

# **UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR**

**ACUERDO No. 3213-25 CON FECHA DE 3-VI-1997**

**DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

## **ESTUDIO PRELIMINAR DEL AUTOCONCEPTO EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL MODERADA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INFANTIL TELETÓN, ESTADO DE MÉXICO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**YSELA AIDÉ BARZALOBRE VARGAS**



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.

# **UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR**

**ACUERDO No. 3113-25 CON FECHA DE 3-VI-1997**

**DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

## **ESTUDIO PRELIMINAR DEL AUTOCONCEPTO EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL MODERADA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INFANTIL TELETÓN, ESTADO DE MÉXICO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**YSELA AIDÉ BARZALOBRE VARGAS**

**ASESORA DE TESIS**

**LIC. GEORGINA AMINA AQUINO PÉREZ**

**CÉDULA PROFESIONAL N° 2847989**

## DEDICATORIAS

“El éxito resulta de la lucha contra los obstáculos, sin obstáculos no hay verdadero éxito. En la necesidad del esfuerzo hallamos la fuente principal del progreso de las naciones y de los individuos”

Samuel Smiles

A mis padres: Ilse y Rafael,  
Que con su confianza, apoyo, dedicación,  
esfuerzo y amor, he llegado a ser lo que soy.  
¡Son lo que más amo en la vida!

A mi hermana Daniela, David  
y Ángel David,  
Por su cariño y apoyo incondicional.  
¡Los adoro!

A mi Papá Javier que donde quiera que  
esté, se que me está cuidando.  
¡Te extraño!

A mi Mamá Celia, que con su presencia,  
me motiva a continuar el camino.  
¡Te quiero mucho!

A mi abuelita Ofelia, que sin palabras,  
me guía por el buen camino  
¡Te quiero mucho!

A mis familias,  
Vargas y Barzalobre,  
Por sus palabras de aliento.  
¡Gracias!

A mis amigas, Renata y Miriam,  
por tantos años de estar  
juntas y llegar a la meta  
que nos propusimos.

A mis compañeras las Psicos,  
por esos momentos felices y tristes  
que vivimos juntas,  
siempre estarán en mi corazón.

A Lizbeth, Cynthia y Tania,  
por su cariño, amistad y sus palabras,  
en los momentos difíciles, ¡gracias!.

A Gina, por todo su apoyo para la  
realización de esta investigación.

A una persona especial, que  
siempre estuvo conmigo,  
aun estando lejos...

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

II

## CAPÍTULO I AUTOCONCEPTO

1.1	Antecedentes e Historia del autoconcepto	2
1.2	Diferentes formas de nombrar al autoconcepto	7
1.3	El autoconcepto en el campo de la psicología	8
1.4	El autoconcepto y la personalidad	13
1.4.1	Autoconcepto como parte de la personalidad	20
1.5	Formación y desarrollo del autoconcepto en los niños	21
1.5.1	¿Cómo se desarrolla el autoconcepto?	27
1.6	Imagen Corporal	32
1.7	Los Roles Sociales	37

## CAPÍTULO II PARÁLISIS CEREBRAL

2.1	Características de la Parálisis Cerebral	42
2.2	Historia y definiciones de la Parálisis Cerebral	49
2.3.	Definiciones de la Parálisis Cerebral según algunas Instituciones que atienden esta discapacidad	51
2.4	Factores causantes de la Parálisis Cerebral	53
2.5	Características de la Parálisis Cerebral Moderada	61

## CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Preguntas de investigación	64
3.2 Objetivo General	65
3.2.1 Definición Conceptual y Operacional	65
3.3 Variables	68
3.4 Metodología	70
3.4.1 Muestra	71
3.5 Instrumentos	71
3.5.1 Prueba de la Familia	71
3.5.2 Prueba de HTP	73
3.6 Procedimiento	75
3.7 Descripción de variables	76

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Procedimiento para el análisis de resultados	78
4.2 Descripción de resultados	79
4.2.1 Datos sociodemográficos	79
4.2.2 Interpretación global	83
4.2.3 Resultados por indicador emocional	84
4.2.4 Prueba HTP	85

CONCLUSIONES	87
--------------	----

BIBLIOGRAFÍA	94
--------------	----

ANEXOS	101
--------	-----

# INTRODUCCIÓN

El interés por realizar este trabajo surgió a partir de que en los últimos años se ha observado que los niños con Parálisis Cerebral (PC) presentan una convivencia familiar deficiente, debido a que tienen un autoconcepto diferente, es decir, no se ven igual a las demás personas corporalmente y esto ha llevado a pensar que lo que realmente se debe hacer, es apoyar a los niños mediante una terapia psicológica que los ayude a cambiar la percepción que tienen de sí mismos.

El autoconcepto de estos niños, hace que su estado emocional se vea afectado, por lo que el niño a veces se muestra triste y cabizbajo, esto afecta sus actividades diarias. El sentirse diferentes a los demás niños provoca temor, ansiedad, depresión, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, hipersensibilidad emocional, y por consecuencia sentimiento de culpa, invalidez física y emocional; poseen inadecuada formación de la personalidad, autoconcepto inadecuado, baja autoestima.<sup>1</sup> ellos necesitan atención, afecto y comprensión.

Los factores que influyen en la formación del autoconcepto en el niño con Parálisis Cerebral son, el afecto de sus padres, la convivencia y aceptación de la sociedad, la percepción de las

---

<sup>1</sup>. José Ignacio, Valdez Fuentes. Enfoque integral de la Parálisis Cerebral para su diagnóstico y tratamiento. p. 87

respuestas de otros y la conducta del mismo niño, pero también existen factores negativos como son, la comparación social, la valoración reflejada, la autoatribución, es decir, ellos mismos se ponen un adjetivo al sentirse rechazados, y estos elementos tienen como consecuencia aislamiento, desamparo, dependencia e inmadurez.

Esta investigación tuvo como objetivo identificar el autoconcepto inadecuado en niños con Parálisis Cerebral Moderada, por medio de dos pruebas proyectivas y así mismo saber si éstas pruebas pueden ser herramienta para la evaluación del autoconcepto, ya que en nuestro país no hay investigaciones que puedan contribuir al conocimiento del mundo interno de estos niños.

Los niños con Parálisis Cerebral Moderada necesitan la intervención de un equipo de profesionistas, en donde la participación de un psicólogo clínico es básica, ya que a través de la evaluación y tratamiento psicológico se puede conocer lo que el niño piensa de sí mismo y de este modo apoyarlo para mejorar su autoconcepto.

Las pruebas proyectivas que se manejaron fueron HTP y Familia, de estas pruebas se obtuvieron indicadores que evaluaron el autoconcepto inadecuado.

Esta investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, Estado de México, con niños que padecen Parálisis Cerebral Moderada.

La muestra fue de 18 niños, ya que los doctores de la Clínica 1, (que es la clínica donde atienden a los niños con Parálisis Cerebral en el Centro de Rehabilitación Infantil, Teletón), proporcionaron una lista con los niños que padecieran Parálisis Cerebral Moderada.

Esta investigación se dividió en cuatro capítulos.

En el capítulo I, se integraron las aportaciones teóricas sobre el autoconcepto en el que se detallaron antecedentes, términos científicos, formación y desarrollo, se describió lo que es la imagen corporal y como se manejan los roles sociales, como dos constructores vitales para explicar al autoconcepto.

El capítulo II se refirió a la parálisis cerebral donde se especificaron las características, diferencias entre cada tipo de Parálisis, la historia, definiciones de algunos autores e instituciones y factores causantes.

Posteriormente en el capítulo III se enfocó a la metodología, donde se describen las preguntas de investigación, el objetivo general, definiciones conceptuales y las variables, la descripción de las pruebas proyectivas, así como el procedimiento.

En el capítulo IV se redactaron a los resultados que se obtuvieron en la investigación, por medio de un análisis cualitativo y gráficas especificando características importantes de los sujetos. Y por último las conclusiones basadas en investigaciones empíricas y una discusión del tema.

# CAPÍTULO I AUTOCONCEPTO

## **1.1 Antecedentes e historia del autoconcepto**

El estudio del hombre ha pasado por muchas corrientes, doctrinas y teorías, de aquí derivan varias razones para estudiar al ser humano, puede ser que todas sean importantes pero la razón por estudiar el autoconcepto tiene mayor énfasis ya que al hombre le interesa saber más acerca de “sí mismo”. El comportamiento humano, nos lleva a los Psicólogos a estudiarlos.

En este capítulo se describe el desarrollo del autoconcepto a través del tiempo, analizado por varios autores de diferentes épocas; comenzando por la Filosofía Griega, con Parsénides que fue el primero que habla del ser, quién lo definió como una unidad eterna e inmóvil que se identifica con el pensamiento, es decir, la mente y el ser son uno.

Para Protágoras, el hombre es la medida de todas las cosas. Consideraba que el ser humano siente, actúa y experimenta el mundo de diferente manera, según sus propias cualidades, estructura mental, historia previa y estado de ánimo; así como su libertad para actuar.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>. Alma Flores. Autoconcepto. p. 1

Por su parte, Sócrates mencionaba que el conocimiento del hombre era fundamental y previo a toda especulación interior sobre el mundo exterior, y éste conocimiento no es un fin en sí, sino un medio para llegar a la práctica de la virtud y, en última instancia, a la salvación personal; de ahí su máxima: “conócete a ti mismo”. Es una sentencia universalmente válida.

Platón inició el estudio del Self (entendido como alma); en la que el hombre tenía un Self dividido en tres partes: razón, voluntad y espíritu.

La *razón* es el modo de pensar propio del hombre, según reglas definidas de la lógica.

La *voluntad* es la única facultad apetitiva racional del hombre, teniendo por objeto formal, el bien y el *espíritu* es la facultad de conocer, propia del hombre; asegura la unión entre el cuerpo y el alma.

Platón afirmaba que la mayoría de las personas permanecen en el plano del conocimiento sensible, solo que algunas personas logran la superación cognoscitiva de lo sensible a lo intelectual, alcanzando el conocimiento real y el auténtico ser.

Aristóteles se opuso a Platón, para él, el alma no existe separada de los individuos, que son lo único real, el alma es el principio formal inseparable del cuerpo. En el «ser individual» hay que distinguir lo que se es actualmente y lo que se tiende a ser. El

hombre debe realizar con su esfuerzo lo que es potencia, para realizarse como ser humano.<sup>2</sup>

Estas teorías han evolucionado y han dado pie a lo que ahora es el estudio del autoconcepto (que es poco) en el ser humano, sin embargo, el interés por definir lo que somos, no ha cesado.

En la *Edad Media*, San Agustín mencionaba el valor de la experiencia personal, de la interioridad de la voluntad y el amor, que la verdad del hombre debe buscarse en su interior poniendo énfasis la vida subjetiva y el autoconocimiento. Define al hombre como materia, es decir, el cuerpo y la forma que tiene el alma propia. Así podemos darnos cuenta que el cuerpo es pasado a un segundo plano, para dar mayor importancia al alma.

En la *Época Moderna* (siglo XVI) el hombre adquiere un valor propio no sólo como ser espiritual sino también corpóreo, sensible y no como ente de razón sino de voluntad. El hombre afirma su valor en todos los campos, como son la ciencia, la naturaleza y el arte; así es considerado como un ser con capacidad de decisión y de poder trascender los determinismos\* naturales.

Descartes en 1637 con su frase *cógitó, ergo sum* (“pienso, luego existo”), marca la tendencia a asentar la filosofía en el hombre, basada en que el criterio de la verdad es su propia evidencia, aunque se conciba como un yo abstracto pensante.

---

<sup>2</sup> . Alma Flores. Autoconcepto. p. 3

\* Determinismos: sistema que niega la influencia personal sobre la determinación y le atribuye la fuerza de los motivos.

Hume en el siglo XVIII, postuló que todos los conocimientos se basan en la experiencia sensible. Lo válido es lo real, por lo que rechaza ideas de sustancia y del yo. No toma en cuenta la experiencia intelectual y la abstracción, sin embargo, al negar tal existencia del yo, niega las diferencias individuales.<sup>3</sup>

Kant, en 1781, introdujo la distinción del Self. como sujeto y objeto, éste gira en torno al sujeto, lo que el sujeto distingue es el producto de su conciencia; lo que expresa acerca de la forma en que observamos los objetos, es decir, la percepción que tenemos, al cual le atribuimos ciertas características. Por lo tanto, el hombre no puede conocer el objeto en sí, sino que sólo conoce las cosas dentro de sí mismo, pues lo que llamamos real, es la proyección de nuestras categorías a una manera caótica y sin unidad. Así, el hombre se define como un ser activo, productor y creador. Lo que lo lleva a percibir el concepto que tiene de sí mismo, en función de lo que es, desde su campo experimental.

Aquí se contradice con lo que postulaba Hume, quien consideraba que lo válido es lo real, dándole un mayor peso al objeto y dejando atrás las diferencias individuales.

Schopenhauer consideraba que la forma para conocer la verdad, era por el auto análisis; del «yo» como objeto psíquico, que nos conduce a la existencia. Este análisis muestra, que nuestra esencia está hecha de voluntad que motiva, alienta e

---

<sup>4</sup>. Minerva Alonso, Concepto de Identidad. p. 32

impulsa. Por lo tanto es eterna insatisfacción. (Ferrater Mora, 1971).

En la *Época Contemporánea* se consideraba al hombre como un «yo» y se relaciona con algo más allá de lo únicamente eterno, como una existencia, como un “sí mismo”.

