

01962



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO** 22

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUOIOS DE POSGRADO**

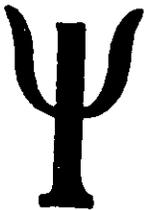
**AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON
DISCAPACIDAD: SU RELACION CON LA
PERCEPCION DE SUS PADRES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA**

P R E S E N T A:

MA. LUCINA RAMIREZ HINOJOSA



295289

MEXICO, D. F.

2001



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.

Un plomo obscuro en las piernas,
un hongo de plomo le crece lento.
Porque está atado, amarrado,
tiene el corazón suelto.

J. Sabines

A mi pequeño hijo o hija
A Alfonso

y a mis Padres

Quienes han dado fuerza a mis alas y sueños,
los quiero.

...y conocí la luz, la fuerza, el aire, el miedo, la ternura,
la palabra, la duda, el vacío, el amor,
y conocí la vida.

Agradezco a las maestras de la Facultad de Psicología que me ayudaron para la elaboración de este trabajo, como fueron a la Mtra. Lucy Reidl, directora de la tesis, al comité de tesis: Mtra. Amada Ampudia y Mtra. Lucy Solloa.

Así como a la Dra. Rosa María Valle y a la Dra. Patricia Corres.

A todas gracias por sus comentarios, sus observaciones y su tiempo.

ÍNDICE

Resumen	III
Introducción	V
Marco teórico	
Capítulo I	
Autoconcepto: aspectos teóricos	8
Capítulo II	
Discapacidad y autoconcepto	24
Capítulo III	
El adolescente con discapacidad	48
Justificación	70
Planteamiento del problema	81
Resultados	93
Discusión	112
Conclusiones	128
Bibliografía	141
Anexo I	

AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD: SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE SUS PADRES

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivos conocer el autoconcepto de los adolescentes con discapacidad física de tipo motor y la relación que esta guarda con la percepción de sus padres; además buscó conocer si existe relación entre autoconcepto y la limitación que implica la discapacidad. Aun cuando existen diversos estudios sobre adolescencia, son pocos los estudios sobre adolescentes con discapacidad y autoconcepto.

Desarrollar un estudio para abordar este tema requirió de aproximarse a áreas relacionadas con la discapacidad como: las áreas emocional, social y familiar. Por otro lado el estudio permitió identificar alternativas de intervención a las que puedan tener acceso tanto familiares como personas con discapacidad como una estrategia para lograr su desarrollo personal, que no este en función únicamente de la discapacidad.

Conocer los factores presentes en la discapacidad permitirá un acercamiento al estudio del autoconcepto, como entidad que barca y sintetiza experiencias y emociones del sujeto en el transcurso de su vida, para traducirlas en respuestas más adaptativas al medio social.

Para dar respuesta a las interrogantes del estudio se eligió un instrumento que evalúa el autoconcepto en adolescentes mexicanos, cuya validez fue obtenida por la varianza explicada y la confiabilidad obtenida por el nivel de consistencia interna. A este instrumento se le agregaron reactivos relacionados con la discapacidad obtenidos por medio de un estudio de redes semánticas en adolescentes sin discapacidad física. El instrumento construido se denominó: "Instrumento de autoconcepto para adolescentes con discapacidad".

El estudio implica dos fases, la primera: se realizó un piloteo de instrumento en una muestra de 27 personas, 15 fueron adolescentes con discapacidad y 12 fueron madres de familia, de la aplicación se encontraron indicadores que señalaban dificultades para contestarlo, las cuales fueron modificadas. Segunda

fase: se aplicó a la población de interés para el estudio en tres centros de rehabilitación física hasta obtener una muestra de 136 sujetos.

La asignación fue por medio de un procedimiento no probabilístico. El mismo instrumento fue aplicado tanto a los padres como a los adolescentes quienes lo contestaron bajo una consigna específica: "marca el cuadro que represente mejor a su hija o hijo", mientras que para los adolescentes fue: "marca el cuadro que te represente mejor".

Las respuestas al instrumento se analizaron por medio de análisis factorial ortogonal con rotación varimax, a través del cual se identificaron siete factores que conforman el instrumento de los adolescentes y posteriormente retomados en el análisis de las respuesta de los padres.

En el análisis de los resultados de la relación de cada grupo factorial de los adolescentes con el correspondiente de los padres, no se encontró una relación entre lo limitante de la discapacidad y la formación de un autoconcepto positivo o negativo, sin embargo se detectó que el uso de aparatos si esta relacionado con un grupo de descriptores, no con un grupo factorial.

Se observó una inconsistencia entre la descripción que hacen los padres y lo que los adolescentes expresan de sí mismo, lo cual es un elemento que puede incidir en la formación del autoconcepto.

Se discute la importancia que tiene el medio social para el desarrollo de un autoconcepto positivo o negativo cuando se tienen una discapacidad física en la etapa de la adolescencia.

El estudio propone como alternativas generar espacios en donde familiares y personas con discapacidad puedan exponer y compartir los retos que la discapacidad implica. Propiciar estos espacios podrán funcionar como un medio para encontrar alternativas funcionales que les permita a familiares y personas con discapacidad integrarse al medio social en igualdad de condiciones. Se propone revalorar las alternativas médicas y de rehabilitación no como principal medio para la integración de personas con discapacidad, sino como parte del tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El estudio buscó conocer algunos aspectos del impacto que trae consigo de discapacidad motora. La discapacidad afecta de manera importante diversos aspectos de la personalidad del ser humano. La discapacidad implica una serie de retos tanto para quien la presenta como para quienes están cerca de ella, implica una gama infinita de repercusiones.

Por su parte la familia tiene un papel trascendental en la asimilación, en la elaboración y el logro de metas ante la discapacidad de alguno de sus integrantes.

El presente estudio buscó conocer la relación que existe entre los padres y los adolescentes con discapacidad y su efecto en la formación del autoconcepto, entendiendo éste como la suma de elementos que forman y definen a un sujeto como un ser único y diferenciado de todos los demás.

El estudio se realizó en una población de adolescentes con discapacidad de tipo motor que asisten a centros de rehabilitación física o escuelas de educación especial, a quienes se les aplicó un cuestionario basado en el que realizó Valdéz (1994) que consistió en la aplicación de un instrumento a población adolescente sana. La elección del instrumento fue con base en el alto grado de validez obtenida por la varianza explicada y una confiabilidad obtenida por el nivel de consistencia interna, además fue realizado en población mexicana.

Al cuestionario realizado para este estudio se le denominó "Instrumento de autoconcepto para adolescentes con discapacidad". Para su adaptación se le integraron algunos reactivos referentes a la discapacidad, los cuales fueron obtenidos en una población adolescente que cursaba el primer semestre de bachillerato en una escuela pública, ya que al intentar conocer los descriptores de la población con discapacidad se presentaron algunas situaciones que obstaculizaron la obtención de los reactivos referentes a la discapacidad.

El instrumento fue piloteado en un grupo de 15 adolescentes con discapacidad y 12 madres de familia, con el objeto de analizar su validez, en donde ellos tenían que describirse, mientras que los padres, en otro cuestionario, tenían que describir a sus hijos.

Mediante un análisis factorial se identificaron siete factores como áreas predominantes en el estudio. Los grupos factoriales identificados en los adolescentes fueron la base para identificar los de los padres, y realizar la primer comparación en la que no se encuentran diferencias significativas.

Posteriormente se realizó una comparación de factores, entre los sujetos que se autodescribieron con un concepto alto, de quienes se describían con un concepto bajo, fueron comparados también con sus padres; de los cual se desprenden algunas observaciones con respecto a la relación que se establece entre los adolescentes del estudio y la opinión que de ellos tienen sus padres.

Por otra parte se efectuó una comparación entre el nivel de limitación de la discapacidad en función del tipo de aparato o apoyo externo que emplean, a través de un coeficiente de correlación. Para

lo cual se clasificaron los aditamentos en función de la limitación para el movimiento. De esta forma el empleo de la silla de ruedas es más limitante, por lo que se le dio el puntaje más alto, le siguen las muletas, el bastón, etc. En este análisis no se encontró una relación directa entre el empleo de un aditamento y lo limitante de la discapacidad, pero se observó que el empleo de un aparato se relaciona con un grupo de descriptores como fueron: acomedido, torpe, aplicado, imposibilitado, minusválido

El estudio permitió concluir que la limitación no está relacionada únicamente con el grado de limitación sino con aspectos culturales y sociales que rodean a la persona con discapacidad.

Por otro lado, los padres parecen desconocer la importancia de sus actos para el futuro inmediato de sus hijos con discapacidad de tipo motor.

Las conclusiones y discusiones del trabajo se centran en: la visión y postura que tienen los padres con respecto a sus hijos con discapacidad, la influencia de estos en la definición de algunas áreas y actividades de la vida de cada adolescente y la importancia de un medio social más tolerante e incluyente.

Capítulo 1

AUTOCONCEPTO: ASPECTOS TEÓRICOS

Al realizar una revisión de la literatura acerca del término autoconcepto, nos encontramos con diferentes dificultades, como es la gran confusión que este término despierta al ser manejado por algunas corrientes de pensamiento dentro de la Psicología, como un sinónimo del “yo”, otras como el “sí mismo”, o bien como el “mí mismo”.

No es sencillo hablar del autoconcepto desde una perspectiva aislada, ya que éste ha sido un término de reciente creación y aparición dentro de la literatura psicológica. Rivera y Díaz (1992) señalan el término autoconcepto tiene sus bases en 1890, con un trabajo presentado por William James, con la publicación de un capítulo que denominó “la consciencia del sí mismo”, en de su libro llamado “Principios de Psicología”. Dicho autor considera al “sí mismo” como la suma total de todo lo que el individuo puede llamar suyo, no solamente su cuerpo y sus capacidades físicas sino también la ropa que viste, la casa, la pareja, los hijos, las propiedades,

etcétera. Es decir, que bajo esta perspectiva el sí mismo es todo aquello que pueda ser llamado mío o formar parte de mí.

Pero no es sino hasta los años comprendidos entre 1940 a 1970, cuando este término aparece de manera más frecuente en los trabajos de diversos autores, expuesto por algunos de ellos de una manera más amplia y profunda que otros.

Desde el principio de su aparición el término del autoconcepto ha estado en íntima relación con otros dos conceptos que son el yo y el sí mismo. Tal relación ha traído diversas controversias, pero al paso del tiempo pareciera que se ha logrado dar cierta uniformidad al significado de los tres conceptos, entendiéndose que hablan de un mismo elemento o estructura de la personalidad de los individuos (Valdéz, 1994).

A continuación se presenta una clasificación de investigadores de diferentes escuelas de la psicología que han hecho aportaciones o reformulado el término autoconcepto.

Para hacer más clara esta diferenciación entre los distintos puntos de vista de estos autores, se presenta un esbozo de la clasificación de las principales ideas sobre el yo, el sí mismo y el autoconcepto que han surgido en las diferentes corrientes de pensamiento dentro de la Psicología.

Escuela Psicodinámica

Dentro de esta línea, evidentemente el autor de mayor trascendencia es su creador S. Freud (1856-1939) quien más que hablar de un sí

mismo, se refiere a un *yo*, que es una de las tres estructuras que componen la personalidad de todo individuo (*yo*, *ello*, *super-yo*).

Este *yo*, pertenece al preconscious, pudiendo hacerse consciente de manera sencilla ya que es un mediador entre la consciencia, la inconsciencia y la realidad.

Tal entidad para realizar su trabajo toma energía del *ello* y entra en contacto con la realidad, siendo capaz de realizar diversas tareas como aprender y a partir de la experiencia valorar la situación presente; prever las consecuencias futuras, además de controlar, posponer y suprimir las demandas instintivas del *ello* (Freud, 1986).

En general, el *yo* controla todo el aparato sensorial de la percepción, domina el aparato motor y está encargado de soportar las presiones procedentes del exterior y del interior. Es decir que dentro de esta teoría, el *yo* es el regulador o modulador de la vida psíquica del sujeto y de sus experiencias tanto internas como externas (Freud, 1986).

Otros autores, posteriores a Freud, han propuesto cosas diferentes y nuevas dentro de esta misma línea; a ellos se les ha denominado “neopsicoanalistas”, entre quienes se encuentran:

Adler (1870-1937) su propuesta versa sobre la misma estructura del *yo*, pero para él, forma parte de la personalidad; lo ve y lo describe desde una estructura de carácter experiencial, desde donde se puede reflexionar o interpretar las experiencias del sujeto (Adler, 1967).

Adler considera al *yo* de otra manera, para él, el hombre es algo más que el producto de su ambiente, es un intérprete de la vida y de su cotidianidad porque construye sobre los cimientos de su pasado;

interpreta las impresiones recibidas durante su vida, busca nuevas experiencias y todo con el objeto de crear un yo diferente al de cualquier otro sujeto.

Considera que el hombre en el transcurso de su vida desarrolla un sentimiento de comunidad, del que yace un factor evolutivo, que se puede volver contra todo lo que se oponga a la dirección que él busca (Adler, 1968).

Para C. Jung (1875-1961) considera como una serie de estructuras o sistemas separados, pero interactuantes que forman la personalidad total, como son el yo y el sí mismo. El primero es la mente consciente en contacto con la realidad; el yo se encuentra ubicado entre el consciente y el inconsciente y es quien se encarga de mantener el mecanismo de la psique, además contribuye a que ésta permanezca en posición estable, planteándolo como el centro de la personalidad y de la identidad (Jung, 1977).

El sí mismo para Jung es la realización plena del propio ser, lo cual conduce a la individuación (1977).

Una parte importante para la formación del sí mismo son los arquetipos colectivos, que se transmiten por tradición, como pueden ser los mitos o leyendas, que influyen de manera significativa en la formación de todo sujeto, así como en las valoraciones que realiza sobre su entorno (Jung, 1977).

Spitz (1993) por su parte habla de un "self", más que de un yo, que es el producto de la consciencia. Es una elaboración de experiencias emocionales y somáticas que tienden a la separación. Considera que es el resultado de un proceso cognoscitivo de la experiencia o

también de las relaciones con un objeto; para este autor el “self” se desarrolla en los primeros 15 meses y le da un valor de integración más alto que al yo.

Por su parte para Kohut (1990) quien también habla de un “self”, refiere que éste, es una estructura interna de la mente, pero no le da el lugar más importante de la personalidad; considera que su integración depende tanto del exterior como del interior del sujeto.

Refiere que el sí mismo es importante toda vez que los estados en los que las experiencias de una autopercepción perturbada o fragmentada se dan en este espacio psicológico del individuo.

Otro autor es Winnicott (1896-1971) propone la existencia de dos tipos de “self”: el verdadero, que aparece con un potencial innato y de continuidad de experiencias del niño dentro de la realidad psíquica personal y del esquema corporal. Es decir, que es un conjunto de percepciones, sensaciones y funciones del cuerpo que crean un sentido real (Winnicott, 1994).

El otro “self”, el falso y representa una dificultad o carencia de cuidados maternos que lleva a desarrollar defensas contra el ambiente.

En esta postura aparecen elementos diferentes como es el sí mismo y el “self”, que han sido considerados como sinónimos del autoconcepto. Estos son sólo algunos de los autores considerados dentro de la misma escuela que han abordado el tema del yo. Como se puede observar existe una gran divergencia en la manera de pensarlo y explicarlo.

Escuela Conductista

Esta escuela también ha realizado aportaciones importantes para el estudio del autoconcepto. Entre sus principales representantes se encuentra B. F. Skinner, quien desde su perspectiva considera que la persona o el yo es un organismo que ha adquirido un repertorio de comportamientos, producto de su historia, que determinan lo que la persona hará en el futuro.

Sin embargo, la persona no es un ente generador sino un punto en el cual confluyen muchas condiciones genéticas y ambientales que tienen un efecto en común. De esta manera, asegura Skinner, ningún sujeto (yo) tendrá la misma dotación genética que otro, ni la misma historia personal, por lo que nadie se puede comportar de la misma manera que otro sujeto (Skinner, 1971).

Igualmente Skinner (1971) habla de la posibilidad que tienen los individuos de llegar a tener un autoconocimiento, que se origina en lo social, por lo que entre más conocimiento hay del comportamiento de los demás, más nos conocemos a nosotros mismos.

Algo relevante de esta postura con respecto al tema que ahora se revisa, es que propone una línea clara hacia la posibilidad de la medición del fenómeno del “autoconocimiento”; como él lo denomina, busca hacerlo observable y objetivo, lo cual no es exclusivo de esta línea de pensamiento ya que la escuela gestáltica, busca también hacerlo observable desde su postura.

Escuela Gestáltica

Dentro de esta escuela figura Koffka (1886-1941) habla acerca del yo y del sí mismo. Establece que el yo es una parte segregada respecto del campo total, insertado en el ambiente de la conducta que la rodea y con el cual interactúa. Tal segregación resulta de la persona quien se percibe a sí misma como algo que ocupa un espacio existente entre lo que hay delante, detrás, encima y debajo de ella. En este sentido, las experiencias conscientes son las que configuran o forman el "yo fenoménico", término o concepto que emplea para referirse al sí mismo como objeto (Koffka, 1926).

Postula además, que el yo y el sí mismo son objetos de conocimiento, que actúan como procesadores de información. Sólo habla del sí mismo y no del yo como ejecutor de conductas, indicando que el primero se constituye como el centro o núcleo del yo.

Por otro lado, utiliza los términos de yo y "self" de forma indistinta, los considera algo abstracto, pero abordables para su estudio, a pesar de la dificultad que había para describir su naturaleza.

Según Koffka (1926) históricamente la psicología ha pasado del estudio del alma al estudio del yo, que sirve como conocedor, organizador, buscador de status o ser socializador. Y más aún, ya que siempre el yo está implicado en la conducta humana, afecta a la confianza, al juicio, a la memoria, a la aptitud de aprendizaje y a todos los aspectos motivacionales del ser humano.

C. Rogers (1902-1987) considera que el "sí mismo" ha sido tratado de forma muy particular. Aprovecha las aportaciones de las escuelas

anteriormente señaladas, para indicar que el autoconcepto es una parte del campo fenoménico (organismo) que poco a poco se va diferenciando hasta convertirse en una gestalt conceptual organizada y coherente, compuesta de percepciones, y características del yo o del mí con otros, y con diferentes aspectos de la vida, que junto con los valores vinculados a estas percepciones, hacen que esta gestalt sea fluida y cambiante, siendo capaz de adaptarse a cualquier situación en la que se vea inmersa (Rogers, 1980).

Rogers utiliza ampliamente el concepto de sí mismo, distinguiendo tres aspectos:

- a) Hacia uno mismo, percepción de una persona hacia sus habilidades;
- b) Hacia sus sentimientos,
- c) Hacia sus acciones y relaciones con su medio social (en Oñate, 1989).

Además considera que la estructura del sí mismo es una configuración organizada de las percepciones del sí mismo admisibles a la consciencia, como son las características propias y capacidades (Rogers, 1980).

De manera similar lo describen Valdéz y Reyes (1992) quienes hacen referencia al autoconcepto como una fotografía organizada, es decir una gestalt organizada del sí mismo que puede ser conocida por el mismo sujeto.

Enfoque Social

Allport (1897-1967) a quien se le considera dentro de esta escuela, refiere que el "sí mismo" se desarrolla durante la infancia en dos momentos:

- El primero comprende del año a los tres años de vida, período que implica para el niño la adquisición del sentido de sí mismo corporal, el sentido de una continuidad.
- El segundo incluye de los cuatro a los seis años donde se profundiza en las conquistas y logros ya adquiridos en el primer período (Allport, 1974).

De esta forma, el yo tiene una importancia en la vida de los seres humanos, Allport (1974) lo define como la fuerza unificadora de todos los hábitos, los rasgos, las actitudes, los sentimientos y demás tendencias del ser humano. Considera un espacio donde una imagen del yo que se refiere al sujeto como tal es inaccesible a otro ser humano, lo cual habla de la individualidad del sujeto.

Allport a pesar de hablar de individualidad, sienta las bases para la elaboración de instrumentos que permitan estudiar al yo, tanto de manera individual como social, ya que señala que los rasgos del yo pueden ser generales o comunes, debido a aspectos sociales y culturales (en Valdéz, 1994).

Cooley (1902) en la obra: "El self social y el significado del yo", a partir de una posición sociológica totalmente extrema, propone una tesis que difiere a lo planteado por W. James, acerca de lo que es el autoconcepto. Considera que el sí mismo es el resultado de interacciones en el medio social en el que se encuentra inmerso, y que solamente es el reflejo de las reacciones que los demás tienen

para con uno mismo. De esta manera, Cooley, niega la individualidad, convirtiendo al sí mismo en una entidad totalmente social (en Valdéz, 1994).

Por otro lado Cooley (1902) introduce el término “mirándote a través de mí”, que en otras palabras quiere decir que los sujetos se perciben a sí mismos de la forma en que su medio externo o social al que pertenece lo perciben (en Epstein, 1973).

Mead (1967) retoma algunos de los planteamientos de Cooley; al establecer que el “sí mismo” es un proceso que utiliza símbolos, que se van desarrollando con el paso del tiempo mediante el contacto con los demás y con una continua comunicación social entre unos y otros, lo cual tiene como primer efecto el que las personas aprendan a verse como objetos de conocimiento.

Para Mead (1967) las personas son esencialmente productos sociales, de la experiencia humana, que involucra la preexistencia del grupo, que define como la relación de los organismos individuales con el todo social del cual son miembros. Implica también ciertas actividades cooperativas en las que participan los distintos miembros del grupo.

Considera además, que el hecho de que las personas aprendan a verse como objetos de conocimiento, les permitirá pensar acerca de sí mismos como objeto, tomar actitudes y experimentar sentimientos respecto de sí mismos (Mead, 1967).

Define al “sí mismo” como un objeto en sí, un objeto de conocimiento que no es unitario, puesto que puede desarrollarse de múltiples formas, creándose muchos “sí mismos”, que tienen como

base los diferentes grupos sociales a los que pertenece. De esta manera puede haber un “sí mismo” familiar, escolar, laboral, etcétera. Ya que Mead (1967) establece que el concepto de “sí mismo” es mediado por el otro, llámesele familia, amigos, trabajo, escuela.

En este sentido el medio social cobra una gran importancia para la formación del autoconcepto. Donde las actitudes sociales o de grupo son incorporadas al campo de la experiencia directa del individuo e incluidas como elementos en la estructura de su persona, del mismo modo que las actitudes de otros individuos particulares, como puede ser la familia, los amigos, los maestros entre otros (Mead, 1967).

Bajo esta perspectiva se inicia la dificultad para estudiar al autoconcepto, puesto que no es algo particular o independiente, por el hecho de haber una gran diversidad de contactos sociales con los que interactúa el sujeto. Esta postura deja en claro que el autoconcepto se adquiere al contacto y en comunicación con los demás, en el ámbito social en donde la persona se desarrolla.

Hasta el momento de la aparición de la tesis de Mead sobre el “sí mismo”, que deriva en el término autoconcepto, éste se constituía únicamente como un aspecto muy abstracto que forma parte de los sujetos, ya fuera muy social, muy individual o muy simbólico y no se había planteado la posibilidad de si el autoconcepto pudiera tener una parte objetiva, que es la que precisamente interactúa con el medio.

La búsqueda de este elemento tuvo gran importancia en los planteamientos de otros teóricos que pretendían tener una idea más objetiva y precisa al respecto, como es la postura conductista.

Sullivan (1953) está de acuerdo con las propuestas tanto de Cooley como de Mead, acerca de la importancia del medio social en la formación y desarrollo del sujeto, pero él enfatiza que en la interacción del niño con el ambiente externo, existen figuras especialmente significativas, como es la madre más que la sociedad misma, con quien el niño establece sus primeros contactos y quien influye de manera determinante en la formación no sólo del autoconcepto, sino de la personalidad en general de todo individuo (en Epstein, 1973).

De hecho la anticipación de las reacciones de la gente logra que el individuo se comporte acorde con la percepción del mundo individual de los otros (Oñate, 1989).

Esta propuesta del contacto social como elemento principal para la formación del autoconcepto es retomada por quienes consideran que la importancia de la relación que se establece con el otro “es el hecho de que en el sí mismo se refractan las refracciones de las refracciones de los otros de las propias refracciones del sujeto” (Laing, Phillipson y Lee, 1978, p.34)

El ser humano, para este autor, aprende a estructurar sus percepciones dentro de la familia, como un subsistema que interactúa con la subcultura de su contexto cultural global. De esta manera no es posible pensar que el ámbito de experiencias de un sujeto se forma sólo con su visión directa de sí mismo. La identidad del sujeto sufre una metamorfosis o alteración en términos de los otros (Laing et al. 1978).

Por otro lado, ellos denominan al cambio y la influencia que se da en la relación con los otros como “metapercepciones”.

La presencia del “otro”, el cual pueden ser; tu, ellos, él etcétera, es tan importante como el “yo”, consideran que la vida no está constituida por yo es y mías, sino también por tú es, nosotros, ellos, ellas. El mundo de todo sujeto esta poblado de “otros” que no son simples objetos, sino centros de reorientación hacia el universo objetivo que tiene un profundo efecto sobre él mi (Laing et al. 1978).

La experiencia del otro supone, por parte del sujeto que la vive, una interpretación particular de su conducta. El siguiente es un ejemplo de ello; “sentirse amado es percibir, interpretar, y experimentar los actos del otro como amorosos” (Laing et al. 1978, p.21).

La interpretación de los “otros”, se basa en el aprendizaje previo, en particular dentro de la familia y de la sociedad global y se interpreta de acuerdo al contexto en el que se halla inmerso. Cualquier acto puede estar originalmente dirigido hacia el “otro”, hacia “mí mismo”, pero al ser percibido afectar al “otro”. Si esta dirigido hacia el “otro”, el objetivo inmediato puede provocar o impedir un cambio en el “otro”, ya que toda relación diádica sobre “mí mismo” afecta al “otro”, afirma Laing et al. 1978.

