta investigación radica en la madre ya que esta es la base de la familia y es la que mantiene una relación más estrecha con sus hijos, por lo que la estructura familiar depende en gran parte de ella, y se reviste a ésta como el puente de contacto entre el hijo autista, la familia y la sociedad. Su estado emocional será determinante para la educación de sus hijos, así como el progreso social, económico y cultural de la familia. Para Bobadilla y Mondragon (1987) fue importante observar cómo los padres no proveen un apoyo adecuado al hijo autista debido a sus prácticas de crianza inadecuadas y que tal vez sus características de personalidad son una respuesta hacia el problema del niño. Además ellos mismos mencionan que al parecer "las madres con hijos autistas son frías, obsesivas y de escasas relaciones interpersonales. Las madres con hijos autista tienen una inteligencia normal y se sienten más ansiosas y angustiadas que otras madres; esto último podría partir del hecho del autoconcepto que presentan, ya que se asocia a este estado emocional".

Un problema tan serio como es tener un hijo autista en casa tal vez tenga repercusión en la madre, en su forma de vivir y sentir a sus hijos y por lo tanto afecte también la estructura familiar.

Por otro lado se ha descubierto que hay poca información sobre las madres de niños autistas, los autores hablan sobre características de personalidad de los padres pero no hemos encontrado investigaciones específicas en relación estrecha con autoconcepto. Este

antecedente demuestra que es no solamente necesario sino imprescindible disponer de información actualizada y certera sobre este tema en el campo de la teoría y la práctica en nuestro país.

Forston (1993), encontró que hay un alto nivel de tensión e inestabilidad emocional, cierto grado de desajuste en las madres con hijos autistas. La patología de sus hijos es difícil de manejar especialmente por parte de ellas, pues son quienes más tiempo pasan con ellos. Además presentan alto grado de ansiedad y necesidad de ser escuchadas. Las características patológicas pudieran dar una autoestima diferente a la que pueden tener las madres con hijos no autistas y en la forma como llevan su dinámica familiar.

Sin embargo, Tustin (1987), muestra que las madres no presentan cambios en su personalidad, sugiere que quizá el autismo se presenta por causas orgánicas y la actitud de las madres no cambia ante la patología de sus hijos.

Por otro lado, también es necesario saber sobre el autoconcepto de estas madres, ya que su estado emocional influirá notablemente en la forma de crianza de sus hijos y en su relación familiar. Así comprenderlas mejor y tal vez estructurar proyectos de orientación y ayuda psicológica de soporte para ellas, sabiendo cómo se sienten y que piensan sobre sí mismas y el mundo que las rodea de una forma más objetiva y real. Esto es de suma importancia ya que las sensaciones y sentimientos por ellas serán transmitidas directamente al núcleo familiar. Con programas para las madres tendrán la oportunidad de expresar y plantear muchas necesidades internas y así podrán expresar toda la ansiedad y angustia que sienten para poder llegar a una estabilidad emocional óptima para ayudar a sus hijos autistas y sentirse bien como madre, esposa y persona.

### **III.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Es un estudio exploratorio ya que nuestro objetivo fue abordar un tema que no ha sido estudiado.

Además es también un estudio descriptivo ya que buscamos especificar las propiedades importantes de las personas, seleccionamos cuestiones y medimos cada una de ellas de forma independiente y así se describe la investigación.

Asimismo, es un estudio transversal, pues se realizó en un momento determinado y aborda diversos aspectos del tema tratado; el interés en el fenómeno se ubica en el presente.

También es un estudio prospectivo, ya que se explorarán las características del autoconcepto de madres de niños autistas y sus posibles causas.

Realizamos un estudio de campo, el cual trata de estudiar un determinado grupo de personas. Se realizó en el medio natural que rodea al individuo; al igual que será un estudio ex-post-facto.

#### **III.4 DISEÑO DE INVESTIGACION**

Fue una investigación de un solo grupo y con una sola medición, ya que éste grupo se encontró en un lugar y momento determinado, es decir, no lo manipulamos.

#### **III.5 DEFINICION DE VARIABLES**

Trabajamos con un sólo tipo de variable que es autoconcepto.

**Definición de variable:**

##### **III.5.1 Variable Conceptual**

Autoconcepto.- El autoconcepto es la percepción de sí mismo. Es la síntesis de las representaciones mentales de sí mismo en un sistema valorativo, es un proceso continuo de selección y evaluación mediante el cual se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras. Significan una fusión de representaciones mentales, provenientes de nuestra experiencia, en un sistema de apercpciones que son más o menos estables.

##### **III.5.2 Variable Operacional**

Autoconcepto.- Conjunto de respuestas que dió la madre a los reactivos de la escala de autoconcepto Tennessee, que está dividido en cinco escalas, mencionadas en el rubro de instrumentos.

##### **III.5.3 Variable Dependiente**

Autoconcepto

##### **III.5.4 Variable Independiente**

Madres de niños autistas

### **III.6 OBJETIVO**

Establecer las características del Autoconcepto de madres de niños autistas

### **III.7 SELECCION DE LA MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por 30 mamás de niños autistas de diferentes centros de tratamiento para niños autistas del D.F.

El rango de edad de los hijos autistas fue de 8 a 16 años de edad.

Dadas las características del grupo seleccionado el muestreo fue no probabilístico e intencional. Se considera no probabilístico, pues se basó en la selección en la apreciación del investigador, siendo así propositivo. Este muestreo no representa por lo tanto a toda la población de madres autistas.

### **III.8 INSTRUMENTO**

El instrumento que se utilizó para medir autoconcepto en las madres fue la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

#### **III.8.1 Descripción**

Durante los últimos años se han estado utilizando una gran variedad de instrumentos para medir la autoimagen. Sin embargo, ha continuado la necesidad de disponer de una escala que sea sencilla para el sujeto. La escala de Autoconcepto de Tennessee fué desarrollada para satisfacer esta necesidad. Puesto que la autoimagen se ha convertido en un medio tan popular y tan importante para estudiar y comprender el comportamiento humana, también se pensó que una escala adecuada para medir el autoconcepto proporcionaría el lazo que ligaría los descubrimientos que se han realizado a través de las investigaciones y el trabajo clínico.

Se ha demostrado que la imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de salud mental. Las personas que se ven a sí mismas como indeseables o "malas", actúan de acuerdo con esa idea. Las personas que tienen un autoconcepto poco realista de sí mismas, enfocan la vida y a otras personas también en forma poco realista. Aquellas que tienen autoconceptos desviados actúan en forma desviada. Así pues, el conocimiento de cómo la persona se percibe a sí misma, es muy útil para poder ayudarla a evaluarla. La escala puede usarse para una variedad de propósitos en la consulta

psicológica: evaluación y diagnóstico clínico, investigación en las ciencias del comportamiento, selección de personal, etc.

Con el propósito de evaluar el autoconcepto, Fitts (1965) inicia el desarrollo de esta escala hacia 1955, con el fin de crear un instrumento que fuera simple para el sujeto, ampliamente aplicable, bien estandarizado y multidimensional en la descripción del autoconcepto, para tratar de abarcar todas las posibilidades de posibles factores que influyen en éste.

El instrumento consta de 100 proposiciones autodescriptivas a las que el examinado debe responder en una escala tipo Likert de cinco puntos, los cuales varían entre completamente falso a completamente verdadero. A través de las respuestas del sujeto se conforma un cuadro o retrato del concepto que la persona tiene de sí misma.

Noventa de los reactivos conforman lo que es propiamente la escala. Los diez reactivos restantes pertenecen a la escala de autocrítica, la cual es indispensable del resto de las escalas.

Después de numerosos estudios con los reactivos, se desarrolló un esquema bidimensional de tres renglones y cinco columnas.

Los renglones reflejan el marco interno de referencia del sujeto. En ellos, la persona se describe a sí misma en tres categorías: Renglón 1. Identidad; Renglón 2. Satisfacción de sí mismo; Renglón 3. Conducta.

Renglón 1: se ubican aquellos reactivos que describen "lo que soy". Aquí, la persona se describe con base en la percepción que se tiene de sí mismo.

Renglón 2: el sujeto describe cómo se siente o que tan satisfecho se encuentra con respecto del sí mismo percibido (renglón 1).

Renglón 3: se refleja la percepción del sujeto respecto de su propia conducta. Comprende a aquellos reactivos que dicen "ésto es lo que yo hago", "esta es la forma en como yo actúo".

Las columnas por su parte, reflejan el marco externo de referencia a partir del cual se evalúa la persona. Las columnas se agrupan en cinco categorías: Columna A. Sí mismo físico; Columna B. Sí mismo ético-moral; Columna C. Sí mismo personal; Columna D. Sí mismo familiar y Columna E. Sí mismo social.

Columna A: el sujeto refleja la visión que tiene con respecto de su cuerpo, su estado de salud, apariencia física y sexualidad.

Columna B: describe el marco de referencia ético-moral del sujeto. Refleja la percepción que se tiene como persona "buena" o "mala", así como la satisfacción religiosa.

Columna C: se refleja la sensación del sujeto de valor personal, el sentimiento de adecuación como persona y la evaluación de su personalidad. Todo ello en forma individual, dejando de lado el cuerpo o las relaciones con otros.

Columna D: aparece la sensación de la persona de adecuación y valor como miembro de una familia. Comprende a los reactivos que hacen referencia al sí mismo en relación con su más cercano círculo de relación.

Columna E: encontramos la percepción de sí mismo en relación con otros. Es la sensación personal de adecuación y valor en la interacción con otras personas.

Además de las categorías comprendidas en los renglones y columnas, el instrumento cuenta con la escala de autocrítica, la cual es independiente de las anteriores. La escala se compone de diez reactivos que son medianamente derogatorios, en forma tal que la mayoría de las personas los aceptaría como verdaderos.

De las respuestas dadas por los examinadores a los 90 reactivos, se obtiene un puntaje total o puntaje P (total de evaluaciones positivas). Este puntaje, refleja el nivel general de autoestima. Un alto puntaje P, indica que la persona se siente satisfecha de sí misma y confiada de su persona. Los puntajes bajos, reflejan insatisfacción personal, falta de confianza en sí mismo y generalmente las personas se muestran ansiosas y depresivas. El puntaje total P, se obtiene al sumar los puntajes parciales de los tres renglones. Igual puntaje debe de obtenerse al sumar los puntajes parciales de las cinco columnas.