Para Max Scheler, existía una diferencia entre un individuo y una persona. Mencionaba que si se suprimían las cualidades del hombre o de la mujer, obteníamos al individuo. La persona estaba más allá del yo egoísta, madurez y conciencia, así como la libertad y portador de valores; es un ente que ama. (Flores, 1998). Un ser humano tiene conciencia de sí, por lo tanto es un ser racional e inteligente.

El hombre sabe que existe en el universo, explora el mundo con el objetivo de saber donde está, así planea su futuro tratando de trascender en el tiempo. En ésta búsqueda trata de esclarecer su origen a partir del cual “yo pienso” y “yo obro”; los pensamientos que no son conocimientos. La existencia de aquello que se comporta consigo mismo, y su trascendencia es histórica, tiene el origen en sí mismo, el ser libre. Por lo tanto, toma conciencia de sí mismo y se autodefine.

Este recuento histórico relata como ha evolucionado el hombre en su esencia y su ser. Es importante conocer estos antecedentes para conocer cómo nace el autoconcepto en el hombre.

## **1.2 Diferentes formas de nombrar al autoconcepto.**

Los autores que han investigado sobre autoconcepto, tienen diversas formas de mencionarlo, es decir, cada uno lo nombra conforme a su teoría, por ejemplo: “Propium” por Allport, “Self” por William James, “Ego” por Freud, y “Autoestima” por Sullivan. (Álvarez, 1995). Por su parte, Grinberg mencionó que dentro de la literatura analítica, el Self es denominado “yo”, “personalidad”, “persona”, “sí mismo” ó “uno mismo”.<sup>4</sup> Por lo anterior, el autoconcepto aún mencionado de las formas descritas anteriormente, su significado es el mismo.

Esta diversidad puede llevar a confundir, cabe aclarar que, aún cuando estos términos desde su respectivo enfoque teórico no son sinónimos. Para los fines de ésta investigación se usarán indistintamente.

Cuando el ser humano llega a ser lo que es, en su propia vida, cumple con su vocación y con su destino. El «sí mismo» es definido como “la expresión alusiva al hecho de que, al mismo tiempo que el sujeto vivencial es consiente de su propia vida, se convierte a sí mismo en objeto”. (Ferrater Mora, 1971).

---

<sup>4</sup>. Grinberg León y Rebeca. Identidad y cambio. p. 63

Se tiene que distinguir entre una imagen de sí mismo (como se ve la persona a sí mismo, roles «papeles sociales», capacidades, habilidades, etc) y una imagen ideal (como quiere ser una persona partiendo de normas y valores del medio que lo rodea). Por lo tanto, la realización del sí mismo significa la aspiración a disminuir la distancia entre la imagen de sí mismo y la imagen ideal.

### **1.3 El autoconcepto desde el punto de vista psicológico**

El campo de la Psicología es muy variado y extenso, en esta disciplina no existe una sola teoría que explique el comportamiento humano y es por eso que existen varias corrientes que aportan teorías para poder entender al ser humano, por supuesto, no en su totalidad.

El autoconcepto es una «fotografía organizada». La estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones. Una característica de esta estructura del Self es la consistencia, de tal modo que el comportamiento incongruente con el autoconcepto genera tensiones psicológicas y malestar físico, mientras que una totalidad emocional positiva hacia el self procede de una conducta consistente.<sup>5</sup>

Allport llama al sí mismo “propium”, que incluye todos los aspectos reunidos de la personalidad del individuo que son exclusivamente suyos. Las personas se diferencian de todos los demás individuos y le dan cierta unidad. De esta forma se concibe

---

<sup>5</sup>. J.M Gondra, La Psicoterapia de Rogers. p. 65-78.

al hombre como un ser autónomo que no solo busca reducir la tensión, sino un conocimiento real de sí y la autorrealización como meta.<sup>6</sup>

William James en 1890, definió que el hombre tiene tantos Self sociales cuantos son los individuos que lo reconocen y generan en su mente una imagen sí mismo. Así, afirma que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno y forman el autoconcepto (Oñate, 1989).

En 1902, Cooley, definió al Self como el “sistema de ideas procedentes de la vida comunicativa que la mente aprecia como suyo”. Así el autoconcepto se desarrollaría a partir de las reacciones de los demás respecto al individuo. Así mismo, en 1906, Cooley y Mead, insistieron en que el concepto que una persona tiene de su Self surge sólo de la interacción con otros y refleja las características, expectativas y evaluaciones que dan a la persona: *el self espejo*. (Oñate, 1989).

En 1934, Mead, consideró al Self como el resultado de un proceso social, consecuencia de un largo periodo evolutivo, el cual se puede conocer empíricamente. Para él, el Self comprende tanto el «yo», principio de acción e impulso, como el «mi», actitudes de los demás que son tomadas en consideración por el Self. Para Mead el Self es esencialmente una estructuración social.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup>. Gordon Allport. La personalidad; su configuración y desarrollo. p. 56

<sup>7</sup>. Ma<sup>a</sup> del Pilar Oñate. El Autoconcepto; formación, medida e implicaciones en la personalidad. p. 35

En 1955, Sullivan, consideró que el conocimiento de otras personas está presente de manera importante en la evolución del individuo. Para él, el Self es la organización de las experiencias educativas creadas por la necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad; así como Fitts en 1965, autor de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT), sustenta que el autoconcepto revela al individuo en aspectos fundamentales de la personalidad,<sup>8</sup> es decir, el individuo necesita de su experiencia para formar su personalidad y controlar sus estados psíquicos.

Jacobson, en 1964, consideraba que “las dimensiones del autoconcepto se deben usar como una representación organizada del Self”. El Self debe ser visto como la totalidad física y psíquica de la persona. La base primaria de autoaceptación va desde cómo se refleja una persona observando a otra en su comportamiento.<sup>9</sup>

Rogers en 1972, consideraba que uno de los factores básicos para las buenas relaciones interpersonales es la conciencia de la aceptación de sí mismo. Según él, el Self es la conciencia de ser o de funcionar, y se forma como resultado de la interacción con el ambiente, y en particular, como resultado de la interrelación valorativa con los demás, es decir, de la aceptación que recibe de los otros hacia aspectos que son valorados por él. (Gondra, 1981).

Erikson en 1959, definió al Self como una función sintética del yo y que representa a los modelos sociales, del medio ambiente y

---

<sup>8</sup>. M° Guadalupe, García, Estandarización de la escala de autoconcepto de Tennessee en estudiantes de Cd. Universitaia. P. 84

<sup>9</sup>. JM Gongra. La Psicoterapia de Rogers. p. 58

de la imagen de la realidad adquirida a través de las etapas de la infancia y en 1973 sugiere que la interacción del sujeto con los modelos sociales del medio ambiente, se desarrollan a través de éstas etapas. (Álvarez, 1995)

Martínez Muñiz, en 1980, mencionaba que los componentes del self son:

*Self Material:* Que son las percepciones que el individuo tiene de su propio cuerpo, que se determinan a partir de las sensaciones físicas.

*Self Social:* Son las percepciones que tiene una persona de los roles sociales que desempeña. Estas dos van de la mano ya que si el ser humano tiene una percepción buena del medio ambiente puede tener una estabilidad social. Cuatro años después Horrocks (1984), mencionaba que una persona es lo que percibe hasta que la realidad lo obliga a aceptar o abandonar esta interpretación de sí mismo. Incluso las percepciones que de común acuerdo tienen otras personas acerca de él, son tan solo un punto de vista de ellos, más no del sujeto.

Las ideas racionales se basan en malas interpretaciones, pero la persona no se da cuenta de ello. Así, los motivos que gobiernan sus pensamientos, actos y actitudes, varían desde los que se pueden percibir hasta los que no reconoce,<sup>10</sup> lo que está dentro del campo de experiencia y lo que no percibe.

---

<sup>10</sup>. M° del Pilar, Oñate. El Autoconcepto; formación, medida e implicaciones en la personalidad. p. 32

Oñate (1989) mencionaba que los principales determinantes del autoconcepto son generalmente asimilados de los modelos tempranos y perdurables en las relaciones madres-hijos y que vienen a apuntalar la seguridad emocional del niño.<sup>11</sup> El primer aspecto del “sí mismo” que se desarrolla, es el sentido del “sí mismo corporal”, que parte de las sensaciones orgánicas repetidas, esfuerzo postural y frustraciones procedentes del exterior que ponen en evidencia las limitaciones del cuerpo, es decir, cómo se ve a sí mismo el ser humano, y con base en eso él mismo forma su autoconcepto.

Byrne en 1984, afirmó que “el autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos”; en términos generales y en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimiento respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptación social. (cit. Por García, 1995).

Para Flores, el autoconcepto es una organización afectivo-cognoscitivo de las experiencias pasadas del individuo, la experiencia del presente y el pronóstico del futuro.<sup>12</sup> Es en esencia una simbolización del organismo, una visión interior personal que se puede delimitar objetivamente de la realidad externa. Esta visión incluye todas las ideas y sentimientos que una persona tiene respecto de las propiedades de su cuerpo, las cualidades de su mente y convicciones de sí mismo. Por tanto, el Self se refiere a la

---

<sup>11</sup>. Idem.

<sup>12</sup>. Alma Flores. Autoconcepto. p. 52

persona total del individuo. Este autor coincide con lo que mencionó Scheler, el ser humano tiene un objetivo, sabe donde está y planear su vida para saber hacia donde se dirige.

#### **1.4 El autoconcepto y la personalidad**

El ser humano muestra una individualidad psicológica, una organización compleja que comprende sus hábitos, sus pensamientos y expresiones, actitudes, rasgos e intereses y su propia filosofía de la vida. La individualidad psicofísica total, es llamada comúnmente *personalidad*; no se puede hablar de autoconcepto si no se menciona a la personalidad.

La personalidad según Carl Gustav Jung (1931) consiste de varias partes o sistemas: el yo, el Self, los estados de conciencia e inconciencia, la persona, las actitudes de introversión y extraversión, los sistemas de energía psíquica y física.<sup>13</sup>

El “*Self*”; son las actividades mentales conscientes del hombre, estructura lo externo y, en parte, el mundo interno del individuo.

Por medio del Self se conoce a sí mismo. Atiende a los procesos conscientes del pensar, percibir e identificar sensaciones.

El “*Self*”; Se encuentra a la mitad del camino entre el consciente y el inconsciente, es capaz de dar equilibrio a la personalidad total: la psique. El Self mantiene y balancea a la

---

<sup>13</sup>. Diane Papalia. Psicología. p. 516

psique, por lo tanto el hombre logra tal estabilidad solo después de haber pasado por la adolescencia. Los estados de «conciencia e inconsciencia» el hombre tiene componentes primordiales para existir; cuando la psique es capaz de usarlos y vivir de ambos para beneficiarse, se dice que se encuentra en un estado de equilibrio. El inconsciente se divide en: personal y colectivo. El personal consiste en el ser y los complejos que tiene. Y el colectivo en los conceptos de arquetipos, la sombra y la sincronización.

La *persona* es una máscara para describir la “cara”, éste término lo adoptó Jung, para mostrar como el ser humano se presenta ante la sociedad. El hombre tiene roles sociales que los adquiere de ésta aceptándola tal y como es, así mismo se enajena de sus sentimientos y tal atribución destruye la habilidad del humano para alcanzar una autorrealización verdadera.

Jung también mencionaba que existen personas que son introvertidas (orientadas hacia su mundo interior subjetivo) y personas extrovertidas (orientadas hacia el mundo exterior objetivo). Un ser humano puede ser descrito de esta forma, hasta la mitad de su vida, cuando la otra mitad emerge del inconsciente personal. Es decir, es el momento de la vida en que la persona quiere quitarse la máscara y desea expresar los sentimientos y emociones que ha estado reprimiendo.

Toda la energía del individuo proviene de la libido; de ésta surgen dos tipos de energía: *física* y *psíquica*, ambas utilizan la misma fuente de energía y puede haber conflicto en sus

demandas. La polaridad de energía física (como caminar, ejecutar un movimiento muscular, entre otro) con energía psíquica (pensamiento, sentimiento y percepción, entre otro), crea una reciprocidad que pone al individuo más ó menos en balance entre ambos polos. Así, describe ampliamente Jung a la personalidad.

Kant mencionaba “Que la personalidad es aquella cualidad de todo hombre que lo hace valioso, independientemente de todos los usos a que pueda ser destinado por sus prójimos”, (Cit. Por Allport, 1974), es decir, el hombre tiene la capacidad para poder realizar cualquier actividad sin afectar su integridad física.

Hetherington y Muirhead (Cit. Allport, 1974), definieron a la personalidad como “Aquella forma de individualidad que es posibilitada por la posesión de mente y voluntad. Ser una persona es ser uno e indivisible, pero esa unidad no se alcanza por la supresión de los instintos, de temperamento y de las capacidades naturales, sino que es algo que se logra en tanto estos datos naturales son penetrados por un espíritu común «el poder de liberarse no de ellos sino en ellos»”.

Allport (1974), mencionó que “la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, que contiene sistemas psicofísicos que determinan ajustes únicos a su ambiente”.

Para este autor las materias primas de la personalidad son el cuerpo, el temperamento y la inteligencia, que se consideran como estables en el desarrollo de la personalidad y en 1980 afirmó que

el primer criterio de la experiencia personal y de la identidad, radica en el sentido del sí mismo. Para él, la personalidad se divide en varios aspectos, que se desarrollan paulatinamente en el individuo: sentimiento corporal, autoidentidad, imagen del sí mismo, extensión y estimación de sí mismo, agente racional, esfuerzo orientado y sentimiento corporal. Estos aspectos desempeñan un importante papel en la personalidad, algunas veces consciente y otras inconsciente.