Laing et al. (1978) aseguran que mediante la conducta el sujeto puede actuar sobre tres áreas del “otro”: sobre su experiencia de mí, sobre su experiencia de “sí mismo” y sobre su conducta, no se puede actuar sobre el “otro” directamente, pero sí sobre mi experiencia sobre él.

De igual forma autores como Sheriff et al. consideran al “sí mismo” y al autoconcepto como similares y establecen que está formado por actitudes yoicas, por ejemplo: lo que pienso de mí, lo que valoro, lo

que es mío, con lo que me identificó, todo lo cual al entrar en contacto con el medio motiva, dirige y controla la conducta del sujeto (en Valdéz, 1994).

Lo anteriormente es una muestra de cómo el tema del autoconcepto se ha intentado explicar desde diferentes perspectivas, la posible similitud y el uso indiscriminado que en ocasiones se hace de los términos “yo” y “sí mismo” como un sinónimo del primero, ha llevado en diversas ocasiones a la confusión; sin embargo, la revisión de la literatura permite esbozar y encontrar entre las diversas propuestas, puntos de convergencia que dan como resultado un acercamiento más real a lo que hasta el momento se conoce sobre del autoconcepto.

Es evidente que una teoría no puede explicarlo todo y en ocasiones, tiene que desechar o ignorar tópicos para no caer en conflictos que no pueda explicar. Tal vez por esto algunas posturas profundizan más en un punto sobre el autoconcepto que en otro, ya que ninguna postura científica, cuenta con explicaciones para todos los fenómenos.

La revisión anterior deja en claro que el autoconcepto es un tema importante dentro de la psicología que ha sido abordado por sus escuelas con términos diferentes, pero considera elementos similares para explicar su formación y desarrollo en el individuo, y la trascendencia e implicación que tiene en la vida cotidiana de cada uno.

Por lo que para el estudio del autoconcepto en una población es necesario considerar los factores y elementos que las escuelas proponen como elementos básicos del mismo.

Definición de Autoconcepto

Dentro de las diversas definiciones que hay sobre el autoconcepto han sido discutidos ampliamente por una gran variedad de autores desde diversas perspectivas y enfoques, de tal manera que ha llevado tiempo el ponerse de acuerdo acerca de una definición que permita explicarlo e investigarlo.

El autoconcepto adolece de una definición clara, global y específica como suceden con muchas otras nociones dentro de la psicología. Sin embargo esto no es una limitante para su estudio sino más bien constituye un terreno fértil para proponer aproximaciones al concepto mismo.

Para la finalidad de la presente investigación se considera que el autoconcepto, el “yo” o el “sí mismo” son una misma entidad, vistos como una estructura cognoscitiva que tiene su origen en el ámbito psicosocial de cada sujeto que se debe a la interrelación que todos y cada uno de los seres humanos establecen desde el nacimiento hasta la muerte (Valdéz, 1994).

Gracias a ello el sujeto puede codificar y estructurar toda la información que adquiere sobre sí mismo, ya sea de corte social (lo que otros piensan, dicen, imaginan o perciben de mí); en lo individual (lo que pienso, digo, imagino o percibo de mí), o bien, de tipo psicosocial, que se refiere a un manejo interno de la información social e individual.

De esta forma se retoma la propuesta realizada por Valdéz, por lo que la definición de autoconcepto es la siguiente: “es una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de los aspectos conductuales, afectivos y físicos reales e ideales acerca del propio individuo y que funcionan como un código subjetivo de

acción, hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto” (Valdéz, M.J.L. 1994, p. 33). A esta definición se le pueden agregar “los valores” como parte del código subjetivo en relación con el medio ambiente.

Los aspectos que incluye esta definición abarcan las áreas con las que está relacionado el autoconcepto, tanto los aspectos individuales como sociales que influyen en la relación y en la respuesta de los sujetos hacia los estímulos y eventos del entorno en el cual se desenvuelve.

La razón por la que se optó por esta definición es que plantea al autoconcepto de una manera más amplia, considera las diversas esferas del sujeto como son los aspectos conductuales, los afectivos, las imágenes internas, la influencia del otro es decir la sociedad del individuo, solo hace necesario agregar los valores para tener un concepto más completo.

La construcción de una imagen interna del autoconcepto, está basado en el otro, es decir en el mundo que le rodea, en su sociedad; por ello, el conocimiento sobre la formación del autoconcepto en el adolescente con discapacidad física, como en cualquier otro individuo, se realiza por medio de una organización de diversos aspectos conductuales, afectivos, de valores, físicos reales e ideales acerca de sí mismo, donde la presencia de la discapacidad motora marcarán su influencia en algún o en varios aspectos en la vida del sujeto, lo cual se buscará conocer a través del desarrollo de la presente investigación.

Capítulo II

DISCAPACIDAD Y AUTOCONCEPTO

El término discapacidad ha sufrido diferentes modificaciones, las cuales han tenido como objetivo, encontrar el concepto que mejor describa al fenómeno del que se habla y que le permita relacionarse y explicar la discapacidad (Valdéz, 1988).

Ante la discapacidad se ha actuado de manera particular, según el discurso político y el momento social en que se elija estudiarla, la discapacidad ha estado presente en todos los momentos de la historia del hombre. Por ejemplo, se sabe que en la antigua Grecia se optaba por darles muerte a las personas con alguna discapacidad, pues no podían ser consideradas para la guerra, en la Edad Media se pensaba que eran prueba de la misericordia divina y presentaban la posibilidad que el Creador ofrecía para que los hombres “sanos” se redimieran. En pueblos de la Europa antigua fueron vistos como una prueba evidente del demonio y eran eliminados de la sociedad (Sorentino, 1990).

En los primeros tiempos del Imperio Romano, al padre se le concedía el derecho de quitar la vida a su hijo “imperfecto”, pero

con el consentimiento de cinco de sus vecinos (De Ponga, Egea, Navarro, Ochandorena y Recalde, 1996).

El pueblo hebreo es el que talvez mayores consideraciones tuvo para con su población con discapacidad, ya que se podían integrar a las actividades de la vida diaria y podían ocupar cargos públicos. Posteriormente con la llegada del cristianismo se eleva la dignidad del alma humana al ayudar a los demás sin excluir a nadie (De Ponga et al. 1996).

La presencia de una persona con discapacidad ha sido considerada como “diferente o especial” del resto de la sociedad, en cuanto a sus derechos y obligaciones; en diversas ocasiones es motivo de segregación de los diversos grupos en los que se desenvuelve, trato que no es nuevo ni diferente en comparación con lo que sucedió en las culturas antiguas. En la actualidad son diversos los casos en donde las personas con discapacidad viven bajo constantes discriminaciones, con falta de oportunidades laborales, educativas, de relaciones sociales, entre otras.

Para la definición de la palabra discapacidad en la época actual, se parte de su etimología, esta compuesta por dos palabras del griego: *dys* que significa dificultad, y de la palabra *capacitas*, que significa capacidad, aptitud, o suficiencia para alguna cosa.

La Organización Mundial de Salud (O.M.S.) define la discapacidad de la siguiente forma: “Toda restricción, limitación, o consecuencia debido a una deficiencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano” (en Valdéz, 1988).

La clasificación de la O.M.S. incluye diferentes discapacidades como son: las de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza y de una determinada aptitud (Valdéz, 1988).

Por lo anterior, la discapacidad tiene que ver con la carencia de alguna habilidad, es una limitación funcional causada por un daño (o deficiencia) físico, sensorial y/o mental a una persona.

La discapacidad limita el desempeño de algunas actividades, pero la persona puede desarrollar o agudizar algún otro de los sentidos de manera compensatoria. Sin embargo, esta plasticidad no todos la logran, pues existen diferentes limitantes que dependen del tipo de lesión, de la cultura, de la sociedad en la que el sujeto se desenvuelve y de la estructura de personalidad de la persona, que le van permitiendo moldearse y ajustarse a la discapacidad.

La Ley para personas con discapacidad del Distrito Federal (1999) define a persona con discapacidad como: “ser humano que presenta temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales que le limitan realizar una actividad normal”.

En esta definición se hace evidente la diferencia en el desempeño de una persona con discapacidad y lo que sería un desempeño “normal”. La dificultad para establecer los límites de la “normalidad” es en muchas ocasiones lo que origina que una persona sea catalogada con discapacidad, por ejemplo el tiempo de conclusión de una tarea en la escuela.

Debido a estas dificultades, el presente estudio opta por la definición de la Organización de Estados Americanos, 1999 (O.E.A.)

discapacidad: “es una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”.

Implicaciones de la Discapacidad

La discapacidad afecta diferentes áreas de la vida de la persona, ya que nunca se está suficientemente preparado para vivir una condición física diferente, ejemplo de ellas son: la dinámica familiar y el ambiente escolar; ambas permitirán conocer el impacto que tienen sobre el desarrollo emocional la discapacidad.

Se aborda dos áreas, que no son las únicas, pero se consideran importantes como punto de partida para la construcción del autoconcepto en un adolescente con discapacidad:

a) Área Familiar

Los hijos son para los padres la prolongación de ellos y la búsqueda de perfección y logros que los padres no han tenido. La paternidad sugiere ciertos requisitos, características, responsabilidades y respuestas. En muchos casos la maternidad puede ser para la mujer el resultado del parto y un motivo de plenitud y la paternidad para el hombre un signo de hombría, potencia y virilidad. Para ambos, puede representar una aceptación de su responsabilidad, de su madurez, el sentirse realizados como personas y como pareja (Buscaglia, 1996).

Por ello la presencia de un hijo con dificultades físicas se opone a las expectativas de los padres con respecto a los planes futuros que tenían para su descendiente. En un primer momento la situación se

torna problemática ya que exige de la familia atención y cuidados que por lo regular son especiales y prolongados en comparación con los hijos sin discapacidad.

“Ante la discapacidad la familia vive un gran impacto emocional, ya que se encuentra inmersa en un grupo social en la que se rigen por estereotipos sociales en donde se resalta la salud, la belleza, la eficacia y el alto grado de competencia, entre otras virtudes que el hombre debe presentar” (Sorentino, 1990, pp. 46,47).

Es en el grupo familiar en donde se construye gran parte del autoconcepto. Así Webster (1978) considera que en las familias en donde se elogia a los individuos y en donde las relaciones afectivas que existen entre ellos son estables, generan una alta autoestima. De igual forma, Mussen et al. informan que en los grupos en donde se establece un equilibrio razonable entre la protección y la autonomía, el niño desarrolla un mejor autoconcepto (en Servín, 1992).

Los grupos sociales están compuestos de ciertas normas, que conforman un sistema complejo de relaciones y en el caso del grupo familiar uno de sus vínculos más importantes implica la intimidad de los padres con sus hijos e hijas, así como el interés que manifiestan en las actividades que ellos realizan, lo cual influye de manera determinante en la formación de su autoestima, ya que se conoce que existe una relación entre el interés o la indiferencia de los padres y los sentimientos de autovaloración en los hijos (Rosenbeg, 1973).

La familia ofrece a los niños un espacio de entrenamiento seguro para aprender a ser humanos, para aprender a amar, a formar su personalidad única, a relacionarse con la cambiante sociedad (Buscaglia, 1996).

En el caso de un miembro enfermo, éste compromete a la familia llegando a poner a prueba la estructura de la misma y los modelos de educación vigentes. La apariencia física genera un impacto en los vínculos que se establecen dentro y fuera del hogar. ¿Puede la familia darle un lugar de “persona” a un miembro con discapacidad? ¿puede ayudarlo a progresar, a reconocer que tiene necesidades y a saber que es diferente? (Pérez, 1999).

Por ellos se dice que la familia primero debe de elaborar lentamente el duelo por el hijo perfecto y sano que esperaban. El nacimiento de un niño con discapacidad, enfrenta a la familia a un desafío único, ahora los padres enfrentan nuevas preguntas ¿porqué a mí? ¿Qué hice para merecerlo? ¿En verdad es mi hijo? Todo cambio en cualquiera de los miembros de la familia afecta a su vez a los demás, según sea el estado psicológico de la familia. La principal diferencia en el caso de un grupo con un niño con discapacidad es que sus necesidades se intensifican debido a las necesidades espaciales y a las exigencias de su discapacidad (Buscaglia, 1996).

Szivos y Griffiths (1990) llaman a esto “el paradigma de la pérdida”, en donde utilizan los elementos propuestos por Kubler-Ross, con respecto al proceso de aceptación que implica una pérdida o la muerte inesperada.

Ante la discapacidad, tanto el sujeto como su familia atraviesan por diferentes dificultades y estados emocionales, lo cual implica cursar por diferentes etapas que van del impacto inicial, a la negación, de la culpa al miedo, al enojo y finalmente hasta llegar a la aceptación. Para Szivos y Griffiths (1990) se debe de cursar por todo un proceso largo y doloroso para lograr superar la pérdida por un hijo sano.

Sziyos y Griffiths (1990) consideran que para los padres implica la integración de más elementos de pérdida, como pueden ser la elaboración del duelo por la salud, por la pérdida de expectativas ante un hijo con discapacidad, por la pérdida de un hijo sano.

Estos mismos autores realizaron una comparación entre los padres de enfermos terminales y padres de hijos con discapacidad. En el primer grupo lograron, a través de todo un tratamiento la aceptación del proceso de enfermedad de su hijo y su futura muerte. En cambio, en el trabajo con padres con hijos con discapacidad, presentaron mayores dificultades y resistencias para lograr integrar de manera positiva la pérdida de potencialidades en su hijo.

Al hablar de problemas de los hijos e hijas con discapacidad, la familia se enfrenta a la situación de que tendrá que cuidarlo mucho más allá de lo que tenía considerado o de lo que podía desear (Arámbula, 1999). Por ello la familia debe realizar un reajuste emocional que le permita generar una percepción real de ella y de su hijo o hija.

Por su parte Johnson (1972) encontró que existe relación entre las actitudes de los padres y las notas escolares. Resalta el hecho, de que los hijos de padres que hacen uso del autoritarismo y la violencia como técnica de educación, tienen autoconceptos más bajos. De esta manera, si los padres manifiestan amor y aprecio a los hijos, éstos se percibirán como alguien que posee cualidades, que les permitan tener un autoconcepto positivo (en Servín, 1992).

La actitud positiva o negativa de los otros origina y moldea la autoestima del sujeto que está en desarrollo. Cooper (1993) afirma que es más frecuente que los adultos se dejen llevar por la apariencia física que los niños.

Sin embargo es necesario hacer un señalamiento: es diferente tener un aspecto físico diferente sin ninguna carencia física o corporal, a usar algún aparato especial que lo limite a moverse o a realizar las mismas actividades que los niños de su edad. Lo que puede llevar al sujeto a aislarse de su grupo.

Una conducta común, que se presenta con frecuencia entre los padres y los maestros, es una actitud sobreprotectora, motivados, tal vez por un humanitarismo mal entendido ya que permiten prolongados períodos infantiles o bien los limitan a participar en algunas actividades con el objeto de “protegerlos”; es común que se les exija menos en comparación con el resto de la familia o de la clase, según el caso; sin embargo, con este tipo de actitudes, lejos de ayudarlos, impiden que el niño desarrolle estrategias para integrarse a su núcleo social (Cooper, 1993).

La sobreprotección puede obstaculizar el desarrollo, por ejemplo, cuando el niño en realidad si cuenta con habilidades que le permiten conducirse solo. En las personas con alguna discapacidad puede presentarse la dificultad para mantener una vida independiente o bien para tomar por iniciativa propia decisiones con respecto a su futuro laboral, vocacional o personal, incluso se les impide manifestar su verdadero estado de ánimo, alejándolos cada vez más de toda experiencia cotidiana que les corresponde por su edad y sexo (Cooper, 1993).

La sobreprotección no le permite al individuo con discapacidad experimentar por su cuenta, por lo que no aprende de la enseñanza que deja el éxito o el fracaso, que son importantes para la formación de la personalidad de todo sujeto.

Dentro del núcleo familiar, el trato especial que se le da a un miembro de la familia, afecta necesariamente a los otros miembros del grupo, quienes por lo general también toman una postura sobreprotectora con respecto al hermano o hijo con discapacidad.

Por ejemplo, respecto a los hermanos, Sorentino (1990) refiere que se viven abandonados y presentan períodos de celos por la excesiva atención al miembro con discapacidad. Sin embargo, el papel del hermano sano puede tomar diversos matices, cómo es el intentar sobresalir y buscar por diferentes maneras gratificar a los padres para compensar las carencias y limitaciones del hermano con discapacidad. Cuando es el mayor, funciona como otro miembro de apoyo para los padres.

Con frecuencia al hijo sano le atribuyen características de autónomo, grande, responsable y es sobre valorado dentro del grupo familiar. Pero no está exento de recurrir a la enfermedad como estrategia para conseguir atención de los padres. Por lo general estos niños se desarrollan entre una dicotomía constante: tonto-inteligente, lento-rápido, dependiente-independiente (Sorentino, 1990).

Luterman (1985) confirma lo anterior al mencionar que cuando los padres no manejan adecuadamente la situación, el hijo sano recibe proporcionalmente menos tiempo y energía de ellos, pues el hijo con discapacidad acapara su atención, energía y tiempo. Es común que estos niños presenten fracasos escolares, enfermedades o bien muestren rasgos regresivos. En el otro extremo está el niño sano, que nunca se queja ni exige más de los padres, pero encierra resentimientos hacia ellos y/o hacia su hermano enfermo. El resentimiento puede llevarlo a presentar ideas culpígenas o temor de transmitir la enfermedad a su descendencia.

En la medida en que el individuo con discapacidad es integrado y aceptado tanto en la familia, como en su medio social va percibiendo nuevos y diferentes estímulos que moldean su autoconcepto como un individuo con iguales expectativas y alternativas que los rodean.

Sin embargo algunos investigadores consideran que la reacción a la discapacidad varía de sujeto a sujeto dependiendo de la familia y del medio social en el que se desenvuelve, más que de la discapacidad misma (Roessler y Bolton, 1981).

Sullivan (1953) asegura que la gente se valora a sí misma, como es valorada por los otros y en el caso del desarrollo de la autoimagen y el autoconcepto en los adolescentes son particularmente sensibles a ello (en Heyman, 1990).

Por esto la aceptación parental, la aceptación de los hermanos, de los maestros y sus coetáneos es fundamental para la formación de un autoconcepto positivo (Coopersmith, 1967; Rogers, 1969; Rosenthal, 1973; en Heyman, 1990).

Un medio ambiente de aceptación, integración y éxito incrementa el autoconcepto, mientras que un medio de fracasos y estigmatización lo disminuye (Covington y Beery, 1979, en Heyman, 1990).

Algunos autores consideran que la edad en la que se contraiga la discapacidad tendrá un efecto particular, así un defecto adquirido tempranamente tiene una importancia organizativa en una gran parte del desarrollo del niño y los defectos físicos que se contraen en los primeros años de vida seguirán siendo un área de conflicto no resuelto, como consecuencia de un autoconcepto deteriorado (Krueger, 1988).

Krueger (1988) asegura que un factor importante en la percepción psicológica de un defecto físico es “la actitud que muestren los padres ante este hecho”. El rechazo o la no integración social acarrea problemas de baja autoestima; de igual forma, el rechazo o la no aceptación de los padres puede conllevar a estados patológicos más severos que la misma discapacidad.

El padre y la madre con frecuencia no están conscientes de su influencia en la formación subjetiva de los hijos e hijas, no detectan todo el poder que pueden transmitirles y menos aún cuando los hijos tienen una discapacidad (Arámbula, 1999).

Además se sabe que la indiferencia de los padres es un factor altamente predictivo para la formación de un bajo autoconcepto (Rosenberg, 1973).

La confianza, así como la imagen corporal se forman desde la infancia con los primeros cuidados y contactos de la madre (Spitz, 1993). Se aprende a ser humano dentro de un grupo social y las personas más cercanas son los principales maestros (Buscaglia, 1996).

Por ello se afirma que los niños se perciben como los perciben sus padres, tan favorable o desfavorablemente como ellos lo van determinando durante el desarrollo del niño. Los anteriores datos dan un ejemplo de la importancia de contar además del proceso médico y de rehabilitación con un proceso psicológico tanto con los padres como con el niño con discapacidad, que les permita a ambos desechar mitos y temores respecto a la discapacidad y el de quien la presenta.

b) Área Escolar

Cooper (1993) realizó un trabajo en el que intentó indagar la importancia de la belleza o apariencia física en el desempeño y logro escolar. Refiere que un físico agradable condiciona, en buena medida, un buen trato de los otros hacia el niño. Los maestros, continua la autora, evalúan lo atractivo del niño, determinando así su sociabilidad, popularidad e inclinación académica debido a la conducta del niño que puede ser más abierta y segura.

Para la autora hay una relación positiva entre apariencia física y desempeño escolar, afirma que los mejor parecidos tienen mayores posibilidades de logro académico, lo cual posiblemente no tiene que ver con la capacidad intelectual sino con la seguridad que produce la aceptación del medio social (Cooper, 1993).

Por su parte Dion (1972) considera que se juzga más y de manera más severa a los que tienen un aspecto físico desagradable, por parte de los maestros y son quienes reciben más castigos y respuestas o actitudes negativas de ellos. Señala, que los profesores también moldean la conducta del niño y su autoconcepto (en Cooper, 1993).

Se conoce que la forma en que la gente se evalúa influye en su desempeño en diversas actividades. Webster (1978) encontró que los niños que tienen una baja estimación de sí mismos son generalmente más ansiosos y tienen más dificultades en el ámbito escolar. Por el contrario Coopersmith (1976) reportó que los niños con una elevada idea de sí mismos se acercan más a las tareas complejas y a las personas con las que tienen la expectativa de ser bien recibidos. Lo que es confirmado por otros investigadores, como Shavelson, Hubner y Stanton (1976) quienes además resaltarán que cuando se tiene un autoconcepto positivo éste puede influir en conductas constructivas y deseables socialmente (en Servín, 1992).

Para Rosenberg (1978) el rendimiento escolar es un indicador del reflejo del interés de los padres por sobre sus hijos e hijas, en las actividades escolares, deportivas, creativa, así como por sus amigos todo esto son elementos importantes para la construcción de un autoconcepto positivo.

De esta forma el papel de los educadores es básico e importante, ya que la infancia es el momento en el cual el niño forma un autoconcepto claro, preciso y diferenciado de los demás. Hyman y Singer (1987) consideraron que el autoconcepto se construye sobre la base de una comparación social y se mantiene en relación con el mismo grupo social (en Oñate 1989).

La autopercepción positiva tiene un papel importante en la conducta y el éxito futuro en diversas áreas; por ejemplo existe una evidencia muy clara entre autoconcepto académico y logro académico. Dentro de la misma línea Coopersmith (1976), Fitts, (1965) y Wells y Marwell (1976) consideran que un autoconcepto favorable es una característica central de la salud mental, ya que conlleva al sujeto a buscar logros y realizaciones de su persona en diferentes áreas (en Super y Block, 1991).

Los niños con limitaciones físicas pueden cursar por constantes fracasos escolares y de aprendizaje, lo cual lentamente va afectando su autoconcepto y su autoimagen como estudiante, que se ve disminuida al compararse con quienes no tienen una discapacidad visible, Bloom, 1976; Bryan y Pearl, 1979 (en Heyman, 1990).

Por otro lado, están los datos importantes que señalan Morales y Bonilla, quienes refieren que las personas con discapacidad tienen niveles más bajos de educación, en comparación con la gente sin discapacidad, lo cual a la larga repercute en opciones de trabajo

menos remuneradas y un alto grado de pobreza y marginación de esta población (en Treviño y Szymanski, 1996).

Es frecuente que las personas con discapacidad viven una doble discriminación, primero por ser vistas por los demás como enfermos y diferentes, y segundo por contar con menos alternativas laborales y educativas como el resto de la sociedad (Treviño y Szymanski, 1996).

En México, por ejemplo, la población con discapacidad visual en el estado de Chiapas se inscribieron en primaria 227 hombres y 181 mujeres, y sólo 207 hombres y 107 mujeres ingresaron a la secundaria. En el Distrito Federal a nivel primaria con la misma discapacidad estaban inscritos 386 hombres y 421 mujeres y para secundaria fueron 227 hombres y 339 mujeres. Lo que permite observar un descenso en la población estudiantil con discapacidad en función de los años escolares, pero también en función de la entidad geográfica que ofrece más alternativas para continuar estudiando (Boletín de Registro de Menores con Discapacidad, INEGI, SEP, DIF, 1995).

El problema de la educación y en especial la integración educativa de los jóvenes con discapacidad, ha venido a dejar al descubierto las grandes deficiencias, incongruencias y limitaciones de la educación en México, para con todos los niños no sólo para quienes tienen una discapacidad.

Rasgos de Personalidad

En lo que respecta a los rasgos de personalidad de las personas con discapacidad existen pocas referencias y menos aun en relación con adolescentes. A continuación se presentan algunos estudios y las conclusiones que éstos han generado acerca de la problemática y del impacto que tiene la discapacidad en quien la presenta.

Existe poca literatura que permita conocer la personalidad de las personas con discapacidad y en cierta manera es entendido ya que la discapacidad puede ser causada por diferentes eventos y en diferentes momentos de la vida de una persona. Ya que la discapacidad permea todas las edades de la vida, las pérdidas y el impacto que ello tenga estará más en fusión de las limitaciones y de las pérdidas que la discapacidad impone.