La puntuación de conflicto neto mide la magnitud con la cual las respuestas a los reactivos negativos, difieren o se conflictúan con sus respuestas a los reactivos positivos, en la misma área de autopercepción.

Los puntajes de conflicto, reflejan la contradicción existente entre las respuestas a los reactivos positivos y negativos, dentro de la misma área de percepción.

El puntaje de variabilidad proporcionan una medida de la cantidad de variabilidad que existe entre una área de autoconcepto a otra.

El puntaje de distribución refleja la forma en cómo el sujeto distribuye sus respuestas entre las cinco opciones que se le presentan para contestar a los reactivos. Se puede interpretar como la certeza o seguridad respecto de la manera en cómo se percibe a sí mismo.

Esta escala no requiere más instrucciones que las contenidas en la hoja inicial del folleto de reactivos. El único requisito para su aplicación es que el sujeto sea capaz de leer y comprender el significado de los reactivos. El tiempo promedio de aplicación es de treinta minutos.

### **III.9 PROCEDIMIENTO**

Se estableció el lugar y la fecha de la aplicación de los instrumentos a las 20 madres de niños autistas, de forma individual, dependiendo de los horarios establecidos por éstas.

Cuando asistió cada una de las madres a la cita, se les mencionó que necesitábamos de su ayuda para realizar una investigación sobre la situación que vive la madre y la familia del niño autista, con el fin de brindarles la ayuda necesaria.

Posteriormente se les agradeció su cooperación en esta investigación y se les especificó que los resultados obtenidos serían confidenciales y con un uso puramente de investigación, así que no hubo necesidad de que escribieran su nombre y se les pidió que fueran sinceras al contestar.

A continuación, a cada madre se le entregó el cuestionario sociodemográfico y un lápiz, se les pidió que lo contestaran con letra clara y legible. En seguida, se les dió el cuestionario de Autoconcepto. Las instrucciones de llenado se presentaron en la primera hoja de cada cuestionario, además se les leyeron por si existía alguna duda en su contestación.

Se esperó a que realizaran el llenado de forma individual y que entregaran los cuestionarios (Sociodemográfico y de Autoconcepto), por lo que no hubo tiempo límite.

Finalmente, se les agradeció por su cooperación y se les preguntó si en caso de ser necesario, podrían darnos otra cita; esto por si consideramos que nos hicieran falta datos ya sea de los cuestionarios o de los relatos.

Posteriormente se calificó y analizó los resultados estadísticamente, utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), de donde se obtuvo una Estadística Descriptiva analizando las medidas de tendencia central (modo y media) y de dispersión o variabilidad (desviación estándar), asimismo se realizó un análisis de frecuencias.

Finalmente se llegó a una discusión para poder escribir las conclusiones.

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS**

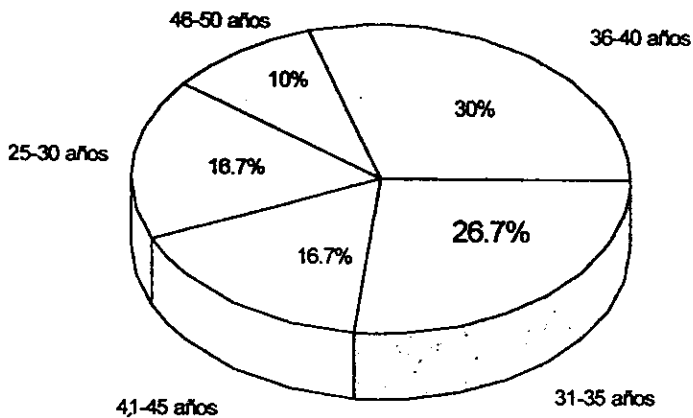


Como resultado del tratamiento estadístico de los datos se describen y esquematizan los resultados obtenidos por el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), donde se obtuvo una Estadística Descriptiva, analizando medidas de tendencia central (media, modo y mediana) y de dispersión o de variabilidad (desviación estándar), asimismo se hizo un análisis de frecuencia y de porcentajes.

A continuación se presentan los resultados del cuestionario sociodemográfico y de la Escala de Autoconcepto Tennessee:

# GRAFICA 1

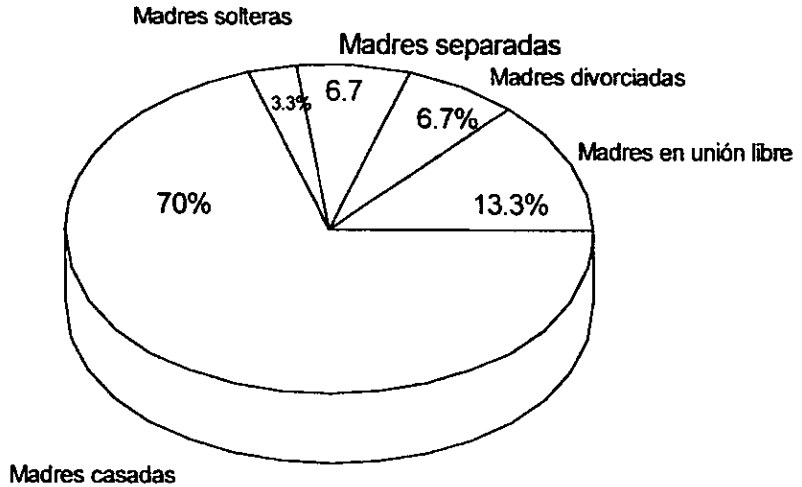
# EDAD DE LAS MADRES



La muestra estuvo conformada por 30 madres de niños autistas, encontrando una media entre 36 y 40 años de edad con un porcentaje de 30% y una frecuencia de 9; el porcentaje siguiente fue de 26.7% que ocuparon las madres de 31 a 35 años con una frecuencia de 8, posteriormente el 16.7% fue ocupado por las madres de 25 a 30 años de edad con una frecuencia de 5, asimismo el 16.7% osciló de los 41 a los 45 años con una frecuencia de 5, finalmente el menor porcentaje fue de 10% ubicado en el rango de edad que va de los 46 a los 50 años y con una frecuencia de 3. Se obtuvo una desviación estándar de 1.223.

## GRAFICA 2

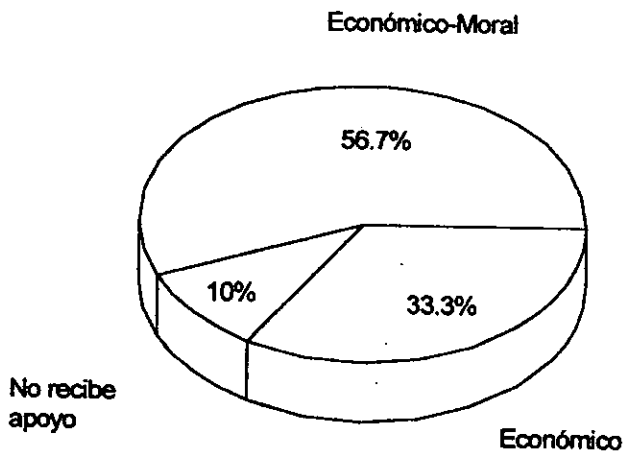
## ESTADO CIVIL



En la gráfica se muestra el estado civil de nuestro grupo donde la media que se obtuvo fue de madres casadas con un porcentaje de 70% y una frecuencia de 21; el 13.3% lo ocupan las madres que viven en unión libre con una frecuencia de 4; el 6.7% son madres divorciadas con una frecuencia de 2, otro 6.7% están separadas con una frecuencia de 2 y finalmente el 3.3% son madres solteras teniendo una frecuencia de 1. La desviación estándar encontrada fue de 0.935.

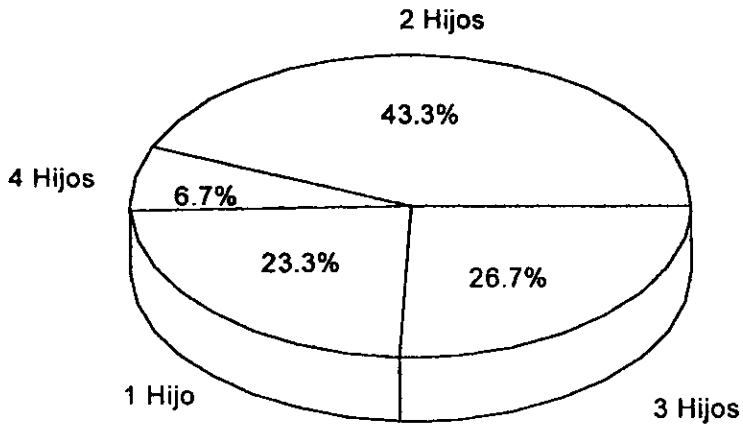
### GRAFICA 3

### RECIBE APOYO DE PARTE DE SU PAREJA



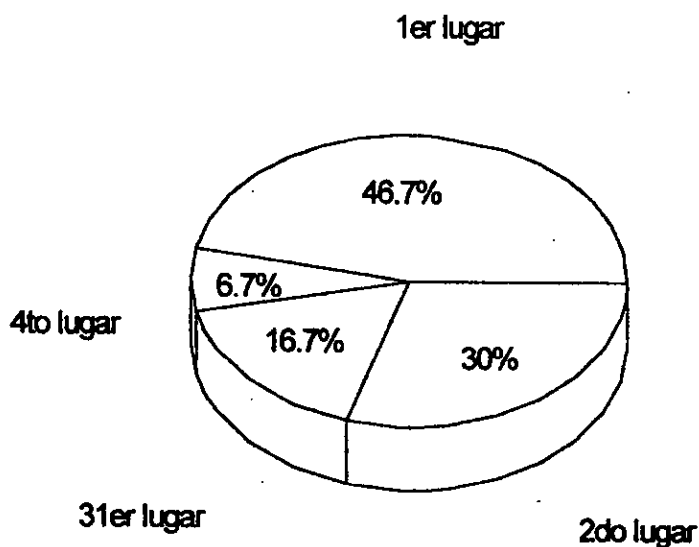
En cuanto al apoyo que reciben de sus parejas se encontró que la media reciben un poyo económico y moral por parte de sus parejas con un porcentaje de 56.7% y una frecuencia de 17, mientras que el 33.3% de éstas madres recibe sólo apoyo económico con una frecuencia de 10 y el 10% restante lo ocupan las madres que no reciben apoyo alguno con una frecuencia de 3. Teniendo una desviación estándar de 5.341.