Browne decía que “El sentido esencial de la personalidad es la «yoidad», la autoconciencia, el autocontrol y el poder de conocer. Estos elementos no tienen ningún significado corporal” (Cit. Allport, 1974). Simplemente es un todo la personalidad del individuo.

El sentimiento de identidad es el conocimiento de la persona de ser una entidad separada y distinta de las otras.<sup>14</sup> Todo aquello que el individuo considera “suyo” está incluido en los «límites fluctuantes del ser», corresponde al Self con sus pertenencias.

Freud en 1932, explicó a través de su teoría psicoanalítica cómo se desarrolla la personalidad del individuo, que se encuentra en constante conflicto entre sus impulsos biológicos y la necesidad de dominarlos. Para él existen tres puntos importantes que son necesarios para la personalidad: el id, el ego y el super ego. El id; que es el principio del placer, busca la satisfacción de sus necesidades instintivas. El ego; que es el

---

<sup>14</sup>. Alma Flores, Autoconcepto. p. 23

principio de la realidad, busca satisfacer las necesidades del id. El super ego; que son los valores morales y sociales (Papalia, 1985).

La problemática del concepto psicoanalítico del Self inicia con Hartmann (1960) (cit. por Flores, 1998), que hace una distinción entre el yo y el Self como concepto referido al «uno mismo», según este autor, El “yo” es un concepto de diferente orden, es una estructura de la personalidad y se define por sus funciones.

Así las ideas de Hartmann dieron a Jacobson la posibilidad de elaborar más profundamente el concepto del self que engloba a la personalidad total del individuo, incluyendo al cuerpo y a la organización psíquica y sus partes.

Para Melanie Klein (cit. por Alonso, 1995), el bebé al nacer ya posee un yo incipiente. Tiene un punto de vista diferente al de Freud, quien dice que el yo se adquiere cuando el niño tiene más edad. Klein hace diferencia entre el «yo» como estructura psíquica y el “Yo” como aquello que es asimilado a uno mismo, es decir, cuando se es niño se adquiere un «Yo» que no está bien estructurado y cuando se es adolescente o adulto el «yo» ya está determinado.

Para Symonds, existen cuatro aspectos del sí mismo: *cómo se percibe a sí misma la persona*, que es la autopercepción; *como piensa de sí misma*, ya sea positiva o negativamente; *cómo se evalúa*, es decir cómo se considera ella misma ante otras personas

y cómo intenta defenderse, esto es que la persona entienda sus atributos para poder respaldarse ante la demás gente.

Erikson (1963) mencionaba que la identidad que se forma establece un puente entre las etapas de la infancia en que el sí mismo corporal y las imágenes de los padres adquieren sus connotaciones culturales, y hace lo mismo en la juventud, los roles sociales se vuelven accesibles.<sup>15</sup>

Para Coopersmith (1991) «La autoestima» es la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo y, propone como variables determinantes de ésta, el éxito, los valores, aspiraciones y defensas. Así la autoestima se encuentra muy relacionada con el autoconcepto, y se refiere al valor que se confiere al Yo percibido. Podría decirse que es la parte afectiva del autoconcepto. La autoestima se asocia con la dirección de la actitud hacia sí mismo. (cit. por Sevilla, 1991).

Horrocks (1984), mencionaba que el origen y desarrollo de la autoestima surge en gran medida de la interacción entre la personalidad del individuo y sus experiencias sociales. Los factores sociales determinan los autovalores del individuo, y estos influyen sobre la autoestima.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup>. Diane, Papalia. Psicología. P. 519

<sup>16</sup>. Beatriz Alvarez Mora, Estudio comparativo en un grupo homosexual y un grupo heterosexual. p. 15

Por otra parte, en la Teoría Psicosocial, Erikson (1968), reafirmaba el conflicto entre los instintos innatos y la demandas sociales. Sostiene que donde se desenvuelve el individuo se determina cuáles serán sus conflictos, resultado de las necesidades y deseos del niño, expectativas y limitaciones de su medio cultural.<sup>17</sup> Él sostiene que la maduración del individuo se da a través de las ocho etapas de la vida, que son: confianza frente desconfianza, autotomía frente a vergüenza y duda, iniciativa frente a culpa, competencia frente a inferioridad, identidad frente a dispersión de actividades, intimidad frente a aislamiento, integridad del ego frente a desesperación. (Dicaprio, 1976, cit por Flores, 1998). En cada una de estas etapas, el individuo desarrolla una parte en su vida, de enfrentarse a nuevos problemas y retos y poder resolverlos.

Desde el enfoque humanista, Carl Rogers (1963), desarrolló la teoría centrada en el concepto de sí mismo como centro de la personalidad. Todos los seres humanos necesitamos encontrar nuestro yo real para saber quienes somos realmente, por lo que se requiere de aceptación incondicional y autovaloración, es decir, adquirir confianza en sí mismo y en su propio potencial para valorar por lo que somos y no crear una falsa imagen.

Rogers sabía que existía un inconsciente, que maneja la mayor parte de la conducta del ser humano, que son los procesos motivadores positivos de la conducta.

---

<sup>17</sup> . Diane, Papalia. Psicología. p. 520

La autoobservación y el autoconocimiento se reconocen desde las primeras experiencias, las cuales se dominan por la expresión del afecto, admiración y aceptación que las demás personas demuestran. Otro aspecto importante es la relación que existe entre lo que gustaría ser y la impresión que se de a sí mismo. (Papalia, 1988). Una imagen ficticia, se forma al verse en un espejo y darse cuenta de lo que realmente somos a lo que imaginamos ver en ese reflejo.

#### **1.4.1 El autoconcepto como parte de la personalidad**

El autoconcepto es la parte integradora de la personalidad, el desarrollo psíquico sigue su curso y poco a poco va estructurándose la personalidad en cada individuo, sin embargo, no es hasta que se tiene un concepto claro de sí que el hombre puede responderse “¿quién soy yo?”.

Freud, en su teoría Psicoanalítica, restaba importancia al autoconcepto, al suponer que el ser humano está a merced de sus instintos básicos. Así, se contradice con Jung, que mencionaba, que el concepto de autorrealización se concede más responsabilidad a la persona sobre su manera de actuar y por lo tanto, de integrar su autoconcepto. Es decir, las personas tienen control de sus acciones, más no de sus instintos.<sup>18</sup>

Adler, (1940), otorgó una gran importancia a la naturaleza social del sujeto, esto sería clara influencia de los factores

---

<sup>18</sup> . Diane, Papalia. Psicología. p. 511

sociales para la formación del autoconcepto. Para Horney (1945), los factores sociales y culturales son muy importantes, por eso resalta el concepto del yo real contra el yo ideal, lo que podría ser un autoconcepto verdadero contra un autoconcepto falso. De igual forma que este autor, Erikson hablaba de que la cultura determina los conflictos de la persona, bajo esto se puede inferir que el autoconcepto está influenciado por los estándares que cada cultura impone.<sup>19</sup>

Tamayo define al autoconcepto como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinamismos son determinados socialmente; comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo. Esta definición demuestra la manera tan estrecha en que están ligados los términos, autoconcepto y autoestima, ya que al ser la parte evaluativa del autoconcepto, resulta inseparable del mismo. Por lo tanto, hablar de autoestima necesariamente hace referencia al autoconcepto que se relaciona en sustancia con el aspecto descriptivo de la persona.<sup>20</sup>

## **1.5 Formación y desarrollo del autoconcepto en los niños**

Después de mencionar qué es el autoconcepto y la relación con la personalidad, a continuación se describirá como se forma y desarrolla el autoconcepto en un individuo.

---

<sup>19</sup>. Diane, Papalia. Psicología. p. 519

<sup>20</sup>. A. Tamayo. Autoconcepto, sexo y estado civil. p. 13-15

El niño cuando nace no se da cuenta de sí mismo como tal. La conciencia de sí mismo es una adquisición que se realiza gradualmente durante los primeros 6 años de vida, con la relación que tiene el bebé con su madre, por esto, la aceptación de los hijos tal y como son, es necesaria para que el mismo niño acepte sus características tanto físicas como psicológicas, así se forma la base de un buen desarrollo psicológico.

A los 18 meses los niños tiene su primer *autorreconocimiento*, que se refiere a la habilidad para reconocerse frente al espejo. Y en la primera infancia se da la *autodefinición*, que se refiere a que el niño identifica las características que considera importantes para describirse a sí mismo. (Papalia, 1992).

La adquisición del autoconcepto en el niño avanza con el inicio del lenguaje en el segundo año de vida. Es el desarrollo más importante de la vida de una persona. ( Allport, 1980).

A los tres años el niño juzga en términos externos sus características físicas, y a los 6 años se define basado en sus características psicológicas. (Papalia, 1992).

Según Woolfolk (1996), el autoconcepto se refiere a la percepción que tenemos de nosotros mismos y la autoestima es el valor que cada uno le damos a nuestras propias características, aptitudes y conductas. El desarrollo del autoconcepto en la primera infancia recibe influencias de los padres y otros miembros de la

familia, conforme van creciendo, la van obteniendo de los amigos, profesores y compañeros de escuela.

La confianza estará establecida cuando el niño pueda enfrentar y resolver situaciones difíciles o nuevas, en las que maneje recursos tanto internos como externos, sin la necesidad de que sus padres estén presentes, por lo tanto, los padres deben de observar las potencialidades y dificultades que puedan tener con el objetivo de darles orientación y apoyo. El fomentar sus cualidades y modificar sus defectos, es parte también de brindarles confianza.<sup>21</sup>

Winnicott (1986), en circunstancias favorables, mencionó que la piel se convierte en una “membrana restrictiva” en la frontera entre el «yo» y el «no yo». De este modo, el niño entra en posesión de un interior y un exterior, y de un esquema corporal. Y también de éste modo adquiere sentido la función de recibir y dar, además va teniendo sentido la postulación de una realidad psíquica personal o interiorizada para el niño.

Para Cooley (1902) y Mead (1965), el autoconcepto se produce en el curso de la interacción con el “prójimo significativo”, es decir, las personas que más significativamente han influido a lo largo de nuestra existencia. (Oñate, 1989).

Oñate en 1989, mencionaba que los principales determinantes del autoconcepto son generalmente asimilados de los modelos

---

<sup>21</sup> . Aurora Jaimes M. Desarrollo psicológico. p. 48-50

tempranos y perdurables en las relaciones padres-hijos y que vienen a apuntalar la seguridad emocional del niño.

Al niño con frecuencia se le hace creer que son “malos o “inferiores” y así lo interpretan, por lo que elimina o deforma las entradas sensoriales para apoyar esta concepción del yo. En condiciones distintas se podrán experimentar sentimientos positivos del yo. Se incorpora este aspecto de su personalidad al concepto que tiene de sí mismo, este concepto resultará amplio. Aprenderá a simpatizar con determinados aspectos de sí mismo, a aprobarlos sinceramente y a desaprobar otros, es decir, adquirirá una imagen de su personalidad más conforme a la realidad.

Su concepto del «yo» se hará más congruente con su yo real. El concepto del niño es fomentado de la mejor manera por medio del interés positivo, ya que él mismo acabará tratándose, tal como ha sido tratado por los demás (Rogers, 1961).

El autoconcepto se basa en la identidad de la persona y alcanza su desarrollo por los fenómenos propios de ser humano, los cuales son, la *identidad*, que es cuando un individuo tiene noción de que él es y que pertenece a un tiempo y un espacio. La *autoconciencia*, es un conocimiento parcial de lo que persona es de sí mismo. También se involucran sentimientos, emociones y conductas, y por último la *autoaceptación* que implica madurez y

la persona está de acuerdo con lo que es ella misma. Significa tener la capacidad para aceptar su propia conducta.<sup>22</sup>

Mahler, mencionaba tres variantes referentes a la madre que son de particular importancia en la configuración, promoción u obstaculización de la adaptabilidad de cada niño, del desarrollo de sus impulsos, de su «yo», y la estructuración de los precursores del súper yo, estos son:

- 1- La estructura de la personalidad de la madre.
- 2- El proceso evolutivo de la función parental de ésta.
- 3- La fantasía consciente, pero particularmente el inconsciente, de la madre respecto de su hijo, es decir, como proyecta la madre a su hijo, la forma de ser de él, siendo que si la madre lo ofende o le dicen cosas que agredan su persona, el niño se va a menospreciar, y así va a formar una personalidad y un autoconcepto muy por debajo de lo que realmente es. (Flores, 1998).

Martínez Cano (1998), mencionó en una conferencia que impartió en la Ciudad de Monterrey, llamada “la formación de la autoestima en niños y adolescentes”, que la autoestima surge de la evaluación que se realiza en función de un criterio propio, y se desarrolla adecuadamente en la medida en que la comparación de lo que «yo soy» (yo real) y el «yo quiero ser» (yo ideal) se logren emparejar, es decir, que la valoración entre el «yo real» y el «yo

---

<sup>22</sup>. Delia Méndez A, La culpa sexual y el autoconcepto en adolescentes que manifiestan tener relaciones sexuales premaritales.

ideal», surge de comparar la imagen que se ha ido formando cada persona de sí misma al percibirse en situaciones reales, con la imagen ideal de lo que a uno le gustaría llegar a ser, como es una autoimagen instantánea positiva.

Todo lo anterior sirve para que el niño elabore su autoestima; cuanto más parecida sea ésta valoración comparativa en los «yo» habrá menos riesgos de tener sentimientos negativos acerca de uno mismo y, por lo tanto, de tener una autoestima inadecuada.

El conocimiento personal es una teoría acerca de lo que se cree de uno mismo, aunque lo que se cree no corresponda con el comportamiento. La idea que se tiene de uno mismo es diferente a la valoración que se tiene de sí mismo, ya que el conocimiento de uno mismo no es valorativo sino una mera descripción.