Las investigaciones que existen arrojan datos sobre áreas particulares o bien bajo una condición de discapacidad física, por ejemplo se ha encontrado que las perspectivas de padres, terapeutas y de la persona con discapacidad, con respecto al ajuste social de este último no existen puntos de convergencia entre ellos, aun cuando cuentan con un objetivo en común, que es lograr la rehabilitación y la integración al medio social de la persona con discapacidad (Roessler y Bolton, 1981).

En cuanto a rasgos de personalidad Cook (1976) reporta que la negación, la depresión y el enojo son comunes en las personas con discapacidad (en Roessler y Bolton, 1981). Sin embargo no especifica en que tipos de discapacidades, ni aclara si afecta la forma de adquisición de la discapacidad.

Diardo (1976) por su parte consideró que las personas que tienen una postura de negación, presentan un mejor nivel de aceptación a la lesión, y en el caso del lesionado medular, afirma que la ausencia de depresión está relacionada con un buen ajuste y aceptación a la discapacidad (en Roessler y Bolton, 1981).

Asher (1976) ha señalado que las personas con discapacidad se perciben a sí mismos de una manera muy parecida a como los perciben las demás personas; es decir tan aceptable o negativamente como su medio ambiente lo determina (en Roessler y Bolton, 1981).

Por otro lado, en cuanto a población con discapacidad auditiva, comparada con personas que presentan discapacidad en el aparato locomotor, Schiff (1972) observó que tienen actitudes más negativas hacia su propia discapacidad (en Roessler y Bolton, 1981).

Respecto a esta misma población de personas con deficiencia auditiva, Luterman (1985) reportó que no son del todo aceptados por la sociedad, ya que en ellos se desarrolla un impacto emocional al ver que la gente no los entiende. Si la persona logra una independencia del núcleo familiar le es difícil sentirse parte del medio que le rodea, por la frustración que la falta de audición origina.

King, Shutz, Steel y Gilpin (1993) llevaron a cabo un estudio, en donde compararon las actitudes de los hombres y de las mujeres. Los sujetos del estudio tenían un rango de edad promedio entre los 18 y 20 años de edad, presentaban secuelas de enfermedades como parálisis cerebral y lesión medular. Encontraron que las mujeres tenían una baja autopercepción en la aceptación social, sentimientos de minusvalía para desempeñar actividades deportivas y presentaron ideas de fantasías románticas como cualquier adolescente sin

discapacidad. En cuanto a los hombres, se detectó un bajo nivel de percepción en la competencia escolar y atlética al ser comparados con sujetos sin discapacidad. Se encontró también que en ambos grupos de personas con discapacidad existían factores predictivos para la integración social como la participación en grupo, la realización de actividades para lograr mayor independencia de su familia; además presentaron una alta tolerancia a la frustración.

Los anteriores estudios no permiten llegar a una conclusión para determinar si existen elementos comunes en el impacto emocional de una discapacidad, hasta el momento no se ha encontrado una relación específica entre personalidad y discapacidad.

Roessler y Bolton (1981) aseguran que no existe una relación entre la gravedad de la discapacidad y el grado de deterioro psicológico. Bajo este esquema entonces pudiera aseverarse que el cuadrapléjico no es necesariamente menos ajustado emocionalmente, que el parapléjico; mencionan además, que hay una gran variedad de reacciones a la discapacidad, y esto depende principalmente del medio en el que se desenvuelva la persona. Es decir, la reacción a la discapacidad es una “respuesta personal”, única que surge de la interacción de la personalidad anterior a la discapacidad. En el caso de que sea adquirida; así las actitudes de las personas hacia su propia discapacidad varían extensamente y guardan muy poca relación con el grado de invalidez.

Super y Block (1991) con una postura más reservada, consideran que no hay hasta el momento una conclusión última. De ésta manera citan a Harvey y Greenway (1984) quienes refieren que una discapacidad física adquirida de manera congénita puede tener efectos negativos en la formación del autoconcepto de la persona. De manera opuesta Nwugal (1985) y Weinber y Williams (1978)

indican que en general las personas con discapacidad se ven a sí mismos de manera similar como las personas sin discapacidad, restándole importancia al tipo y a la causa de la discapacidad como factores determinantes para el impacto en la personalidad (en Super y Block, 1991).

En cuanto a la inteligencia de las personas con discapacidad se han realizado estudios en sujetos adolescentes hipoacúsicos, en donde Pintner (1970) concluyó que los niños sordos desde el nacimiento tienen un nivel de inteligencia inferior a los “normales”, explicando esto por la lesión cerebral que produce la sordera, además refiere que el lenguaje genera el pensamiento y al no haberlo el pensamiento es muy limitado (en Mercado, 1974).

En otro estudio realizado por Mercado (1974) midió la capacidad intelectual y el nivel educativo de personas sordas, concluyó que tienen un retraso de dos años en su desarrollo y cinco en el educacional.

Lo anterior, son ejemplos de la dificultad que implica abordar el tema de la discapacidad, pues es diferente cuando una persona la adquiere en un momento determinado de su desarrollo: en la primera infancia, posterior a ella, o bien cuando es adquirida de manera congénita.

El momento en el cual se adquiere la discapacidad y la gravedad de ésta, podrán ser elementos determinantes tanto para la evolución como para la aceptación de la discapacidad, pues no es lo mismo una discapacidad severa a una moderada, en donde el nivel de dependencia-independencia que ofrecen al sujeto es diferente, así como las posibilidades de integración social que ellos pueden establecer con base en su discapacidad.

Es innegable que el medio social tiene un peso considerable en la integración de una persona con necesidades especiales; de hecho existen mayores limitantes y rechazos en función de la gravedad de la discapacidad.

Para concluir este apartado valdría la pena citar a Lisi (1993) quien refiere que la presencia de una discapacidad en la vida de cualquier persona, demanda una reordenación y reestructuración en la manera de ver y vivir la vida, la cual cambia drásticamente, cuando la discapacidad es adquirida en cualquier etapa de la vida del sujeto.

Incidencia de la Discapacidad en México

El número exacto de personas con discapacidad que existen en México es desconocido, por lo regular se manejan aproximaciones; generalmente van de un 10 al 12% de la población total del país, que es un índice de emplea la Organización Mundial de la Salud.

Recientemente se realizó un censo a nivel nacional en población infantil con discapacidad, en el cual incluyeron a niños y niñas de 5 a 17 años de edad, y se logró detectar 2, 728, 045 personas con discapacidad, de los cuales refieren que 1, 126, 860 son hombre, y 983, 684 mujeres y 10, 821 fueron clasificados como "no especificados". Se estima que la población infantil con discapacidad alcanza un nivel de 2.1 millones de habitantes de la población total del país (Boletín de Registro de Menores con Discapacidad, INEGI; SEP; DIF; 1995).

En cuanto a las discapacidades más frecuentes, el censo señala que son: 30% auditiva, 30% neuromotoras. El informe también señala que las personas que presentan más de una discapacidad son

318, 670, y con una sola discapacidad 1, 802, 695 (Boletín de Registro de Menores con Discapacidad, INEGI; SEP; DIF; 1995).

Sin embargo hay que tomar con cautela estos datos, pues las instancias que realizaron el estudio señalan algunas limitaciones como fue la captura de la población, por lo que aclaran lo siguiente:

- La población captada no es resultado de un conteo exhaustivo de los menores con discapacidad en el país.
- Fueron captados por medio de un registro de boletas entregadas a los niños en las escuelas primarias.
- Los datos fueron proporcionados por los padres o tutores, sin la orientación o apoyo de expertos para su llenado.

Todo lo anterior arroja un subregistro de la población infantil con discapacidad comprendida entre los 5 y 17 años de edad y dificulta la posibilidad de tener datos exactos sobre el número de niños con discapacidad en el país, ya que dejó fuera a los niños y niñas menores de 5 años que tiene una discapacidad (Boletín de Registro de Menores con Discapacidad, INEGI; SEP; DIF, 1995).

Causas de la Discapacidad

En lo que respecta a las causas de la discapacidad son diversas y sus niveles de incidencia pueden disminuir o aumentar en gran medida en función de los programas de salud que cada sociedad implementa.

En México, por ejemplo, hace algunos años se logró abatir el problema de la poliomielitis, que en años anteriores fue la causa más común de discapacidad. Sin embargo actualmente son los accidentes

automovilísticos la principal causa de discapacidad adquirida. En segundo plano están los casos de las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, el Parkinson, la distrofia muscular, etcétera, como fuentes propiciadoras de discapacidad. (Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 1996).

Otra área es el periodo pre y posnatal en donde se originan problemas de defectos de nacimiento, que son también origen de discapacidad.

El área laboral es también un espacio propicio para la adquisición de discapacidades, por lo que es necesario implementar y reforzar programas de normatividad en la higiene, en la seguridad y en la salud que permitan disminuir los accidentes laborales.

Por lo anterior se puede observar que existen diferentes fuentes que originan los estados de discapacidad, por lo que es necesario implementar programas que permitan abarcar diferentes aspectos para la prevención y disminución de la discapacidad. Por ejemplo, se conoce que la incidencia y prevalencia de los defectos del nacimiento representan un gran problema de salud y por lo tanto de discapacidad, ya que se ha documentado que aproximadamente uno de 50 recién nacidos vivos y uno de cada 9 recién nacidos muertos presentan uno o más defectos congénitos mayores, que constituye una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad perinatal e infantil (Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 1996).

Algunos de los defectos al nacimiento son previsibles, como el caso del retardo mental secundario, ya que éste puede ser causado por uso inadecuado de medicamentos o por la exposición a tóxicos durante

el embarazo (Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 1996).

En una conferencia dictada por Vargas, señala que en México, de cada mil niños 25 de ellos sufren muerte perinatal, es decir fallecen entre las 28 semanas de embarazo y los siete días de vida extrauterina. Por cada niño que muere en esta etapa dos o tres sobreviven con algún tipo de discapacidad (Vargas, 1999).

Dentro de los factores de riesgo que provocan la muerte perinatal se encuentran principalmente las siguientes: hipertensión en la mujer antes y durante el embarazo, diabetes, desnutrición, embarazos y partos de alto riesgo (Vargas, 1999).

En un estudio realizado en España señala que casi un 42%, de las discapacidades que afectan a los niños menores de 6 años tienen un origen congénito, el 40% se debe a secuelas de enfermedades comunes, y un 10% derivan de problemas sufridos en el parto y solo un 6% tienen origen desconocido (Manual sobre la Prevención de las Deficiencias, 1999).

Entre las personas de 6 a 64 años, solo un 9% de la discapacidad presentada tienen un origen congénito, proporción que baja hasta el 1% para las personas mayores de 65 años. La discapacidad como consecuencia de problemas en el parto pierde importancia conforme aumenta la edad, que es de 2% para el grupo de entre 6 y 64 años, y menos del 0,5% para los mayores de 65 años (Manual sobre la Prevención de las Deficiencias, 1999).

La presencia de discapacidades de tipo psiquiátrico también aumentan considerablemente en función de la edad.

En relación a la población entre los 6 y 14 años y a las discapacidades que durante este periodo se suelen presentar se ha informado que destacan las discapacidades de tipo sensorial, cuya prevalencia incrementa significativamente conforme aumenta la edad de las personas.

El índice la discapacidad pudiera disminuirse si se fortalecieran los programas de prevención y promoción de la salud, y si además entre sus objetivos fuera combatir los prejuicios y los mitos que hay alrededor de la discapacidad. Por medio de medidas preventivas a todos los niveles. Por esto se ha puntualizado que un importante porcentaje de los defectos del nacimiento se reducirían si se logrará una cobertura universal de atención a la mujer durante el embarazo, parto y no centrarse solo en programas de vacunación (Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 1996).

Los programas preventivos permiten abatir y disminuir la incidencia de discapacidades y circunstancias que como la ignorancia, el abandono, la superstición y sobre todo la indiferencia que están presentes en el trato hacia las personas con discapacidad.

Para que estos factores dejen de propiciar actitudes negativas sobre la discapacidad y para que quienes la presenten dejen de ser excluidos de su medio social, es necesario establecer programas permanentes que permitan modificar las actitudes de segregación y discriminación.

La discapacidad puede tener diferente origen, sin embargo algunas podrían prevenirse por medio de acciones relacionadas con: los cuidados maternos, el uso correcto de los medicamentos, el acceso a

consejo genético, o bien la implementación de programas para la promoción de la salud en el trabajo.

Existe poca literatura e investigación que permita hacer diferenciaciones más específicas y detalladas con respecto a la discapacidad y al impacto que tiene en los eventos de la vida diaria y por supuesto para la formación del autoconcepto de cada individuo.

Finalmente es interesante señalar que algunos personajes que han sobresalido por su trabajo y además han vivido con discapacidad, por ejemplo; Gabriela Brimmer que con parálisis cerebral logro ser escritora o Hellen Keller, quien siendo sorda-ciega fue maestra. Es interesante darse cuenta de que nadie piensa o habla de ellas como personas con discapacidad, si no como personas que lograron superar la limitación física con la que nacieron.

Los ejemplos son pocos, pero representativos de la capacidad que puede tener el ser humano para adaptarse a una condición física diferente de su medio social y lograr, pese a la discapacidad, crear e integrarse a la vida productiva.

Cabe aquí hacer una pregunta ¿Qué les permitió a estos personajes superar la discapacidad y poder superar la limitación en actividades productivas? ¿Es que contaban con un alto autoconcepto? ¿Acaso el medio que les rodeó les facilitó las alternativas para desempeñar lo que les gustaba?

La presente investigación intenta dar respuesta a estas cuestiones desde el estudio del autoconcepto, el cual es un amplio elemento de la personalidad que se forma desde los primeros días de vida y está en estrecha relación con la cultura y la sociedad del sujeto.

Capítulo III

EL ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo por las que cursa todo sujeto. Es un proceso que ha sido estudiado en años recientes, algunos autores refieren que es un fenómeno que se da principalmente en las sociedades urbanas, ya que en las comunidades rurales, en donde los roles, las acciones y actividades ya están establecidas, contribuyen a generar una certidumbre acerca de su futuro y de su papel a desempeñar en la sociedad; por lo cual este periodo se vive con menos crisis. Sin embargo, en las ciudades las actividades son tan amplias y en la mayoría de los casos inseguras, por lo que genera crisis el crecer y adaptarse a una sociedad como la nuestra. Es así que Blos, refiere: lo normal es que exista crisis en la adolescencia (1994).

Durante la adolescencia se presentan una serie de cambios que tienen que ver con la búsqueda de sí mismo, de formar su identidad, la necesidad de pertenencia grupal, con la necesidad y posibilidad de intelectualizar y fantasear, se presenta cambios ante la autoridad, hasta llegar una crisis religiosa, así como desubicación temporal.

El joven siente que las cosas cambian, vive constantes fluctuaciones de humor y de estados de ánimo. Además la maduración sexual está presionando dentro de él para hallar la expresión y satisfacción de sus instintos biológicos.

La adolescencia es el tiempo del enojo, de la timidez, de la audacia, del idealismo, y de la necesidad de buscar otras figuras ya que los padres, primeras figuras amorosas se deben abandonar por héroes reales o fantaseados, pero que lo orientaran hacia la madurez y la independencia de ellos la urgencia de liberarse de la dependencia de los padres provoca vivir un conflicto intergeneracional, manifestado por el rechazo y hostilidad que se extiende a diferentes autoridades. Las zonas erógenas de su cuerpo del adolescente, ahora son más fácilmente excitables y les plantea la necesidad de dar salida a sus impulsos sexuales, hasta llegar al ejercicio de la misma (Blos, 1994).

Para el estudio del adolescente se incluyen áreas que tienen que ver con el contexto social, cultural, biológico y social lo cual tendrá un impacto único en cada sujeto. Toda adolescencia lleva un sello individual del medio cultural e histórico en el que se manifiesta.

Sí en la adolescencia hay una etapa de “crisis normal”, y sí ha esto se le agrega una discapacidad física, que afecta de manera determinante el curso de su desarrollo, puede traer serias implicaciones, algunas de ellas serán señaladas a continuación:

El estudio del adolescente implica retomar situaciones que tienen que ver con el contexto social y cultural del mismo, lo cual tendrá un impacto psicológico en el sujeto; de esta manera se puede afirmar:

- a) Durante la adolescencia, hay diferentes elementos que causan angustia e inseguridad; como es la elección de una

carrera, el papel a desempeñar dentro de la familia y/o de la sociedad (Blos, 1994).

- b) La sociedad mantiene una postura excluyente sobre los adolescentes en general y con quien tienen una limitación física o mental en particular, ya que no cumplen con el estereotipo social (Luterman, 1985).

Es de esperar que la discapacidad afecte la personalidad, aunque también es necesario tener presente el periodo en el cual se adquiere la discapacidad (Valdéz, 1988).

Las dificultades para el movimiento, como el no desplazarse priva al niño de experiencias comunes del resto de sus coetáneos, lo que incidirá en su conocimiento, en la adquisición de conceptos, en el desarrollo del lenguaje; que en la escuela se convertirán en dificultades de expresión e integración y de aprovechamiento en general. Mientras que en el área psicológica se pueden presentar estados depresivos, de ansiedad, de introversión o agresión, entre otros (Valdéz, 1988).

El conflicto de la adolescencia se hace particularmente más difícil cuando se trata de jóvenes con necesidades especiales, cualquier tipo de discapacidad imposibilita para tomar distancia, para romper con los lazos de dependencia, ya no de la de tipo psicológico, sino los de tipo físico pues en muchas ocasiones los padres o los hermanos son su vista, sus manos, sus piernas. En este momento las cosas se tornan más complejas tanto para los padres como para él o la joven que buscan establecer una diferenciación de ellos.

Las ejecuciones motoras sucesivas dan una serie de experiencias al niño; y por medio de ellas logra aprender y desarrollar una parte de

su pensamiento. Es así al lograr estructurar el espacio, situar los objetos, identificarlos e introyectarlos con sus diferentes elementos, se sitúa el sujeto mismo tomando conciencia de sí y de las personas con quienes interactúa. Lo cual está en relación con los estadios descritos por Piaget, cuando habla del desarrollo intelectual del niño (Valdéz, 1988).

Por medio de la actividad el niño descubre las partes de su cuerpo, y las posibilidades de movimiento, con ello, adquiere habilidades sensoriales y motoras, que va adecuando a su capacidad de movimiento, a través del desempeño del juego, de la imitación y otras actividades (Valdéz, 1988).

Cada movimiento que realiza facilita las relaciones entre sus percepciones corporales y situaciones correspondientes, por lo que el niño está enriqueciendo la imagen acerca de su cuerpo y con ello logrando lentamente su integración al mundo.

Hay que recordar que el pensamiento se origina unido a la actividad motora, de hecho el juego ofrece la posibilidad de que el niño aprenda y logre paulatinamente una mejor coordinación sobre su cuerpo (Piaget, 1977).

La actividad motora tiene una importancia trascendental en el desarrollo; de igual forma el juego influye y se corresponde con el desarrollo general de las capacidades físicas, motoras, intelectuales, emocionales y sociales, pues cada una contribuyen al desarrollo muscular, intelectual y emocional del niño (Winnicott, 1994).

Es por ello que un niño con un problema físico severo juega menos y esto afecta de diferente manera en el desarrollo y adaptación social (Valdéz, 1988).

En el caso del niño con discapacidad él debe de encontrar la manera de sustituir las dificultades que le implica la limitación física compensándolas con otros recursos con los que cuenta para lograr su integración al medio social, buscar una independencia física y emocional de los padres. El chico debe aprender a lidiar con estas dos necesidades tan contradictorias, por un lado el deseo de ser diferente e independiente y por el otro lado debe permanecer cerca de los padres, de quienes quiere ser diferente (Valdéz, 1988).

Para una persona con discapacidad física siempre hay obstáculos que vencer, como el lograr una tarea por simple y pequeña que pueda ser, en muchos casos aparece la frustración por la elección de soluciones poco exitosas, siendo por lo general, dominada la conducta por el obstáculo. Por lo que el sujeto evade, huye o bien tiene conductas agresivas como consecuencia de fracasos constantes para realizar una tarea (Malesys 1960, en Ajuariaguerra, 1990).

Valdéz (1988) señala que los niños que presentan alguna discapacidad de tipo motor, pueden presentar las siguientes limitaciones en el área académica:

- Son más lentos que sus compañeros
- Pueden presentar problemas perceptuales, que dificultan el aprendizaje de las matemáticas y la lecto-escritura
- Vocabulario pobre
- Campo de experiencias limitado
- Juega menos que otro niño de su edad
- Hay un retraso en su desarrollo en general

Diversos autores como Black, 1974; Bruininks, 1978; Larser, Parker y Jorjorian, 1973; Ribner, 1978; Rosental, 1973; Seratica y Harway, 1979, confirman que por lo general los niños que presentan

problemas en su desarrollo motor generalizan estos problemas a otras áreas de su desarrollo y la escuela es una de ellas, en donde comúnmente genera una autopercepción negativa. Es decir que las dificultades físicas se generalizan a otras áreas afectando negativamente su autoconcepto (en Heyman, 1990).

En lo que respecta a la imagen corporal, ésta se va formando por la influencia de todas las experiencias de la vida, así como de los procesos de pensamiento a través de los cuales el niño se reconoce así mismo (Valdéz, 1988).

El cambio en la imagen corporal, implica en todo adolescente una reevaluación del ser a la luz de los nuevos poderes y sensaciones físicas. Es inevitable que el sujeto compare su propio desarrollo corporal con el de otros niños de su edad. Pues está interesado en la normalidad de su cambio físico, pero el hecho de que hay ausencia de normas, y de edades definidas, es en parte lo que aumenta la incertidumbre en los adolescentes (Blos, 1994).

En esta etapa, cuando el sujeto está a la expectativa de los cambios “esperados” y estos no se presentan, el proceso puede verse matizado por la angustia, temor, sentimientos de devaluación lo cual inevitablemente afecta su estado emocional e intelectual.

Erikson (1956) señala que se debe entender a la adolescencia como una crisis normativa; una etapa en donde el conflicto acentuado permite la formación de una personalidad más definida y estructurada, en donde la formación de la identidad fortalece el autoconcepto positivo (en Blos, 1994).

Lo normal es que exista crisis durante la adolescencia, señala Blos (1994) que es fuente de cambio, permite modificar estilos de comportamiento con los demás e ingresar a una nueva etapa más

fortalecido. En el caso de los chicos con necesidades especiales el apoyo se torna de mayor importancia, ya que la dificultad para el movimiento influye y rige su desarrollo social y emocional. Por ejemplo suelen tener problemas para hacer amigos, para pertenecer a un grupo, para encontrara una pareja o para comunicar sus sentimientos.

Los adolescentes con discapacidad física, pueden ser víctimas de la depresión conforme se van haciendo más conscientes de sus limitaciones y carencia; empezarán a reconocer las diferencias entre ellos y sus hermanos, entre ellos y los amigos de sus hermanos. La depresión es un proceso patológico; pero necesario para que el adolescente con o sin discapacidad acepte quien es y hacia donde quiere ir. Por lo que en medio de esta situación el joven debe reflexionar en la medida de sus posibilidades acerca de su presente y su futuro.

Hay otros aspectos a considerar en los jóvenes con discapacidad, la necesidad de aceptar su estructura física, proceso que ya es difícil para quienes no tienen una discapacidad. En este periodo empiezan a establecer contacto con amigas y amigos, cuida su aspecto corporal, establece nuevas amistades, sin embargo en los chicos con necesidades especiales son más difícil de llevar a cabo.

Sullivan (1953) señala que el sujeto se valora a sí mismo como es valorado por los otros y el adolescente es particularmente vulnerable a ello. El autoconcepto esta influido por las características físicas, por los sentimientos que tienen de sí mismo, por la sensación que se tiene de cómo otros lo perciben (en Blos, 1994). La conducta del otro pasa a formar parte de la experiencia de todo sujeto a través de la percepción (Laing et al. 1978).

Buscaglia, señala que si hay un problema emocional, por lo general la fuente del problema no está en los individuos sino que es infligida del exterior. Las personas con discapacidad llegan con las mismas posibilidades de adaptación que los demás. Se empiezan a vivir como disminuidos en la medida que internalicen sus limitaciones como hechos debilitantes e indeseables para los otros (1990).

Para la formación del autoconcepto es necesario considerarlo en relación con diferentes elementos como pueden ser los estilos de vida, la formación propia de lo que esta bien y lo que esta mal, de la familia donde se comparten pautas, valores y estilos de comportamiento (Rosenberg, 1973).

La literatura en rehabilitación asegura que una alta autoestima en las personas con discapacidad física, se correlaciona positivamente con una tendencia a aceptar la discapacidad como una situación limitada a una sola área, por lo que no disminuye su capacidad en otras áreas (Dembo, Leviton y Wright, 1956; Wright, 1960, en Heyman, 1990).

En el caso de los niños con discapacidad corresponde a los padres y a la familia, enseñarlos y hacerles sentir que sus potencialidades pueden desarrollarse en diversas áreas, y con ello impedir que su limitación motora afecte áreas como el desarrollo escolar y la relación con sus compañeros.

Los medios de comunicación son uno de los principales promotores de una imagen falsa al darle un énfasis excesivo al cuerpo estético, glorificando el cuerpo ideal y descalificando al alejado de él.

En la etapa de la adolescencia cuando el sujeto está a la expectativa de los cambios “esperados” y ellos no se presentan, el proceso puede

verse matizado por la angustia, lo cual inevitablemente afecta su estado emocional e intelectual.

Fenichel (1945) asegura que la pubertad puede resolver o cambiar los conflictos a una dirección final, por ello que en esta etapa es el momento en el cual los padres y maestros pueden influir para modificar estilos de comportamiento negativos (en Blos, 1994).