## GRAFICA 4      NUMERO DE HIJOS



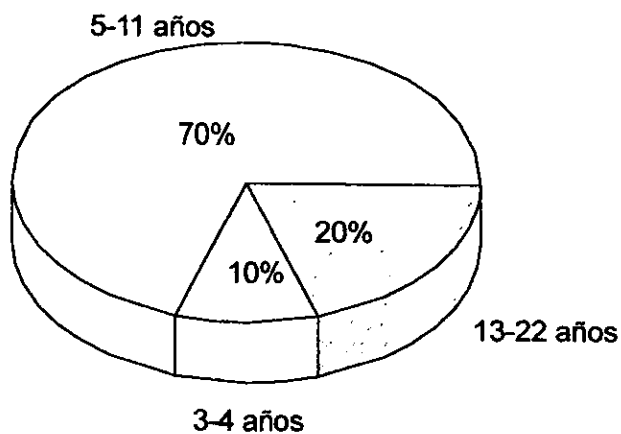
La media del número de hijos que estas madres tienen es de 2 ocupando el 43.3% de la muestra con una frecuencia de 13, el 26.7% tiene 3 hijos con una frecuencia de 8, el 23.3% tiene sólo un hijo (autista) con una frecuencia de 7 y el 6.7% tiene 4 hijos con una frecuencia de 2. Teniendo una desviación estándar de 0.874.

## GRAFICA 5 LUGAR DEL HIJO AUTISTA



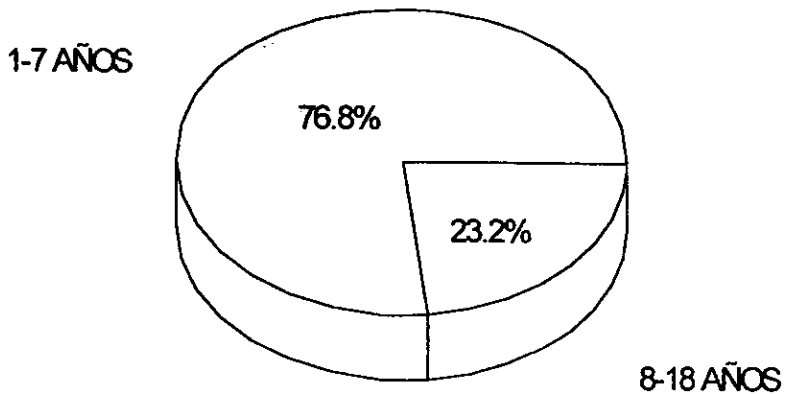
El lugar que ocupa el hijo autista es el primero de acuerdo a la media con un porcentaje de 46.7% con una frecuencia de 14, el 30% de estas madres tienen como segundo hijo al niño autista con una frecuencia de 9, el 17% lo tienen en tercer lugar con una frecuencia de 5 y 6.7% en cuarto lugar con una frecuencia de 2. Con una desviación estándar de 0.950.

## GRAFICA 6      AÑOS DEL NIÑO AUTISTA



El 43.3% de las madres de niños autistas de la muestra tuvieron como primogénito a un hijo varón autista, el 20 % tuvo un varón autista no como primogénito, pero siendo el primer hombre; el 26.6% tuvieron al hijo autista seguido de un hijo varón "normal" y el 10% restante tuvieron una hija autista.

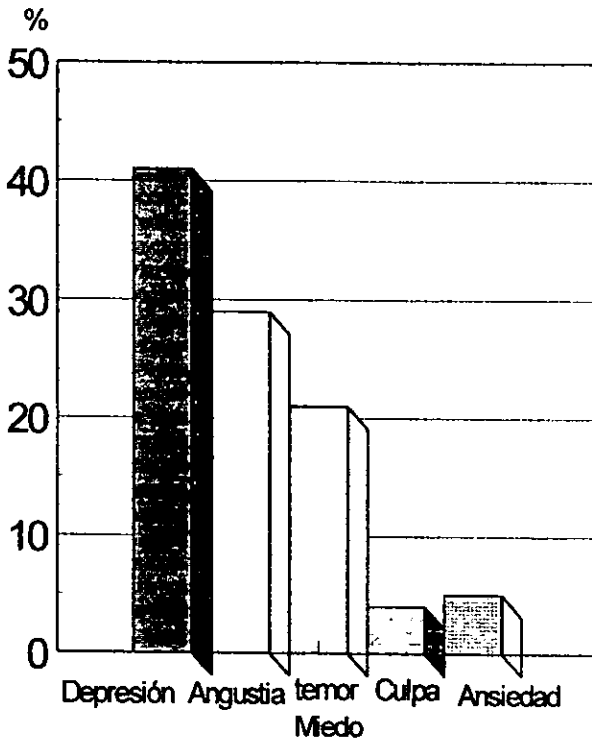
# GRAFICA 7 EDAD DE DIAGNOSTICO



El diagnóstico de autismo que se dio a las madres de estos niños fue entre las edades de 1 a 7 años con un porcentaje de 76.8% y una frecuencia de 23, y el 23.2% de 8 a 18 años con una frecuencia de 7, obteniendo una media de 3.5 años de edad de los niños y una desviación estándar de 4.203.



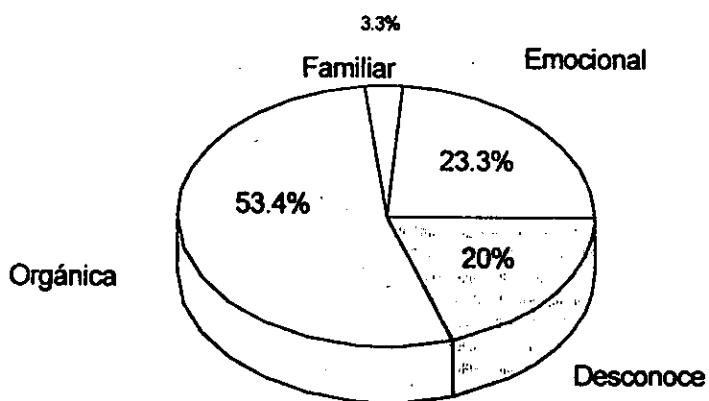
## GRAFICA 8 REACCION DE LA MADRE AL RECIBIR EL DIAGNOSTICO



En la gráfica se presenta el tipo de reacción que tuvieron las madres de niños autistas al recibir el diagnóstico de autismo de sus hijos. Como se puede observar el 41% de las madres de la muestra sintió depresión, el 28% angustia, el 21% culpa, el 4.9 ansiedad y finalmente el 4.2 temor y miedo.

## GRAFICA 9

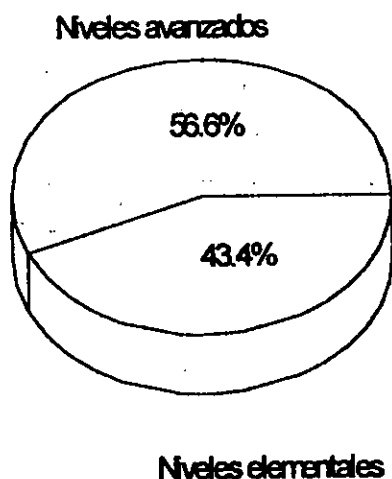
## CAUSAS DEL PADECIMIENTO



Las madres de niños autistas de nuestra muestra opinaron que la causa del trastorno es orgánica, siendo esta la media con un porcentaje de 63.3%, el 23.3% opinó que la causa es emocional, el 20% desconoce y el 3.3% opina que es por causas familiares.

## GRAFICA 10

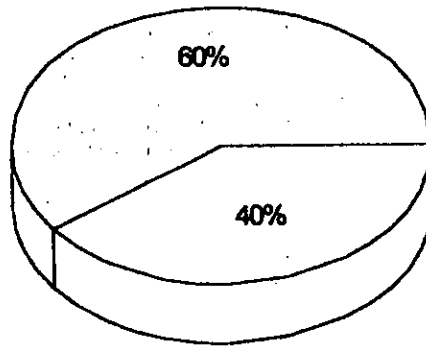
## ESCOLARIDAD DE LA MADRE



En lo que se refiere al nivel escolar se encontró que el 56.6% de las madres tienen un nivel avanzado de escolaridad con una frecuencia de 17, el que incluye preparatoria y Universidad y el 43.4% restante tiene un nivel escolar elemental con una frecuencia 13 en el que se encuentra primaria, secundaria y comercio. La desviación estándar fue de 2.468. Del 70% de madres de niños autistas que trabaja el 43.3% tiene una escolaridad avanzada y el 26.6% una escolaridad elemental.

# GRAFICA11 ¿TRABAJA LA MADRE REMUNERADAMENTE?

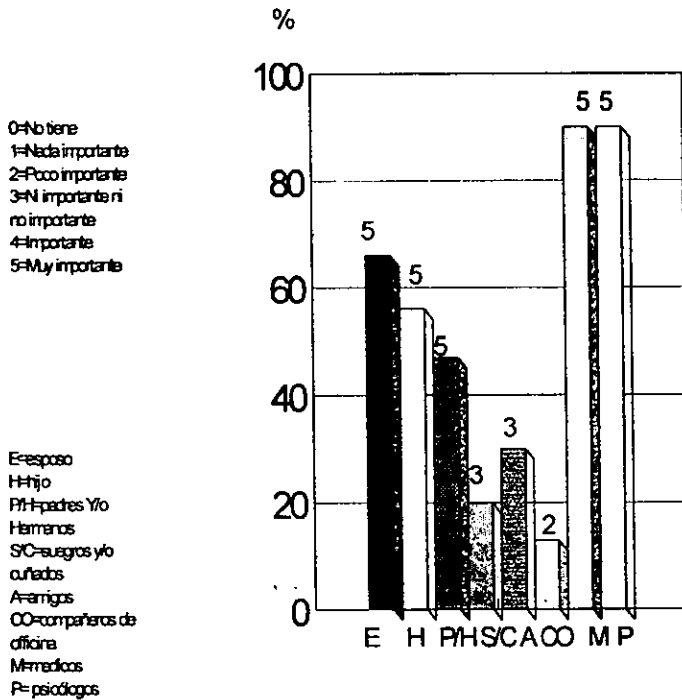
Trabajo No remunerado



Trabajo Remunerado

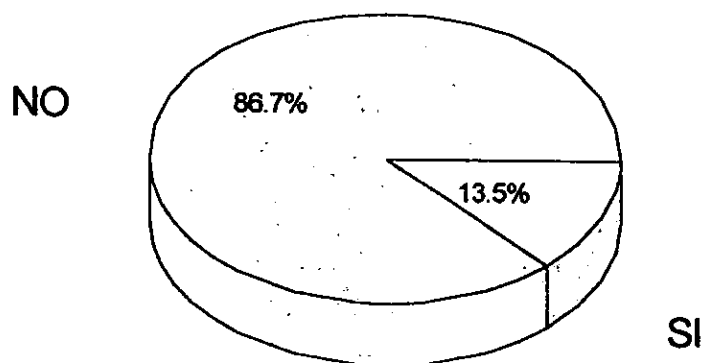
El porcentaje de madres que no tienen un trabajo remunerado es de 60% con una frecuencia de 18 y el 40% restante con una frecuencia de 12, si tiene un trabajo remunerado. Teniendo una desviación estándar de 0.498.