Sin embargo, el autoconocimiento y la autoestima se encuentran relacionados porque la satisfacción que consiguen las personas aumentan cuando se cumple con las exigencias que uno se marca.

El conocimiento de sí mismo es definido como el autoconcepto. Así, el autoconcepto hace referencia a la representación mental que la persona tiene de sí misma. Lo que afecta a la autoestima es la valoración de este autoconcepto. Por lo tanto, la evaluación se realiza en función de un criterio que no es otro que el hecho de comparar entre el yo real y el yo ideal. De esta forma el niño contribuye a la formación de su propia autoestima.

En general, las personas poseen una descripción de sí mismas que les aporta identidad y seguridad personal. Los niños actúan para liberarse de la inseguridad. Todos tenemos comportamientos que nos permiten liberar ansiedad. Son cinco hábitos que cada niño captan en la imagen de sí mismo: el escolar, el familiar, el social, el aspecto físico y el aspecto ético-moral.

El autoestima afecta al comportamiento humano de tal manera que cuando actuamos de manera coherente con lo que se piensa de nosotros mismos (autoconcepto) y lo que sentimos de nosotros mismos (autoestima) motiva a seguir actuando de manera positiva estructurando la personalidad con bases sólidas y fuertes. El autoconcepto de cada niño se forma con confianza y seguridad en sí mismo y esto conduce a la autoestima.

### **1.5.1 ¿Cómo se desarrolla el autoconcepto?**

La familia y la sociedad tienen gran importancia como factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto en el niño, Villa y Auzmedi (1992), integraron el ambiente escolar como un factor que influye en la formación del autoconcepto, ya que es en la escuela donde el niño pasa gran parte de su tiempo y es ahí donde se relaciona con personas fuera de su círculo familiar, es decir con sus profesores y compañeros con quienes convive situaciones diferentes y a la vez es de quienes recibe influencia; el profesor durante el edad escolar funge como una persona en especial significativa para el niño, ya que éste le da el prestigio que el niño

necesita, lo cual le da un notable poder de influencia y esto se ve reflejado en la formación académica.

Por otro lado, los compañeros condicionan en gran medida la estima que desarrolla el niño hacia sí mismo, aceptación, rechazo, la valía que le otorgan sus propios compañeros incide en la formación de su autoconcepto.

Villa y Auzmedi (1992), realizaron una investigación sobre el desarrollo del autoconcepto, enfocándose a la edad preescolar o infantil la cual abarca de los cinco a los seis años. Observaron que esta edad se caracteriza por la implantación y la consolidación del yo que apenas se está cimentando y es seguido de los comienzos de la expansión del sí mismo; cualquier desajuste o problema que ahora se produzca (en el periodo de la infancia) puede tener consecuencias negativas en un futuro cuando sea adulto. Para estos autores el periodo de la edad preescolar se resume en cuatro aspectos característicos:

*Autonomía:* Dentro de este periodo, el niño necesita conseguir una clara diferenciación de los demás, busca un sentimiento de valía personal y así busca afianzar su individualidad; esto lo logra a través de un sentimiento de independencia al realizar por sí solo todas sus tareas diarias, por ejemplo como vestirse.

*Confianza:* El niño busca independencia pero también necesita seguridad y confianza en su medio ambiente, principalmente en su

familia, donde busca encontrar un lugar estable en el que pueda refugiarse sus sentimientos.

*Evolución física:* El niño es consciente de los cambios físicos que le ocurren por lo que su aspecto como su competencia física, influyen en como se ve a sí mismo.

*Mundo escolar y social:* La percepción del niño sobre sus propias habilidades escolares y la relación con sus compañeros influyen en su autoconcepto.

Rosenberg (1973), estudió específicamente el desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia y mencionó que aproximadamente entre los 15 y 18 años de edad el individuo tiende a cobrar mayor interés por su autoimagen, el joven se empieza a preguntar, ¿Cómo soy?, ¿Qué tan bueno soy?, ¿Qué querría o debería llegar a ser?, entre otras preguntas que aparecen en la adolescencia. Durante ésta etapa el individuo incrementa la conciencia del autoconcepto, ya que la adolescencia es un periodo de la vida en la que ocurren constantes cambios tanto físicos como psicológicos.

La adolescencia es un fenómeno universal que conlleva cambios de conducta social y emocional; para Freud existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos, las alteraciones psicológicas y la autoimagen del joven. El concepto de sí mismo y la imagen del cuerpo ponen al sujeto en relación con otras personas. Los cambios biológicos traen consigo alteraciones de conducta y dificultades de adaptación (Mús,1995).

El autoconcepto se desarrolla a lo largo de toda la vida. Villa y Auzmedi (1992), intentaron explicar la evolución del autoconcepto desde dos enfoques: el enfoque cognitivo y el enfoque evolutivo.

El *enfoque cognitivo*, postula que el autoconcepto es un proceso que conlleva cambios tanto cualitativos como cuantitativos, a medida que los años transcurren la autoimagen incrementa su contenido poco a poco hasta que el sujeto percibe una mayor cantidad de rasgos de sí mismo, tanto en el área física como psicológica y social.

El *enfoque evolutivo*, postula que el autoconcepto emerge y se perfila a través de las distintas etapas del desarrollo, conforme el niño crece, su autoconcepto se va formando y cristalizando; en cada periodo y etapa de la vida que posee características específicas.

L'Ecuyer (Villa y Auzmedi, 1992) propuso seis etapas en las que se divide el desarrollo del autoconcepto:

1. *0 a 2 años*: En esta etapa el yo comienza su desarrollo, desde el nacimiento pero el niño todavía no tiene conciencia de una existencia separada y diferenciada de su madre, el autoconcepto emerge a través del proceso de diferenciación entre "el sí mismo" y "el otro".

La importancia de las relaciones sociales y afectivas que establece el niño durante esta primera etapa, son el lenguaje tanto verbal como corporal del adulto hacia el niño, esto ejerce un papel importante en el surgimiento del autoconcepto.

*2. 2 a 5 años:* La consolidación del sí mismo inicia con el lenguaje. Durante esta etapa el niño empieza a utilizar términos como «yo», «mío», lo cual indica una consciencia mas precisa de sí mismo y una clara diferenciación de los demás. A los dos años y medio , aparece la fase del negativismo cuyos principales objetivos son la adquisición de sentimientos de autonomía y consolidación de la consciencia de sí mismo, a través de esto el niño pone de manifiesto su individualidad y refuerza su sensación de valor personal.

El niño desarrolla la confianza básica a través de la relación que tiene con su madre, desarrollando a la vez un sentido de autonomía dentro de las normas y reglas. Las bases del autoconcepto se forman a partir del lenguaje y la identificación de las figuras significativas para el niño, como son su madre y su padre.

*3. 5 a 10 o 12 años:* en esta etapa el niño ya va al colegio y sus vivencia son de gran variedad, con las que pone al relieve las insuficiencias del yo que hasta el momento el niño ha adquirido. Durante la etapa escolar el niño aprende poco a poco a situarse y va acumulando imágenes de sí mismo, estas nuevas imágenes repercuten en su sentimiento de identidad. Este periodo se conoce

como la expansión del sí mismo, ya que el autoconcepto adquiere tintes reales, se va definiendo y perfilando en virtud de las exigencias del nuevo medio ambiente que le rodea, en este caso es el colegio.

4. *12 a 15 o 18 años: "adolescencia"*: Durante la adolescencia el individuo se identifica como ser singular, diferente a los demás, el joven madura físicamente y esto contribuyendo al proceso de definición del autoconcepto. Con los cambios físicos el adolescente vuelve a centrar su atención en su imagen corporal contribuye a la valoración de sí mismo y a la afirmación del sentimiento de identidad.

La adolescencia se caracteriza por la conquista de la autonomía personal ya que el joven comienza a independizarse de sus padres. El adolescente busca consolidar su personalidad, lo cual cuenta en una constante búsqueda de identidad, por lo tanto para el joven, el grupo de amigos es de gran importancia, se viste, piensa y actúa como ellos; la necesidad de una identidad personal que le lleva a diferenciarse de sus padres.

## **1.6 Imagen corporal**

El primer aspecto del «sí mismo» que se desarrolla es el sentido del «sí mismo corporal» parte de las sensaciones orgánicas repetidas, esfuerzo postural y frustraciones procedentes del exterior que ponen en evidencia las limitaciones del cuerpo. (Allport, 1980).

La autoimagen es la representación que una persona tiene de sí mismo. Normalmente va asociada en un juicio de valor positivo o negativo, y está relacionada a la imagen corporal y al autoconcepto. El desarrollo de ésta imagen y de la noción del propio cuerpo, va unido al desarrollo biológico del niño. Esta imagen corporal se adquiere y forma a través del continuo contacto con el mundo. No se trata de algo fijo, ni predeterminado, sino de una estructura propia de todo ser humano, sujeta a cambios permanentes; los cuales, guardan relación con las acciones en el mundo externo.

La imagen que un individuo tiene de sí mismo, es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y más implícitamente con su estado de salud mental.

Desde la infancia hasta la adolescencia se sabe que se tiene que pasar por varias etapas, que se caracterizan por cambios físicos, emocionales y sociales; tanto para hombres como para mujeres. Los cambios físicos son cuando el cuerpo empieza a desarrollarse y aparecen los caracteres sexuales secundarios y terciarios; es decir, aparece la madurez física reproductiva. Los cambios sociales son cuando los jóvenes aprenden una nueva forma de relacionarse con los demás, con base a lo que han aprendido en sus primeros años de convivencia con la familia.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> . Gabriela Tercero O. Departamento de psiquiatría y medicina del adolescente. p. 5

Las principales consecuencias psicológicas de estos cambios físicos y sociales, se dan en la autoimagen corporal en la reevaluación de uno mismo (¿Quién soy?, ¿A dónde voy?) y en la búsqueda de la individuación.

Mead (1990), dice que nuestro cuerpo forma parte de nuestro medio; y es posible que el individuo experimente su cuerpo y tenga conciencia de él y de las sensaciones corporales, es decir, adopta la actitud de los otros hacia él mismo; cuando alguien menciona algo negativo de esa persona ésta lo toma en cuenta para formar su imagen. Al mismo tiempo que se da la diferencia estructural del individuo y emerge el yo funcional, y de acuerdo con las secuencias de placer-dolor, surgen representaciones que se depositan en “imagen corporal”.<sup>24</sup>

Mahler, habla del descubrimiento de la diferencia anatómica sexual durante el periodo de acercamiento, afirmando que para las niñas, el pene parece transformarse en el prototipo de una “posesión” deseada, pero inalcanzable. Para los niños y las niñas por igual, este descubrimiento estimula la adquisición de una conciencia más completa del propio cuerpo y de la relación de éste con los cuerpos de otras personas. Las niñas se identifican por hombres con pene, mujeres con vagina, y van diferenciando los géneros.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> . Gordon, Allport. Psicología de la Personalidad. p. 30

<sup>25</sup> . Alma Flores, Autoconcepto. p. 30

La imagen corporal no es otra cosa que un cuadro mental, al mismo tiempo que una percepción. La imagen corporal y la emoción se hallan íntimamente vinculadas entre sí, y así como nuestra imagen corporal es la expresión de nuestra propia vida emocional y nuestra personalidad, los cuerpos de los otros adquieren un significado por el hecho de ser los cuerpos de otras personalidades. La percepción de los cuerpos de los demás y de su expresión de las emociones es tan primaria como la percepción de nuestro propio cuerpo y de sus emociones y expresiones.

No hay una imagen corporal estructurada sin personalidad. Sin embargo, el desarrollo de la personalidad de algún individuo y sus valores sólo es posible por intermediación del cuerpo y la imagen corporal. La preservación, construcción y elaboración de la imagen corporal de este otro sujeto, se convierte así en un signo, señal y símbolo del valor de su personalidad integrada.

La vida emocional desempeña un papel decisivo en la configuración definitiva del modelo postural del cuerpo. La influencia emocional altera el valor y claridad relativa de las distintas partes de la imagen corporal. La unidad emocional del cuerpo solo puede preservarse una vez alcanzado el complejo de Edipo y una vez que se han desarrollado las relaciones completas. La identificación y la personalidad desempeñan un papel fundamental en la construcción de la imagen del cuerpo.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> . León Grinberg y Rebeca Grinberg. Identidad y Cambio. p. 60

El autoconcepto se ha dividido en tres áreas que abarcan la mayor parte de los aspectos del sí mismo.<sup>27</sup> Estas son:

1. *Yo Corporal*: Es la aceptación que tenemos de nuestro propio cuerpo, incluyendo los sentimientos que tenemos acerca de él, el yo corporal juega un papel muy importantote en el desarrollo de las relaciones con los demás. Así el concepto de belleza y fealdad, en relación con la propia imagen corporal, se refleja en nuestras relaciones interpersonales.

2. *Yo Moral*: Esta área compara y juzga la conducta, de acuerdo con las normas y valores predominantes en la sociedad y la cultura en que se vive. Este juicio sobre la conducta repercute también sobre la autoestima y marcará el camino a seguir en conductas posteriores.

3. *Yo Social*: La interacción social es de suma importancia, ya que contribuye a la formación del yo y es determinante para el autoconcepto.

De acuerdo con Erikson en 1987, el autoconcepto forma parte del “yo”, estrechamente vinculado con el ego, y los diversos “sí mismos” de la personalidad. El autoconcepto es lo que yo se de mi propio yo.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> . Delia Méndez Acosta, La culpa sexual y el autoconcepto en adolescentes femeninos que manifiestan tener relaciones sexuales pre-maritales. p. 55

<sup>28</sup> . Diane, Papalia. Psicología. p. 518

La presencia corporal que cada individuo aporta a las relaciones sociales, es un factor determinante de las mismas, que puede colaborar para alcanzar el éxito personal. La familia juega un papel decisivo en la elaboración de la imagen corporal por medio de la información que el hijo recibe respecto a ese aspecto.