Lo normal es que exista crisis, fuente de cambio, que permitirá modificar estilos de comportamiento con los demás e ingresar a una nueva etapa más fortalecido, es decir al ambiente adulto.

La adolescencia implica pérdidas y cambios profundos en la imagen corporal y en la relación con los demás, principalmente lo que respecta en la relación con los padres, y el ingreso al mundo adulto que es un mundo de mayores responsabilidades.

En el caso de los adolescentes con discapacidad la necesidad de apoyar y orientarlos en este proceso se torna de mayor importancia, para lo cual en ocasiones será necesario la consulta con un especialista, que permita fortalecer al adolescente primero en relación con la discapacidad y después en proceso de adaptación a la adolescencia.

La patología puede aparecer cuando el niño con discapacidad se da cuenta que no encuentra lo que busca, que tiene que esperar un poco más, que debe de redoblar esfuerzos para alcanzar el objetivo, o reconoce que no puede moverse solo y lo más importante que la gente de su alrededor lo percibe diferente, los muchachos con necesidades especiales enfrentan un reto difícil, no solo tienen que lidiar con las inevitables comparaciones con los demás y con los

modelos que impone la sociedad, sino que además tienen que aceptar lo irreversible de la discapacidad (en Ajuariaguerra, 1990).

El comportamiento ante el cambio físico que implica la adolescencia dependerá de la personalidad del niño, de la importancia otorgada a las partes del cuerpo afectadas por la discapacidad y por supuesto del apoyo y de la actitud de la familia ante la discapacidad (Ajuariaguerra, 1990).

El Adolescente con Discapacidad y su Entorno Familiar

Todo sujeto está influenciado por las normas y valores de la familia quien se encarga de marcar y moldear la conducta y la personalidad de sus integrantes. “De los padres se aprende a sentir y vivir la vida, son sus sentidos, los que alimentan imágenes y sensaciones, respiramos lo que ellos, miramos sus escenarios, hablamos lo que de ellos oímos, el adolescente es parte de esa relación que día con día se da” (Lomas, 1999, p. 1).

La discapacidad puede provocar en el niño ajustes e implica necesariamente un cambio en la experimentación de su estado corporal, el cual puede estar aunado o no a dolor, lo que puede modificar su nivel de conciencia o bien generar angustia.

Una infancia llena de operaciones o visitas al hospital, de inestabilidad en la salud se verá reflejada en la adolescencia a través de estados hipocondríacos, sensación de fragilidad ante el medio, de timidez y de depresión (Bloss, 1994).

Se ha encontrado que los chicos enfermos suelen apegarse más la madre, pero contrariamente también la agreden más que un niño

sano, ya que suelen enojarse por la imposibilidad de reaccionar a estímulos exteriores (Ajuriaguerra, 1990). La relación madre-hijo se torna enferma por un lado, así como dependiente y acaparadora por el otro, lo que frena los deseos de separación de los hijos o bien limita a buscar espacios que promuevan la independencia de ambos.

Ante la enfermedad la familia y cada uno de sus integrantes suele reaccionar de diferente forma. Las reacciones de la familia para lograr la aceptación de la discapacidad implican varias fases, las cuales han sido descritas por Kübler-Ross (1979), (en Ramírez, 1993; Szivos y Griffiths, 1990), ante el proceso de enfermedades prolongadas y terminales.

a) Negación

Es la primer fase y en ella la familia trata de evitar el impacto emocional de saber que un miembro de la familia está enfermo, y mantiene conductas previas a las anteriores de conocer la enfermedad, en ocasiones evitan el contacto con los especialistas para continuar negando el diagnóstico.

b) Coraje

Una vez elaborado el impacto inicial y pasada la fase de negación, la familia empieza a cuestionarse, a hacer preguntas, que puede llevarla a estados difíciles, de angustia y enojo. En ocasiones esto se dirige hacia otros o hacia la propia persona con discapacidad. Los padres suelen culparse de la situación de su hijo, lo cual no externalizan comúnmente.

c) Culpa

Es la fase en la cual la familia o quienes estén cerca de la persona con alguna discapacidad o enfermedad, genera sentimientos de culpa por la enfermedad de su ser querido, así

como por la salud con la que ellos cuentan y por tener la posibilidad de hacer actividades y de mantenerse independientes y activos mientras que su familiar no.

El especialista por su parte, debe de brindar información verídica en este momento para evitar falsas expectativas.

d) Pacto

En ella la familia negocia, generalmente con un ser sobrenatural, la salud y bienestar de su integrante enfermo, en ocasiones prometen cambiar su comportamiento o bien aseguran privación a cambio del bienestar y la salud.

e) Depresión

En este momento la familia analiza las pérdidas y busca constantemente la compensación de ellas por medio de los otros. El grupo familiar se siente desvalido, con escasas esperanzas para el futuro, que pueden ir aumentando, al ingresar a tratamientos terapéuticos en donde los resultados son escasos. En ocasiones los familiares o amigos se ausentan o presentan actitudes de rechazo para la persona con discapacidad.

Por lo que la familia o quien apoye a la persona con discapacidad, opta por alejarse de los demás, es común que en esta fase se curse por estados de culpa y enojo hacia sí mismo y los demás. Continúa la lucha constante contra la enfermedad o el diagnóstico para recuperar la salud.

e) Aceptación

En ella la familia empieza a elaborar el duelo entre la realidad, el futuro y las alternativas reales que están a su alcance para la

cura o para la integración al medio social de la manera más regular posible.

En esta etapa aceptan y reconocen las pérdidas sufridas y valoran las nuevas alternativas. Dependiendo de la historia de los padres, logran hacer cambios estructurales en la vida de toda la familia, que les permita incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta y nuevas formas de relacionarse con los demás; con el objetivo de enfrentar desde otra perspectiva los desafíos del mundo externo en una situación de discapacidad.

Si después de las fases y conflictos mencionados la relación y estructura familiar se mantiene, la persona con discapacidad se verá beneficiada, ya que las personas que realmente la aman y apoyan están cerca de ella ó de él y le permitirán expresar sus preocupaciones y angustias. Además los disturbios emocionales podrán ser superados y serán menos aniquiladores.

Las fases anteriores no son fáciles de cursar hasta llegar a la aceptación, se requiere de un gran trabajo de duelo y aceptación que pocas familias logran conseguir. Lo cual es independiente del tipo de discapacidad o del momento de la vida en que se adquiere la discapacidad.

Las fases descritas, aun cuando han sido retomadas de procesos de enfermedades como el cáncer, Sida, y otras enfermedades crónico degenerativas como Parkinson, Alzheimer; se ha observado que es el mismo proceso para la elaboración y aceptación de la enfermedad, y por ello se ha aplicado a la discapacidad física congénita o adquirida, ya que implica las mismas fases para la aceptación de una

perdida de la salud y de las expectativas planeadas (Szivos y Griffiths, 1990).

Todas las personas ante una enfermedad crónica, suelen cursar por algunas de estas fases, pero las personas no siguen este orden riguroso, o logran pasar de una a otra fase. El llegar a la aceptación de la discapacidad implica un periodo prolongado de reorganización y búsqueda constante, para lo cual requerirán de apoyo profesional (Lisi, 1993). Desafortunadamente no todas las familias y personas con discapacidad superan estas fases, hasta llegar a la aceptación de la discapacidad, es más común que se estacionen en una de ellas, es frecuente que al pasar de los años sigan en el conflicto inicial o en la depresión constante.

Como es de esperar existen diferentes reacciones en cada familia, cuando los lazos familiares son inicialmente fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortalece y cuando los lazos son débiles tienden a debilitarse más y mientras tanto la persona puede ser rechazada en determinadas situaciones o por ciertas personas, en otros casos crea un vínculo muy estrecho solo con uno de sus miembros, que por lo general es la madre.

Se ha observado que los padres con una actitud más adecuada, que han aceptado la discapacidad, que apoyan a sus hijos, estos presentan una adaptación más satisfactoria a su condición física y tienden a mostrar mayor independencia de la familia para realizar diversas actividades, por más limitante que pueda ser la discapacidad (Sorentino, 1990).

Govin-Décarie (1969) realizó estudios apoyado en los trabajos de Piaget, para conocer como es el desarrollo de los chicos con discapacidad; descubrió que su desarrollo afectivo así como su

relación con los demás no presenta una relación entre clase de discapacidad y su desarrollo social (en Ajuriaguerra, 1990).

El niño con malformaciones severas puede mostrar una notable sociabilidad mientras que otros sujetos con menos discapacidad pueden revelar una gran dificultad, con respecto a sus relaciones con los demás. El optar por una y otra postura está en relación con la actitud tomada por la familia ante la discapacidad (Winnicott, 1994).

El Adolescente con Discapacidad y el Entorno Social

En nuestra cultura la apariencia física influye en la aceptación social por lo que con frecuencia algunas alteraciones físicas afectan negativamente las relaciones sociales. Valdéz (1988) y Sorentino (1990) refieren que los medios masivos de comunicación fomentan un culto a la belleza física, olvidando o dejando de lado los valores de índole ético, moral o espiritual. Bajo esta forma de pensamiento social, diversos grupos son marginados, ya que la sociedad no se encuentra preparada para tolerar e integrar a individuos que mantienen una forma de vida y de ser diferente.

¿Cómo una persona con discapacidad estructura su personalidad, cuando se ha desarrollado entre tantos cuidados, protecciones y limitaciones? Estos cuidados lenta y desintencionadamente la han ido excluyendo de la sociedad. Obiakor y Stile (1989) consideran que la falta de una aceptación social conlleva a un pobre autoconcepto, que es una estructura mental de carácter psicosocial, producto de la interacción con los otros.

Malesys (1960) señala que para una persona con discapacidad siempre hay obstáculos que vencer para lograr un objetivo por común y pequeño que pueda ser, en muchos casos aparece la

frustración por la elección de soluciones poco exitosas, siendo por lo general, dominada la conducta por el obstáculo. El sujeto evade, huye o bien tiene conductas agresivas como consecuencia de fracasos constantes para realizar una tarea (en Ajuariaguerra, 1990).

Para algunos investigadores la frustración se centra principalmente en lo social, como lo señala Malesys (1960) quien estudio un grupo de personas con discapacidad y los agrupó en tres categorías:

- a) Las personas que mantienen un comportamiento semejante a las reacciones primitivas, e incluye conductas pasivo-agresivas.
- b) Las personas que mantienen un comportamiento con tendencias a una adaptación de forma inadecuada, su personalidad se concentra con toda su energía, en la limitación y en la falta, en lugar de examinar la realidad y la finalidad para lograr un objetivo. Su comportamiento es neurótico y trata de compensar la invalidez, refugiándose en la imaginación.
- c) Las personas que mantienen un comportamiento con tendencia a una adaptación compensatoria, logran la aceptación de la realidad y concentran su energía no sobre el obstáculo, sino sobre las perspectivas de superación compatibles con la realidad (en Ajuariaguerra, 1990).

F. Van Ror (1970) refiere que los niños con discapacidad entre los 10 y 12 años, llegan a desarrollar estrategias de relación con los demás que son funcionales, pero en la pubertad, una nueva perturbación diferencia a los niños con necesidades especiales de los niños sin necesidades especiales; en este momento surge de forma violenta el

predominio del obstáculo y la ineptitud para resolver de forma apropiada las situaciones cotidianas (en Ajuariaguerra, 1990).

Para Winnicott (1963) muchas malformaciones físicas, no son perceptibles por el bebé por lo que no son integradas como limitaciones. De hecho el niño pequeño tiene la idea de que todo lo que existe a su alrededor es normal (en Ajuariaguerra, 1990).

Para Winnicott (1994) el niño que tiene una deformidad puede llegar a ser un niño sano e integrado socialmente y el sentimiento que de ello tiene, está fundado en la vivencia como persona aceptada. Las distorsiones de su autopercepción pueden provenir de actitudes distorsionadas de las personas de su alrededor. Aunado a las situaciones cotidianas como F. Van Roy (1954) lo señala, la patología aparece cuando el niño con discapacidad se da cuenta que no encuentra lo que busca, tiene que esperar a que le den, que sus esfuerzos no tienen los resultados esperados. En diversas ocasiones aparece la frustración por la elección de soluciones poco exitosas, lo que lleva al niño con discapacidad a evitar tareas difíciles y opta por las tareas menos complejas o esperar a que alguien le realice su trabajo (en Ajuariaguerra, 1990).

El comportamiento dependerá de la personalidad, de la importancia otorgada a las partes del cuerpo afectadas por la discapacidad, del apoyo y actitud de la familia ante la discapacidad ya que toda experiencia anterior, simultánea o consecutiva a la discapacidad influyen sobre la integración de la personalidad en el niño (Ajuariaguerra, 1990).

Las situaciones que se presenten en la pubertad pueden afectar el resultado final en la realización de una tarea, más que los aspectos emocional, anatómica o motriz de la discapacidad.

En la adolescencia normal no hay un tiempo establecido para iniciar o terminar la pubertad. Es variable debido a la complejidad de la vida moderna, que está en relación con los grupos sociales. Por ejemplo en algunos el punto de partida para la etapa adulta es el haber concluido la carrera o bien el haber contraído matrimonio, sin embargo. En otras ocasiones la adolescencia nunca se cursa, de la niñez se ingresa de inmediato a una vida adulta llena de responsabilidades, ya sea por atender a un hijo, o por la necesidad de trabajar y apoyar la economía familiar.

Para el adolescente con discapacidad, es común que sea visto por los padres como un niño pequeño eternamente, que no puede tomar decisiones por sí mismos. Además como ya se mencionó con una infancia llena de operaciones, visitas al hospital e inestabilidad en la salud se verá reflejada en la adolescencia (Bloss, 1994).

La integración social es uno de los elementos que debe estar presente en todo proceso de rehabilitación, como un elemento para la aceptación de la imagen corporal. Es frecuente que estas personas se enfrenten a rechazos constantes, que puede llevarlos a valoraciones negativas de sí mismo, ya que una pérdida de la función es una privación (Krueger, 1988).

En la medida en que se dé un ajuste psicosocial real, existen mayores posibilidades de éxito vocacional, laboral y personal, pues la aceptación de la discapacidad permite establecer planes realistas tanto para la persona con discapacidad, como para la familia y para el terapeuta o al médico tratante (Krueger, 1988).

Por ello Trieschmann (1974) considera que las personas que han aceptado la discapacidad, que han recibido la rehabilitación adecuada y socialmente se encuentran integradas; tiene mayores

posibilidades de lograr en el futuro resolver los problemas de la vida cotidiana de una manera más satisfactoria, realista e independiente de los demás. En situaciones contrarias, cuando el sujeto desconoce sobre la discapacidad, los derechos y obligaciones, es más probable que estructure su vida en fantasías irreales (en Roessler y Bolton, 1981).

Es importante tener presente que la cultura implica conceptos creencias y principios que influyen en el individuo, en la manera de verse así mismo y a su alrededor, por lo que puede afirmarse que el deterioro y la discapacidad son culturalmente construidos a través de diferentes lenguajes, como son el trato o las actitudes de los demás para con la persona con discapacidad (Trueba, Rodríguez, Zou y Citron, 1993 en Treviño y Szymanski, 1996).

Por todo lo anterior, se considera que el adolescente con discapacidad, cuenta con rasgos bien específicos, que han ido marcado y determinado toda su vida y su personalidad en una sociedad que parece no estar preparada para la diversidad y menos para la tolerancia e integración de las diferencias.

En la sociedad actual se ha creado un discurso que parece estar diseñado para los grupos marginados, en donde lo distinto es anormal, donde lo diferente se ha reducido a inferior. Las personas con alguna limitación física: son diferentes y por lo tanto inferiores, por ello no entran dentro de los valores y estándares sociales (Fridman, 1998).

El hablar de la adolescencia implica hablar sobre control social, ya que existen formas de regular las prácticas y representaciones, que por lo general se centran en la creación de un orden simbólico de lo normal. Las prácticas del adolescente en la sociedad con o sin

discapacidad se clasifican por un sistema jerárquico de valores, en donde se establece y se valora si es casado, heterosexual, soltero, reproductivo, fuerte, ágil y así sucesivamente hasta incorporar todas las prácticas, que deben ser legitimadas y aceptadas por el sistema. Por lo que las que están relacionadas con la enfermedad, con la discapacidad, con la diferencia, transgreden este orden y por ello no son respetadas y reciben el estigma social (Peña, 1998).

Se ha llegado a creer que los cambios, la búsqueda, el deseo no son legítimos en la adolescencia y menos cuando está relacionada con la discapacidad física, por lo que esta población debe de luchar contra estándares y modelos impuestos desde los aparatos masivos de comunicación que imponen modelos y frases falsas de lo que debe ser. Proponen estereotipos alejados de la realidad y al conocerlos, los adolescentes corren el riesgo de sentirse excluidos, de no sentirse parte de la raza humana, o bien de creer que lo bueno, lo funcional esta ya determinado y es de una sola manera (Peña, 1998).

Desde siempre se ha estigmatizado la diversidad, pues se parte de una supuesta normalidad, por lo que se cree que los jóvenes con discapacidad no tienen deseos de independencia, de espacios privados, de silencio, ni interés por conocer su cuerpo y sus potencialidades físicas, se cree que el carecer de todo ello no tiene un impacto en la realización de sus planes y proyectos como adolescentes que son.

Los padres de los adolescentes con discapacidad tienen un trabajo muy importante y fuerte para lograr encontrar el equilibrio entre los sentimientos de su hijo y los propios, para ayudarlos a reconocer y reforzar sus potencialidades. Es una tarea que requiere de tiempo, de paciencia, de perseverancia y de la convicción de que se puede lograr el equilibrio. Los padres deben de evitar ser víctimas de la

compasión y de la idea de que su hijo no es capaz de superar el esfuerzo que significa la búsqueda de la independencia (Peña, 1998). Es necesario que todos los adolescentes participen desde su esencia misma en la atmósfera social en que les ha tocado vivir, incluirse en el mundo con la imagen que tiene de su cuerpo, ya cambiado, ya con limitaciones, ya con dificultades para el movimiento, pero también con sus potencialidades, con su ideología, con sus propuestas que le permitirán su integración al mundo, al espacio y a todo lo demás que también es suyo.

Los jóvenes que viven con la discapacidad tienen la oportunidad de ver desde otra perspectiva, por lo que su propuesta sobre la diversidad es otra y vale la pena que sea manifestada y escuchada.

Finalmente hay que recordar que toda adolescencia lleva un sello individual, dado por el medio cultural y social, desde el cual se manifiestan y desde el cual deben exigir el ejercicio de la libertad sin recurrir a estigmatizaciones para coartarla.

Por todo lo anterior se ha elegido estudiar al adolescente con discapacidad física y su autoconcepto, que es una estructura psicológica, construida con la influencia social.

El interés del estudio se centra en una sola estructura: el autoconcepto de la población adolescente con discapacidad física. Conocer el impacto de esta combinación permitirá aproximarse a otras alternativas de atención e integración social. El estudio del autoconcepto se plantea en dos niveles; el primero en función del adolescente mismo y en segundo en la relación con la percepción que los padres tienen de los adolescentes con discapacidad.

La elección del estudio del autoconcepto es por considerarlo como una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos fundamentales como los conductuales, afectivos, físicos reales e ideales acerca del propio sujeto y que funcionan como un código para la acción, para la aceptación e integración de las limitaciones que la discapacidad física impone a quien la presenta.

JUSTIFICACIÓN

Abordar el tema de la discapacidad en la adolescencia e intentar conocer el autoconcepto de los mismos implica una serie de dificultades, ya que hasta el momento se desconocen si existen rasgos particulares en la población de estudio.

Sobre la discapacidad se desconocen datos muy elementales, por ejemplo: el número de personas que presentan alguna discapacidad en el país, por lo que se manejan sólo aproximaciones. La O.M.S. señala que el 10 % de la población mexicana presenta “alguna” discapacidad, que puede ir desde un problema de debilidad hasta una discapacidad paralizante. Por lo que se considera que aproximadamente diez millones de personas tienen una discapacidad en el México (Valdez, 1988).

Se desconoce el número de hombres y de mujeres con discapacidad, así como cuales son las discapacidades más frecuentes y sus principales causas, las características psicológicas de esta población, las alternativas vocacionales o laborales a las que tienen acceso. Existen pocos estudios en México sobre las causas de las discapacidades en los primeros años de vida, en la edad adulta y cuales en las personas mayores y menos estudios sobre adolescentes con discapacidad y la relación que guarda con el autoconcepto. La mayoría de los estudios se centran en problemas escolares o en procesos de aprendizaje, que también arrojan información valiosa sobre la discapacidad.

Por ello resultó de gran importancia conocer el autoconcepto en los adolescentes con discapacidad y la relación que guarda con sus padres.

La familia es una pieza fundamental en el desarrollo de todo niño con o sin discapacidad y en el estudio del autoconcepto será importante identificar rasgos en los padres que puedan afectar tanto positivamente como negativamente el desarrollo de los adolescentes con discapacidad física.

Conocer dichos rasgos cuando los padres saben que el proceso de atención y cuidados para con su hijo se prolongará mucho más de lo planeado o esperado, permitirá buscar alternativa para mejorar el nivel de vida de los adolescentes como de la familia en su conjunto.

La influencia que la familia y la sociedad ejercen sobre la formación de todo individuo es de gran importancia, en el caso de una persona con discapacidad, la influencia es mayor ya que la discapacidad genera una sensación de vulnerabilidad ante los demás.

Es necesario conocer y estudiar la estructuración del autoconcepto en los adolescentes con discapacidad, que permita establecer o modificar los programas en centros de rehabilitación y atención, principalmente aquellos que tienen como objetivo principal informar, orientar sobre la discapacidad a los integrantes de la familia, permitirá argumentar que los programas deben de ser más amplios y flexibles en cuanto a su duración y contenido. Además de señalar la importancia de generen espacios para la reflexión y el análisis de la discapacidad y del impacto de la misma a largo plazo en una sociedad donde se suele excluir y clasificar como anormal a todo lo diferente.

El estudio tuvo como propósito realizar un análisis de tipo correlacional y descriptivo, buscó conocer: ¿Cómo es el autoconcepto del adolescente con discapacidad física, adquirida o congénita que afecta el aparato locomotor? ¿Qué relación existe entre el autoconcepto de los sujetos con discapacidad y el que sus padres tienen de ellos?

Por otro lado, se buscó conocer: ¿existe alguna relación entre el autoconcepto y lo limitante de la discapacidad que presentan los adolescentes? Estos son algunos de los cuestionamientos a los que se buscó dar respuesta.

El conocimiento de esta población permitirá modificar a largo plazo los programas de rehabilitación, los cuales tienen como objetivo integrar a la persona con discapacidad al núcleo social en donde cuenta con igualdad de oportunidades para su desarrollo.

Es frecuente que la integración al medio social sea apoyada y/o determinada por los padres, lo cual está mediado por el concepto que tengan de su hija o hijo acerca de sus alcances, de las posibilidades de logro en las diversas actividades que el adolescente con discapacidad emprenda.

Existen instrumentos que permiten evaluar el autoconcepto, los cuales se centran más en la medición de la personalidad en general e incluyen al autoconcepto como un elemento que forma parte de la misma. Ejemplo de ello sería el MMPI, los de tipo proyectivo como el Rorschach y el Machover entre otros.

Dentro de las investigaciones realizadas para estudiar el autoconcepto se encuentran diversos trabajos en donde se han diseñado instrumentos para medirlo y abordarlo en adolescentes. Algunos ejemplos de ellos son: “Estrés y autoconcepto” en

adolescentes de 10 a 15 años, en donde Garton y Pratt (1995) realizaron un estudio que buscó conocer la relación que existe entre el estrés con el autoconcepto tanto en hombres como en mujeres en función de su edad y año escolar.

Otro ejemplo es “La escala de autoconcepto” también en estudiantes, en donde se buscó conocer y describir los desórdenes en los estudiantes con problemas conductuales y emocionales. En dicho instrumento los sujetos describían su eficacia o desempeño en tres áreas principalmente: la académica, la social, y la autoimagen. Describían tanto su desempeño, la importancia de la tarea, y el resultado de ella. Participaron adolescentes con escolaridad de 3° a 12° grado de estudio (Gresham, 1995). Se encontró que existía una alta relación positiva entre las tres áreas para conformar el autoconcepto.

Otro instrumento se denominó, “Autoconcepto multidimensional”, fue un estudio que se realizó con adolescentes de 13 a 20 años, con un nivel de estudios de secundaria o preparatoria en Sudáfrica. Los sujetos se evaluaban en ocho áreas diferentes (Mboya, 1994).

Los anteriores son algunos ejemplos de la construcción de escalas de autoconcepto en adolescentes. Sin embargo además de que son pocas las que se han realizado para esta población, se centran principalmente en sus actividades académicas con población “sana”. Además han sido realizadas en el extranjero y no han considerado a la discapacidad física como un factor que influya en el autoconcepto o en el rendimiento escolar.

Otro instrumento es el trabajo realizado por La Rosa (1986) quien desarrolló un instrumento para medir el autoconcepto, en población mexicana. La escala está constituida por 64 reactivos, balanceados

positiva y negativamente y las respuestas varían de completamente falso a completamente verdadero en un intervalo de 5 puntos.

Los reactivos se clasifican en cuatro categorías generales:

a) autoconcepto ocupacional, b) autoconcepto ético, c) autoconcepto emocional, d) autoconcepto social. El estudio lo realiza con adolescentes sanos de secundaria y preparatoria, tiene la ventaja de que fue validado en población mexicana.

Sin embargo su problema estriba en que la base conceptual a partir de la cual fue realizado parte de las asociaciones libres, generadas por los sujetos, la cual es una técnica que no evalúa correctamente el significado, social y psicológico de un evento o fenómeno.