# Grafica 12 OPINION DE LA GENTE CERCANA A LA MADRE ACERCA DEL AUTISMO



En cuanto a las respuestas que las madres dieron sobre la importancia que representa la opinión en relación al padecimiento de su hijo de personas relacionadas con ella, las madres con hijos autistas estuvieron de acuerdo en señalar como muy importante la opinión de médicos (90% con una frecuencia de 27), psicólogos (90% con una frecuencia de 27), su esposo (66%, con una frecuencia de 20), hijos (56.7% con una frecuencia de 17); padres y/o hermanos (46.7% con una frecuencia de 14), con menos importancia están los suegros y/o cuñados (20% con una frecuencia de 6), amigos (30% y una frecuencia de 9) y compañeros de oficina (13.3% con una frecuencia de 4).

## GRAFICA 13 ¿RECIBE TERAPIA LA MADRE ?



En la gráfica se observa que el 86% de las madres de la muestra no asisten a ningún tipo de terapia, teniendo una frecuencia de 26 y el 13.3% asiste a algún tipo de ayuda psicológica o terapia con una frecuencia de 4, lo que marca una gran diferencia significativa.

## **V.2 Resultados de la Escala de Autoconcepto Tennessee**

El objetivo de éste estudio es el de obtener el Perfil Global de Autoconcepto de una muestra de madres de niños autistas, utilizando la Escala de Autoconcepto de Tennessee, con la finalidad de conocer, con mayor certeza, cómo se perciben a sí mismas.

Como resultado del tratamiento estadístico de los datos, se obtuvo el Perfil Global de Autoconcepto, que resumen los cuadros No.1 y No.2.

### **CRITERIOS DE SIGNIFICANCIA:**

Se adoptaron los siguientes criterios de acuerdo a la Escala de Autoconcepto Tennessee:

- 1.- Se consideran normales los puntajes T entre 46 y 54.
- 2.- Se toman como medias los puntajes T entre 41 y 54.
- 3.- Se califican como factores o características relevantes los puntajes iguales o inferiores a T 40 así como los iguales o superiores a T 60.

## **V.3 Interpretación por Escala del Perfil Global**

### **Autocrítica:**

Se encontró una media de 34.66, un puntaje T de 48 y con una desviación estándar de 6.651.

En términos generales, las madres de niños autistas presentaron una adecuada capacidad de autocrítica, con un cierto grado de defensividad ante la situación de prueba, haciendo un esfuerzo deliberado por presentar una imagen favorable de sí mismas.

### **T/F:**

Se obtuvo una media de 1.308, un puntaje T de 65 y con una desviación estándar de .964.

Este puntaje se localizó por arriba de la media lo que al parecer indica un mayor conocimiento de sí mismas.

### Conflicto Neto:

Se obtuvo una media de 19.967, con un puntaje T de 69 y con una desviación estandar de 30.066

La puntuación que se obtuvo en éste, está muy arriba de la media, lo que nos indica que estas madres sobreamplifican sus rasgos positivos en un intento por eliminar los rasgos negativos de sí mismas.

### Conflicto Total:

Se encontró una media de 46.76, un puntaje en T de 68 y la desviación estándar de 18.46.

Aquí, la puntuación que se obtuvo cayó también por encima de la media, indicando confusión, contradicción y en general conflicto en la percepción de sí mismas.

### Puntaje Total Positivo (P):

Se obtuvo una media 321.14, un puntaje T de 41 y una desviación estandar de 42.91.

Los puntajes obtenidos en esta escala demuestran que estas madres de niños autistas tienen una autoestima devaluada por lo que no se encuentran contentas con ellas mismas, sienten que son personas poco dignas y dudan de su propio valor.

Muestran una actitud de insatisfacción y de no aceptación hacia sí mismas, con frecuencia se sienten ansiosas, deprimidas e infelices y tienen poca fe o confianza en ellas mismas, es decir, reflejan insatisfacción personal, falta de confianza en sí mismas y obviamente actúan de acuerdo a esta imagen.

### Identidad Básica:

Se encontró una media de 111.03, con un puntaje en T de 33 y una desviación estándar de 18.92.

Esta escala indica que la muestra tiene una concepción minusvaluada de sí mismas, a pesar de que ellas quieran ocultar sus aspectos negativos sobreamplificando los positivos.



### Autosatisfacción:

Se obtuvo una media de 94.81, con un puntaje en T de 42 y una desviación estándar de 16.20

Las madres de niños autistas de esta muestra no están satisfechas con respecto al sí mismo que perciben y consecuentemente tienen un bajo nivel de autoaceptación.

### Comportamiento:

Se encontró una media de 108.33, con un puntaje en T de 43 y una desviación estándar de 14.25.

En esta escala, las madres de nuestra muestra piensan que lo que hacen no está bien y la forma en que actúan no es la correcta. Perciben su comportamiento como inadecuado y no están de acuerdo en la forma en que funcionan.

### Yo Físico:

Se obtuvo una media de 64.83 con un puntaje en T de 39 y una desviación estándar de 9.78.

Esta escala refleja que las madres de niños autistas de nuestra muestra, se consideran deficientes en su estado general de salud. Describen su apariencia física inadecuada, se califican como poco hábiles en los aspectos psicomotrices y tienen una visión empobrecida de su sexualidad.

### Yo Etico-Moral:

Se encontró una media de 69.53, un puntaje en T de 48, con una desviación estándar de 11.51.

Aquí la población en estudio tiene la sensación de ser personas "buenas" y están conformes con su actitud y principios morales.

### Yo Personal:

Se obtuvo una media de 62.76 con un puntaje T de 46 y una desviación estándar de 10.20.

Las madres de niños autistas de esta muestra tienen la sensación de ser más o menos adecuadas como personas y de valor como tal, independientemente de su cuerpo y de sus relaciones con otras personas.

*Yo Familiar:*

Se encontró una media de 65.43, con un puntaje en T de 42 y una desviación estándar de 9.60.

Nuestra muestra tiene sensaciones de poco valor y adecuación cuando se juzgan en relación a su círculo de seres más allegados, es decir, como miembros de un contexto familiar.

*Yo Social:*

Se encontró una media de 62.43 con un puntaje en T de 41 y una desviación estándar de 10.61.

Esta población se percibe a sí misma como inadecuada en su interacción social con otras personas, fuera del núcleo familiar.

*Variabilidad:*

Se encontró una media en la variabilidad total por renglones de 23.3, con un puntaje total de T de 53.13 y una desviación estándar de 17; asimismo se encontró una media en la variabilidad total por columnas de 30, con un puntaje de T de 51 y una desviación estándar de 11.26. En cuanto a la variabilidad total se obtuvo una media de 53.13, con un puntaje T de 54 y una desviación estándar de 17.15.

En cuanto a la variabilidad total de la muestra, nos indica que no existe una discrepancia marcada de una área a otra de la prueba.

*Distribución:*

Se obtuvo una media de 118.03 con un puntaje en T de 48 y una desviación estándar de 32.51.

Aquí, nos indica la manera de cómo el sujeto distribuyó sus respuestas entre las cinco opciones, indicándonos que las madres de niños autistas de esta muestra asumen una actitud defensiva y de reserva evitando el compromiso mediante el empleo de la opción #3 que prácticamente es neutra.

#### V.4 Síntesis Interpretativa del Perfil Global

La Imagen Global Promedio del Autoconcepto de la muestra estudiada, puede ser resumida de la siguiente manera:

Se trata de madres de niños autistas que asumen una actitud defensiva ante el estudio de diversos aspectos de su personalidad, incluyendo los más conflictivos. En ellas predominan los niveles de autoconcepto bajos, que se manifiestan como la sensación de ser rechazadas por los demás. Esto les genera ansiedad, depresión, infelicidad y poca fé o confianza en ellas mismas; y en general están conflictuadas en la percepción de sí mismas. La baja autoestima tiene tres fuentes de acuerdo a un marco de referencia interno en el que el individuo se describe a sí mismo: (a) una concepción muy infravalorada de ellas mismas, (b) una autoaceptación disminuida, consecuencia de sentirse poco contentas con ellas mismas y (c) la sensación de estar funcionando por debajo de lo que sus semejantes esperan.

Al adoptar un marco de referencia externo, se observa que las áreas de autoconcepto más deterioradas son: Yo físico, Yo Social, Yo Familiar. Prevalece en estas madres la sensación de deficiencia en su estado general de salud, una apariencia física inadecuada, poca habilidad psicomotriz y se califican pobremente en su sexualidad. Haciendo destacar sentimientos de minusvalía y un consecuente bajo nivel de autoaceptación, ya que no se encuentran satisfechas con respecto al sí mismo que perciben.

Sin embargo, cuanto estas mujeres se describen desde una perspectiva más general, juzgándose además aisladamente en su valor como individuos, se sienten más o menos adecuadas como personas, tienen la sensación de ser "buenas" y tener principios morales adecuados, así como una conducta apropiada. En sus relaciones familiares tienen sentimientos de valor y afectividad inadecuados y se perciben a sí mismas también como inadecuadas en su interacción con otras personas.

Finalmente, son mujeres que no están muy definidas y seguras respecto de lo que piensan y dicen de sí mismas, por lo que aumen una actitud defensiva, ya los puntajes de esta escala salen por abajo de la media; esto nos demuestra que las madres intentan mostrarse convencionalmente adaptado porque tal vez el enfrentarse a sus propias fallas puede causarle conflictos.