Cada persona posee una imagen de su físico, que en parte, puede contrastar por sí mismo o bien a través de comparaciones con los demás. Estos pueden ser mitos elaborados por motivaciones estéticas y comerciales que, por medio de la publicidad, se convierten en el arquetipo de belleza. La presencia física tiene una repercusión social inevitable que se proyecta en poseer determinadas cualidades físicas que varían entre las culturas.

La percepción que tienen de sí mismos los niños con Parálisis Cerebral es deficiente y de igual manera para formar su esquema corporal. Las principales dificultades son la disociación de integrar las partes de un todo, establecer relaciones espaciales y temporales.

### **1.7 Los roles sociales.**

La reacción social hacia estos niños es limitante, esto se da a través de un proceso de “etiquetación”, el cual promueve un rechazo constante por parte de la sociedad que los ha orillado a vivir con limitaciones y casi nula estimulación e incluso no les permite desarrollar su potencial y sus capacidades para integrarse

adecuadamente a sus comunidad. Para esto es indispensable que la sociedad los acepte con sus limitaciones y no les niegue las alternativas de vida de las que otro miembro de la comunidad sin impedimentos puede gozar.

El proceso de integración de estos niños a la comunidad se puede dar por la convivencia cercana, la cultura y el conocimiento de su padecimiento, además de su rehabilitación tanto física como psicológica.

Existen tres aspectos para la adaptación del niño a la sociedad, el primero es la Rehabilitación Social que tiene como objetivo ubicar al niño en su realidad social a través de la ayuda del trabajador social, el segundo es la Rehabilitación Psicológica que tiene como objetivo estimular la autoconfianza y relacionar al individuo con su medio a través de la ergoterapia, la recuperación física y una actitud de comprensión hacia sus problemas, y por último es la Rehabilitación Física que tiene como objetivo devolver al individuo su condición de ser independiente y útil, a través de la fisioterapia.

El ser humano no es un ente aislado, necesita de la demás gente para vivir. El ser social, es un elemento básico de la vida del hombre, así necesita ser aceptado, integrado para cualquier actividad ya sea física o mental.

De Levita (1946), concluye que la “identidad es la totalidad de los roles de un individuo en la comunidad”. Diversos autores

sostienen que “identidad es el núcleo esencial del individuo, que se hace visible solamente después que todos sus roles han sido dejados a un lado”.<sup>29</sup>

El «rol» es la función que regula el comportamiento individual con ciertas normas del grupo, relacionadas con la conducta que «se espera» del individuo en función de su edad, sexo, especialización profesional, y estado civil. No todas las categorías de roles influyen de la misma manera en la formación de la personalidad. Los roles sociales pueden servir también como disfraces de la identidad.

Marx, (según Alonso, 1995) afirmaba que el hombre real es una unidad indisoluble, un ser espiritual y sensible, natural y propiamente humano, teórico, práctico, objetivo y subjetivo. El hombre ante todo es un productor, transformador, creador, mediante su trabajo transforma su naturaleza exterior, se plasma en ella y a la vez, crea un mundo a su medida. Al ser el hombre objetivo en su mundo externo, produce un mundo de objetos útiles, responde a su naturaleza como ser productor que se manifiesta también en el arte y otras actividades. Siendo un ser social, el hombre produce también relaciones sociales.

Kinch (1963), en su modelo, toma al autoconcepto como una organización de cualidades que el individuo atribuye a si mismo y

---

<sup>29</sup> . Alma Flores, Autoconcepto. p. 52

que comprende los atributos expresables en adjetivos y los roles que ve en sí mismo.<sup>30</sup>

Desempeñar roles para funcionar “como algo”, es decir, como la sociedad exige, implica una identidad falsa, que carece de capacidad para “ser algo” y que expresa el sentimiento pasivo a la sociedad y a sus exigencias. (Grinberg, 1976).

---

<sup>30</sup> . Alma Flores, Autoconcepto. p. 53

## CAPÍTULO II PARÁLISIS CEREBRAL

## 2.1 Características de la Parálisis Cerebral

La palabra “Parálisis” proviene del griego: *paralyen* y significa disolver, desligar, relajar o aflojar, y «Cerebral» se refiere al cerebro y proviene del latín *cerebrum*.

El término “Parálisis Cerebral” es lo más adecuado para describir este padecimiento: *Parálisis* indica que es una disminución o pérdida de las funciones motoras; y *Cerebral* ubica el lugar de la lesión en uno de los órganos del Sistema Nervioso Central (SNC) del Cerebro.

Por lo tanto, la Parálisis Cerebral es un grupo de dolencias crónicas que afectan el movimiento del cuerpo, es decir, un trastorno motor. Puede ocurrir una lesión permanente y evita un desarrollo físico y mental adecuado.

La sintomatología persiste toda la vida, no es progresiva, pero si puede cambiar en el curso del tiempo. Se tiene un deterioro intelectual, así como alteraciones sensoriales, convulsiones y otros déficit perceptivos, tales como esquema corporal (como se ven ellos mismos) y orientación espacial.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>. Pedro Silva,. Parálisis Cerebral Infantil I, II y III, en [www.citimed.com](http://www.citimed.com) 27 julio 2003

Valdés Fuentes define a la Parálisis Cerebral (P.C) como una lesión irreversible, no progresiva del Sistema Nervioso Central en un cerebro inmaduro, originada durante las etapas prenatal, natal o postnatal (edad temprana).<sup>2</sup> Como consecuencia de la Parálisis Cerebral se originan algunos trastornos, como los psicomotores, problemas de lenguaje, convulsiones, deterioro de las funciones intelectuales y problemas de aprendizaje, percepción espacial, defectos perceptuales, sensoriales y visuales, problemas emocionales, conductuales y de personalidad.<sup>3</sup>

Estos trastornos pueden ser atendidos por especialistas, por lo tanto se debe tener una clasificación clínica basada en la naturaleza del trastorno motriz, tono muscular y la distribución anatómica del problema, para así poder dar un tratamiento adecuado y obtener un buen resultado.

La Parálisis Cerebral puede ser local, si afecta un solo miembro (un brazo o una pierna) o una zona corporal (la cara) o general si afecta todo el cuerpo; por su duración puede ser temporal o permanente; se presenta a cualquier edad, es decir, afecta a niños y adultos. Puede ser o no progresiva (el daño cerebral no empeora)<sup>4</sup>. Los trastornos motrices afectan a cuatro grupos principales de funciones motoras que son: los reflejos, el

---

<sup>2</sup>. José Ignacio Valdez F., Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento. p. 50

<sup>3</sup>. Federación Española de Asociaciones de Atención a las personas con Parálisis Cerebral. Madrid. 2000.

<sup>4</sup>. Op cit 32

tono muscular, el movimiento, las posturas y deformaciones corporales.<sup>5</sup>

*Reflejos:* Es una reacción motriz involuntaria del Sistema Nervioso, sin que intervenga el cerebro, que se da como respuesta a una estimulación de las terminaciones nerviosas sensitivas. (estímulo-respuesta).

*Tono Muscular:* Es un estado de contracción ligera de los músculos dependientes de los nervios y sus conexiones centrales. Los músculos atónicos son blandos y colgantes; los músculos hipertónicos son rígidos y espásticos. Las alteraciones hipertónicas son: la espasticidad, rigidez, espasmos, distonía y atonía.

*Movimiento:* Se define como un cambio de lugar o posición de una parte o todo el cuerpo para lograr algún fin, por ejemplo, hablar, comer, caminar, sentarse, etc., el movimiento esta compuesto por los elementos del reflejo; es una función motora que puede afectarse, si éste pierde precisión al alterarse su asociación, coordinación, regulación, ritmo y fuerza.

*Posturas y Deformaciones corporales:* Las posturas son las diferentes posiciones que puede adoptar en particular una parte del cuerpo y todo éste en general. Estas posiciones pueden ser anormales si el tono muscular y el movimiento están trastornados,

---

<sup>5</sup>. Ibid p. 39-45

adoptando el cuerpo posturas inadecuadas, que de ser temporales o permanentes ocasionan deformaciones corporales.

Existen diversos tipos de Parálisis Cerebral que son clasificados en 3 diferentes formas; Causa, Fisiología y Topografía, además del grado de discapacidad y su efecto: (Valdez Fuentes, 1988.)

1. *Por su Causa:* (Según, Bustos, 1980). Son provocados por diferentes situaciones <sup>6</sup>, como son:

*Prenatal:* La lesión es ocasionada durante el embarazo debido a una enfermedad en la madre como rubéola, sífilis, herpes, etc.

*Natal:* Las lesiones son ocasionadas en el momento del parto por, anoxia, prematuridad, hipermadurez o cesáreas secundarias.

El 88% de los casos de Parálisis Cerebral, son originados por estos motivos.<sup>7</sup>

*Postnatal:* La lesión se debe a enfermedades ocasionadas después del nacimiento, ya sea por meningitis, enfermedades metabólicas, deshidrataciones, traumatismos por accidentes graves, accidentes anestésicos, electrocución, entre otras.

---

<sup>6</sup>. Levitt. Tratamiento de la Parálisis Cerebral y el Retardo Mental. p.18

<sup>7</sup>. José Ignacio, Valdez Fuentes, Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento. p. 28-30

2. *Por su Fisiología:* La lesión está ubicada en determinadas estructuras nerviosas motoras, como son las siguientes tres clasificaciones:

*Espástica:* Se caracteriza por daño en las neuronas motoras, con aumento de tono muscular (hipertonía), produciendo incoordinación del movimiento, presenta una mímica rígida y deficiente, su lenguaje es casi nulo; puede ser producido por un esfuerzo muy extremo, su fluidez visual y auditiva es buena. Su personalidad es introvertida<sup>36</sup>.

*Atetoide:* Consiste en un cambio repentino muscular, de hipotónicos a hipertónicos. Se caracteriza por movimientos involuntarios irregulares y retorcidos, difícilmente los brazos y piernas son controlables. Puede ser difícil su expresión verbal ya que se tiene dificultad para controlar la lengua, la respiración y las cuerdas vocales.

*Atáxica:* Consiste en una alteración del balance, produciendo descontrol de equilibrio, se caracteriza porque la marcha es irregular y no se tiene coordinación motora tanto fina como gruesa; el habla es temblorosa. Este tipo de P.C. se produce porque el cerebelo, no funciona adecuadamente.

Es importante tomar en cuenta que estos tres tipos de P.C. pueden ocurrir de manera combinada.

---

<sup>36</sup>. José Ignacio Valdez. Enfoque integral de la Parálisis Cerebral para su diagnóstico y tratamiento. p. 53

3. *Por su Topografía:* Son las partes del cuerpo mas afectadas.

Cada nombre puede terminar en *Paresia*, que significa: parálisis parcial y *Plejia* que significa: parálisis total. Esto se determina según el grado de la Parálisis:<sup>37</sup>

- a) Monoplejia o Monoparesia: afecta un solo miembro
- b) Paraplejia o Paraparesia: afecta las dos piernas
- c) Hemiplejia o Hemiparesia: afecta medio cuerpo
- d) Cuadriplejia o Cuadriparesia: cuatro extremidades
- e) Triplejia o Triparesia: afecta solo tres extremidades
- f) Diplejia o Diparesia: dos miembros, superiores o inferiores
- g) Doble Hemiplejía o Doble Hemiparesia: cuatro extremidades, miembros superiores más afectados

#### 4. *Por su grado de discapacidad*

*Clase 1.* Muy Leve: Sin limitaciones de las actividades. Sin necesidad de tratamiento. El 10% del total de lo niños con parálisis cerebral lo padece. Las personas pueden ser independientes.

*Clase 2.* Leve: Tienen una ligera o moderada limitación de la actividad; con necesidad de un mínimo de terapia y ayuda de los familiares.

---

<sup>37</sup>. José Ignacio Valdez. Enfoque integral de la Parálisis Cerebral para su diagnóstico y tratamiento. p. 53

*Clase 3. Moderada:* Con limitación de la actividad que va desde moderada hasta alta, tiene necesidad de ayuda y aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento. (terapistas físicos, terapeutas de lenguaje, terapeutas ocupacionales y psicología.)

*Clase 4. Severa:* No pueden desarrollar actividades físicas útiles, requieren un tratamiento por largo tiempo. Solo el 10% del total lo padece. Son personas totalmente dependientes.

La clase 2 y 3 representa el 80% restante de los pacientes con Parálisis Cerebral. (Bustos, 1980),

5. *Por su Efecto:* Se caracteriza por la incapacidad de controlar completamente la función motriz, el control y la coordinación muscular. Dependiendo de la parte del cerebro que hubiese sufrido la lesión, se puede observar los siguientes efectos:

- a) Tensión o espasmos musculares
- b) Movimientos involuntarios
- c) Trastornos en el modo de andar o en la movilidad
- d) Dificultades para tragar y problemas al beber
- e) Sensación y percepción anormal
- f) Discapacidad auditiva y del habla

No hay dos personas que sean afectadas exactamente igual. Algunos niños con P.C. ligera pueden no ser diagnosticados hasta después de cumplir los dos años.