Por otro lado, el hecho de que el instrumento sea de tipo diferencial semántico, implica que se pueda estar midiendo más actitudes hacia uno mismo, que al autoconcepto. Además el uso de antónimos (adjetivos bipolares) puede favorecer la presencia del fenómeno de la deseabilidad social.

Otra escala que aborda de manera más directa el aspecto físico, es la escala de Tennessee, donde existen las preguntas: “me agrada mi apariencia física”, “hay partes de mi cuerpo que no me agradan”, o bien, “gozo de una buena salud”, hacen referencia, más a reactivos de la autoestima y a la conformidad con la salud, que al autoconcepto en sí, que es una estructura más extensa y abarcativa.

Valdéz (1994) elaboró un instrumento para estudiar el autoconcepto con población mexicana adolescente sana, a través de la técnica de redes semánticas. Es el instrumento del que se partió para construir el que se aplicó a población con discapacidad.

Se eligió este instrumento ya que las redes semánticas es una técnica que permite un acercamiento cognoscitivo más profundo y complejo de las expresiones subjetivas, individuales y colectivas, en la investigación de conceptos, tanto en lo que se refiere a la relación del individuo consigo mismo, como en la relación con su entorno social. Además es una técnica adecuada no sólo para la investigación del significado psicológico (representación social e individual), sino que es una herramienta muy útil para la construcción de instrumentos de medición en factores culturalmente relevantes (Ávila y Reyes, 1995).

La información que se obtiene a partir del uso de las redes semánticas es muy amplia ya que se pueden obtener conceptos de diversa índole, las palabras que se presentan harán referencia a cuestiones como: color, función, relación con otros objetos, características, lugares donde se puede encontrar, es decir la información no se refiere únicamente a los objetos concretos, sino que tiene también eventos, relaciones lógicas, de tiempo, espacio, etcétera (Ávila y Reyes, 1995).

En cuanto a la validez y confiabilidad del instrumento Valdez realizó su instrumento con población estudiantil de primarias, secundarias, preparatorias y universidades, la población de preparatoria fue la más consistente, los que más generaron palabras para definir los estímulos, por lo es en esta población donde realiza la segunda fase de su estudio que contó con 368 sujetos. Valdez (1994) menciona que después de obtener una matriz de correlación entre todos los reactivos del instrumento realizó el alpha de Chronbach para determinar la consistencia interna de su instrumento (Tabla 1).

Tabla I
Subescalas con su Valor Alpha

Subescalas	No. de Reactivos	Alpha
Social Normativa	10	.7828
Social Expresiva	7	.7796
Expresivo Afectiva	4	.7730
Orientación al Logro	3	.7673
Rebeldía	8	.7101
Ético Moral	5	.6802
Total	37	.8202

El instrumento cuenta con poca dispersión, lo que indica que tienen una aceptable consistencia interna. En cuanto a la validez esta dada por la varianza explicada acumulada por los factores extraídos.

Instrumento

Para la construcción del instrumento del estudio fue con base en los instrumentos que más se acercan a la idiosincrasia mexicana para medir el autoconcepto, por lo que se eligió la propuesta de Valdéz (1994), aun cuando las características físicas y corporales no aparecen dentro del mismo, ya que la validación y estandarización se realizó en población adolescente sana y por lo tanto los aspectos físicos tienen una connotación diferente comparada con una persona que presenta una discapacidad física.

En el estudio de Valdéz, los sujetos se describen de una manera concreta y objetiva, es decir la apariencia física fue tratada como un elemento objetivo, pero una característica importante del instrumento es que fue resultado de un estudio en población adolescente mexicana.

La construcción del instrumento se basó en los 37 reactivos de la escala de Valdéz, pero fue necesario incorporarle reactivos relacionados con la discapacidad.

Inicialmente se buscó obtener los reactivos en la población con discapacidad física, para eso se realizó lo siguiente: primero, por medio de la técnica de redes semánticas se buscó conocer cuáles son los principales descriptores que los adolescentes con discapacidad emplean para autodescribirse; se observó que los descriptores fueron usados principalmente de manera abstracta debido a que los sujetos se describían resaltando aspectos de carácter, pese a que las instrucciones fueron: "*describete físicamente*". Además se presentaron grandes resistencias, tanto de los adolescentes como de los padres para participar, además de las dificultades para realizar el ejercicio, en varias ocasiones, el tiempo límite de 1 minuto, para escribir los descriptores sobre sí mismos fue insuficiente, por lo que se llegó a prolongar hasta 3 minutos sin obtener buenos resultados, ya que solo escribían dos ó tres reactivos como máximo.

La segunda opción fue recurrir a los padres y pedirles que intentaran describir físicamente a su hija o hijo. El resultado de ello fue que su descripción estaba basada en su relación afectiva, reflejándose en su descriptores como fue: buen hijo, trabajador, cariñoso, amoroso, obediente, etcétera.

Finalmente se optó por cuestionar a los adolescentes no relacionados con la discapacidad, a quienes se les pidió que describieran a personas o jóvenes con discapacidad.

En este caso la diferencia con respecto a las dos aproximaciones anteriores fue drástica, pues el hecho de estar alejado de la discapacidad y no estar involucrado emocionalmente, hace que su descripción sea diferente.

De esta manera fueron cuestionados 96 sujetos, de los cuales 49 fueron de sexo masculino y 47 de sexo femenino, y tenían una edad promedio de 16.4 años, cursaban el 1^{er} semestre de bachillerato.

El ejercicio se realizó en una aula del plantel del Colegio de Bachilleres No. 14. Inicialmente se hizo un ejemplo con los alumnos, el cual permitió identificar dudas e inquietudes con respecto al objetivo del ejercicio, se empleo la palabra “escuela”, las instrucciones fueron las siguientes: “les mencionaré una palabra y ustedes escribirán en su cuaderno la mayor cantidad de palabras sueltas con las que la relacionen, no deberán escribir oraciones, artículos o preposiciones. Para esta tarea contarán con un minuto, recuerden no es un examen y traten de escribir la mayor cantidad de descriptores. La palabra estímulo es: escuela”.

Posteriormente los alumnos tenían que jerarquizar todas las palabras que generaron, con base a la que consideraban más relacionada o importante con la palabra estímulo y se le asignaban el número 1, el 2 a la que seguía en importancia y así sucesivamente hasta terminar con la lista de palabras que escribieron.

Una vez que el ejercicio quedó claro, se aplicó la palabra estímulo de interés “persona con discapacidad”, a la que se le dio el mismo tratamiento.

Por medio del ejercicio se identificaron 86 descriptores diferentes a los cuales se les dio el tratamiento correspondiente a la técnica de redes semánticas: los descriptores calificados con uno fueron multiplicados por 10, al que le dieron el segundo lugar por nueve, al tercero por ocho y así sucesivamente. Tal tratamiento fue realizado con todos los sujetos encuestados, de acuerdo al procedimiento de las redes semánticas (Reyes, 1993).

Del listado se obtuvieron los reactivos de mayor representación social, a continuación se presentan los puntajes obtenidos de los reactivos más significativos sobre el termino persona con discapacidad:

Tabla II
Redes Semánticas Naturales
Estímulo: Persona con Discapacidad

	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peso semántico
Definidor	Ponderación	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
Enfermo	Frecuencia	48	26	11	5	3	0	1	1	0	0	
	Valor Ponderado	480	234	88	35	18	0	4	3	0	0	862
Minusvalido	Frecuencia	31	21	11	7	1	0	0	1	1	1	
	Valor Ponderado	310	189	88	47	6	0	0	3	2	1	646
Impotencia	Frecuencia	19	10	7	5	2	1	0	1	1	0	
	Valor Ponderado	190	90	56	35	12	5	0	3	2	0	393
Dependiente	Frecuencia	4	3	20	7	1	1	2	1	2	1	
	Valor Ponderado	40	27	160	49	6	5	8	3	4	1	303
Imposibilitado	Frecuencia	3	4	0	3	1	1	2	2	0	0	
	Valor Ponderado	30	36	0	21	36	5	8	6	0	0	142
Inútil	Frecuencia	3	2	4	3	1	1	3	2	0	0	
	Valor Ponderado	30	18	32	21	6	5	12	4	0	0	128
Torpe	Frecuencia	0	4	2	3	2	2	1	0	1	1	
	Valor Ponderado	0	36	16	21	12	10	4	0	2	1	102

Una vez que los reactivos fueron identificados, se procedió a intercalarlos de manera aleatoria en el cuestionario de Valdéz (1994), el cual estaba formado de 37 reactivos, que son adjetivos positivos y negativos.

Otras modificaciones al instrumento fueron: una previa explicación, antes de contestar el cuestionario. Se le integraron cinco cuadros de tamaños diferentes, del más grande al más pequeño, que permitió a los sujetos identificar si contaban con más o menos de los

descriptores allí señalados. El cuadro grande indicaba que tenía “mucho” de esa característica y disminuía, al elegir un cuadro de menor tamaño (Reyes, 1993).

Se observó, en los casos de los adolescentes con discapacidad motora que los cuadros facilitaron su respuesta, además de ser una forma de visualizar la “cantidad” de un descriptor.

Se le agregó también un ejemplo para contestar antes de iniciar el cuestionario.



El cuadro más grande al ser elegido indica que se percibe muy afectuoso y en la medida que elige uno de menor tamaño, esta característica va disminuyendo, hasta percibirse poco afectuoso.

Otro dato que incluyó el instrumento fue: edad, sexo, diagnóstico y uso de algún aditamento, los que llenaba el entrevistador.

Se realizaron dos instrumentos prácticamente iguales uno para los padres de familia y otro para los adolescentes, la diferencia consistía en las instrucciones (anexo I)

Una vez obtenido el instrumento se procedió a aplicarlo en la población de interés.

Piloteo

Una vez que el instrumento quedó conformado con los reactivos originales y los identificados en la población adolescente sin

discapacidad quedó integrado el “Instrumento de Autoconcepto para Adolescentes con Discapacidad”.

Se procedió a aplicarlo primero a una pequeña muestra de la población de interés a nivel piloto, para identificar errores y dificultades en las instrucciones para contestar.

Se piloteó el Instrumento de Autoconcepto para Adolescentes con Discapacidad en 27 sujetos, 15 fueron adolescentes con discapacidad y 12 madres de familia, se solicitó sus comentarios y observaciones de manera verbal al finalizar la aplicación. Como resultado de la aplicación se encontró la necesidad de hacer algunos cambios a las indicaciones y a la manera de contestar para hacerlas más comprensibles. Entre las observaciones señalaron la necesidad de ejemplificar con un reactivo antes de iniciar a contestarlo. (Anexo 1).

Posterior a las adaptaciones se realizó la aplicación a una muestra de 136 sujetos con discapacidad.

Planteamiento del Problema

A las personas con discapacidad generalmente se les asocia con dificultades para el aprendizaje, con la pasividad, con la lastima, con dificultad para entablar relaciones sociales, no se les atribuyen deseos de superación para mejorar sus condiciones de vida, deseos de ser independiente y autónomos.

Las actitudes de devaluación para con esta población han conformado una imagen social. En donde el papel que la familia desempeñe para modificar o confirmar estos patrones es fundamental, ya que la postura que ella tenga ante la discapacidad

como un evento limitante, digno de sobreprotección, aislamiento o bien como una condición en la que su hija o hijo pueden desarrollarse, tener logros, éxitos y fracasos como cualquier otro adolescente, serán determinantes para la formación de un autoconcepto positivo o negativo en el adolescente.

Por ello en el presente estudio se buscó conocer la relación que guarda el autoconcepto de los adolescentes con discapacidad y el que de ellos tienen sus padres.

En la discapacidad existen diferentes niveles de limitaciones, por ejemplo un mismo diagnóstico puede ir desde la dificultad en movimientos de precisión, hasta la limitación para realizar actividades de la vida diaria de manera independiente. Por lo que se buscó conocer si el autoconcepto en los adolescentes con discapacidad tiene relación con lo limitante de la misma.

Hipótesis Conceptual

El ámbito familiar y el social ejercen un papel determinante en la formación de la personalidad del individuo, ya que en ellos se establecen relaciones y vínculos básicos para la estructura del individuo y evidentemente del autoconcepto, el cual es importante para el desarrollo y autonomía futura del sujeto como lo señalan Webster 1978; Dion, 1972; Stanto, 1976; Obiakor y Stile (1989); Hyman y Singer, 1987 (en Oñate, 1989); Spitz, (1993.) y Cooper (1993). La valoración que el medio social hace de la discapacidad está en función de los esquemas y los modelos estéticos que en la sociedad prevalecen, por lo que la percepción de la discapacidad puede variar en función de los padres, de sus expectativas y estilos de afrontar la vida (Sorentino, 1990; Cooper, 1993; Valdéz, 1988; Krueger, 1988; Roessler y Bolton, 1981).

Hipótesis de Trabajo

Las hipótesis a las que se pretende dar respuesta son:

- **H 1:** Existe relación entre el autoconcepto que los adolescentes con discapacidad tienen de sí mismos y la percepción que de ellos tienen sus padres.
- **H 0₁:** No existe relación entre el autoconcepto que los adolescentes con discapacidad tienen de sí mismos y la percepción que de ellos tienen sus padres.
- **H 2:** Existe relación entre el autoconcepto y lo limitante de la discapacidad.
- **H 0₂:** No existe relación entre el autoconcepto y lo limitante de la discapacidad.

Variables

Autoconcepto

Definición conceptual: el autoconcepto es entendido como una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales o ideales acerca del propio sujeto y que funciona como un código subjetivo de acción hacia el medio ambiente (Valdéz, 1994).

Definición operacional: El autoconcepto es la calificación que el sujeto obtiene en la escala elegida para evaluarlo "Instrumento de Autoconcepto para Adolescentes con Discapacidad" (Anexo I).

Discapacidad

Definición conceptual: discapacidad es una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita

la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (O.E.A. 1999).

Definición operacional: el diagnóstico médico de la discapacidad, el cual fue dado en los primeros cuatro años de vida en los adolescentes.

- **A) H₁V I:** la percepción y concepto que los padres tienen de sus hijos con discapacidad.
- **V D:** el autoconcepto que los adolescentes con discapacidad tienen de sí mismos.

- **B) H₂: V I:** El diagnóstico médico que los adolescentes con discapacidad tienen.
- **V D:** El autoconcepto que los sujetos tienen de sí mismo.

Método

Sujetos

La muestra de sujetos fue elegida de Centros de Rehabilitación Física, interesados en participar en el estudio, como fueron: la Escuela de Rehabilitación de Zapata S.E.P.; el Centro de Rehabilitación y Estimulación Especial Iztapalapa, del D.I.F. Nacional (C.R.E.E.) y el Hospital Shriners para Niños con Discapacidad y Quemados A.C.

La muestra con la que se trabajó fueron adolescentes entre 12 y 22 años de edad, de sexo femenino y masculino con discapacidad física de tipo motor, que presentaron desde los cuatro años o antes, pero no después. Los sujetos debían saber leer y escribir y haber cursado como mínimo tercer año de primaria, se les invitó a participar en el estudio con la aprobación de sus padres o tutores.

En cuanto a la selección de los padres o tutores de familia, fueron los padres de cada sujeto participante a quienes se captó simultáneamente. Si alguno de los dos (padres o hijos) no quería participar en el estudio, los cuestionarios no se aplicaban.

Los candidatos a participar fueron elegidos de manera no probabilística, por cuota, hasta contar con una muestra de 136 sujetos, 51 fueron mujeres y 81 hombres.

En cuanto los padres no todos regresaron el cuestionario o bien lo llenaron de manera incompleta, ya que sólo se analizaron 103 cuestionarios de los padres de adolescentes, que será discutido posteriormente.

Los cuestionarios fueron aplicados en la sala de espera antes de pasar a su consulta en el centro de rehabilitación del Hospital Shriners y en el C.R.E.E. Iztapalapa, mientras que en la escuela de rehabilitación de Zapata fue en salón de clase.

La discapacidad que presentaron los sujetos, fue originada por alguna de las siguientes enfermedades:

a) *Parálisis cerebral infantil*: es un término que describe trastornos cerebrales, no progresivos en niños y niñas pequeños, que causan alteración de la función motora. Puede presentarse alterado el sentido de la posición y en ocasiones más severas la capacidad mental se ve también afectada, hay perturbaciones emocionales.

Dentro de las causas se encuentran riesgos en las etapas:

- Prenatales: prematurez o factores hereditarios.
- Perinatal: problemas en el parto, anoxia fetal.
- Posnatal: traumatismos, meningitis u otras infecciones severas (Browne, 1986).

b) *Secuelas de melingocele*: es un padecimiento neurológico, los pacientes con esta enfermedad presentan una placa de médula espinal dañada, en la superficie de la piel. En algunos casos esta rodeada por un quiste, la placa por lo general aparece en las regiones lumbar o toracolumbar. A menos que la lesión sea cerrada. Los pacientes pueden morir por la infección.

Dentro de las consecuencias que presentan se encuentran:

- Parálisis completa o incompleta de los miembros pélvicos.
- Deformidades múltiples de los miembros pélvicos.
- Falta de control activo de la función vesical y tendencia a desarrollar insuficiencia renal.
- En algunos casos se presenta hidrocefalia, lo que hace necesario tratamiento quirúrgico (Browne, 1986).

c) *Secuelas de poliomyelitis*: es una enfermedad viral que afecta las células de las astas anteriores de la médula espinal, afortunadamente ya es menos común en los países de occidentales debido al éxito de los programas de inmunización.

Las células de las astas anteriores se dañan, resultando una lesión de neurona motora inferior, sin pérdida de la sensibilidad.

El paciente presenta:

- Paresia limitada a ciertos grupos musculares.
- Músculos flácidos que pueden atrofiarse y son remplazados por tejidos fibrosos tendinosos.
- Desarrollo de contracturas y deformaciones (Browne, 1986).

d) *Luxación de cadera congénita*: es un padecimiento común en los niños después del nacimiento la incidencia de la luxación es de 3-2 mil nacimientos Browne (1986).

Se ha observado que este padecimiento no se encuentra en población de raza negra y es más común en mujeres que en hombres.

Esta asociado a otros factores como en partos que tuvieron una presentación pélvica.

Con la cadera luxada se pueden presentar problemas secundarios que de no atenderse a tiempo será más difícil su tratamiento como:

- Anormalidad en la cabeza femoral, la cual puede deformarse.
- Los signos cambian según la edad del paciente, se puede diagnosticar fácilmente desde el nacimiento, con altas posibilidades de corrección.
- Los niños con luxación de cadera entre los 6 y 9 meses de edad presentan movimientos limitados, tienen un miembro más corto que otro.
- Presentan rotación interna de un miembro inferior.
- De los 12 a 18 meses el diagnóstico es más fácil ya que puede haber varias indicaciones como es el retraso en la marcha o incluso una claudicación significativa (Browne, 1986).

e) *Pie equinvaro congénito*: las personas con este padecimiento nacen con los pies girados hacia adentro, el talón está retraído en inversión y el antepié en aducción. Esta posición es producida por una severa retracción en equino, además de una importante retracción en varo a nivel de la articulación subastragalina y una marcada deformidad en la aducción del ante pie con respecto al retropié.

Se ha observado que en uno de cada mil nacimientos pueden estar asociados a paladar hendido y luxación congénita de la cadera. Es un padecimiento de tipo ortopédico y corregible en gran medida si se atiende desde el nacimiento, el tratamiento puede ser tanto por manipulación como por cirugía, de lo contrario los huesos del pie continúan deformándose de manera permanente (Browne, 1986).

f) *Escoliosis*: es un padecimiento bastante común que se presenta en los niños, es una enfermedad de la columna, con una desviación lateral y de rotación de las vértebras. La escoliosis también ocurre en pacientes con enfermedades neuromusculares progresivas como la

distrofia muscular de Duchenne y en casos muy severos puede ser un elemento importante para la insuficiencia respiratoria (Hathaway, Hay, Groothuis y Paisley, 1995).

- Puede presentarse cuando el niño se inclina hacia delante.
- Los pacientes presentan una deformidad en la espalda.
- Ante el movimiento esta acompañado de dolor y en ocasiones muy severas puede dificultar el movimiento (Browne, 1986).

g) Artogriposis: es una anquilosis fibrosa incompleta de varias o de todas las articulaciones del cuerpo. Puede haber una contractura en flexión o extensión. Algunas de sus características de la enfermedad son las siguientes:

- Deformaciones en la extremidad superior, consisten en abducción de los hombros, extensión de los codos, flexión de las muñecas y dedos rígidos rectos con mal control muscular de los pulgares.
- En las extremidades inferiores las deformaciones comunes son luxación de las caderas, extensión de las rodillas y pie zambo grave.
- Las articulaciones son fusiformes y las cápsulas articulares disminuidas de volumen, lo que produce contracturas,
- El pronóstico a largo plazo para la independencia física es malo.

Los pacientes tienen una inteligencia normal, pero sus restricciones físicas pueden ser tan intensas que es difícil que consigan un trabajo estable (Hathaway et al. 1995).

h) Mielodisplasia: los pacientes que nacen con espina bífida quística (abierta). El nivel de la afección neurológica determina el desequilibrio de la fuerza muscular que se presentará y la posibilidad de producir deformación con el crecimiento.

La afección suele ser asimétrica y tiende a cambiar durante los primeros 12 y 18 meses de vida.

Los problemas musculoesqueléticos relacionados con la mielodisplasia incluyen:

- Pie zambo.
- Luxación congénita de la cadera.
- Alteraciones de las extremidades inferiores tipo artrogriposis y escoliosis congénita entre otros.
- Las lesiones más comunes se encuentran a nivel de L3 a L4 que tienden a afectar la articulación de la cadera y escoliosis en casi el 40% de los casos.
- Hidrocefalia que se hace evidente poco después del nacimiento (Hathaway et al. 1995).

Diseño

Se empleó un diseño de dos grupos independientes para la hipótesis 1, y el diseño de un grupo para la hipótesis 2 (Campbell y Stanley, 1978).

X1	O
Y1	O

En donde X son los adolescentes con alguna discapacidad Y son los padres de los adolescentes y O es el instrumento aplicado a ambos.

Estandarización

Al instrumento conformado se le sometió a diversos procedimientos para preparar una matriz de intercorrelaciones, y así extraer algunos factores para la obtención de los datos más estables e ir conformando la validez interna del instrumento. La información se

sometió un análisis de “frecuencias”, en donde se pidieron todas las estadísticas para que aparecieran los valores cegados y el de Curtosis, los cuales tenían que estar cercanos a cero y menores a 1.00 lo que indica la normalidad de la distribución de cada reactivo. De este análisis inicial, se descartaron algunos reactivos que no cumplieran con el criterio, tabla III.

Posteriormente a los reactivos restantes se les sometió a un análisis en donde se aplicó la prueba *t* de Student, se retomaron aquellos reactivos que tenían una distribución normal, ubicadas en un rango de 0.00 a 0.05. De esta manera aquellos descriptores que no cumplieran con los requisitos en los dos criterios fueron excluidos del análisis factorial.

Solo los reactivos que presentaron una distribución normal en sus respuestas, se sometieron a los siguientes pasos que fue a la correlación producto - momento de Pearson, que produce medidas de asociación existentes entre los reactivos. Los valores se presentan en la siguiente tabla.

Tabla III
Puntajes Cegados, Curtosis y Valores t y p

Reactivo	Cegados	Curtosis	t	p
Amable	-.831	-.116	.001	.033
Honesto	-.856	.383	.000	.390
Platicador	-1.014	.287	.000	.000
Relajiento	-.576	-.887	.001	.332
Enojón**	.619	-.524	.755	.339
Activo	-.801	-.394	.000	.344
Limpio*	-2.105	5.450	—	—
Enfermo	-.281	-1.034	.000	.839
Sincero	-.766	-.237	.000	.316
Travieso	-.556	-1.034	.017	.909
Mentiroso	-.367	-.897	.000	.435
Minusválido	.155	-1.374	.001	.140
Estudioso	-.921	.491	.000	.275
Obediente**	.477	-.039	.203	.074
Leal	1.035	.600	.203	.662
Respetuoso*	1.761	2.197	—	—
Impotente	-.041	-1.00	.000	.047
Simpático	-1.099	1.214	.001	.913
Voluble	-.136	-1.343	.007	.077
Necio	.316	-.951	.076	.165
Aplicado	.792	.374	.008	.945
Torpe	.756	-.560	.000	.104
Amigable*	1.621	2.212	—	—
Romántico	1.004	.165	.025	.615
Detallista	.785	-.130	.000	.506
Desobediente	-.206	-1.006	.000	.064
Inútil	1.016	.338	.000	.000
Compartido	-1.026	.696	.001	.537
Buena	1.033	1.652	.000	.114
Ordenado	1.050	.588	.000	.071
Agresivo	-.111	-1.013	.007	.909
Imposibilitado	-.706	-.712	.000	.097
Rebelde	.110	-1.217	.022	.916
Atento	1.069	.767	.000	.049
Acomedido	-.867	-.140	.000	.336
Cariñoso	1.200	1.003	.000	.011
Sentimental**	1.033	.920	.369	.871
Dependiente**	.236	-1.020	.889	.043
Estricto**	.301	-.866	.749	.445
Trabajador	1.038	.357	.000	.015
Criticón	.071	-1.300	.005	.053
Bromista	1.013	.025	.033	.905
Inteligente	.947	.563	.001	.730
Responsable	1.011	.339	.000	.003

*Reactivos eliminados en la primer matriz

** Reactivos eliminados en la segunda matriz

Del análisis de frecuencias realizada se excluyeron los reactivos: limpio, respetuoso, amigable, el resto de los reactivos se sometió al análisis de "t" y "p" del cual se eliminaron: enojón, obediente, sentimental, dependiente y estricto, ya que sus valores excedieron los puntajes establecidos y señala que tienen menos normalidad en su distribución. Solo se consideraron los reactivos con distribución normal para someterlos al análisis factorial.