## PERFIL GLOBAL

N= 30

### CUADRO #1

ESCALA	Auto-critica	Pun-taje P	Iden-tidad	Satis-fac-ción	Con-duc-ta	Yo Fisi-co	Yo Mo-ral	Yo Perso-nal	Yo Fami-liar	Yo So-cial
$\bar{X}$	34.6	321.14	111.03	94.81	108.33	64.83	69.5	62.7	65.43	62.43
T	48	41	33	42	43	39	48	46	42	41

### CUADRO #2

DISTRIBUCION

VARIABILIDAD CONFLICTO

	D	5	4	3	2	1	To-tal	Col. Tot.	Ren. Tot.	Neto	To-tal	T/F
$\bar{X}$	118.03	18.03	16.93	22.53	9.73	20.53	53.13	30	23.3	19.96	46.76	1.39
T	48	49	38	54	38	49	54	51	56.13	69	68	65



CAPITULO V  
DISCUSION, CONCLUSION  
Y SUGERENCIAS

## V.2 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio específico el análisis estadístico que se realizó al cuestionario sociodemográfico y a la Escala de Autoconcepto Tennessee, concluimos que las madres de niños autistas de nuestra investigación tienen las siguientes características:

La edad predominante fluctuó entre 35 y 50 años lo que indica que estas madres son mujeres con edad adulta, lo cual nos dice que el autoconcepto de estas mujeres podría estar un poco más bajo debido también a su edad.

El hecho de tener un hijo autista no interviene en la relación de pareja, ya que una parte significativa de las madres de nuestra muestra se encuentran casadas y reciben un apoyo económico y moral por parte de sus parejas. Existe una mayor incidencia de autismo en el primogénito varón. El lugar que ocupa el niño autista dentro de los hijos de las madres de nuestra muestra es el primero, no limitando la procreación posterior de otros hijos.

Es de suma importancia para las madres de niños autistas la opinión de médicos y psicólogos, así como también la de su esposo e hijos; de acuerdo a nuestra experiencia al laborar en una de las instituciones que dan tratamiento a niños autistas, pudimos observar que el ambiente familiar de estas madres no es favorable ya que no existe un apoyo real por parte del padre ni de los otros hijos si es que existen. Asimismo el mayor porcentaje de estas madres no tienen un trabajo remunerado, siendo familias que pertenecen a clase baja y clase media, por lo que ellas son quienes prácticamente llevan la mayor carga de responsabilidad y compromiso con los hijos.

El mayor porcentaje de madres de hijos autistas de nuestra población no asisten a ningún tipo de terapia, aún siendo que el padecimiento de su hijo baja el autoconcepto de su madre provocándole conflictos.

En cuanto al marco interno de referencia de la Escala de Autoconcepto Tennessee el renglón que marcó menor puntaje fue la de Identidad, indicándonos que tienen un conflicto en su sí mismo; siguiéndole el renglón de conducta midiendo la baja percepción de estas madres sobre su propia conducta o de la forma en que funciona.

Las columnas, por su parte, reflejan el marco externo de referencia a partir del cual se evalúa la persona; en la muestra se encontró que el Yo físico, Yo social y Yo familiar tuvieron puntajes por debajo de la media, indicando un conflicto en la percepción de sí mismas así como también en la relación que tiene con otras personas, corroborando estos datos con los resultados que se obtuvieron del cuestionario sociodemográfico los cuales nos indicaron que son madres con pocas relaciones sociales, perteneciendo a grupos muy estrechos.

Se obtuvo un Perfil Global que nos indica que las madres de niños autistas de esta investigación se perciben a sí mismas con una apariencia física inadecuada y no están satisfechas con el sí mismo que perciben, se consideran poco hábiles en sus actitudes psicomotrices y tienen una concepción empobrecida de su sexualidad, por lo que posiblemente poseen un bajo nivel de aceptación. Todo esto les ocasiona una concepción devaluada de sí mismas, pero al mismo tiempo sobreafrican sus rasgos positivos para tratar de eliminar los rasgos negativos de sí mismas. Al parecer son personas con poca seguridad en sí mismas, que con frecuencia se sienten ansiosas, deprimidas e infelices.

## V.I Discusión

El objetivo de esta investigación fue determinar las características del autoconcepto de madres de niños autistas; después de ser aplicado el análisis pertinente, se pudieron observar datos interesantes que se describen a continuación.

Así, este capítulo se dedica a discutir ampliamente los resultados relevantes encontrados de acuerdo a la literatura revisada.

Se desarrollan dos apartados de la discusión: en el primero se hace la relación que existe entre los datos sociodemográficos y algunos autores. Posteriormente se toman en cuenta los resultados de la estadística realizada en el instrumento de autoconcepto y su relación con la teoría.

En relación con la edad, una investigación realizada por Jaquish y Ripple (1987 citados por Bee, 1987) mencionan que la autoestima es menor mientras la persona es más grande de edad, lo que parece indicar que las madres mayores de 35 años tienen una menor autoestima que las madres jóvenes. Sin embargo en el artículo de "El niño y su familia" (The Center for the Family of the American Home Economics Association, 1988) se explica que todas las madres experimentan sentimientos de comprensión y crianza, aunque cuando se es madre joven se carece de confianza al no tener la experiencia necesaria para poder criar y educar a un hijo.

Coopersmith (1967) señala que la autoestima puede variar dependiendo no solamente de los roles que desempeñe el individuo, sino también de la edad, sexo, estado civil, escolaridad, trabajo remunerado, etc.

De acuerdo a la remuneración económica, algunos autores refieren que el trabajo de la mujer es producto del desenvolvimiento social. Vidrio (1991) refiere que gracias a la aprobación que se le ha dado, la mujer lo considera como positivo y como fuente para alcanzar sus realizaciones sin sentir culpa. Sin embargo Lefiero (1975 Citado por Vidrio, 1991) menciona que solamente el trabajo en la mujer es transitorio.

Orden y Bradburn(1969 Citado por Vidro, 1991) refiere que las mujeres no por el hecho de trabajar son más felices que aquellas que permanecen en su casa, pero lo importante para ellas es la opción que se les presente para poder elegir entre ambos.



El mayor porcentaje de mujeres que conformaron nuestro estudio no tiene un trabajo remunerado; de éste porcentaje la mayoría tiene una escolaridad avanzada sin embargo no trabaja, esto nos hace pensar que el tener un hijo autista requiere de cuidados personalizados y permanentes, siendo difícil el dejar la tarea a otra persona, por lo que las madres no pueden tener una realización profesional y personal. El porcentaje restante son mujeres que tienen que salir a buscar un trabajo remunerado, ya que no reciben un apoyo económico de parte de su pareja.

En cuanto al orden de nacimiento del niño autista Paluzny (1990 ) menciona que se ha encontrado una mayor incidencia de autismo en el primogénito varón, sin embargo éste resultado no ha sido sustentado en estudios recientes.

En lo que respecta a nuestra investigación, encontramos que la mayor proporción de madres de niños autistas que conformaron nuestra muestra tuvo como primogénito un niño autista varón. Con una proporción menor, éstas mismas madres tuvieron un niño autista varón no como primogénito pero siempre siendo el primero de los varones. Por último la proporción mínima tuvo una hija autista. Por lo anterior estamos de acuerdo con la autora al mencionar que se ha encontrado mayor incidencia de éste trastorno en el primogénito varón.

El número de hijos en familias en las que existe un niño autista aún ocupando éste el primer lugar o bien cualquier otro, es en promedio de 2, lo cual nos hace pensar que no es una limitante el hecho de tener un hijo autista para darse la oportunidad de procrear otro hijo "normal" para poder desempeñar por completo el papel de madre en donde exista una retroalimentación con su hijo.

Para Kanner, el diagnóstico de autismo resulta muy complicado debido a los múltiples síntomas que éstos presentan así como también la edad en la que este trastorno se manifiesta; por esto no puede ser identificado como tal a los pocos meses de nacimiento, sino hasta después de los 2 años y medio, sin embargo en nuestra investigación hubo madres que recibieron el diagnóstico de autismo de sus hijos después de los 8 años de vida de éstos. El diagnóstico generalmente no se efectúa antes de los dos años o más y los padres por un largo periodo de duda en el que tienden un trastorno de persistencia angustia respecto a su hijo no es normal, pero que tratan de eliminar de su mente. Se tranquilizan a si mismos porque su desarrollo físico no es causa de alarma y de vez en cuando hace algo con tanta habilidad que todos están seguros de que realmente es normal. Finalmente llega el momento en que la angustia se justifica y se busca la ayuda de un experto. Hacia esta época puede haber oscilado, entre la desesperación y la esperanza, que posiblemente encuentren la verdad dura de aceptar. La demora del diagnóstico también significa que el niño ha ido desarrollando muchos problemas secundarios de conducta que podría haberse evitado si se hubiera comprendido sus desventajas desde el nacimiento.

El hecho de tener un hijo autista resulta muy difícil de aceptar por parte de la madres ya que tiene que enfrentar diversos problemas dolorosos y cambiar su actitud.

La madre tiene que cambiar entonces sus expectativas al darse cuenta de que su hijo no tendrá un desarrollo normal, esto resulta difícil para ella ya que es una sensación de que de alguna manera ha fracasado. (Lorna Wing, 1985)

Debido a las presiones internas y externas, la mujer viviendo en pareja, rápidamente desarrolla la necesidad de tener hijos. Internamente parece ser que la mujer para cubrir y recrear su necesidad relacional de apego a la madre, la va a hacer buscar en el hijo la satisfacción de esa necesidad.

Loreto (1961) dice que la mujer mexicana tiene un temperamento maternal, que para sentirse satisfecha sólo desea cumplir su misión de madre y de esta manera justifica su existencia, está llena de amor por los hijos, en quienes se proyecta. Si la mujer se ve diferente, de la madre que quería ser a la madre que realmente es, surge un sentimiento de haber fracasado con sus hijos y consigo misma.

Por todo esto, las madres al recibir el diagnóstico de sus hijos se sumen en una profunda depresión aunado a cierto grado de angustia, temor y miedo.

Tustin (1987) refiere que no hay cambios en la personalidad de los padres con hijos autistas, por lo que sugiere que la opinión de otros es igualmente importante para los padres con hijos autistas que para los padres con hijos no autistas.

Por otra parte Mead (1934) al considerar que la autoestima es derivada del reflejo de la evaluación de los otros, comprende que es importante la opinión de los demás.

En esta investigación se encontró que las madres de niños autistas son "indiferentes" a la opinión de otras personas ajenas a su círculo familiar y médico; parecería de esta forma que la indiferencia perjudica más la autoestima en estas madres.