## 2.2 Historia y definiciones de la Parálisis Cerebral.

Las primeras investigaciones sobre esta enfermedad son realizadas por William Shakespeare en su obra «La tragedia de Ricardo III». En 1862 el Dr. William John Little, define que la Parálisis Cerebral es un trastorno neuromotor, por lo que se conoció como «Enfermedad de Little». Cuando identificó la PC. la asoció a problemas del parto, ya que entendió que era una afectación motora producida en el periodo perinatal.<sup>8</sup> diferentes; autores lo nombran Parálisis Cerebral Infantil, solo para aclarar que es en niños menores de 18 años. En este caso se nombrará Parálisis Cerebral en general, como dicha enfermedad.

En los años 50's no existía forma de manejo o enfoque que pudiera ayudar a las personas con ésta enfermedad, pero a partir de ahí comenzaron a surgir diversas formas de manejo, entre ellas las descritas por Phelps, Fay, Brunnstrom, Kabat, Collis, Bobath (1956), Rood, Vojta (1968), hasta hoy no existen suficientes pruebas científicas como para poder emitir un juicio justo con respecto a cada uno de estos enfoques.<sup>9</sup>

Porsitan (1950) y Aboth (1956) (cit. por Harrison, 1975) coinciden en señalar que la Parálisis Cerebral es un trastorno de incapacidad neurológica, que es una lesión en los centros del control motor del cerebro y da como resultado debilidades,

---

<sup>8</sup>. Francisco Alcantud. La Parálisis Cerebral en <http://acceso.uv.es/paginas/pci/index.html> junio 2003

<sup>9</sup>. Pedro López. Parálisis Cerebral Chile en <http://geocities.com/aneecp/index2.html> septiembre 2003

incoordinación o cualquier otra aberración de las funciones motoras. Por otra, parte Bobath (1956) agrega que la Parálisis es un trastorno sensorio motor, desarrollado anormalmente en el encéfalo.

Las investigaciones siguientes fueron destacadas por los Doctores Sigmund Freud y Sir. William Osler, quienes años más tarde le dieron el término como «Parálisis Cerebral». Sir. William Osler en 1889 (Farrera y Rozman, 1976), en el título de su monografía sobre «Tales Males» usó por primera vez el término «Los Paralíticos Cerebrales».

Los autores Perlstein (1961), Westekle (1961) y Fait (1966), coinciden en la definición de Parálisis Cerebral, que es un traumatismo o lesión del cerebro que produce dificultades para controlar los movimientos. Se manifiesta por varios tipos de incapacidades neuromusculares afectadas por el mal funcionamiento del área de control motor voluntario.

El desarrollo motor del niño con Parálisis Cerebral suele seguir una secuencia desordenada y con patrones anormales. Es necesario saber que en el periodo neonatal, puede existir una fase de latencia en la que, a pesar de la lesión cerebral, no se manifiesten signos de P.C., es posible que predomine una posición en flexión similar a la del recién nacido normal.

Son signos de alarma la posición en extensión, los reflejos débiles o ausentes, el temblor y la asimetría de los movimientos.<sup>10</sup> La capacidad de inhibir estos movimientos reflejos que se desarrolla en el niño normal, no progresa en el niño con PC.<sup>11</sup>

Los niños con PC. además de los trastornos de movimiento y del tono postural, en su mayoría presentan otros trastornos asociados con el Sistema Nervioso Central. Las alteraciones más frecuentes son; deterioro cognitivo, déficit sensorial, epilepsia, dificultades para la alimentación y trastornos de la conducta o emocionales.

### **2.3 Definiciones de la Parálisis Cerebral, según algunas Instituciones que atienden esta discapacidad.**

El Centro Nacional de Información sobre Discapacidad (CNID), dice que la Parálisis Cerebral es una condición causada por heridas a aquellas partes del cerebro que controlan la habilidad de mover los músculos y cuerpo. *Parálisis* se refiere a una debilidad o problemas con el uso de los músculos. *Cerebral* significa que tiene que ver con el cerebro.

La Asociación de jóvenes y adultos con Parálisis Cerebral A.C., México (1989), define a la Parálisis Cerebral como una alteración del movimiento y postura que resulta por un daño o lesión no progresivo y permanente en un encéfalo inmaduro.

---

<sup>10</sup> . M. Puyuelo y Cols. Logopedia en la Parálisis Cerebral. Diagnóstico y tratamiento. p. 60.

<sup>11</sup> . B. Bobath, y K., Desarrollo motor en distintos tipo de Parálisis Cerebral. p. 23-30

Debido a esto, las personas con parálisis cerebral tienen dificultad para controlar algunos de sus músculos. Esta lesión motora puede ocurrir antes, durante o después del parto. Es necesario enfatizar que la parálisis cerebral afecta a los individuos de diversas formas. Debido a su complejidad y diversidad la P.C. está clasificada en cuatro tipos principales, espástica, atetósica, atóxica y mixta (descritas anteriormente).

El Centro Nacional de Defectos Congénitos y Deficiencias del Desarrollo, menciona que la Parálisis Cerebral es un trastorno del movimiento o la coordinación, causado por una anomalía del cerebro. Más del 80% de las personas con Parálisis Cerebral desarrollaron el trastorno ya sea antes de nacer o antes de cumplir un mes de edad.

La mitad de las personas con Parálisis Cerebral requieren aparatos ortopédicos como andaderas o sillas de ruedas para poder moverse, y casi el 70% tiene otro tipo de discapacidades, generalmente un retraso mental. Según la gravedad de la enfermedad, las personas con Parálisis Cerebral pueden llegar a necesitar servicios médicos, sociales o educativos especiales, así como asistencia adicional de su familia y la comunidad a lo largo de su vida.

En resumen, la Parálisis Cerebral es un padecimiento que principalmente se caracteriza por la inhabilidad de poder controlar completamente las funciones del sistema motor. Esto puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios,

y/o trastornos en la postura o movilidad del cuerpo. La Parálisis Cerebral no es contagiosa, ni progresiva, dependiendo del grado, es causada por una lesión al cerebro.

Esta lesión puede ocurrir durante o poco después del nacimiento. Las personas que padecen de PC. también pueden padecer de una variedad de problemas además de los trastornos al sistema motor.

Entre estos problemas se encuentran: percepción y sensación anormal, incapacidades de la vista, del oído o de lenguaje, convulsiones, retraso mental, dificultades para alimentarse, falta de control de esfínteres, y problemas para respirar (debido a los problemas de postura), problemas de la piel (llagas de presión) y problemas de aprendizaje.

## **2.4 Factores causantes de la Parálisis Cerebral**

La mayoría de las Parálisis Cerebrales son causadas por lesión del Sistema Nervioso en cualquiera de sus dos niveles: periférico (un nervio) o central (el encéfalo o medula espinal). Bevan (1980), mencionó “La lesión de un nervio periférico provoca una pérdida total de la capacidad para mover un músculo o músculos y por consiguiente una atrofia. La afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) produce debilidad o pérdida del uso de un grupo de músculos, como los de una pierna o un brazo, pero sin atrofia”

Durante el período madurativo del SNC pueden presentarse determinadas influencias que provoquen daños en el mismo, ya sea en las etapas en que el niño se está formando en el vientre de su madre, en el momento de nacer o después. Cuando esto ocurre específicamente en el cerebro, pueden aparecer trastornos motores, psíquicos, conductuales, auditivos, ópticos o del lenguaje, pudiendo llegar a constituirse en un grupo de enfermedades que originan retardo en el desarrollo psicomotor entre los que se encuentra la Parálisis Cerebral.

La Parálisis Cerebral es la primera causa de invalidez en la infancia. El niño que padece este trastorno presenta afectaciones motrices que le impiden un desarrollo normal. La psicomotricidad se encuentra afectada en gran medida, y por ende el desarrollo de las habilidades se desprenden de esa afectación.

"El problema se contempló como neurofisiológico y se insistió en que la causa de la incapacidad motora de los pacientes obedecía principalmente a la liberación de modalidades reflejas anormales de la postura y los movimientos, al perderse la inhibición normal que ejercen los centros superiores del Sistema Nervioso Central".<sup>12</sup>

Entre los factores causantes de esta enfermedad (PC.) se encuentran, la falta de oxígeno, envenenamiento o lesión al cerebro. No obstante, pese a su aparatosidad, no se tiene porque

---

<sup>12</sup>. Rigoberto Tamayo. Centro Argentino de restauración neurológica en [www.neurorehabilitacion.com](http://www.neurorehabilitacion.com). Mayo 2003.

suponer una afectación a nivel cognitivo. Los trastornos motrices que van a depender de la región del cerebro que haya sido afectada y en esa forma se aceptan diferentes tipos clínicos de trastornos neuromusculares, los más comunes como ya se había mencionado son la espástica atetósica, y atáxica.<sup>13</sup>

En este sentido puedo añadir que tradicionalmente se ha entendido que las personas con Parálisis Cerebral tenían sus facultades cognitivas disminuidas, esto se entendía por que la deficiencia era tanto motriz como sensorial, de esta forma se les negaba cualquier oportunidad para desarrollarse personalmente.

Esta lesión cerebral no afecta necesariamente a la inteligencia, aunque ésta pueda verse disminuida en mayor o menor grado. Numerosos trabajos han demostrado que aproximadamente un 50% de los niños con PC. tienen un coeficiente intelectual (CI) inferior al normal. (Robinson, 1973)

La mayoría de los casos de Parálisis Cerebral tienen posibilidades de rehabilitación teniendo en cuenta la magnitud del daño cerebral, la edad del niño, el grado de retraso mental, ataques epilépticos y otros problemas que puedan estar asociados. El aspecto motor puede ser modificado de manera favorable si el tratamiento comienza en edades tempranas evitando retrasar aun

---

<sup>13</sup>. A. Mendoza Ibarrola, Tesis: Control psicológico de pre-escolares con Parálisis Cerebral mediante la prueba de PAR de E.A. Doll. p. 50

más la adquisición del aprendizaje de determinadas conductas motrices.

La rehabilitación se pudiese considerar como un conjunto de tratamientos mediante los cuales una persona incapacitada se coloca mental, física, ocupacional y laboralmente en condiciones que posibilitan un desenvolvimiento lo más cercano posible al de una persona normal dentro de su medio social. Según Valdez (1988), esto se da por medio de 3 áreas, que son:

1. *El Área Biomédica*: Que consta de un médico general que se encarga de elaborar una historia clínica muy detallada sobre el paciente.

El Neurólogo, identifica el origen del problema, respecto al cerebro del paciente.

El Ortopedista se encarga del estudio y detección de trastornos de músculos, huesos, articulaciones y nervios que deforman el cuerpo.

El Fisioterapeuta, se encarga del estudio del cuerpo en el aspecto músculo-esquelético para detectar problemas y anomalías del funcionamiento muscular-articular en relación al tono, el reflejo, postura y movimiento, aspectos del desarrollo psicomotor.

El Terapeuta Ocupacional, estudia el nivel de habilidades motoras en las actividades cotidianas y de auto cuidado.

El terapeuta de lenguaje, realiza el examen de la capacidad de comunicación en la expresión oral, facial, gestual y corporal, detecta problemas del habla.

El Oftalmólogo, hace el examen optométrico y oftalmológico se aplica para detectar problemas en los ojos, como estrabismo, agudeza visual cercana y lejana, debilidad visual, y ceguera parcial o total.

2. *El Área Psicológico-Psiquiátrica:* La integran psicólogos y psiquiatras, que se encargan de realizar entrevistas clínicas con los padres, observación del niño y la aplicación de pruebas psicológicas adecuadas, tomando en cuenta impedimentos motores, evaluando nivel de problemas perceptuales, conductuales, emocionales y de la formación de la personalidad en el niño.

3. *El Área Social:* Son las trabajadoras sociales, ellas exploran la situación socio-económica y el ambiente familiar en la relación de sus miembros. Terapeuta de Lenguaje: Evalúa el ambiente familiar en relación a la comunicación del medio ambiente. El Psicoterapeuta: Evalúa el desarrollo social del niño, su capacidad de socialización, la integración de su familia y la relación de pareja de los padres.

La severidad de los trastornos motores es variable, abarcando desde la forma más leve que requiere un tratamiento físico y

psicológico, hasta la forma más severa, que el paciente necesita depender de otras personas para sus cuidados personales.

Se clasifica la Parálisis Cerebral por grados de severidad y se divide en diferentes grupos: a) Parálisis Cerebral Leve, b) Parálisis Cerebral Moderada, c) Parálisis Cerebral Severa.<sup>14</sup>

Esta investigación está enfocada a la Parálisis Cerebral Moderada que se caracteriza, porque el niño tiene limitación de actividades de su vida diaria incluyendo la escuela; necesita ayuda y aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento para su rehabilitación tanto física como psicológica.

El conocimiento del ser humano que va adquiriendo acerca de su cuerpo empieza probablemente antes del nacimiento. Bryant J. Cratty (1970) afirma que el cuerpo es percibido por el niño como un vehículo que le permite expresarse físicamente. Las percepciones que tiene de sí mismo y de su cuerpo se relacionan con la calidad de ejecución que su cuerpo le permite lograr.<sup>15</sup>

La conciencia corporal, el ajuste físico y emocional del ser humano, son estudiados por neurólogos, psicólogos y educadores; todos han acordado en la importancia que esta relación ejerce sobre un adecuado crecimiento general. El término de

---

<sup>14</sup>. José Ignacio, Valdez Fuentes, Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento. p. 53

<sup>15</sup>. Op cit. p. 145

conocimiento corporal, el niño lo descubre cuando se le van enseñando las partes de su cuerpo.