Con estos resultados se procedió a la aplicación del análisis factorial para los reactivos restantes con rotación varimax (ortogonal), que produce soluciones factoriales que maximizan la cantidad de varianza explicada. Se tomó como criterio el valor eigen mayor a uno, la cantidad de varianza explicada por cada factor como punto de quiebre ya que hay un momento en el cual se deja de ser significativa de un factor a otro. Aunado a estos dos criterios, se consideró que los reactivos representaran un peso factorial mayor a .30, además de observar su contenido, con el fin de observar la forma en la que se agrupan los factores, lo que permitió ir conformando la validez de constructo del instrumento.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis factorial de rotación varimax, se observó la conformación de siete factores diferentes que explican el 44.8% de la varianza, tabla IV.

Tabla IV

Análisis de factores de adolescentes con discapacidad

Reactivo	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI	Factor VII
Ordenado	74265						
Trabajador	73577						
Atento	63798						
Responsable	57034						
Cariñoso	50852						
Detallista	43532						
Acomedido	42926						
Relajento		78156					
Bromista		63940					
Travieso		52838					
Amigable		51510					
Necio			90540				
Torpe			67951				
Mentiroso			62686				
Desobediente			56315				
Inútil			46765				
Criticón			37706				
Honesto				62216			
Leal				52083			
Bueno				44171			
Sincero				36577			

Reactivo	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI	Factor VII
Aplicado					79248		
Inteligente					78286		
Estudioso					57691		
Agresivo						.76422	
Rebelde						.58203	
Voluble						.37007	
Imposibilita							.72787
Minusválido							.56188
Impotente							.36312

N=136

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis factorial se encontraron 7 factores con valores eigen superiores a 1.0 que explicada de 44.8 de la varianza total de los datos.

Tabla V
Resultados del Análisis Factorial

	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI	Factor VII
Varianza Explicada	14.8	8.1	7.9	3.9	3.6	3.5	3.1
% Acumulado	26.2	34.3	7.9	11.4	37.9	41.4	44.8
Valor Eigen	6.71033	4.21861	2.43223	2.00735	1.74167	1.50151	1.39951
Alpha	.8015	.7161	.7255	.7412	.7967	.6991	.5688
Standard Item alpha	.8078	.7312	.7286	.7431	.8016	.7573	.5677
Reactivos	7	4	6	4	3	3	3
N	128	131	131	133	133	128	128

El análisis factorial presentó las siguientes características: una muestra adecuada de reactivos $KMO=0.74$ y la prueba de ajuste del modelo, $\chi^2 = 289.71$, $gl = 314$, $p = 0.83$.

El 12% de los residuales entre la matriz de correlaciones original y reproducido fueron mayores a 0.05 y la rotación varimax concluyó en 14 iteraciones.

Al observar su contenido de cada grupo factorial se eliminaron los reactivos romántico y amable por no tener relación con el grupo en donde se agruparon, (factor I y IV respectivamente) se excluyó el reactivo enfermo por tener un peso factorial menor a .30 (factor III). Los reactivos: platicador, activo, no se integraron a un factor y su carga factorial fue de .29 y .10, los reactivos simpático y compartido formaron un solo factor, pero es necesario mínimo tres reactivos, aun cuando su carga factorial fue de .08 y .92, por lo que también se eliminaron.

Se encontró que de los 36 reactivos con curva normal que entraron al análisis quedaron 29 agrupados en siete factores. En el primer factor se agruparon 7 reactivos que dejan ver una dimensión de autoconcepto positivo, en el grupo factorial dos se integraron 4 reactivos, que se denominó autoconcepto social positivo, en el grupo tres se conjuntaron 6 reactivos que conformaron la dimensión autoconcepto negativo. en el factor cuatro se integraron 4 reactivos para conformar la dimensión autoconcepto ético-moral positivo, para el grupo factorial cinco lo integraron 3 reactivos a los que se les denominó autoconcepto escolar positivo, el grupo factorial seis lo formaron 3 reactivos para formar la dimensión autoconcepto social negativo, finalmente el grupo factorial siete lo formaron tres reactivos y se le denominó autoconcepto de discapacidad.

En cuanto a los índices de consistencia interna (α de cronbach) que se obtuvieron para cada una de las siete subescalas que se conformaron en el análisis factorial que se aplicó a los reactivos con curva normal, se observó que fueron adecuadas para los primeros

cinco primeros factores. Autoconcepto positivo, Autoconcepto social positivo, Autoconcepto negativo, Autoconcepto ético-moral positivo, Autoconcepto escolar positivo, ya que para los dos últimos factores Autoconcepto social negativo y Autoconcepto de discapacidad el índice fue más bajo, lo que indica que hay una mayor dispersión entre los reactivos y por lo tanto menor consistencia, en comparación con los otros factores. Tabla V.

Por medio del análisis factorial realizado para conocer las dimensiones que conforman el autoconcepto de los sujetos con discapacidad, se identificaron siete factores, los cuales fueron denominados de la siguiente forma:

I. Autoconcepto positivo, está formado por los reactivos, ordenado, trabajador, atento, responsable, cariñoso, detallista y acomedido.

En este factor se hacen presentes los aspectos sociales de integración al ambiente, así como aspectos de afecto, que son elementos necesarios para un adecuado desempeño escolar o laboral. Los sujetos reconocen en sí los aspectos positivos, necesarios y funcionales para un buen rendimiento en las diferentes actividades de la vida diaria.

II. Autoconcepto social-positivo, en el factor se encuentran aspectos que tienen que ver con la relación social y armoniosa con las personas que le rodean. Los adjetivos incluidos fueron: relajado, bromista, travieso y amigable, reflejando su estado de ánimo y la posibilidad de disfrutar la vida y lo que con ella venga sin que la limitación física sea una limitante para mantener un estado de ánimo positivo.

III. Autoconcepto negativo, también existen aspectos negativos, que los sujetos retoman en su autodescripción, pues llegan a

considerarse necios, torpes, mentirosos, desobedientes, inútiles y criticones. En este factor se agruparon dos descriptores que surgieron de las redes semánticas aplicadas a los adolescentes sin discapacidad.

Esto pone en evidencia el lado severo y rígido de los sujetos para con ellos mismos, empleando aspectos negativos y devaluadores para autodescribirse. Lo anterior hace referencia a un autoconcepto con aspectos negativos.

IV. Autoconcepto ético-moral positivo, en este factor se encuentran los elementos que mantienen una relación con posturas o lineamientos éticos y morales que están presentes en todos los sujetos desde los primeros años de vida. Los descriptores de esta área son: honesto, leal, bueno y sincero.

Dichos aspectos son aprendidos dentro del seno familiar, quien se encarga de proporcionar valores y reglas funcionales para emplearlos dentro y fuera de la familia; que es donde se logra que el individuo se comporte acorde con la percepción del mundo. Como Laing et al. (1978) lo señala, todo ser humano aprende a estructurarse dentro de la familia.

V. Autoconcepto escolar-positivo, en él se hacen presente aspectos escolares que permiten conocer la percepción de su desempeño escolar. Como ya fue señalado, el promedio de años de estudio de la muestra de trabajo es de 1° de secundaria.

El hecho de presentar una discapacidad no impide que el sujeto reconozcan que cuentan con aspectos necesarios para tener éxito en el área escolar o laboral. Los reactivos que formar el presente factor son: aplicado, inteligente y estudioso.

Es necesario tener presente que los niños con déficit en área como la social o motora suelen generalizar estas deficiencias a otras áreas de su desarrollo, como la escolar, en el caso de niños con limitaciones físicas es un fenómeno común el traspolar su limitación a otras áreas incluyendo a su autoconcepto (Heyman, 1990).

Diversos estudios han señalado que un alto autoconcepto, en los sujetos con discapacidad física se correlaciona positivamente con una tendencia a aceptar la discapacidad como una situación limitada, pero que no disminuye su capacidad creadora o competitiva en otras áreas (Dembo, Leviton & Wright, 1956; Wright, 1960 en Heyman, 1990).

En el estudio se detectó un grupo de factores positivos relacionados con la escuela, lo cual puede permitir conocer áreas sanas, ya que se suele tener la falsa concepción de que una persona por presentar una discapacidad de tipo motor tiene su capacidad intelectual disminuida o deteriorada.

VI. Autoconcepto social-negativo, los adolescentes con alguna discapacidad reconocen aspectos negativos en ellos como son ser agresivo, rebeldes y volubles.

Estos descriptores pueden ser el reflejo y el resultado del proceso de su adolescencia en donde el estado de ánimo se ve afectado constantemente, tanto por la discapacidad como por el periodo por el cual están cursando.

La presencia de una discapacidad en una etapa de la vida, caracterizada por la búsqueda de estereotipos, de belleza o de pensamientos que puedan regir las decisiones de cualquier

adolescente; se ve alterado por la presencia de la limitación física que marca el proceso de adolescencia.

VII. Autoconcepto de discapacidad, se formó un último factor, el relacionado con la discapacidad. Los sujetos del estudio, identificaron tres elementos que describen su autopercepción, con relación a la discapacidad, Éstos son: imposibilitado, minusválido e impotente. Lo que muestra que los sujetos del estudio son conscientes de su limitación física y se describen de la manera como los otros los perciben.

La misma escala fue aplicada a los adolescentes y a sus padres en momentos diferentes y por separado. Los primeros se describieron contestando a la pregunta: “que es de lo que más tengo” (como soy). Mientras que los padres describieron a sus hijos, señalaron, por medio del cuestionario, las características que más presentaba su hija o hijo”.

De los tres centros participantes se logró obtener una población de 136 sujetos en un lapso de 5 meses. Aunque tres fueron los centros en los cuales se capturó a la población, varios de los sujetos fueron descartados por no cumplir con los requisitos del estudio.

En cuanto a la población captada, ésta contó con las siguientes características, que se muestran a continuación:

Tabla VI
Sexo de la Población

Sexo	Sujetos
Masculino	81
Femenino	55
Total	136

La edad de los participantes adolescentes fue de 12 a 22, el promedio de edad fue de 16.2 años, el nivel escolar promedio de 7.4 años de estudio.

En cuanto al diagnóstico de las enfermedades que la población en estudio presentó, se señalan a continuación:

Tabla VII
Diagnósticos de la población

Diagnóstico	Sujetos
Parálisis cerebral infantil	33
Secuelas de meningocele	33
Secuelas poliomielitis	26
Luxación de cadera	12
Pie equinovaro	10
Escoliosis	9
Artrogriposis	7
Malformación congénita	3
Mielodisplasia	2
Secuelas Guillenbarret	1
Total	136

Toda la muestra contaba con limitaciones físicas de tipo motor. Es importante señalar que fue difícil conformar una muestra homogénea con el mismo nivel de limitación y el mismo diagnóstico, ya que dentro de un diagnóstico existen diferentes grados de limitación y secuelas.

Por otro lado, suelen existir enfermedades discapacitantes que requieren que el paciente utilice algún aditamento externo como silla de ruedas, muletas, o bien en otros casos hay alteración en la marcha y no por ello requiere del uso de algún aditamento especial. En ocasiones la discapacidad se puede presentar acompañada por alteraciones en el lenguaje, como fue en el caso de la muestra de estudio en donde algunos pacientes presentaron este tipo de limitaciones.

A continuación se presenta una tabla que contiene los diversos aditamentos que la muestra en estudio presentó.

Tabla VIII
Aditamentos, Problemas de Lenguaje y Marcha

Aditamento	Sujetos
Problemas de marcha sin aparato	52
Silla de ruedas	42
Uso de muletas	26
Problemas de lenguaje	7
Zapato especial	4
Sin datos	4
Uso de bastón	1
Total	136

Como se señaló, los padres de los sujetos también se les aplicó el instrumento. Sin embargo, su nivel de respuesta fue menor, ya que dieron muestra de una falta de interés por participar en el estudio. Lo que se reflejó en el hecho de que varios de los padres no regresaron el cuestionario o bien no lo contestaron en su totalidad dejando en ocasiones entre 4 y 20 reactivos sin contestar, por lo que fueron descartados del análisis final.

Esto dio como resultado una muestra menor de padres captados, acumulando un total de 103, siendo en su mayoría madres de familia las que participaron en el estudio (solo participaron 6 padres).

Una vez identificados los siete factores en los adolescentes, fueron la base para dar respuesta a la primer hipótesis de trabajo, la cual propone que existe una relación entre el autoconcepto de los adolescentes discapacitados y el que de ellos tienen sus padres.

Los siete factores identificados en el análisis factorial de los adolescentes fueron la base para formar los mismos factores con los datos de los padres de los adolescentes, ya que con este análisis se pueden identificar la similitud de los factores detectados en el cuestionario de los adolescentes y en el de sus padres. Así se relacionó cada factor de los adolescentes contra todos los factores de los padres, en donde la variable dependiente fue el puntaje de los adolescentes en el factor y las variables independientes fueron los siete puntajes en los factores de los padres. Lo anterior se realizó con la intención de conocer si los puntajes de los padres obtenidos en los factores explicaban los puntajes de los hijos.

Los datos obtenidos en el análisis reflejan que todos los factores de los hijos se relacionan con su contraparte excepto el factor 1 de los

adolescentes (*autoconcepto positivo*), que quedó explicado principalmente por el factor 5 de los padres (*concepto escolar positivo*).

Del análisis de regresión múltiple de cada factor en ambos grupos se obtuvieron los resultados que se muestran en el siguiente tabla:

Tabla IX
Regresión Múltiple entre Padres y Adolescentes

Factor Adolescentes: Variable Dependiente	Factor padres: Variable Independiente	β	Nivel de significancia	Varianza explicada (R^2)
Fac. I	Fac. V	-.278241	.0091	.07742
Fac. II	Fac. II	.299922	.0027	.08995
Fac. III	Fac. III	.236411	.0056	.05589
Fac. IV	Fac. IV	.224406	.0086	.05036
Fac. V	Fac. V	.360836	.0000	.17903
	Fac. I	-.166681		
Fac. VI	Fac. VI	.171470	.0456	.02940
Fac. VII	Fac. VII	.297008	.0004	.08821

Posteriormente, se consideró importante conocer si existía alguna diferencia entre la percepción de los padres comparada con aquellos sujetos adolescentes que se ubican con un alto autoconcepto y quienes se describían con un bajo autoconcepto. En función de ello fueron clasificados en dos grupos a los que se les denominó: “alto” y “bajo” para lo cual se realizaron análisis de discriminantes.

El “grupo bajo” lo conformaron aquellos sujetos que obtuvieron puntajes ubicados debajo del percentil 25, y en el “grupo alto”

fueron ubicados los sujetos que en cada uno de los factores del autoconcepto obtuvieron puntajes ubicados por arriba del percentil 75; las variables discriminantes fueron el puntaje de los padres en los siete factores.

Se procedió a comparar los siete factores de los padres en donde se obtuvieron los siguientes resultados en cada uno de los grupos factoriales.

Se empleó el método de Wilks, y se conformó una función canónica que incluyó a la variable *Autoconcepto positivo*, con un nivel de significancia de .0120, que permite predecir a cuál grupo pertenecen los adolescentes con un 63.36% de acierto.

Tabla X
Discriminante del primer factor: Autoconcepto positivo

Adolescentes		Padres Alto 1	Padres Bajo 2
Grupo Alto 1	74	62 83.8%	12 16.2%
Grupo Bajo 2	57	36 63.2%	21 36.8%
Casos sin agrupar	5	2 40.0 %	3 60.0%
Porcentaje de casos agrupados correctamente: 63.36%			

Para el siguiente análisis se empleó el mismo método de Wilk, y la variable discriminante que contempló la función canónica, fue el segundo factor (*autoconcepto social positivo*), con un nivel de significancia de .0012. Lo anterior permitió prever el comportamiento de la población estudiada hasta en un 60.90% de acierto, a continuación se presenta el cuadro correspondiente a estos grupos.

Tabla XI
Discriminante del segundo factor: Autoconcepto Social Positivo

Adolescentes		Padres Alto 1	Padres Bajo 2
Grupo Alto 1	67	29 43.3%	38 56%
Grupo Bajo 2	66	14 21.2%	52 78.8%
Casos sin agrupar	3	2 66.7%	1 33.3%
Porcentaje de casos agrupados correctamente: 60.90%			

Para el factor tres (*autoconcepto negativo*), se empleó el método ya citado, el nivel de significancia de la función canónica fue .0162. Lo anterior permite predecir el 60.94% de la población en estudio. La tabla a continuación muestra los datos obtenidos con los grupos alto y bajo.

Tabla XII
Discriminante del tercer factor: Autoconcepto Negativo

Adolescentes		Padres Alto 1	Padres Bajo 2
Grupo Alto 1	64	43 67.2%	21 32.8%
Grupo Bajo 2	64	29 45.3%	35 54.7%
Casos sin agrupar	8	3 37.5%	5 62.5%
Porcentaje de casos agrupados correctamente: 60.94%			

El siguiente análisis de discriminante, fue para el cuarto factor (*autoconcepto ético-moral positivo*), con el método ya señalado. Arrojó un nivel de significancia de .005, y predice correctamente la membresía del 61.07% de los casos.

Tabla XIII
Discriminante del cuarto factor: Autoconcepto Ético-Moral Positivo

Adolescentes		Padres Alto 1	Padres Bajo 2
Grupo Alto 1	54	16 29.6%	38 70.4%
Grupo Bajo 2	77	13 16.9%	64 83.1%
Casos sin agrupar	5	1 20.0%	4 80.0%
Porcentaje de casos agrupados correctamente: 61.07 %			

Para el factor número cinco (*autoconcepto escolar positivo*), se empleó el método ya citado, se formó una función canónica, con un nivel de significancia de .002. Además, predijo correctamente al grupo de estudio en un 61.55% .

Tabla IV.
Discriminante del quinto factor: Autoconcepto Escolar Positivo

Adolescentes		Padres Alto 1	Padres Bajo 2
Grupo Alto 1	52	13 25.0%	39 75.0%
Grupo Bajo 2	81	12 14.8%	69 85.2%
Casos sin agrupar	3	1 33.3%	2 66.7%
Porcentaje de casos agrupados correctamente: 61.65.9%			

Para la variable número seis (*autoconcepto social negativo*), con el mismo método de análisis, se obtuvo una función canónica con un nivel de significancia de .016, que permitió predecir de manera correcta en el 61.72% de los casos.

Tabla XV
Discriminante del sexto factor: Autoconcepto Social Negativo

Adolescentes		Padres Alto 1	Padres Bajo 2
Grupo Alto 1	66	54 81.8%	12 18.2%
Grupo Bajo 2	62	37 59.7%	25 40.3%
Casos sin agrupar	8	6 75.0%	2 25.0%
Porcentaje de casos agrupados correctamente: 61.72 %			

Para el factor siete (*autoconcepto de discapacidad*), se formó una función canónica con un nivel de significancia de .000 que permitió agrupar al 61.72% de la población estudiada de manera correcta, incluyendo a la variable autoconcepto de discapacidad.

Tabla XVI
Discriminante del séptimo factor: Autoconcepto de discapacidad

Adolescentes		Padres Alto 1	Padres Bajo 2
Grupo Alto 1	66	30 45.5%	36 54.5%
Grupo Bajo 2	62	13 21.0%	49 79.0%
Casos sin agrupar	8	3 37.5%	5 62.5%
Porcentaje de casos agrupados correctamente: 61.72%			

Para dar respuesta a la segunda hipótesis de trabajo, la cual sostiene que el autoconcepto tienen una relación con lo limitante de la enfermedad, se procedió a lo siguiente: se clasificó el tipo de aparatos en función del grado de limitación que implican. De esta manera una silla de ruedas es más limitante que un bastón se le otorgó el número 5, muletas 4, bastón 3, problemas de lenguaje 2, zapato especial 1; se correlacionaron con cada uno de los diferentes factores, sin encontrar resultados significativas que permitieran señalar alguna relación.

Sin embargo se realizó una correlación bajo el concepto uso de aparatos en general que incluyó los arriba señalados, con excepción de problemas de lenguaje y se correlaciono con cada uno de los siete factores, no se observó una relación específica con un factor, pero si se relaciona con un grupo de descriptores, que se presentan a continuación.

Tabla XVII
Correlación del uso de aparatos y reactivos

	Acomedido	Torpe	Aplicado	Imposibilitado	Minusválido
Aparatos	-.148	.142	-.144	.255	.370
	p .051	p.056	p.051	p.002	p.000

N= 136

De esta tabla se puede observar que aunque las probabilidades son significativas, las magnitudes del coeficiente de correlación son bajas. Lo anterior permite anticipar que el empleo de un aparato afecta la formación de autoconcepto, lo cual será discutido posteriormente.

DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos y en la literatura revisada se observan los diferentes aspectos que van conformando un autoconcepto en los adolescentes con discapacidad física. Estos elementos se pueden observar tanto en la familia como en la sociedad.

Los factores sociales, tienen un papel importante para lograr la integración o exclusión, es en donde comúnmente se inicia un rechazo y aislamiento de las personas con discapacidad. Lo cual se observó de manera clara en el momento de describirlos. A través los diversos descriptores que se integraron al cuestionario para encontrar la dimensión de discapacidad.

Este tipo de percepción y de descriptores evidentemente se ven reflejados en la población en estudio. Lo anterior se confirma con la literatura revisada que señala que la visión que los demás tienen de uno mismo afecta y forma el autoconcepto del individuo como lo explican Laing et al. (1978), Cooley (en Oñate, 1987 y Mead (1967), entre otros, quienes aseveran que el medio social es determinante para la formación y desarrollo del autoconcepto en todo sujeto.

Ejemplo de esta imagen social es la serie de descriptores que se desprendieron de las redes sociales aplicada a la población sin discapacidad física aparente.

Los términos que con mayor frecuencia aparecieron fueron los siguientes, aun que no todos quedaron incluidos en el análisis final: *Enfermo*, que es el descriptor con el puntaje más alto; es decir que para la mayoría de las personas una persona con discapacidad, aunque ésta ya no evolucione, es considerado como una persona enferma. El considerar a las personas diferentes como enfermas o bien que no pueden realizar una actividad, es una idea que predomina desde las culturas antiguas. El siguiente descriptor fue *minusválido*, lo que implica que un sujeto con discapacidad es considerado con un menor valor. Lo califican también como *impotente*, lo que implica que la gente describe a las personas con discapacidad, como alguien que no puede realizar las actividades que una persona “sana” si puede. Otro de los descriptores fue *torpe*, es decir que consideran que no tiene la habilidad para realizar tareas o actividades que un sujeto sin discapacidad. El siguiente descriptor que se consideró significativo por su puntaje fue *imposibilitado*, lo que implica que es considerado por los demás como impedido; también es considerado *dependiente*, lo cual significa que está subordinado a otras personas superiores a él para realizar alguna tarea. Finalmente, consideran *inútil* a una persona con discapacidad física, lo que significa que no sirve para nada (García Pelayo, 1988)

Estos descriptores son adjetivos, como los del cuestionario de Valdéz, (1994) pero la característica de éstos es que se identificaron al indagar la idea social que existe sobre las personas con discapacidad, es identificado por la persona con discapacidad en diferentes ocasiones en el transcurso de toda su vida.

Es difícil pensar que esta percepción no tenga un impacto en la relación de los sujetos con la sociedad en la que se desenvuelven. Seguramente éstos son elementos que originan un ambiente en el

cual el adolescente con discapacidad constantemente se siente diferente del resto de la sociedad.

En ocasiones las actitudes de rechazo no son tan obvias y pueden estar sutilmente ocultas, por lo que pueden ser difíciles de reconocer y por lo tanto de modificar.

Cooley (en Valdéz, 1994) asegura que el resultado de las interacciones con el medio social en el cual se encuentra inmerso el sujeto, es un reflejo de las relaciones que los demás tienen para con él. Valdría la pena preguntarse ¿cómo son las relaciones con una persona a la cual se le percibe, minusválida, impotente, dependiente, etcétera?

De igual manera se puede ir previendo cómo se estructura la imagen de una persona con limitación física, en una etapa trascendental e importante de su vida, cómo es en un primer momento la infancia y posteriormente la adolescencia. Esta última es una etapa en donde se busca confirmarse por medio de imágenes, empleando el esquema corporal o bien identificándose con imágenes populares. Es un periodo en el cual le permiten y le demandan desarrollar estrategias para ingresar a una sociedad de adultos y de responsabilidades.

Diferentes autores como Winnicott, Van Roy (en Ajuriaguerra, 1990); Roessler (1981); y Spitz (1993) aseguran que la familia tiene un papel importante para la integración de diferentes situaciones traumáticas y su aceptación está en directa medida relacionada con la manera en la que la familia acepta y asume el conflicto de la discapacidad en alguno de sus integrantes.

Por otro lado, es importante recordar que se vive en una sociedad en donde se valoran características físicas y de rendimiento, como puede ser: el más alto, el más guapo, el más rápido, pero nunca lo

contrario, pues esto estaría en contra de los estándares socialmente establecidos y esperados. Vivimos en un medio bombardeado por esquemas y estilos de vida ajenos a nuestra idiosincrasia, un medio en donde están establecidos valores profundamente arraigados, que llegan a percibirse como algo “común y normal”. Por lo que para lograr un verdadero cambio se requiere de movimientos o posturas sociales y políticas encaminadas a promover modelos más flexibles e integradores para todos los miembros de la comunidad.