Al relacionarse con Fromm (1964), quien menciona algunas características sobre el aislamiento social: el individuo debe buscar su independencia y seguridad del grupo, dependiendo de un marco estable y consistente que le permita establecer relaciones amorosas en un clima de confianza, lo que parece no existir en estas madres al considerar indiferentes sus relaciones sociales. En este caso, eso podría deberse a que las anomalías físicas o mentales parecen desencadenar sentimientos de vergüenza y culpa que según Lorna Wing (1985) son totalmente irracionales, pero que se tienen que prever y comprender.

Para las madres que conforman esta investigación, consideran también importantes a su familia de origen ya que opinan que les dan apoyo, pero a veces sus actitudes pueden ser menos pocas constructivas debido a que unos piensan que un niño con autismo es una vergüenza para toda la familia, otros tratan de hacer culpable a la madre.

El estatus socioeconómico de los padres de niños autistas ha sido tema de controversia. Kanner (1943) en sus primeras descripciones encontró una incidencia de autismo muy alta entre los niños de padres sumamente educados y del grupo

socioeconómico más alto. A pesar de esto los estudios subsecuentes no han mostrado un tipo de personalidad característica ni se ha encontrado evidencia de que existiera mayor cantidad de estrés en el ambiente, o un tipo particular de interacción familiar en los hogares de niños autistas. Asimismo por lo general los padres sumamente educados y con un nivel socioeconómico más alto, tienen más oportunidad de detectar las anomalías que pueda presentar su hijo y llevarlo a diferentes instituciones para el diagnóstico y tratamiento.

En la investigación fue difícil detectar el nivel socioeconómico donde se localizan estas madres, sin embargo se lograron obtener sus lugares de residencia, el tipo de institución a la que asiste su hijo (privada o pública). Se puede detectar que la mayoría de ellas pertenecen a dos tipos de niveles socioeconómicos: clase media y clase baja; ya que las zonas donde habitan estas familias corresponden a dos estatus sociales y el precio entre una institución pública y una privada marca una gran diferencia.

Las madres de nuestra investigación no asisten a ningún tipo de terapia o ayuda especializada excepto el 13.3% de la muestra que asiste a terapias para padres; de estas madres solo 1 recibe terapia estructurada de tipo psicoanalítica, donde encontramos un autoconcepto que cae dentro de la media.

Se encontraron resultados significativos en la Escala de Autoconcepto Tennessee.

En lo que se refiere al cuestionario de Autoconcepto de Tennessee encontramos una actitud defensiva por parte de las madres a las que se les aplicó la escala, ya que desde un principio las madres se mostraron renuentes a la aplicación de la escala.

El tener un hijo autista produce en la madre según algunos autores como Galkowski (1992) en síndrome llamado "burn-out" que incluye frustración, soledad, aislamiento, etc. Lorna Wing (1987) habla de problemas emocionales, culpa y preocupación por el futuro del niño autista. Hanau (1992) menciona que hay tristeza y culpa por la situación del niño.

Por otro lado para Bobadilla y Mondragón (1987) fue importante observar cómo los padres no proveen un apoyo adecuado al hijo autista debido a sus prácticas de crianzas inadecuadas y que tal vez sus características de personalidad son una respuesta hacia el problema del niño. Hacen hincapié en que las madres son de una inteligencia normal, frías, obsesivas, ansiosas, angustiadas y que se presenta psicopatología en los padres. Asimismo mencionan que las madres con hijos autistas tienen una inteligencia normal y se sienten más ansiosas y angustiadas que otras madres; esto último podría partir del hecho del autoestima que presentan, ya que se asocia a éste estado emocional.

Forston (1993) encuentra un alto nivel de tensión, inestabilidad y ansiedad en las madres.

Parece que se presentan dos líneas de pensamiento. La primera que va en relación de que la situación del niño produce cambios en sus padres y la segunda línea de

pensamiento que da a entender que según las características de los padres el niño se vuelve autista.

Al hablar de la etiología del autismo, se menciona que aún no se conocen exactamente las causas, pero que parece ser muy posible que se deba a alguna alteración orgánica, lo que desvanece la segunda línea de pensamiento (Escitti-Morett, 1991)

Sin embargo esto no está comprobado totalmente, lo que sí sucede es que los padres presentan un cambio importante en su personalidad al sentirse desamparados, culpables, sin confianza e incompetentes (Kwakkel-Scheffer, 1992).

Los sentimientos de culpa, frustración, crisis familiares, preocupación, tristeza, etc. Indican también un cambio en la autoestima de los padres.

Para Fittz (1965) el autoconcepto es la imagen que el individuo tiene de sí mismo, este se basa en la identidad de la persona, la cual es un proceso ubicado en el núcleo de la personalidad y en el núcleo de su cultura. Según este proceso el individuo se valora a sí mismo dependiendo la manera de como percibe que los otros lo juzgan. Este proceso es inconsciente y en algunas ocasiones sale a la consciencia produciendo una dolorosa toma de consciencia de identidad.

Por otro lado Purkey (1989) dice que el Yo es un sistema dinámico de creencias, cada uno con su propio valor, que un individuo mantiene acerca de sí mismo. El Yo tiene numerosas creencias acerca de sí mismo que forman un sistema perfectamente jerarquizado. Cada creencia tiene dentro del sistema su propio valor, positivo o negativo. El éxito o el fracaso se generaliza dentro del sistema, de forma que el fracaso en una habilidad importante para el Yo reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas. Y al revés, el éxito en una característica importante eleva la valoración de otras características personales. Esto nos hace pensar que el hecho de que una madre tenga un hijo autista, va a repercutir en su estabilidad emocional.

En esta investigación se encontró que las madres de niños autistas que conformaron nuestra muestra, poseen un autoconcepto bajo, manifestado como la sensación de ser rechazadas por los demás.

La mujer desarrolla a través de su vida las capacidades para el ejercicio materno y para desearlo y gratificarse con él; internalizando, desarrollando e incorporando estas capacidades progresivamente en su estructura endopsíquica y por la exposición constante a un bombardeo ideológico fuertemente impuesto y sancionado por el grupo social.

Entonces, a la madre se le impone que sea generosa, abnegada, incondicional, como condición para poder ser madre del género humano, pero se le priva del derecho a ejercer éste rol y estas características y modalidades por opción propia y de la capacidad de desarrollar cualidades de autonomía e independencia. Estas quizás le harán desempeñar su papel maternal de manera más auténtica y sana y no a través de una

imposición interna y externa que la han llevado a desempeñar su papel con bastante conflicto, lo que ha hecho merecedora de grandes cuestionamientos por ser la principal gestadora de patologías psíquicas.

Una madre que a su vez fue criada por otra mujer, tiende a actuar, incluso de manera inconsciente, toda una serie de actitudes, tendencias, creencias, conflictos, propios de su estructura psíquica femenina en el trato relacional con sus hijos desde el momento del nacimiento (Langer 1983).

En toda su vida relacional con la madre (externa e interna) la niña va desarrollando su femineidad y en el centro mismo de esta está la maternidad, el ejercicio de lo maternal. La niña va dependiendo a ser "de" y "para" los otros, aprenderá pronto que será definida como la hija "de" o la madre "de" y todo en función de poder llegar a ejercitar esta maternidad internalizada. La maternidad concierne no sólo a la reproducción de los hijos sino a la reproducción de la sociedad; el ejercicio de lo maternal reproduce también nuevas madres.

De aquí que una madre al tener un hijo con alguna desventaja física o mental tiende a la frustración, depresión, culpabilidad, ansiedad o temor y poca confianza en sí misma, ya que no puede ejercer su maternidad totalmente con su hijo autista debido a la escasa relación madre-hijo, es decir que no hay una retroalimentación en esta relación y debido también a las exigencias sociales, provocándole conflictos en la percepción de sí misma.

La relación entre madre e hijo los gratifica, el buen ejercicio materno se efectúa gracias a la empatía, la identificación primaria y experimentando al bebé como continuo, con el self propio y no como separado. En el caso de madres de niños autistas no hay tal gratificación. La madre se siente incapacitada al no poder entender las necesidades de su hijo autista, esto como consecuencia de que el niño autista no puede establecer un contacto con la madre, lo que hace aún más grande su frustración y desesperación como madre y finalmente influyendo en su autoconcepto.

Escotto Morett (1991) refiere que esta situación desquicia y afecta a los padres. Asimismo Hanau (1992) menciona que hay tristeza y culpa por la situación del niño.

Las madres de niños autistas de esta investigación asumieron una actitud defensiva ante el estudio de diversos aspectos de su personalidad, lo que nos refiere que tratan de ocultar o evadir sus sentimientos y actitudes hacia sí mismas.

### V.3 Sugerencias y limitaciones

Consideramos que es indispensable la ayuda terapéutica a las madres de niños autistas, ésta puede ser de cualquier enfoque teórico siempre y cuando sea profesional, ya que el tener un hijo autista en casa tiene repercusiones en esta, en su forma de vivir y sentir a sus hijos y además afectar la estructura familiar y frena las posibilidades de rehabilitación del niño autista.

Asimismo creemos que también es importante estructurar proyectos de orientación y ayuda psicológica de soporte para ellas, sabiendo como se sienten y que piensan sobre sí mismas y el mundo que las rodea de una forma más objetiva y real. Actualmente se ha descubierto que hay muy poca información sobre las madres de niños autistas, este antecedente demuestra que no es solamente necesario sino imprescindible disponer de información actualizada y certera sobre este tema en el campo de la teoría y la práctica en nuestro país.

En nuestro país existen pocas instituciones que dan tratamiento al autista, de éstas, pocas son las que dan un tratamiento efectivo, al igual que pocas son de precios accesibles. Asimismo estos tratamientos son multidisciplinarios, sin embargo en ninguno se incluye con la seriedad que se requiere la ayuda y la orientación a los padres.

Por otro lado sugerimos que las instituciones que brindan este tipo de tratamientos, permitan la investigación dentro de sus centros, asimismo que exista una retroalimentación entre éstas, ya que observamos cierto ambiente hermético y restringido por parte del personal que ahí labora.