Ajuriaguerra en el año de 1965, diferenció los aspectos cognoscitivos del cuerpo en perceptivos y sensoriales. Marianne Frostig (cit. por Valdez, 1988), considera que el conocimiento corporal es un elemento muy importante en el desarrollo normal físico-psicológico y, si se ausenta este elemento, el niño no puede sentirse como un ser viviente independiente y separado del mundo. Frostig distingue tres funciones cognoscitivas del cuerpo principales: imagen, esquema y conceptos corporales.<sup>16</sup>

*Imagen Corporal:* Frostig y Ajuriaguerra (1965) la definen como la suma de sentimientos o sensaciones que el cuerpo tienen acerca de sí mismo. Ajuriaguerra dice que estas sensaciones tienen sus raíces en las experiencias más tempranas que vive el niño como el calor, frío, hambre, etc.

La imagen corporal es la recopilación de las experiencias de la vida, así como los procesos de pensamiento a través de los cuales el niño se reconoce a sí mismo y al mundo que lo rodea, por medio de sentimientos y sensaciones que lo caracterizan como ser humano. A. Ayres (1965) afirma que los disturbios en la imagen corporal pueden ser ocasionados por fallas en el registro de los estímulos cenestésicos cuyo origen son las recepciones musculares y táctiles. Cualquier tipo de movimiento corporal que

---

<sup>16</sup>. José Ignacio, Valdez Fuentes, Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento. p. 147 - 148

se realice en forma consciente desarrolla diversos aspectos del conocimiento del cuerpo. El movimiento libre, creativo y la expresión corporal son actividades muy efectivas porque motivan al individuo a conocer más acerca de su cuerpo, considerándolo como instrumento de expresión.

*Esquema Corporal:* Se desarrolla posteriormente a medida que el niño aprende a mantener la posición deseada y a moverse, evitando perder el equilibrio o caerse. Es difícil distinguir la imagen del esquema corporal en personas sanas. Pero se pueden observar las diferencias en determinados daños neurológicos como la Parálisis Cerebral.

Las perturbaciones en el esquema corporal se tratan a través de adiestramiento motriz o de psicoterapia; utilizando procedimientos que permitan al individuo ser conciente de la posición en que se encuentra su cuerpo, de los cambios, adaptaciones y regulaciones posturales. En general cualquier tipo de movimiento ayuda a desarrollar el esquema corporal, sin embargo, hay ejercicios especiales encaminados a desarrollar este esquema.

*Concepto Corporal:* Este es el conocimiento anatómico y fisiológico del cuerpo humano como poseedor de dos brazos, dos piernas, una cabeza, corazón, estomago pulmones, etc. El niño va desarrollando el concepto corporal a medida que recibe información al respecto. Un niño puede llegar a tener una excelente imagen y esquema corporal, pero saber muy poco de su

anatomía o sus funciones corporales. Ya que el concepto corporal influye todo el conocimiento que el individuo tiene acerca de su cuerpo.

## **2.5 Características de la Parálisis Cerebral Moderada**

La Parálisis Cerebral se clasifica por diferentes características, su topografía, su fisiología, y el grado de discapacidad. Los tipos de Parálisis no se presentan en forma pura, es decir, se presentan combinadas, por ejemplo, una Parálisis Cerebral atetósica con espasticidad.

En esta investigación nos enfocamos a un grado de discapacidad, que es la Parálisis Cerebral Moderada. En la clasificación que hace Valdez Fuentes (1988), los divide en cuatro clases. Muy leve, leve, moderada y severa.

Cada grado tiene diferentes aspectos:

El grado Muy Leve no tiene limitación alguna, no necesita un tratamiento, y sus actividades diarias pueden ser normales.

El grado Leve, tiene ligera limitación, algunas actividades restringidas, su tratamiento es mínimo.

El grado *Moderado*, tiene limitación para realizar actividades de la vida diaria y parcialmente afectan su escolaridad. Pueden

comunicarse verbalmente y por escrito con los demás y presentan un retardo escolar de 2 o 3 años.

Tienen un desarrollo psicomotor normal, el lenguaje no presenta anomalías importantes, la integración social es satisfactoria, los trastornos afectivos y del comportamiento son más frecuentes, ya que se acoplan ampliamente a su entorno ambiental. Necesitan ayuda y aparatos, así como un tratamiento físico, psicológico, de lenguaje entre otros.

El grado Grave, No pueden desarrollar actividad física y un tratamiento largo de las distintas áreas de rehabilitación.

La Parálisis Cerebral no es muy investigada en México, por lo tanto no hay mucha información sobre las características de cada grado. La parálisis cerebral se estudia por las dificultades que tienen los niños para hacer actividades, por lo tanto, los grados de discapacidad, no existe mucha información.

En este caso, se describen las características de la parálisis cerebral moderada, solo que la descripción que se hace de la parálisis cerebrales general, es la misma para referirnos a los niños de esta investigación, ya que solo es el grado que se diferencia de los demás.

## CAPÍTULO III METODOLOGÍA

### **3.1 Preguntas de investigación**

1. ¿Los niños con Parálisis Cerebral Moderada, tendrán un autoconcepto inadecuado?
2. ¿Existirán indicadores emocionales en la prueba de la Familia que evalúen el autoconcepto en niños con Parálisis Cerebral Moderada?, según los criterios de Louis Font y Lluís Corman.
3. ¿Existirán indicadores emocionales en la prueba de H.T.P. que evalúen el autoconcepto en niños con Parálisis Cerebral Moderada?, según los criterios de John N. Buck y Warren.
4. ¿Con la prueba de la Familia, se dará evidencia que los niños con Parálisis Cerebral Moderada tienen un autoconcepto inadecuado?
5. ¿Con la prueba de HTP, se dará evidencia que los niños con Parálisis Cerebral Moderada tienen un autoconcepto inadecuado?

## **3.2 Objetivo General**

Analizar si los niños con Parálisis Cerebral Moderada, del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, tienen un autoconcepto inadecuado.

### **3.2.1 Definición conceptual y operacional**

*Definición Conceptual:*

*Autoconcepto:* Allport llama al sí mismo “propium”, diciendo que incluye todos los aspectos reunidos de la personalidad del individuo que son exclusivamente suyos.

El autoconcepto es la opinión que uno tiene respecto a sí mismo. Cuando nacemos, no sabemos quiénes somos ni dónde estamos. Dependemos totalmente de quienes están a nuestro alrededor para ir formándonos una idea aproximada del mundo, así como de las personas y de nosotros mismos. De esta manera, por como nos tratan y por lo que dicen de nosotros, vamos desarrollando el concepto del Yo o Autoconcepto.

El autoconcepto es un factor importante de la personalidad que sirve de pauta interpretativa y guía de las experiencias vitales.

*Parálisis Cerebral Moderada:* Es una lesión irreversible, no progresiva del Sistema Nervioso Central en un cerebro inmaduro<sup>1</sup> (...) necesita ayuda psicológica y aparatos ortopédicos, así como asistencia de los servicios de tratamiento<sup>2</sup>.

*Definición Operacional:*

El análisis de los elementos del dibujo en H.T.P. y Familia; así como del registro de frecuencia de indicios de desvalorización, indicarán que a *mayor frecuencia, menor adecuación del autoconcepto.*

Indicadores que evalúan el autoconcepto en el dibujo de la Familia:

tamaño, emplazamiento, persona dibujada en último lugar, otros indicios de valoración y omisión de rasgos faciales.

Indicadores que evalúan el autoconcepto en el dibujo de HTP:

*Casa:* techo demasiado grande, dimensión vertical enfatizada, puertas muy pequeñas, puertas demasiado grandes, ventana de sala más chica, chimenea grande, chimenea pequeña, camino angosto, casa mostrando los cuatro lados al mismo tiempo, borde de la página usado como muro, casa parcialmente de perfil, chimenea transparente, línea periférica, líneas del contorno

---

<sup>1</sup> José Ignacio Valdez F., Enfoque integral de la Parálisis Cerebral para su diagnóstico y tratamiento. p. 50.

<sup>2</sup> Op cit.

inadecuado, énfasis en cerradura, cerradura en ventanas, ventanas descubiertas, casa deshabitada, contraventana, cortinas y persianas, canales de agua, arbustos cerca de casa, camino bien proporcionado, camino muy largo, detalles desagradables, nubes, montañas al fondo y secuencia de los detalles.

*Árbol:* árbol pequeño, árbol grande, árbol con tronco delgado o pequeño, ramaje pequeño con tronco más grande, tronco con base amplia, borde de la hoja como costado del tronco, árbol dibujado debajo del observador, árbol como si se encontrara sobre una colina árbol deshojándose, árbol con manzanas, ramas bidimensionales, ramas reforzadas, enredadera en el árbol, línea base convexa, árbol muy adornado, ramas unidimensionales. Ramas bidimensionales en forma de falo, árbol de Nigg, ramas sin sombreado, énfasis exagerado en las ramas del lado izquierdo y simetría absoluta en las ramas.

*Persona:* cabeza muy pequeña, tronco muy pequeño, hombros grandes, hombros pequeños, brazos largos, brazos anchos, brazos delgados, manos grandes, manos pequeñas, piernas largas, pies pequeños, piernas trozadas por el borde inferior de la página, pies apuntando en dirección diametral, hombros redondeados, hombros cuadrados, brazos, piernas, dedos unidimensionales, orejas caídas, énfasis en barbilla, barbilla enfatizada y botones.

### 3.3 Variables

Variable Independiente<sub>1</sub>: (V<sub>I1</sub>) Elementos del dibujo de la prueba de la Familia

Variable Independiente<sub>2</sub>: (V<sub>I2</sub>) Elementos del dibujo de la prueba de HTP.

Variable dependiente<sub>1</sub>: (V<sub>D1</sub>) Autoconcepto adecuado.

Variable dependiente<sub>2</sub>: (V<sub>D2</sub>) Autoconcepto inadecuado.

V<sub>I1</sub> *Definición Conceptual:*

*Dibujo de la prueba de la familia:* Con esta prueba se pueden conocer las dificultades de adaptación al medio familiar, los conflictos edípicos y de rivalidad fraterna. Además de los aspectos emocionales, reflejan el desarrollo intelectual del niño. Evalúa clínicamente cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye él en el sistema al que consideramos un todo. Permite investigar acerca de los aspectos de la comunicación del pequeño con otros miembros de la familia y de los miembros restantes entre sí, permite evaluar aspectos relacionados con la percepción del niño sobre si mismo.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> . Lluís Font. *Test de la Família*. p. 12-15

*V<sub>11</sub>. Definición Operacional:*

El análisis de los elementos de cada dibujo de la Prueba de la Familia, indican que a mayor frecuencia de los indicadores relacionados con el autoconcepto, menor adecuación del mismo. En el *dibujo de la Familia*, se analizaron los dibujos de acuerdo a los autores Lluís Corman y Luis Font, por su: tamaño, emplazamiento, sombreado, borraduras, distancia entre los personajes, valorización y desvalorización de los miembros de la familia, componentes jerárquicos. Y por medio de la entrevista al finalizar el dibujo.

*V<sub>12</sub> Definición Conceptual:*

*Dibujo de H.T.P.:* Esta prueba permite valorar diversas áreas de la clínica. Proporciona información relacionada con la valoración del niño en sí y de sus padres, revela conflictos y preocupaciones generales del individuo, así como aspectos específicos del ambiente que el niño encuentra problemáticos.

*V<sub>12</sub> Definición Operacional:*

El análisis de los elementos de cada dibujo de la prueba H.T.P., indican que a mayor frecuencia de los indicadores, relacionados con el autoconcepto, menor adecuación al mismo. En el *Dibujo de H.T.P.*, se analizaron los dibujos de acuerdo al autor John N. Buck, por sus características generales del dibujo, actitud, tiempo, latencia, pausas, borrado, habilidad crítica y

rasgos generales del dibujo. En cada indicador *casa, arbol y persona*, se evaluó la proporción, perspectiva, detalles, conformidad en el color e interrogatorio posterior.

$V_{D1}$ ,  $V_{D2}$  *Definición conceptual:*

*Autoconcepto adecuado e inadecuado:*

En el autoconcepto se reflejan variables personales, sociales, ambientales, intelectuales y afectivas. Algunas investigaciones señalan que los sujetos con alto autoconcepto se diferencian de aquellos con bajo autoconcepto en: su ajuste psicológico, autoestima, estabilidad emocional, seguridad, salud mental, pensamiento más flexible y con menos prejuicios y aceptación de sí.

En este sentido se ha comprobado que las personas con autoconcepto inadecuado se quejan de padecer nerviosismo, bajo apetito e insomnio, son más sensibles a la crítica y a la burla y tienden a sentirse más solos, debido a la incomunicación que se ven obligados a mantener con los demás, por miedo que se descubra su debilidad.

### **3.4 Metodología**

La presente investigación fue de tipo exploratorio, con un diseño de tipo transeccional descriptivo, dado que solo se tuvo acceso a la población en una sola ocasión .

### **3.4.1 Muestra**

Se llevó a cabo una selección no aleatoria de niños con Parálisis Cerebral Moderada, que asisten a terapias al Centro Rehabilitación Infantil Teletón, Estado de México (CRIT). Algunos niños pueden tener una o varias discapacidades, además de la Parálisis Cerebral. Para los fines de esta investigación solo se trabajó con el grupo de niños diagnosticados con Parálisis Cerebral Moderada. En el CRIT, se manejan 6 clínicas, cada una atiende diferentes discapacidades. Los niños fueron elegidos de la Clínica 1, que tuviesen las siguientes características: Parálisis Cerebral Moderada, con un rango de edad entre 6 y 18 años ( N=18).

El estudio preliminar del autoconcepto en niños con Parálisis Cerebral Moderada, se llevó a cabo con un universo de 18 niños, (N=18 niños), 7 niños y 11 niñas, entre 6 y 18 años. (x=13 años).