Rosentock y Kirscht, señalan que el factor cultural juega un papel importante por ejemplo en la búsqueda de servicios de salud a nivel preventivo, refieren que el uso de los servicios médicos está fuertemente relacionado con el ingreso económico y educativo tanto en hombres como en mujeres. Es así que en las situaciones en donde la economía es inestable, los aspectos básicos de salud son postergados y la asistencia a tales centros se realiza bajo situaciones imperiosas y principalmente por mujeres y niños (1979).

En diversas comunidades se tiene la idea que un hombre, con o sin discapacidad, por el rol de proveedor que “desempeñará en el futuro”, debe de contar con la mayoría de sus capacidades. Lo que implica a que sea más atendido y cuidado en su salud. Bajo esta idea las mujeres son víctimas de una doble discriminación: ser mujer primeramente y después presentar una discapacidad. Dentro del estudio se captó una mayor cantidad adolescentes hombres con discapacidad lo cual puede ser el reflejo de dos cosas: la primera: que existe una mayor cantidad de hombres con discapacidad (Boletín Anual DIF, 1994) o bien lo ya señalado, a los adolescentes varones que tienen una discapacidad se les atiende más.

Valdría pues el comentario de Laing et al. (1978) quien dice “el percibirse amado es interpretar, ver, percibir y sentir los actos de los otros como amorosos”.

Posiblemente éstos son algunos de los elementos que pretendían negar o evitar tanto los sujetos con discapacidad, como sus padres cuando se les cuestionó en un inicio acerca de cómo se percibían y como percibían a su hijo. La realidad en la que se encuentran les demanda negar y evitar para poder mantenerse en un medio en donde el aspecto físico determina y rige gran parte de las relaciones sociales (Dion, 1972 en Cooper, 1993; Diardo, 1976 en Roessler, 1981).

La primera hipótesis de trabajo del presente estudio sostiene que existe una relación entre el autoconcepto del adolescente con discapacidad y el que de ellos tienen sus padres. Los resultados obtenidos dejan ver que los factores identificados en los adolescentes quedaron prácticamente explicados por el mismo grupo factorial en relación a la percepción de los padres. A excepción del factor I (*autoconcepto positivo*) que se relaciona con el factor V de los padres (*autoconcepto escolar positivo*) es decir existe una relación entre el concepto positivo que el sujeto tiene de sí mismo y el concepto de rendimiento y desarrollo escolar que sus padres tienen de él.

Es importante hacer notar que la percepción que los padres tienen de los jóvenes en el ámbito escolar influye en la percepción de los hijos, sin embargo, los sujetos se perciben a sí mismos, en función de su desempeño en general y no sólo por el área escolar. Como lo señalan Obiakor y Stile (1989) en la medida que se de una mayor aceptación social, implica una mejor formación del autoconcepto, que se ve reflejado en las diversas áreas del sujeto.

El factor II (*autoconcepto social positivo*) se relaciona con la percepción correspondiente de los padres, refleja la relación que existe entre ambos, así como el papel y la importancia que tienen los padres en la estructuración del autoconcepto de un adolescente. Ya que la presencia y postura de los padres ante cualquier proceso o situación del adolescente es de suma importancia, independientemente de si se trata de una situación de discapacidad u otra condición.

El factor III (*autoconcepto negativo*) se relaciona con el grupo factorial autoconcepto negativo de los padres. Nuevamente deja ver el impacto de la postura de los padres ante una situación de su hijo en una situación especial, en donde la postura de uno puede influir sobre el otro, en este caso la postura de los padres tiene repercusiones en la de los hijos. En este factor se agruparon dos descriptores relacionados con la discapacidad, los cuales encierran aspectos que la descalifican.

El factor IV en los adolescentes (*autoconcepto ético-moral positivo*) se correlaciona con el factor IV de los padres, donde se observa una relación directa entre ambos factores.

En el factor V en los adolescentes (*autoconcepto escolar positivo*) se observó una relación con el mismo factor de los padres, así como con el factor I (*autoconcepto positivo*) lo cual replica la relación ya mencionada que existe entre factor I de los adolescentes y el de los padres.

El factor VI (*autoconcepto social negativo*) se relaciona con el factor semejante de los padres. Se observó una relación directa de los padres sobre el factor de los adolescentes para formar una imagen negativa de sí mismos en el área social.

Finalmente el factor VII (*autoconcepto de discapacidad*) se correlaciona con el factor de discapacidad de los padres. En donde se puede observar una relación directa para la formación del autoconcepto de discapacidad en los adolescentes que puede estar en función de los padres.

Las anteriores relaciones dan muestra del nivel de compatibilidad y correspondencia que puede existir entre los adolescentes y sus padres, además señala la importancia de modificar actitudes, comportamientos y manifestaciones de las emociones de los padres, ya que la influencia que tienen ellos sobre sus hijos es uno de los factores determinantes en la formación de conceptos internos acerca de su desarrollo emocional, social e intelectual, así como de su capacidad de competencia y adaptación a situaciones adversas para el adolescente.

La modificación de patrones de comportamiento en adolescentes con o sin discapacidad es importante, ya que es una etapa en la que se adquieren nuevos conceptos, habilidades y valores necesarios para una mejor integración al medio social. La adolescencia es un momento del desarrollo que se caracteriza por cambios tanto en el pensamiento, como en las creencias, es un momento en el que se cuestionan las normas y las reglas sociales existentes.

La adquisición de nuevas normas y valores más funcionales se hace necesario para el adolescente en general y para quien presenta una limitación física es mayor, ya que cursan por una serie de experiencias en donde por lo regular son más frecuentes y prolongados los tratos infantiles, lo que genera una situación de mayor dependencia hacia los padres, obstruyendo y distorsionando de esta manera la adquisición de nuevas formas y reglas para una relación más equitativa e igualitaria con su entorno.

Con estos datos se confirma la existencia de una relación entre la formación del autoconceptos en los adolescentes, y el que de ellos tienen sus padres; ya que son quienes marcan y establecen desde los primeros años de vida una forma de relación que se mantendrá en situaciones futuras de cada sujeto.

Las relaciones primarias están basadas en la percepción que tienen sobre las potencialidades y cualidades que le atribuyen a su hijo. En el estudio los padres presentaron una idea devaluadora y negativa en diversas áreas de los adolescentes con discapacidad. Lo que hace necesario implementar un trabajo de orientación y apoyo con los padres a través del cual puedan identificar los mensajes que presentan a sus hijos y los cuales influyen en el transcurso de la vida de su hijo con discapacidad.

Con la finalidad de conocer si existía una diferencia entre los adolescentes del estudio que cuentan con un autoconcepto alto y entre quienes tienen un autoconcepto bajo y la relación que guarda con el concepto que de ellos tenían sus padres, se realizó un análisis de discriminantes entre los adolescentes que calificaron con un alto autoconcepto y se compararon con aquellos que calificaron con un bajo autoconcepto. Lo mismo se realizó con los padres quienes describían con un alto concepto a sus hijos y fueron comparados con quienes tenían un bajo concepto de su hijo.

El análisis permitió agrupar a cada factor en cuatro subgrupos, a continuación se presentan los resultados obtenidos:

- I. Los adolescentes que se describieron con un “Autoconcepto Positivo” (A.P.) en al análisis se observó que los padres tienen esa percepción de ellos, el 83.8% de la población total es clasificada como alta, sin embargo el 16.2% de los adolescentes

que se describen con un Autoconcepto Positivo sus padres los perciben de manera contraria.

En lo que respecta al grupo que se ubica como bajo, al 63.2% sus padres dicen tener un concepto positivo de ellos. Lo cual habla de una contradicción entre lo que proyectan y lo que los otros perciben de él. Mientras que al 36.8% del grupo de adolescentes que se describe como bajos, son de igual forma descritos por sus padres.

El cuarto grupo de este factor es aquel que se percibe de la misma forma como sus padres los perciben y describen con un autoconcepto positivo bajo y es el 36.8% de la población. Tabla X.

- II. En lo que respecta al segundo análisis el factor Autoconcepto Social Positivo (A. S. P.) los padres que tienen un concepto alto de sus hijos son el 43.3 %, lo cual coincide con la percepción los adolescentes. Sin embargo del grupo que se describe como bajo al 21.2% de los adolescentes los papas tienen un alto concepto en está área sobre sus hijos.

Con respecto al grupo de adolescentes que se clasifica como alto el 56.7% de esta población los padres los tienen un concepto bajo de ellos.

Finalmente la cuarta clasificación es el grupo de adolescentes que se autodescribe con un bajo concepto y es de igual forma ubicado por sus padres, esta población es el 78.8% de la población ubicada como baja. Tabla XI.

III. Para el tercer factor Autoconcepto Negativo (A. N.) de los 64 sujetos que se agruparon con un alto A. N. el 67.2 % de los sujetos agrupados son descritos de igual forma por sus padres, es decir tienen un concepto negativo de ellos.

Para el grupo bajo, los que en este caso se perciben con un concepto positivo el 45.3%, son de la misma manera identificados por sus padres.

Mientras que el 32.8% del grupo que se ubicó como alto, son considerados de manera contraria por sus padres, es decir tienen un concepto positivo de los adolescentes.

Finalmente 54.7% de los sujetos clasificados en el grupo bajo, son percibidos de igual forma por sus padres, es decir tienen un concepto positivo de ellos y por lo tanto no los describen como necios, torpes, desobedientes, etcétera. Tabla XII.

IV. Para el cuarto factor, Autoconcepto Ético-Moral Positivo (A. E-M. P.) los sujetos que se describieron con un nivel alto en este factor es el 29.6%, a quines sus padres los perciben con un concepto ético-moral positivo.

De los sujetos que se agruparon con un A. E-M P. bajo al 16.9%, sus padres los describen con un concepto alto.

Mientras que de los sujetos ubicados como altos en esta área al 70.4% del grupo, sus padres los perciben con un bajo concepto en esta área.

El 83.1% de los sujetos que se clasificaron como bajos coincide con la percepción de sus padres, quienes los describen bajos en

esta área. Una vez más la percepción de sus padres es proyectada y asimilada en la formación del autoconcepto en los adolescentes del estudio. Tabla XIII.

- V. En el quinto factor Autoconcepto Escolar Positivo (A.E.P.) de los sujetos ubicados como altos solo al 25% de ellos sus padres los perciben de igual manera.

Mientras que de los sujetos que se describen bajos al 14.8% sus padres los consideran con un alto A.E.P.

Por otro lado el 75% de la población que se consideró alta sus padres los percibieron con bajo concepto para las actividades escolares.

El 85.2% que se percibe con un concepto bajo, coincide con la percepción de sus padres. Es decir los describen con un concepto escolar negativo.

Una vez más la percepción de los padres se centra más en una devaluación de los atributos en el adolescente. Tabla XIV.

- VI. En el sexto factor Autoconcepto Social - Negativo (A. S. N.) de los sujetos que se clasificaron en el grupo alto el 81.8%, coinciden con la percepción de sus padres, mientras que para los sujetos ubicados como bajos el 59.7% de los casos coincide con la percepción de sus padres; lo que implica que tienen un concepto social adecuado, lo que implica que los perciben con estrategias y habilidades para desempeñarse socialmente.

Para el tercer grupo de este mismo factor de los sujetos que se ubicaron como altos el 18.2 %, son considerados de manera

contraria por sus padres, es decir con un concepto social adecuado.

La cuarta clasificación para este factor, se refiere a los sujetos ubicados como bajos de los cuales el 40.3% coincide con la percepción de sus padres. En este caso la lectura que se hace señala a los sujetos que se describieron con un autoconcepto social positivo por parte de sus padres. Tabla XV.

VII. El último factor formado fue el Autoconcepto de Discapacidad (A.D.) en el cual los sujetos que se ubicaron con un concepto alto coincide con el 45.5% de los padres, quienes los describen muy limitados. Al grupo clasificado como bajo, 21.0% de la población, sus padres tienen un concepto diferente, ya que los describen como altos en A.D.

Mientras que al 54.5% de la población que se consideró con un concepto alto de discapacidad los padres los perciben bajos.

Finalmente la cuarta clasificación en este factor, de los sujetos ubicados como bajos el 79.0% coincide con la percepción de sus padres, quienes tienen un concepto de que la discapacidad de su hijo es baja y por lo tanto poco limitante. Tabla XVI.

Lo anterior permite observar que sí existe una relación entre el concepto que tienen los padres y el autoconcepto que desarrolla el adolescente con discapacidad motora. Por lo que se comprueba, que la actitud y la postura de los padres sobre algún evento de los hijos con discapacidad física, determina la postura del adolescente.

Se puede observar también que existe inconsistencia en lo que respecta a algunos factores en los adolescentes, quienes llegan a

desarrollar conceptos de sí mismos contrarios a los manifestados por sus padres; lo que refleja que la manera de integrar los esquemas que los padres tienen de sus hijos, en algún momento se distorsionan, y los perciben de manera contraria, o bien se trata simplemente que los hijos están asimilando lo que sus padres les hacen sentir y saber por diferentes medios. Cada uno de los factores aquí descritos es reflejo del concepto en que los padres tienen a sus hijos.

En algún momento de la relación con los otros existe una "alteración" de lo que verdaderamente se quiere manifestar, por lo que el adolescente con discapacidad percibe una actitud negativa y descalificadora de los demás. La percepción de los adolescentes es real y logran detectar lo que sus padres sienten por ellos, aún cuando éstos se encargan de ocultarlo.

Todo parece indicar que en las relaciones humanas al tomarlas de una manera simplista e inmediata no dan indicios de que guardan reacciones de rechazo, las cuales se han ido encubriendo con un discurso socialmente aceptado, dando respuesta a expectativas sociales que son las que establecen la normalidad. Más no por ello este discurso con un doble mensaje deja de tener un impacto en el desarrollo del niño. El descalificarlo en aspectos éticos y morales, como en muchos otros, reflejan la severidad de los padres ante un hijo con discapacidad y la dificultad para aceptar esta característica en su hijo. Tal vez los padres no están concientes del impacto que tiene su actitud en la vida de su hijo para la toma de decisiones, para la formación de una imagen y para la formación de su autoconcepto positivo.

Es común que al tratar a las personas con alguna discapacidad, no se les hable o estimule de la misma manera que a cualquier otra

persona, por ejemplo cuando son niños, no se les expone a la misma cantidad de estímulos, se les limita en las tareas del hogar o escolares. Por lo general se les trata como niños eternos, infieren que sus capacidades afectivas e intelectuales están severamente limitadas por la discapacidad. Por ello la importancia de ayudar a analizar a los padres que sus propios sentimientos respecto a las capacidades y potencialidades de su hijo pueden abrirle o cerrarle caminos en el futuro, ya que los niños responden a los sentimientos de las personas con quienes se relacionan.

Por otro lado la inconsistencia entre la percepción que tiene el adolescente de sí mismo y la que de él puede tener sus padres, puede ser también reflejo de que vivir en una situación de discapacidad, es un proceso único, personal, a un cuando los padres busquen protegerlos, vivir una situación de discapacidad implica un proceso personal, máximo en la adolescencia en donde los padres empiezan a que dar en un segundo plano y el grupo de pares tiene una mayor importancia, ante quienes evalúa logros y expectativas.

Todos los niños y en especial los que presentan una situación de discapacidad necesitan una atención que les exprese seguridad y confianza, además de experiencias afectuosas que les facilite una integración más independiente al medio social.

Con estos elementos se puede explicar el porqué de la dificultad de los padres para describir a sus hijos y el porqué se mostraron renuentes a participar en el estudio, pues existen en ellos una gran dificultad para aceptar a sus hijos con discapacidad física, así como para reconocer áreas sanas y funcionales en ellos. Pero también las dificultades de los adolescentes para describirse.

Cabría señalar aquí la importancia de resolver y cursar por las fases de duelo que señala Kubler-Ross (en Szivos y Cols., 1990) ante la enfermedad, la cual permite aceptar y encontrar mejores formas de vida, para todos los que pueden estar inmersos en el conflicto de la discapacidad.

Por ello se hace necesario la búsqueda de apoyo profesional que permita tanto a los adolescentes como a sus padres introyectar las percepciones reales con las que cuentan y las que puede desarrollar bajo una situación de discapacidad. El apoyo profesional a la familia permite superar las expectativas pérdidas ante un hijo con discapacidad, que a largo plazo le de la oportunidad a la familia y al adolescente con discapacidad de reconocer aspectos positivos y elementos para crecer día con día aun en situaciones adversas como lo puede ser la discapacidad.

Para dar respuesta a la segunda hipótesis de trabajo, se correlacionaron los siete factores detectados en los adolescentes con la severidad de la limitación, para lo cual se clasificó a la discapacidad en función del grado de limitación que fue determinada por el empleo de algún aparato que utilizaron los sujetos. La clasificación la realizó el investigador, dándole un valor a cada uno; el más alto fue para silla de ruedas, después muletas, bastón, bastón, zapato especial, etcétera la correlación que se realizó no arrojó datos significativos entre el nivel de limitación y los VII factores detectados.

Tal vez, el hecho de que un diagnóstico de una enfermedad pueda implicar diferentes niveles de limitación, hace que se tenga un concepto diferente de la discapacidad dentro de una tipología. Por otro lado, al presentar una discapacidad el nivel de limitación esta

más en función de los aspectos del entorno del sujeto (sociales) más que en la limitación de la discapacidad.

Se realizó una correlación con cada grupo factorial con el uso de aparatos en general necesarios para el traslado de los sujetos,. En el análisis se encontró lo siguiente: el empleo de algún aparato se relaciona positivamente con diferentes descriptores y no con un grupo factorial en especial, en donde los sujetos se perciben menos acomodados, se sienten más torpes, más imposibilitados y más minusválidos, también les afecta en la escuela, ya que se perciben menos aplicados.

Por lo que el empleo de un aditamento sí influye en el autoconcepto del sujeto en áreas más específicas, sin embargo que da claro que no es determinado por lo limitante de la discapacidad. De esta manera se comprueba parcialmente la segunda hipótesis de trabajo.

Finalmente como lo señala Lisi (1993) la presencia de una discapacidad demanda una reorganización y reestructuración en la manera de ver y vivir la vida, la cual cambia drásticamente en cualquier sujeto. La presencia de una discapacidad es en sí impactante aunado además a las implicaciones sociales que puede originar la limitación.

A través del estudio se puede observar que lo limitante de la enfermedad esta en función del impacto social, del periodo en que se encuentren los sujetos y no solo por el diagnóstico de la enfermedad o lo limitante de la misma.

CONCLUSIONES

Los aspectos sociales y culturales juegan un papel importante en el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo Also y Bell (1966) refieren que la incidencia de discapacidades en población negra en los Estados Unidos, es de cerca del 14.8% mientras que en la comunidad blanca es de 8.4% de la población total; casi el doble de la población negra tiene una discapacidad. Esto se explica al conocer que existen diferencias en los servicios de salud en cuanto a la calidad dependiendo de los grupos sociales a los que están dirigidos, las comunidades negras, tienen menos acceso a servicios de salud y asistencia para la prevención de las enfermedades. (Morales y Bonilla en Treviño y Szymanski, 1996).

En México la discapacidad también está fuertemente relacionada con la pobreza y la marginación, por ejemplo un infante con alto nivel de desnutrición es más factible estar a expensas de infecciones y contar con menos alternativas médicas o de rehabilitación, por lo que la secuela de una enfermedad que podría no dejar huella en la vida del niño se potencializan por la falta de atención médica oportuna y la carencia de recursos que faciliten su atención. Por otro lado el futuro de la población bajo estas condiciones se presenta con menores oportunidades de empleo y un mayor índice de pobreza en esta población (Morales y Bonilla en Treviño y Szymanski, 1996).

En lo que respecta al área laboral para la población con discapacidad se desconoce el nivel de desempleo en esta población, en México, en diversos foros realizados se menciona que dos de cada 10 personas con discapacidad tienen empleo regular.

Estos datos pueden ser parte de la vida cotidiana de las personas con discapacidad o de sus familiares, tal vez son algunos de los elementos que se buscaba evitar tanto por la persona con discapacidad como por sus padres, cuando se les solicitó participar en el estudio: reconocer la discriminación y la exclusión.

La realidad en la que se encuentra les demanda negar y evitar para poder mantenerse en un medio en donde el aspecto físico tiene un papel importante y rige gran parte de las relaciones sociales (Dion, 1972 en Cooper, 1993; 1976 en Roessler y Boltan, 1981).

En los datos arrojados por el estudio se observa que la auto percepción de los adolescentes con discapacidad física, cuenta con conceptos para diferentes áreas y una a una conforman el todo del sujeto, ya que el autoconcepto incluye elementos que tienen que ver con la estructura interna de cada individuo pero que tienen una base en los elementos sociales externos; por lo que se puede observar al autoconcepto por medio de aspectos conductuales afectivos, físicos y sociales en cada sujeto.

El autoconcepto es un descriptor psicológico amplio, que no se explica con un solo elemento del individuo. Como lo señala Mead (1967) no es un elemento unitario, sino que se desarrolla de diferentes formas y tiene como base los diferentes subgrupos sociales que conforman la vida del sujeto, como pueden ser: los amigos, los parientes, la escuela, el hospital, etcétera. Cada uno de estos elementos ofrecen experiencias que dan como resultado una

imagen mental que el sujeto tiene de sí mismo. Por ello el autoconcepto es producto de las experiencias y del autoconocimiento.

Los sujetos del estudio formaron áreas que incluyen elementos positivos y negativos, en donde el autoconcepto de discapacidad también tiene un lugar en su autopercepción como individuo.

Es importante señalar que las áreas del autoconcepto detectadas por el Instrumento de Autoconcepto para Adolescentes con Discapacidad, no son todas, seguramente existen otras a las que no se tuvo acceso, sin embargo las ahora señaladas pueden ser las más representativas para esta población.

El autoconcepto es un factor amplio y abarcativo, sin embargo el incluir siete factores identificados en el estudio, no quiere decir que sean los únicos, pero si los más representativos. Aun cuando el autoconcepto describe gran parte de la personalidad del individuo no lo explica todo.

El aspecto corporal debe ser entendido como resultado de un proceso histórico cuyas manifestaciones envuelven a un sin fin de elementos éticos, morales, políticos, ideológico y familiares que terminan siendo la esencia de los sentimientos y pensamiento de los seres humanos (Buscaglia, 1991).

Los padres fueron los más renuentes a participar en el estudio, incluso varios de ellos no regresaron el cuestionario o lo contestaron de manera incompleta. Por lo general fue a ellos a quienes más se les insistió para participar. Su actitud se reflejó en el tamaño de la muestra captada, que fue menor a la de los adolescentes. El no contar con una muestra similar entre padres y adolescente tal vez

limitó los resultados de las correlaciones hechas entre padres y adolescentes. Por ello es necesario entender que el autoconcepto es un proceso cambiante, ligado a diferentes aspectos de la vida de cada sujeto.

Por otro lado el bajo interés por participar por parte de los padres es otro elemento que influye en la estructuración del autoconcepto de estos jóvenes. Es una forma de negar y evitar hablar de una situación que no terminan de aceptar. La dificultad para hablar sobre la discapacidad de su hijo es reflejo de un duelo no elaborado, el cual los limita a identificarse con él o ella y reconocerles aspectos positivos. Pero también limita las alternativas para su incorporación a la rehabilitación, al ámbito escolar y al medio social. Entre más tiempo implique aceptar la discapacidad del niño y después del joven más se retrasará el proceso integración.

Como se señaló la familia es el sistema nuclear en donde se promueve la integración social, es el espacio donde se forma, interrelaciona y proyecta el individuo hacia los diferentes sistemas sociales.

Es frecuente que los padres desarrollen sentimientos lastimeros para con su hija o hijo, generalmente manifiestan sentimientos de culpa, ante la discapacidad, tal vez por ello evitaron contestar en su totalidad el cuestionario, entre los reactivos que quedaron sin contestar por parte de los padres fueron: mentiroso, bromista, relajiento y los que conforman el factor de discapacidad.

Otro aspecto importante es que participaron en su mayoría madres de familia, lo que es común en nuestra sociedad, ya que los aspectos de salud y educación son principalmente orientados por la madre de familia. Lo que es reflejo de roles y estereotipos sociales ya

establecidos (Rosentock y Kirscht, 1977). La madre es la principal promotora de hábitos, normas y estilos de relación con el medio ambiente, pero también quien más promueve esquemas de relación dependiente y contradictorios que obstaculizan el sano desarrollo de un adolescente con discapacidad, lo cual se observa en los análisis de discriminante, en donde mientras la madre tiene un concepto positivo de su hijo, él tiene un autoconcepto negativo de sí mismo.

La orientación sobre formas de relación más sanas entre padres e hijos con discapacidad, permitirá generar estrategias funcionales para el desempeño social de ambos.

Como lo señaló Van Roy (Ajuriaguerra, 1990) el sujeto con discapacidad al darse cuenta de que requiere de los demás, que no alcanza lo que necesita, que debe de esperar, que su medio se rige por tiempos más cortos, genera en él un sentimiento de frustración, ya que debe de redoblar esfuerzos si desea llegar al final de una actividad. El vivir bajo la constante frustración y el fracaso por un lado y la sobreprotección por otro, conlleva a la falta de interés y de objetivos permanentes; es más común optar por una postura de dependencia y pasividad que desarrollar acciones para el logro de metas por pequeñas que sean.

Los descriptores encontrados en el estudio es reflejo de los sentimientos que la sociedad tiene hacia las personas con discapacidad. Se debe aprender a ver que la discapacidad es una situación de salud que condiciona y afecta la vida de todo sujeto que la presenta. Por ello es necesario promover una sociedad más integrativa, equitativa y menos excluyentes para todos los grupos que la conforman.