La limitaciones con las que se enfrenta el estudio fueron las siguientes:

La primera limitación fue la obtención de la muestra. Es difícil poder entrar al medio donde se desarrolla el niño autista, parece como si estuviera también su familia en otro mundo diferente al nuestro. La madre del niño autista es defensiva; algunas mujeres respondieron a la Escala de Autoconcepto con un poco de agresividad y desmotivadas, por lo que el estudio de ellas debe ser tomado con cautela y seriedad. Varias respondieron a la escala con dificultades, pues lo sintieron como una obligación, se les tuvo que indicar que la investigación provenía directamente de la institución y era en beneficio del tratamiento de ellas y de sus hijos.

No se encontraron investigaciones suficientes sobre el tema en específico, en México hay muy pocos estudios en relación con los padres del niño autista, por lo que las terapias de orientación y apoyo no son consistentes pues no se conocen a los individuos con los que se trabajan.

Es necesario tomar en consideración otros factores tanto en el autoconcepto en las mujer como sus habilidades, motivaciones, expectativas, etc.

No es solamente necesario estudiar a las madres, es indispensable hacer estudios con los padres (hombres) pues además de que la intervención de algunos en este estudio fue muy positiva, el hombre también forma parte de la familia y en él también repercute tener un hijo autista. De esta forma el padre también podrá ayudar y comprender mejor a su hijo autista y al resto de la familia.

Por otro lado es necesario agrandar la muestra lo más posible, ya que en esta investigación solo se trabajó con 30 madres debido a la poca disposición tanto de éstas como de las instituciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALLPORT, G. (1977). La Personalidad. Herder. Barcelona.
2. AJURIAGUERRA, J. (1980). Psicosis Infantiles. Masson, México.
3. AJURIAGUERRA, J. (1983). Manual de Psiquiatría Infantil. Masson, México.
4. BARTRA, R. (1987). La jaula de la melancolía. Grijalbo. México.
5. BASAGLIA, F. (1985). Mujer, loco y sociedad. Universidad de Puebla. Puebla.
6. BASAGLIA, F. (1986). Una voz: reflexiones sobre la mujer. Universidad de Puebla. Puebla.
7. BEE, H. (1987). El desarrollo de la persona en todas las etapas de la vida. Harla. México.
8. BETTELHEIM, B. (1985). Fugitivos de la vida. Fondo de Cultura Económica. México.
9. BETTELHEIM, B. (1987). La fortaleza vacía. Laia. Barcelona.
10. BODADILLA, G, MONDRAGON, A (1987) Estudio exploratorio de las características de personalidad, inteligencia y ansiedad de madres niños autistas y madres de niños sordos. Tesis de Lic. Psicología UNAM. México
11. BURIN, M. (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina. Controversia. Buenos Aires.
12. CHODOROW, N. (1984). El ejercicio de la maternidad. Gedisa. Barcelona.
13. COHEN, D. (1992) Handbook of autism and pervasive developmental University Yale, Estados Unidos.º
14. COOPERSMITH, S. (1976) The antecedents of self esteem. Sn Fc, USA. W.H. Freeman and company.



15. CORZO, R, (1991), ¿Que es el autismo?. 1er Congreso de Nacional de Autismo. México.
16. DARLEY, GLUCKSBERG, KINCHLA. (1990). Psicología. Prentice Hall. México
17. De MEYER, (1973), Prognosis in autism. A follow up study. Journal of autism and childhood schizophrenia.
18. DIAZ L., DIAZ G., HERLMRICH, SPENDE. (1981). Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculino (instrumentales) y femenino (expresivos). Revista de la Asoc. Latinoamericana de Psicología Social, Vol. 1 No. 1.
19. DIO BLEICHMAR. (1985). El feminismo espontáneo de la histeria. Adotraf. Madrid.
20. E. EIKSON. (1974). Identidad, juventud y crisis. Paidós. Buenos Aires.
21. FAHERTY C, (1996) Iniciando el trabajo individual. Un puente hacia la cultura del autismo. DIPEI. México.
22. FITTS, W.H. (1965). Tennessee Self Concept Scale. Nashville Tennessee Counselor Recording and Test Manual. Western Psychological Services
23. FORSTON, P (1993) Rasgos de personalidad de madres de hijos autistas. Tesis de Lic. Psicología. UIC. México
24. FREUD, A. (1990). El Yo y los mecanismos de defensa. Paidós. México.
25. FREUD, S. (1989). Introducción al Narcisismo y otros ensayos. Alianza. México.
26. FRIAS L. Y TERRAZAS V. (1991). Estudio Correlativo entre la Escala Tennessee de Autoconcepto y el

Diferencial Semántico de Jorge de la Rosa. Tesis de Lic. Psicología.

UNAM. México.

27. FRITH Uta (1989), Autismo. Hacia una exploración del enigma. Alianza. Madrid
28. FROMM, E. 1964 (1985). El corazón del hombre. Fondo de Cultura Económica, México.
29. FURNEAUX, (1982), El niño autista. El ateneo. Buenos Aires.
30. GALKOWSKI, T. (1992) Helplessness in parents of children with autism. 4to Congreso de Autismo Europa 92. Warsaw University, Poland.
31. GARANTO J. (1984), El Autismo. Herder. Barcelona.
32. GARANTO J. (1986), El Autismo. Aproximación nosográfica- descriptiva y Apuntes psicopedagógicos. Herder. Barcelona.
33. GILMOR, T. (1982), Panorama general del método Tomatis. México.
34. GOTWALD, W. Y HOLTZ G. (1983). Sexualidad, la experiencia humana. Manual Moderno. México.
35. GUTIERREZ, O. (1989). Estudio del autoconcepto materno y la influencia del mismo en el autoconcepto de su hijo adolescente. Tesis de Lic. Psicología. UNAM. México.
36. HALL, D. Y LINDZEY G. (1974). La teoría del Sí Mismo y la Personalidad. Paidós. Buenos Aires.
37. HAMACHER, E. (1981). Elementos con el Yo. Nueva Latinoamericana. México.
38. HARTMANN, H. (1987). Ensayos sobre Psicología del Yo. F.C.E. México.
39. HORROCKS, J. (1987). Psicología de la Adolescencia. Paidós. México.
40. HOWLIN, P, RUTTER M, (1987) Treatment of autistic children. Wiley. Great Britain
41. HURLOCK, E. (1987). Psicología de la Adolescencia. Paidós. México.

42. KANNER (1943) Autistic disturbances of affective contact nervous child.
43. KANNER (1971) A follow up study of eleven autistic children originally reported in 1943. Journal of autistic and childhood-schizophrenia.
44. LAGARDE (1990). Cautiverio de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas. UNAM. México.
45. LANGER (1983). Maternidad y Sexo. Paidós. Barcelona.
46. LA ROSA, J. (1986). Escalas y locus de control y autoconcepto, construcción y validación. Tesis de Doctorado. Psicología. UNAM. México.
47. LINTON (1986). La historia natural de la familia. Península. Barcelona.
48. LOVAAS, O (1977) El niño autista. Debate. Nueva York.
49. LOVAAS, O (1980) El desarrollo del lenguaje mediante la modificación de conducta. Paidós. México.
50. MEAD, M. (1972). Sexo y Temperamento. Paidós. Buenos Aires.
51. MORALES, S. (1988). Repercusiones emocionales de la reproducción. Instituto Nacional de Perinatología. México.
52. MUSITU G. Y ROMAN, J.M. (1983). Autoconcepto: una introducción a esta variable intermedia. Universitas Terraconensis. Revista de psicología pedagogía y filosofía, IV. Terragona.
53. OÑATE, P. (1989). El autoconcepto: formación, medida e implicaciones en la personalidad. Narcea. Madrid.
54. PALUZYNY M. (1990) Autismo. Trillas. México.
55. PARDO (1990). Autismo, una revisión bibliográfica. UIA. México.

56. PARSONS (1987). La estructura estructura social de la familia. Península. Barcelona.
57. RINCON, C. (1969). La imagen corporal. Tesis de Doctorado. Psicología. UNAM. México.
58. RIVIERA, A. (1988). Modificación de la conducta en el autismo infantil. Revista Española de pedagogía. España.
59. RUTTER Y SCHOPLER, E. (1984) Autismo. Reevaluación del concepto y el tratamiento. Alhambra. Barcelona
60. SIMONS, J, y OISHI, S (1992) El niño oculto, UIC, México
61. SKINNER (1977). Ciencia y conducta humana. Fontanella. Barcelona.
62. SOLIS, A. (1991). Género, comportamiento de las mujeres en la relaciones sexuales y autoconcepto. Tesis de Lic. Psicología. UNAM. México.
63. TAMAYO, A. (1982). Autoconcepto, sexo y estado civil. Revista de la Asoc. Latinoamericana de psicología social. Vol. 2.
64. TAMAYO, A. (1987). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Paidós. México.
65. The center for de family of the American home economics Association (1988), El niño y su familia, selección de trabajos sobre economía doméstica, UNESCO.
66. TIMBERGER, E TIMBERGER, N. (1985). Niños autistas. Nuevas esperanzas de curación. Alianza psicológica. España.
67. TUSTIN (1987). Estados autísticos en los niños. Paidos. Buenos Aires.
68. VIDRIO, L. (1991). Motivación de logro en un grupo de mujeres profesionistas activas y del hogar. Tesis de Lic. en psicología. UNAM. México

69. VILLARD (1986). Psicosis y autismo del niño. Masson. Barcelona.
70. WERNER W. (1983). Introducción a la psicología. F.C.E. México.
71. WING, L (1981). La educación del niño autista. Paidós. Barcelona.
72. WING, L (1982). Autismo infantil. Santillano. Madrid.

## ANEXOS

## Cuestionario De Datos Generales

### Instrucciones:

"Este cuestionario tiene por objeto investigar algunos aspectos de personalidad, no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos conteste todas las preguntas sin dejar ninguna de responder, siendo lo mas sincera posible.

De las respuestas que usted proporcione, dependera la objetividad de este estudio"

GRACIAS

1.- ¿Que edad tiene usted?

- \_\_\_\_\_ 1. entre 25 y 30
- \_\_\_\_\_ 2. entre 31 y 35
- \_\_\_\_\_ 3. entre 36 y 40
- \_\_\_\_\_ 4. entre 41 y 45
- \_\_\_\_\_ 5. entre 46 y 50
- \_\_\_\_\_ 6. mas de 50

2.- ¿Cual es su estado civil:?

- \_\_\_\_\_ 1. soltera
- \_\_\_\_\_ 2. casada
- \_\_\_\_\_ 3. union libre
- \_\_\_\_\_ 4. divorciada
- \_\_\_\_\_ 5. separada
- \_\_\_\_\_ 6. viuda

4.- En caso de tener pareja, ¿recibe su apoyo?