Ya Faucoult (1994) ha señalado que desde el siglo XV, en un intento por controlar la propagación de la lepra, se excluía y se formaban pequeños vulgos, en donde se les daba alojamiento a los leprosos, por lo que la exclusión era una forma de comunicación con lo diferente, pero también con lo desconocido hasta ese momento por el hombre. Varios años han pasado, diversos acontecimientos y descubrimientos ha presenciado la humanidad, sin embargo, la actitud hacia lo diferente se sigue manteniendo presente en nosotros, tal vez en diferentes niveles, pero la exclusión sigue siendo aun una forma de relación y de comunicación.

En la actualidad el concepto de salud y de enfermedad implica aspectos relativos. Es común que se asocie salud con bienestar, y enfermedad con malestar. Sin embargo, los parámetros utilizados no pueden ser aplicables a todas las áreas. El hombre no puede ser un sujeto inamovible, sin historia, vive en una sociedad específica, en donde se dan las relaciones sociales e ideológicas concretas, este conjunto de elementos determina en buena medida su estado de salud-enfermedad y más aun su forma de comprenderla (Peña, 1998).

Lo anterior hace necesario modificar tanto esquemas pequeños, como puede ser la dinámica de una familia, así como estructuras sociales que permitan crear espacios y dar oportunidades a todos sus integrantes.

El autoconcepto está conformado por elementos diversos obtenidos tanto de la familia, su primer grupo de pertenencia, como de su grupo y ámbito social al que pertenece.

El desarrollar un autoconcepto positivo, integrado y funcional, permite establecer metas, objetivos realistas y alcanzables, por lo

que el trabajo sistemático realizado con la familia y el adolescente puede verse reflejado en la mejoría del autoconcepto.

La adolescencia conlleva cambios ante los cuales el sujeto se llega a vivir confundido y preocupado, la presencia de estos cambios ante una situación de discapacidad implica un doble esfuerzo para lograr la aceptación e identificación plena, lo que hace doblemente importante el desarrollo de programas tanto de tipo social como individual para esta población, que promuevan una integración plena.

Con los datos obtenidos en el estudio, se puede afirmar que los padres de los adolescentes con discapacidad sí influyen en el desarrollo psicológico y social de los adolescentes al presentar inconsistencias en las expectativas de logro sobre sus hijos, que puede influir en sus experiencias y reducir sus potencialidades. Son padres que pueden emplear dobles mensajes sin que ellos se den cuenta, “eres buen estudiante, pero no puedes estudiar la preparatoria, eres agradable, pero no puedes tener amigos, la discapacidad no limita pero eres diferente a los demás o bien no lo hagas por porque te puedes lastimar”.

Esta población se encuentra subyugado por el concepto de “normalidad”, cuya representación social impregna su identidad, el camino a seguir en cuanto a educación, trabajo, amigos y recreación entre otros (Peña, 1998).

Los resultados obtenidos en la comparación de los factores entre padres e hijos hace referencia a la necesidad de trabajar con los padres que tengan hijos con discapacidad, aquellos aspectos y emociones “ocultas” pero que van formando en el adolescente un concepto de rechazo y exclusión de sí mismo.

Es importante que los padres tengan presente el impacto de sus actos sobre la formación y estructuración de la personalidad de su hijo cuando éste presenta una discapacidad, la cual por mínima que sea puede tener una connotación severa y limitarte en diversas esferas de la vida; además es necesario que los padres tengan presente que la forma en que ellos integren y traduzcan la discapacidad, será lo que marque la línea y el camino para la aceptación e integración de la discapacidad en la vida de su hijo.

En los centros de Rehabilitación de México son escasos aquellos en los que se cuentan con un programa para ayudar a los padres a reconocer sus sentimientos y temores respecto a la discapacidad de su hijo o hija.

Así como son indispensables los servicios de estimulación temprana, de terapia física u ocupacional, terapia de lenguaje o servicios de ortopedia etcétera, es de suma importancia que los centros proporcionen un espacio para elaborar y asimilar los retos que implicará a los padres el cuidar y educar a un niño con necesidades especiales, así como elaborar el duelo por el hijo sano que esperaban. El preservar la salud mental de los padres y personas cercanas al niño, es una área básica para lograr adultos con iguales oportunidades de desarrollo social y emocional.

Es necesario promover un trabajo más profundo y consistente primero con la familia y posteriormente con la sociedad, lo cual permita a largo plazo generar respeto y aceptación por la diversidad, y en donde se pueda terminar con el trato especial que no es otra cosa que una forma de sutil de exclusión.

Con respecto a las limitaciones del estudio se encuentran las siguientes: el instrumento final elaborado en el estudio se aplicó en una sola ocasión a la población de interés, una segunda aplicación

con el instrumento ya estandarizado, permitirá corroborar las respuestas de los sujetos y conocer el comportamiento del instrumento. El no realizar esta segunda aplicación fue por las dificultades para la captura de la muestra, la cual se reunió en un lapso de cinco meses, la posibilidad de encontrar población nueva en los Centro de Rehabilitación que desearan participar en el estudio para una segunda aplicación del instrumento era realmente escasa e implicaría un periodo similar o mayor para su captura.

El instrumento realizado en el estudio, seguramente tiene sus limitaciones ya que no exploró otros aspectos relacionados con los adolescentes con discapacidad como expectativas futuras, aspectos sexuales, sin embargo los descriptores que conforman el instrumento final son los más significativos para la población en estudio. Tal vez a través de un siguiente trabajo, se pudiera obtener la información necesaria para explorar otras áreas de los adolescentes con discapacidad.

Dentro de las preguntas a las que se buscó dar respuesta y el no haber encontrado los elementos suficientes respecto a la relación que guarda el autoconcepto y lo limitante de la discapacidad, puede estar originado por los siguientes factores:

- a) El tamaño de la muestra no permitió la formación de grupos con un número de sujetos aceptable con uso de aparatos, lo cual impidió encontrar diferencias estadísticamente significativas.
- b) Un solo tipo de enfermedad conlleva a una situación de discapacidad con una gama amplia de limitaciones y necesidades, que pueden ir desde la movilidad limitada, hasta

problemas de lenguaje, de visión, e incluso problemas de aprendizaje.

- c) La reacción y adaptación a la discapacidad, esta estrechamente relacionada con la postura que guarda la familia, así como el entorno social en el que se desenvuelve el sujeto, más que de la discapacidad misma, Roessler, (1981); Winnicott, (1994), Ajuriaguerra, (1990); Sorentino, (1990); Heyman, (1990); Bloss (1994). Por lo que por mínima que sea la discapacidad el impacto en la persona puede tener dimensiones inimaginables.

El concepto de discapacidad es un término construido por factores culturales, a través de lenguajes y actitudes como son: la sobre protección, la exclusión, el rechazo, la culpa que puede sentir la sociedad ante la persona con discapacidad.

La postura de los padres, aun cuando en un principio los describen y se observan como figuras protectoras y amorosas de sus hijos, estas actitudes no son percibidas en su totalidad por los adolescentes y permite asegurar que la discapacidad es un proceso único, personal el vivir y experimentar el impacto de la discapacidad en una etapa tan inestable como es la adolescencia.

Para el adolescente con y sin discapacidad, el grupo de pares tiene una mayor importancia para su propia autoevaluación y logro de metas.

Tal vez el contar con una muestra cuya edad tiene un amplio margen, limitó para la detección de respuestas más consistentes, ya que no son las mismas expectativas y experiencias de un chico de 12 años que uno de 20.

Por otro lado será de gran interés realizar análisis sobre los datos de los padres, para conocer como y cuales grupos factoriales se forman, lo cual puede realizarse en otra fase del estudio.

Los adolescentes con discapacidad del estudio se ven como las personas de su entorno los ven (Nwugal, 1985; Weinber y Willians, 1978 en Super y Block, 1991). La aceptación de un miembro diferente dentro del grupo familiar o social, implica un reajuste interno, que permita tolerar y respetar las diferencias.

Por medio de los reactivos detectados en la población de estudiantes sanos pudo observarse la idea generalizada en la población, que percibe a la persona con discapacidad como alguien que sufre, que su vida esta perturbada, dañada por una enfermedad permanente, consideran que estas personas están constantemente inmersas en su problemática.

Con los reactivos identificados se puede entender el porque se les considera que son sujetos que no requieren de la experiencia, del ensayo y error, no tienen deseos ni necesidades de desarrollarse como los demás, por el contrario deben de estar lo más protegidos posible, no es de extrañar que se tomen conductas proteccionistas, como una medida de respuesta a sus limitaciones o para evitarles el sufrimiento, pero con esta actitud sobreprotectora, se les limita de la oportunidad de crecer a través del error o del acierto, así como del sufrimiento o de la realización.

Los jóvenes con discapacidad tienen un arduo trabajo que realizar para su desarrollo en su sociedad, deben aprender a no aceptar la sobreprotección como manifestación de amor, deben aprender a vivir con miradas insistentes y llenas de prejuicios, deben aprender a tomar decisiones para su crecimiento e independencia personal sin

poner en riesgo los logros alcanzados y debe verse como persona a las que se les pueden presentar oportunidades para realizarse y superar su situación actual. Claro es que estos logros serán difíciles de alcanzar o hasta de imaginar para un adolescente con discapacidad, sin un punto de referencia y apoyo como son los padres y una familia que acepta la diferencia como parte del reto para crecer.

Por lo general la atención a la discapacidad se realiza principalmente a través de un modelo médico, que considera aspectos de normalidad y anormalidad y que ha llevado a la estigmatización de diversos grupos, sin considerar los aspectos culturales y sociales que pueden estar implícitos en un padecimiento, lo cual no significa negar el substrato biológico, pero es necesario considerar los aspectos culturales y sociales que están presentes para entretejer actitudes y comportamientos que pueden ser históricamente cambiantes; por lo que es necesario promover un modelo sociocultural el cual parta de las expectativas del grupo humano y permita la diversidad y modificación de las formas de relación e integración de todos sus integrantes.

La discapacidad en la etapa de la adolescencia marca una serie de retos para quien la presenta y quienes están cerca de él o ella. Lo que hace necesario realizar un trabajo tanto individual como grupal que permita la aceptación y tolerancia como a cualquier otro joven y en donde se reconozca que todos somos diferentes por eso todos somos iguales.

Como se ha visto en el presente estudio, los adolescentes responden a los sentimientos de las personas con quienes se relacionan y forman su propia imagen en función de sus padres como principales figuras con las que interactúa y como parte de los personajes que

están fuertemente involucrados en su proceso de desarrollo. Los jóvenes con discapacidad al igual que cualquier otro identifica los sentimientos de hostilidad, temor o rechazo de los demás para con él, por ello la importancia de desarrollar una relación que exprese seguridad y confianza, además de experiencias afectuosas que les abra la oportunidad al mundo, les enseñe la alegría de vivir, la posibilidad del cambio y la necesidad de la independencia y separación.

A todo lo anterior es necesario sumar la necesidad de cambios en los programas y planes gubernamentales como en la educación, en el área laboral, en la rehabilitación y en la accesibilidad, entre otras; pues de poco o nada puede servir a una familia el contar con una actitud de tolerancia, de respeto por su hija o hijo con discapacidad, el enseñarle la importancia del esfuerzo, el promover su independencia y realización personal o bien someterse a un proceso de apoyo emocional para aceptar la discapacidad, si la estructura social no permite o limita la integración de un adolescente con discapacidad a la escuela o al trabajo. El proceso de aceptación y desarrollo de un joven en estas situaciones debe de ser dinámico, por lo que se deben incluir todas las esferas, no basta con la familiar, las estructuras políticas y sociales también tienen un proceso y un cambio que realizar.

Debemos reconocer que todos los seres humanos tenemos habilidades para desarrollar algunas actividades, así como grandes dificultades para otras, no es exclusivo de un grupo de personas con discapacidad sentirse dependientes, torpes o inútiles, todos en algún momento de nuestra vida hemos tenido estas sensaciones, la diferencia es que en los jóvenes con discapacidad éstas son permanentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Adler, A. (1967). **Práctica y teoría psicoanalítica del individuo**. Buenos Aires: Paidós.
- Adler, A. (1968). **Superioridad e interés social. Una colección de sus últimos escritos**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ajuriaguerra, J. (1990). **Manual de psiquiatría infantil**. España: Masson.
- Allport, G.W. (1974). **Psicología de la personalidad**. Buenos Aires: Paidós.
- Alston, R.J.; Bell, T.J. (1996). **Racial identity in African Americans with disabilities: Theoretical and practical considerations**. Journal of Rehabilitation. April, may, june, 11-15.
- Arámbula, R.C. (1999 Septiembre). **Los padres y madres de los discapacitados ante las instituciones**. Coloquio: Integración Educativa: Utopías y Realidades, México, D.F.
- Asamblea General de la O.E.A. (Eds.). **Trabajos Informativos (1999)**. Costa Rica.
- Ávila, W. E. y Reyes, L. I. (1995). **El autoconcepto de jóvenes refugiados guatemaltecos**. Revista de Psicología Social y Personalidad. X, (1), 69-85.

Boletín de Registro de Menores con Discapacidad (1995). INEGI; SEP; DIF.
México, D.F.

Blos, P. (1994). **Psicoanálisis de la adolescencia**. México: Joaquín Mortiz.

Browne, P. S. H. (1986). **Ortopedia básica**. México: Limusa.

Buscaglia, L. (1991). **Los discapacitados y sus padres**. Buenos Aires:
EMECÉ

Campbell, C. Stanley, J. (1978). **Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social**. Buenos Aires: Amorrortu.

Cooper, P.S. (1993). **Self-esteem and facial attractiveness in learning disabled children**: Child Study Journal, 23, (2), 79-89.

De Ponga, R.A., Egea, F.P., Navarro, I.C., Ochandorena, T.J.J., Recalde, L.C. (1996). **No ser una silla. La cara oculta del mundo de las grandes discapacidades**. Navarra. España: Txaleporta.

Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Subdirección de Rehabilitación (1994). Servicios Otorgados en Rehabilitación. Boletín Anual. México, D.F. D.I.F.

Epstein, S. (1973). **The self-concept revisited or a theory of a theory**: American Psychologist, 28, 404-416.

Faucoult, M. (1994). **Historia de la locura en la época clásica**. México: Fondo de Cultura Económica.

- Fridman, M.B. (1998). **Sociedad y naturaleza: encuentros y desencuentros en el cuerpo de cada cual.** Géneros de la Universidad de Colima, 13. México: Universidad de Colima.
- Freud, S. (1986). **Esquema del psicoanálisis y otros escritos de doctrina psicoanalítica.** España: Alianza Editorial.
- Garton, A. F. y Pratt, C. (1995). **Stress and self concept in 10 to 15 year old school students.** Journal of Adolescence, 18 (6), 625-640.
- Gresham, F.M. (1995). **Student self-concept scale: Descripton and relevance to students with emotional and behavioral disorders.** Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 3(1), 19-26.
- García-Pelayo Y Gross, R. (1988). **Pequeño Diccionario Ilustrado.** México: Ediciones Larousse.
- Hathaway, W.E., Hay, W.W., Groothuis, J.R. y Paisley,W.J. (1995). **Diagnóstico y tratamiento pediátrico.** México: Manual Moderno.
- Heyman, W. B., (1990). **The self-perception of a learning disability and its relationship to academic self- concept and self-esteem.** Journal of Learning Disabilities, 23 (8), 472-475.
- Jung, C.G. (1977). **Arquetipos e inconscientes colectivos.** Buenos Aires: Paidós.
- Krueger, D.W. (1988). **Psicología de la rehabilitación.** Barcelona: Herder.

- King, G. A., Shutz, I. Z., Steel, K. y Gilpin, M. (1993). **Self -evaluation and self-concept of adolescents with physical disabilities.** American Journal of Occupational Therapy, 47, (2),132-140.
- Kohut, H. (1990). **La restauración del sí mismo.** México: Paidós.
- Koffka, K (1926). **Bases de la evaluación psiquiátrica. Introducción a la psicología infantil.** Madrid: Alianza Editorial.
- La Rosa, J. (1986). **Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación.** Tesis de doctorado inédita, Facultad de Psicología, UNAM.
- Laing, R. D., Phillipson, H. y Lee, A. R. (1978). **La percepción interpersonal.** Buenos Aires: Amorrortu.
- Ley para Personas con Discapacidad del D.F.** (1999). México: ALDF
- Lisi, D. (1993). **Found voices: women, disability and cultural trasformation, special issue: Women with disabilities.** Women and Therapy, 14, (3-4),195-205.
- Levin, J. (1979). **Fundamentos de estadística para la investigación social.** México: Harla.
- Lomas, C. (1999 Septiembre). **El Acompañamiento terapéutico al interior de una escuela de educación especial integradora.** Coloquio de Integración Educativa: Utopías y Realidades, México, D.F.
- Luterman, D. (1985). **El niño sordo: como orientar a sus padres.** México: Prensa Médica Mexicana.

- Mboya, Mzobanzi-M. (1994). **Multidimensional self-concept: relations with age and gender among African adolescents.** Educational – Psychology 14(3), 307-321.
- Mead, G.H. (1967). **Mind, self and society. From the stand point of a social behaviorist** The University of Chicago Press.
- Mercado, M. R. M. (1974). **Aspectos psicológicos del sordo.** Tesis de licenciatura inédita, Facultad de Psicología, UNAM.
- Obiakor, F.E. y Stile, S. W. (1989). **The self-concept of visually impaired and normally sighted middle school children.** The Journal of Psychology, 124(2), 199-206.
- Oñate, M. P. (1989). **El autoconcepto.** Madrid: Narcea.
- Peréz de P. 1999 (Septiembre). **Creando las condiciones para una integración educativa eficaz.** Coloquio de Integración Educativa: Utopías y Realidades, México, D.F.
- Comisión Nacional Coordinadora CONVIVE. (1996). **Programa nacional para el bienestar y la incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad. Informe anual de actividades.** (Informe Nacional de Actividades Mayo 1996- Mayo 1996). México: Gobierno de la República.
- Peña Sánchez, E.Y. (1998, Octubre). **Prácticas sexuales del discapacitado del sistema locomotor y la medicalización del sexo.** Trabajo presentado en el IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, México, D.F.

- Piaget, J. (1977). **Seis estudios de psicología**. México: Seix Barral.
- Ramírez H. L. (1993), **Actitudes de salud en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana**. Tesis de licenciatura inédita, F.E.S. ZARAGOZA, UNAM.
- Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía (Eds.) **Manual sobre prevención de deficiencias** (1999). Madrid.
- Reyes, L. I, (1993). **Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos**. Revista de Psicología Social y Personalidad. LX, (1), 81-97.
- Rezk, M. y Ardila, R. (1979). **Cien años de psicología**. México: Trillas.
- Rivera, A.S. y Díaz, L.R. (1992). **Autoconcepto y empatía**. Psicología Social y Personalidad. IV, 186-192.
- Roessler R. y Bolton B. (1981). **Rehabilitación física, mental y social**. México: Limusa.
- Rogers, C. (1980). **El poder de la persona**. México: Manual Moderno.
- Rosenberg, M. (1973). **La autoimagen del adolescente y la sociedad**. Buenos Aires: Paidós.
- Rosentock, I.M. y Kirscht, J.P. (1979). **Why people seek health care**. En Rosentock, I.M. y Kirscht, J.P. (Eds.). Health Psychology. San Francisco: Josey-Bass.
- Servín, T.J.L. (1992). **Las expectativas como explicación del autoconcepto**. Revista de Psicología Social y Personalidad, IV, 219-228.

- Skinner, B.F. (1971). **Ciencia y conducta humana, una psicología científica**, España: Fontanella.
- Sorentino A. M. (1990). **Handicap y rehabilitación: Una brújula sistémica en el universo relacional del niño con deficiencias físicas**. España: Paidós.
- Spitz, R. (1993). **El primer año de vida**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Super, J.T. y Block J.R. (1991). **Self-concept and need achievement of men with physical disabilities**. The Journal of General Psychology, 119 (1), 73-80.
- Szivos, S.E. y Griffiths, E. (1990). **Group processes involved in coming to terms with a mentally retarded identity**. Mental Retardation, 28, (6), 333-341.
- Treviño, B. y Szymanski, E.M. (1996). **A qualitative study of the career development of hispanics with disabilities**. Journal of Rehabilitation. July-august-september. 5-13.
- Valdéz, F.J.L. (1988). **Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento**. México: Prensa Médica Mexicana.
- Valdéz, M.J.L. (1994). **El autoconcepto del mexicano**. Tesis de doctorado inédita, Facultad de Psicología. UNAM.

- Valdéz, M. J.L. (1991). **Las categorías semánticas usos y aplicaciones en la psicología social**. Tesis de maestría inédita, Facultad de Psicología. UNAM.
- Valdéz, M.J.L. y Reyes, L. I. (1992). **Las categorías semánticas y el autoconcepto**. Psicología Social y Personalidad, IV, 193-199.
- Vargas, C. (2000, abril). Aniversario XII CIMIGEN. IAP: 12 Años de Trabajo Somos Hermanos, pp. 27-28.
- Winnicott, D.W. (1994). **Realidad y juego**. España: Gedisa.

A N E X O I



ADOLESCENTES

El presente cuestionario tiene una serie de palabras que podrás usar para describirte. Frente a la misma existen cinco cuadros que van de mayor a menor, el cuadro más cerca de la palabra y el más grande indica que tienes más de esa característica.

Para contestar hay que marcar el cuadro que te represente mejor, si marcas el cuadro grande quiere decir que tienes mucho de esa característica y disminuye al elegir uno más pequeño.

Tus respuestas deben ser rápidas. Por favor no dejes ningún reactivo sin contestar y señala sólo un cuadro en cada palabra.

Ejemplo: afectuoso(a)

Todas tus respuestas son anónimas y confidenciales, recuerda responder "COMO ERES EN REALIDAD, NO COMO TE GUSTARÍA SER".

Edad _____ Sexo Fem. Masc.

Diagnóstico _____ Empleo de aditamento Si No Cuál _____

DETALLISTA

HONESTO(A)

RELAJIENTO(A)

RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>				
SINCERO(A)	<input type="checkbox"/>				
TRAVIESO(A)	<input type="checkbox"/>				
MENTIROSO(A)	<input type="checkbox"/>				
MINUSVALIDO(A)	<input type="checkbox"/>				
ESTUDIOSO(A)	<input type="checkbox"/>				
LEAL	<input type="checkbox"/>				
IMPOTENTE	<input type="checkbox"/>				
VOLUBLE	<input type="checkbox"/>				
NECIO(A)	<input type="checkbox"/>				
APLICADO(A)	<input type="checkbox"/>				

Autoconcepto en adolescentes con discapacidad: su relación con la percepción de sus padres

TORPE	<input type="checkbox"/>				
AMIGABLE	<input type="checkbox"/>				
INTELIGENTE	<input type="checkbox"/>				
DESOBEDIENTE	<input type="checkbox"/>				
INÚTIL	<input type="checkbox"/>				
BUENO(A)	<input type="checkbox"/>				
ORDENADO(A)	<input type="checkbox"/>				
AGRESIVO(A)	<input type="checkbox"/>				
IMPOSIBILITADO(A)	<input type="checkbox"/>				
REBELDE	<input type="checkbox"/>				

Autoconcepto en adolescentes con discapacidad: su relación con la percepción de sus padres

ATENTO(A)

ACOMEDIDO(A)

CARIÑOSO(A)

TRABAJADOR(A)

CRITICÓN(A)

BROMISTA(A)

PADRES DE FAMILIA

El presente cuestionario tiene una serie de palabras que podrá usar para describir a su hijo(a). Frente a la misma existen cinco cuadros que van de mayor a menor, el cuadro más cerca de la palabra y el más grande indica que su hijo(a) tiene más de esa característica y disminuye al elegir uno más pequeño.

Para contestar hay que marcar el cuadro que le represente mejor.

Sus respuestas deben ser rápidas. Por favor no deje ningún reactivo sin contestar y señale sólo un cuadro en cada palabra.

Ejemplo: afectuoso(a)

Todas sus respuestas son anónimas y confidenciales, recuerde responder "COMO ES SU HIJO(A) EN REALIDAD, NO COMO LE GUSTARÍA QUE FUERA"

Edad _____ Sexo Fem Masc.

Diagnóstico _____ Empleo de aditamento Si No Cuái _____

DETALLISTA

HONESTO(A)

Autoconcepto en adolescentes con discapacidad: su relación con la percepción de sus padres

RELAJIENTO(A)	<input type="checkbox"/>				
RESPONSABLE	<input type="checkbox"/>				
SINCERO(A)	<input type="checkbox"/>				
TRAVIESO(A)	<input type="checkbox"/>				
MENTIROSO(A)	<input type="checkbox"/>				
MINUSVALIDO(A)	<input type="checkbox"/>				
ESTUDIOSO(A)	<input type="checkbox"/>				
LEAL	<input type="checkbox"/>				
IMPOTENTE	<input type="checkbox"/>				
VOLUBLE	<input type="checkbox"/>				
NECIO(A)	<input type="checkbox"/>				

Autoconcepto en adolescentes con discapacidad: su relación con la percepción de sus padres

APLICADO(A)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TORPE

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

AMIGABLE

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

INTELIGENTE

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DESOBEDIENTE

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

INÚTIL

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

BUENO(A)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ORDENADO(A)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

AGRESIVO(A)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

IMPOSIBILITADO(A)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

REBELDE

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Autoconcepto en adolescentes con discapacidad: su relación con la percepción de sus padres

ATENTO(A)	<input type="checkbox"/>				
ACOMEDIDO(A)	<input type="checkbox"/>				
CARIÑOSO(A)	<input type="checkbox"/>				
TRABAJADOR(A)	<input type="checkbox"/>				
CRITICÓN(A)	<input type="checkbox"/>				
BROMISTA(A)	<input type="checkbox"/>				