- \_\_\_\_\_ 1. económico
- \_\_\_\_\_ 2. Moral
- \_\_\_\_\_ 3. Ninguno

5.-¿ Cuantos hijos tiene usted?

- \_\_\_\_\_ 1. 1
- \_\_\_\_\_ 2. 2
- \_\_\_\_\_ 3. 3
- \_\_\_\_\_ 4. 4
- \_\_\_\_\_ 5. 5
- \_\_\_\_\_ 6. 6 o mas

6.- ¿Cuales son las edades de sus hijos y que lugar ocupa el niño autista?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.- ¿Hace cuanto tiempo recibió el diagnóstico de autismo?

\_\_\_\_\_

8.- Cuando recibió el diagnóstico ¿cual fue su reacción ?

\_\_\_\_\_ depresión  
\_\_\_\_\_ angustia  
\_\_\_\_\_ temor/miedo  
\_\_\_\_\_ culpa  
\_\_\_\_\_ ansiedad  
\_\_\_\_\_ otras

9.- Usted piensa que el padecimiento de su hijo tiene causas:

\_\_\_\_\_ orgánica  
\_\_\_\_\_ emocional  
\_\_\_\_\_ familiares  
\_\_\_\_\_ desconoce

10.- ¿Que escolaridad tiene usted?

\_\_\_\_\_ Primaria completa  
\_\_\_\_\_ Secundaria incompleta  
\_\_\_\_\_ Secundaria completa  
\_\_\_\_\_ Estudios secretariales y/o comerciales  
\_\_\_\_\_ Preparatoria incompleta  
\_\_\_\_\_ Preparatoria completa  
\_\_\_\_\_ Profesional incompleta  
\_\_\_\_\_ Profesional completa. Cual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Estudios de posgrado. Cual? \_\_\_\_\_

11.- ¿Trabaja usted con remuneracion economica?

\_\_\_\_\_ 1. Si  
\_\_\_\_\_ 2. No



12.-¿ Que tan importantes son para usted las opiniones de las siguientes personas en relación al padecimiento de su hijo?, basandose en el siguiente codigo:

- 1.- Nada importantes
- 2.- Poco importantes
- 3.- Ni importantes, ni no importantes
- 4.- Importantes
- 5.- Muy importantes

Esposo	_____
Hijos	_____
Padres y/o hermanos	_____
Suegros y/o cunados	_____
Amigas	_____
Companeros de oficina	_____
Médicos	_____
Psicólogos	_____

13.- ¿Asiste usted a algún tipo de terapia?

\_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ ¿cual?

\_\_\_\_\_ no

## I N S T R U C C I O N E S

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios de la hoja de respuestas. Deje para después la información de los tres últimos espacios relativa al tiempo. Escriba SOLAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS y no escriba en este folleto.

En este folleto encontrará una serie de afirmaciones en las cuales Ud. se describe asimismo, tal como usted se ve. Conteste como si usted se estuviera describiendo ante sí mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACION. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas. En la hoja de respuestas, ENCIERRE EN UN CIRCULO el número de la respuesta que usted escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borre; escriba una "X" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respuesta que desea. Cuando esté listo para empezar, localice en su hoja de respuestas el espacio que dice "HORA EN QUE EMPEZO" y anote la hora; cuando haya terminado anote la hora en que terminó dentro del espacio que dice "HORA EN QUE TERMINO". Al comenzar, asegurese que la hoja de respuestas y este folleto estén colocados de tal manera que los números de las afirmaciones y los de las respuestas coincidan. Recuerde trazar un CIRCULO alrededor del número de la respuesta que usted ha escogido para cada afirmación.

RESPUESTAS:

COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO
1	2	3
CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO	
4	5	

Esta escala se ha reproducido al pie de cada página a fin de ayudarle a recordar.

No pase a la página siguiente si no ha comprendido claramente las instrucciones.

1. Gozo de buena salud.....	1
3. Soy una persona atractiva.....	3
5. Me considero una persona muy desarreglada.....	5
19. Soy una persona decente.....	19
21. Soy una persona honrada.....	21
23. Soy una persona mala.....	23
37. Soy una persona alegre.....	37
39. Soy una persona calmada y tranquila.....	39
41. Soy un "don nadie".....	41
55. Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.....	55
57. Pertenecesco a una familia feliz.....	57
59. Mis amigos confían en mí.....	59
73. Soy una persona amigable.....	73
75. Soy popular con personas del sexo masculino.....	75
77. Lo que hacen otras gentes no me interesa.....	77
91. Algunas veces digo falsedades.....	91
93. En ocasiones me enojo.....	93

COMPLETAMENTE  
FALSO  
1

CASI TOTALMENTE  
FALSO  
2

PARTE FALSO Y  
PARTE VERDADERO  
3

CASI TOTALMENTE  
VERDADERO  
4

TOTALMENTE  
VERDADERO  
5

2. Me agrada estar siempre arreglado(a) y pulcro(a).....	2
4. Estoy lleno(a) de achaques.....	4
6. Soy una persona enferma.....	6
20. Soy una persona muy religiosa.....	20
22. Soy un fracaso en mi conducta moral.....	22
24. Soy una persona moralmente débil.....	24
38. Tengo mucho dominio sobre mí mismo.....	38
40. Soy una persona detestable.....	40
42. Me estoy volviendo loco(a).....	42
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia.....	56
58. Mi familia no me quiere.....	58
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.....	60
74. Soy popular con personas del sexo femenino.....	74
76. Estoy disgustado(a) con todo el mundo.....	76
78. Es difícil entablar amistad conmigo.....	78
92. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.....	92
94. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.....	94

COMPLETAMENTE	CASI TOTALMENTE	PARTE FALSO Y
FALSO	FALSO	PARTE VERDADERO
1	2	3

CASI TOTALMENTE	TOTALMENTE
VERDADERO	VERDADERO
4	5

7. No soy ni muy gordo(a) ni muy flaco(a)..... 7

9. Me agrada mi apariencia física..... 9

11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan..... 11

25. Estoy satisfecho de mi conducta moral..... 25

27. Estoy satisfecho(a) de mis relaciones con Dios..... 27

29. Debería asistir más a menudo a la Iglesia..... 29

43. Estoy satisfecho(a) de lo que soy..... 43

45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser..... 45

47. Me desprecio a mí mismo(a)..... 47

61. Estoy satisfecho(a) con mis relaciones familiares.... 61

63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debería..... 63

65. Debería depositar mayor confianza en mi familia..... 65

79. Soy tan sociable como quiero ser..... 79

81. Trato de agradar a los demás pero no me excedo..... 81

83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales..... 83

95. Algunas de las personas que conozco me caen mal..... 95

97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados... 97

COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO
1	2	3

CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO
4	5

8. No estoy ni muy alto(a) ni muy bajo(a).....	8
10. No me siento tan bien como debiera.....	10
12. Debería ser más atractivo(a) para las personas del sexo opuesto.....	12
26. Estoy satisfecho con mi vida religiosa.....	26
28. Quisiera ser más digno(a) de confianza.....	28
30. Debería mentir menos.....	30
44. Estoy satisfecho(a) con mi inteligencia.....	44
46. Me gustaría ser una persona distinta.....	46
48. Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente.....	48
62. Trato a mis padres tan bien como debiera (use tiempo pasado si los padres no viven).....	62
64. Me afecta mucho lo que dicen de mi familia.....	64
66. Debería amar más a mis familiares.....	66
80. Estoy satisfecho(a) con mi manera de tratar a la gente.....	80
82. Debería ser más cortés con los demás.....	82
84. Debería llevarme mejor con otras personas.....	84
96. Algunas veces me gusta el chisme.....	96
98. Algunas veces me dan ganas decir malas palabras.....	98

COMPLETAMENTE FALSO 1	CASI TOTALMENTE FALSO 2	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO 3
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

CASI TOTALMENTE VERDADERO 4	TOTALMENTE VERDADERO 5
-----------------------------------	------------------------------

13. Me cuido bien físicamente..... 13

15. Trato de ser cuidadoso(a) con mi apariencia..... 15

17. Con frecuencia soy muy torpe..... 17

31. Mi religión es parte de mi vida diaria..... 31

33. Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo  
que no debo..... 33

35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas..... 35

49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación..... 49

51. Acepto mis faltas sin enojarme..... 51

53. Hago cosas sin haberlas pensado bien .....

67. Trato de ser justo(a) con mis amigos y familiares.... 67

69. Me intereso sinceramente por mi familia..... 69

71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres..... 71

85. Trato de comprender el punto de vista de los demás... 85

87. Me llevo bien con los demás..... 87

89. Me es difícil perdonar..... 89

99. Prefiero ganar en los juegos..... 99

COMPLETAMENTE	CASI TOTALMENTE	PARTE FALSO Y
FALSO	FALSO	PARTE VERDADERO
1	2	3

CASI TOTALMENTE	TOTALMENTE
VERDADERO	VERDADERO
4	5

14. Me siento bien la mayor parte del tiempo..... 14

16. Soy malo(a) para el deporte y los juegos..... 16

18. Duermo mal..... 18

32. La mayoría de las veces hago lo que es debido..... 32

34. A veces me valgo de medios injustos para salir  
adelante.....34

36. Me es difícil comportarme en forma correcta..... 36

50. Resuelvo mis problemas con facilidad..... 50

52. Con frecuencia cambio de opinión..... 52

54. Trato de enfrentar mis problemas..... 54

68. Hago el trabajo que me corresponde en casa..... 68

70. Riño con mis familiares..... 70

72. No me comporto en la forma que desea mi familia..... 72

86. Encuentro buenas cualidades en toda la gente que  
CONOZCO..... 86

88. Me siento incomodo(a) cuando estoy con otras personas 88

90. Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños. 90

100. En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer  
hoy.....100

COMPLETAMENTE	CASI TOTALMENTE	PARTE FALSO Y
FALSO	FALSO	PARTE VERDADERO
1	2	3

CASI TOTALMENTE	TOTALMENTE
VERDADERO	VERDADERO
4	5



TENNESSEE SELF CONCEPT SCALE

ANSWER SHEET

ITEM NO.	PAGES 5 AND 6	ITEM NO.	PAGES 3 AND 4	ITEM NO.	PAGES 1 AND 2
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5

Name
Date
Grade
School
Teacher
Parent
Other