### **3.5 Instrumentos**

#### **3.5.1. Prueba de la familia**

La prueba de la Familia es una prueba proyectiva, su aplicación es individual, con lápiz del No. 2, hojas blancas de papel, un cuestionario y sin límite de tiempo. La aplicación de esta prueba es la siguiente: Se le da al niño una hoja en blanco y un lápiz, en seguida se le da la instrucción: «Dibuja una familia, puedes agregarle personas, objetos o animales».(ver anexo A). Ya hecho el dibujo se le aplica el cuestionario de la prueba, que consta de

20 preguntas, (ver anexo B). Para la calificación del dibujo, se debe anotar el orden de aparición de los personajes, las tachaduras, las dudas al dibujar, así como los retrocesos.

Para la interpretación de esta prueba se necesita: el manual de la Prueba de la Familia de Lluís Font, el dibujo que realizó el niño, el cuestionario que se le aplicó y el familiograma (ver anexo C), conjuntamente se van interpretando. Esta prueba mide como el niño se ve dentro de su familia y así mismo, puede obtener información de cómo se siente en su ambiente familiar.

Con la prueba de la Familia se pueden conocer las dificultades de adaptación del medio familiar, el desarrollo intelectual y sobre todo el aspecto emocional del niño. Como lo menciona Lluís Corman, esta prueba es una de las técnicas de exploración de la afectividad infantil.

Clínicamente evalúa, cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones y la comunicación entre los miembros de la familia y cómo se incluye él, en este sistema familiar.

Tomando en cuenta que los indicadores emocionales, de la prueba de la familia relacionados con autoconcepto inadecuado, fueron cinco, se tomó la decisión de asignar el 50% inferior (0 a 2.5 puntos) una dirección positiva y al 50% superior (2.5 a 5.0 puntos) una dirección negativa, es decir, inferior autoconcepto adecuado y superior autoconcepto inadecuado.

Esta prueba se desarrolló en Francia y en la actualidad se utiliza en Italia, Noruega, Rusia, Japón, Estados Unidos y México, como un instrumento de evaluación psicológica.

Corman (1967) observa que la proyección se da con más facilidad si la indicación es más dispersa; «Dibuja una familia que tú te imagines», así el niño dibuja las tendencias inconscientes con mayor facilidad.

Según Korbman (1984) en México, actualmente en la práctica clínica con niños, se descubrió que la instrucción más clara para que el niño haga el dibujo de la familia, es «Dibuja a tu familia», ya que un niño se expresa más abiertamente en un dibujo, que un adulto y así dibujará su propio ideal familiar.

Tanto Corman como Font, dan importancia a la interpretación psicodinámica de la prueba de la familia y enfatizan que se trata de una prueba proyectiva que no puede interpretarse con criterios rígidos. Font además de la interpretación psicodinámica, propone indicadores y realiza estudios estadísticos de la presencia de ellos en diferentes grupos socioculturales en una muestra de 861 niños de nueve años en Barcelona. (Esquivel, 2001).

### **3.5.2. Prueba de H.T.P. (house, tree, person)**

La Prueba de H.T.P, es una prueba proyectiva. Su aplicación es individual, con lápiz del No.2, hojas blancas de papel, un

cuestionario y sin límite de tiempo. La aplicación de esta prueba es la siguiente: se le da una hoja blanca al niño y un lápiz, se le da la instrucción al niño «Dibuja una casa, un árbol y una persona». Cuando el niño terminó de dibujar, se le aplicó el cuestionario (ver anexo D), que son preguntas relacionadas con el dibujo que realizó. Esta prueba mide como se ve ubicado el niño referente a sus padres, y se interpreta observando la posición de las tres figuras, las omisiones, proximidad entre los dibujos, etc.

En esta investigación se utilizó el término de Prueba de HTP para hacer referencia a la Casa, el Árbol, la Persona. (house, tree, person).

Esta prueba tiene más de 50 años de existencia, y se ha utilizado para diagnósticos clínicos por medio de la técnica de dibujo.<sup>4</sup> Con esta prueba se obtiene información clínica referente al niño en su ambiente familiar, así mismo facilita la proyección de la personalidad y las áreas de conflicto, que en este caso se tomará en cuenta la del autoconcepto. El propósito de hacer un diagnóstico con esta prueba, es proporcionar información relacionada con el niño, como son conflictos emocionales y preocupaciones generales.

---

<sup>4</sup>. Buck, Jonh N. Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P. p. 1

### **3.6 Procedimiento**

La muestra de niños con Parálisis Cerebral Moderada, fue solicitada a los médicos de la Clínica 1, que son especialistas en Parálisis Cerebral. A todos los niños se les citó una sola vez.

Para ello, se pidió autorización vía telefónica a los padres de los niños, para solicitarles la participación de sus hijos en éste proyecto. Si los padres autorizaban, se les citaba un día que tuviesen terapias en el Centro, para que finalizando éstas, asistieran a la sala de Mecanoterapia; éste era un lugar ideal para que el paciente se sintiera en confianza, ya que les era familiar. En la sala facilitaron dos sillas y un escritorio para poder realizar las pruebas. La aplicación de las pruebas fue de forma individual.

La forma en que se aplicaron las pruebas fue la siguiente, se le indicó al niño que dibujara a una familia, en la hoja de papel que se le proporcionó. Al terminar de dibujar, se le hicieron unas preguntas acerca del mismo (que es el cuestionario de la prueba). Una vez aplicado el cuestionario, se le pidió al niño que en otra hoja blanca dibujara una casa, un árbol y una persona; y así mismo al finalizar también se le aplicó un cuestionario. (Ver anexo E).

Una vez aplicadas las pruebas, se interpretaron los dibujos, y los resultados se codificaron en las tablas. Posteriormente se realizó el análisis de resultados con las medidas de tendencia

central, determinándose los datos de frecuencia, porcentaje y media de cada una de las pruebas aplicadas.

### **3.7 Descripción de variables**

En la prueba de la familia, el criterio para determinar si el autoconcepto fuese adecuado o inadecuado, fue obteniendo un puntaje de los indicadores por sujeto, el cual se tomó como rango de 0 a 2.5 puntos para un autoconcepto adecuado y de 2.5 a 5.0 un autoconcepto inadecuado. Este rango se tomó, sacando la media del total de puntos de los indicadores por sujeto.

En la prueba de HTP, en el aspecto Casa, se obtuvo el porcentaje del total de respuestas de cada sujeto. Teniendo en cuenta que el 100% era el máximo,.

En el aspecto Árbol, de igual forma el 100% era el máximo, en este caso el máximo era de 28.57%, el sujeto contestó 7 respuestas y el mínimo era de 0, aquí se refleja que los sujetos no obtuvieron puntos.

En el aspecto Persona, de igual forma el 100% fue el máximo y en este aspecto el mayor puntaje fue de 39.13% y el mínimo 0, ya que los sujetos no respondieron esas respuestas.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

#### 4.1 Procedimiento para el análisis de resultados

Cabe señalar que dada la naturaleza de los instrumentos empleados en ésta investigación el análisis de resultados fue de tipo cualitativo. De acuerdo con lo que señalaron Corman y Font, respecto a que “las pruebas proyectivas no pueden interpretarse con criterios rígidos”<sup>1</sup>; y siguiendo la estrategia de Font, de obtener indicadores emocionales, encontramos que el tratamiento estadístico ideal para los resultados fue a través de las medidas de tendencia central; media, frecuencia, porcentaje y representación gráfica.

Para el análisis de los indicadores emocionales de cada prueba (HTP y familia), se elaboraron categorías de análisis que se vaciaron en una tabla diseñada para cada una de las pruebas. (techo demasiado grande, dimensión vertical enfatizada, tamaño, emplazamiento y persona dibujada en último lugar entre otros.) considerando que *a mayor cantidad de rasgos de indicadores emocionales, la dirección es en sentido negativo, es decir, el autoconcepto es inadecuado.*

---

<sup>1</sup> Luis Font. Test de la Familia. p. 12

Ambas pruebas fueron codificadas en primer lugar con siglas, p= presente y np= no presente, después se les dio el valor numérico de 0 y 1. (p= 0 y np= 1), para el análisis gráfico.

En la prueba de HTP, los dibujos de casa, árbol y persona, fueron calificados por separado, y se siguió la misma estrategia antes mencionada para la codificación.

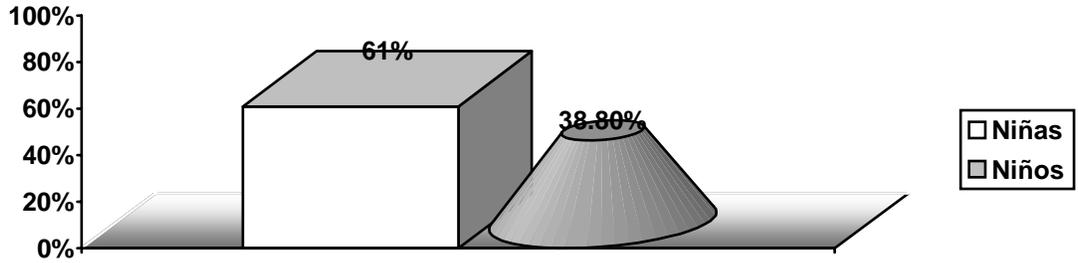
Una vez obtenidas las tablas con los datos de ambas pruebas, se sumaron los puntos que obtuvieron los sujetos en cada indicador. Posteriormente se obtuvo el porcentaje de cada puntuación y su interpretación cualitativa sobre la dirección del autoconcepto adecuado o inadecuado.

## **4.2 Descripción de resultados**

### **4.2.1 Datos Sociodemográficos**

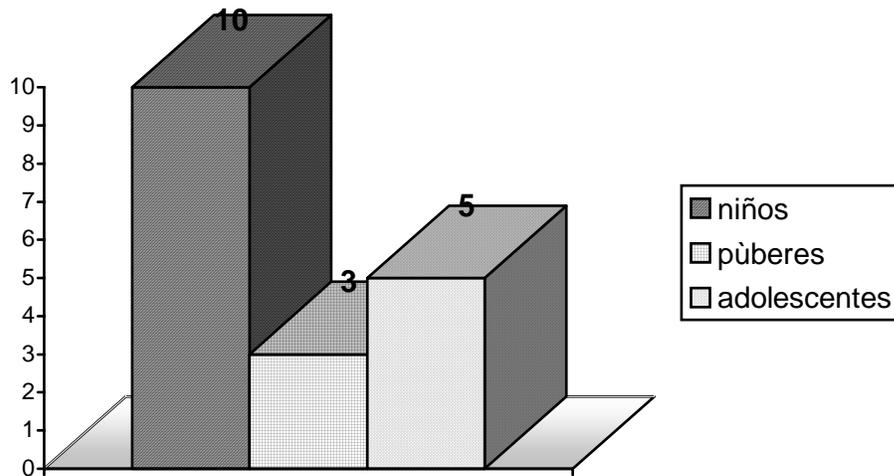
La muestra estuvo compuesta por niños (n=7) y niñas (n=11) , con una rango de edad de 6 a 18 años ( $x= 10.7$ ) y una  $s= 4.08$  (Ver figura 1)

Figura 1. Distribución en porcentaje de niñas y niños con Parálisis Cerebral Moderada que participaron en ésta investigación.



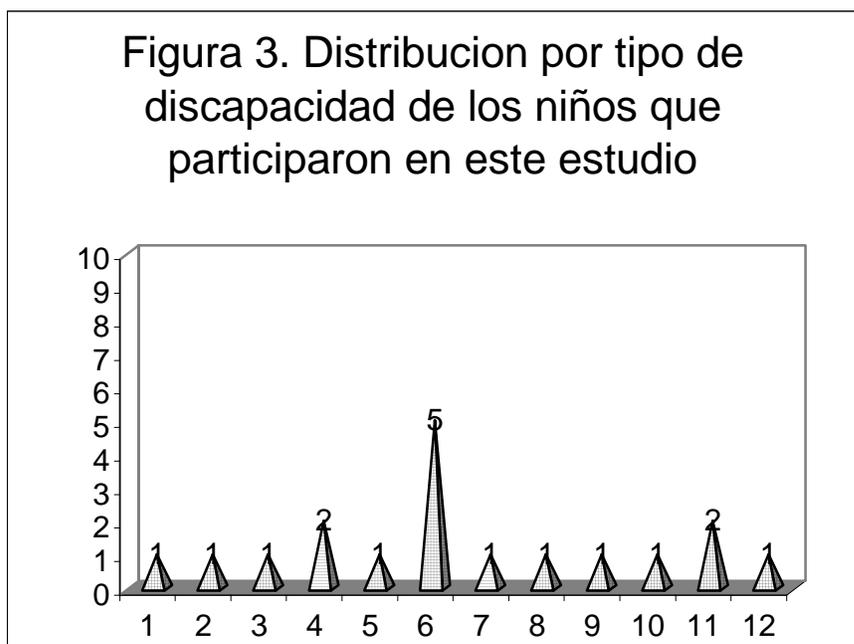
Como se puede observar la cantidad de niñas que participaron fue mayor que el de niños. Por otra parte, la distribución por grupo etario fue de la siguiente forma: niños (n=10), púberes (n=3) y adolescentes (n=5). (Ver figura 2).

Figura 2. Distribución por rangos de edad, de los niños que participaron en este proyecto.



Por otra parte, de la parálisis cerebral: se derivan varios tipos de discapacidad, en este caso adicional al diagnostico de la parálisis cerebral moderada; los sujetos de esta investigación también presentaron otro tipo de padecimiento.(Ver figura 3).

Siendo el de mayor frecuencia la cuadriparecia espástica moderada



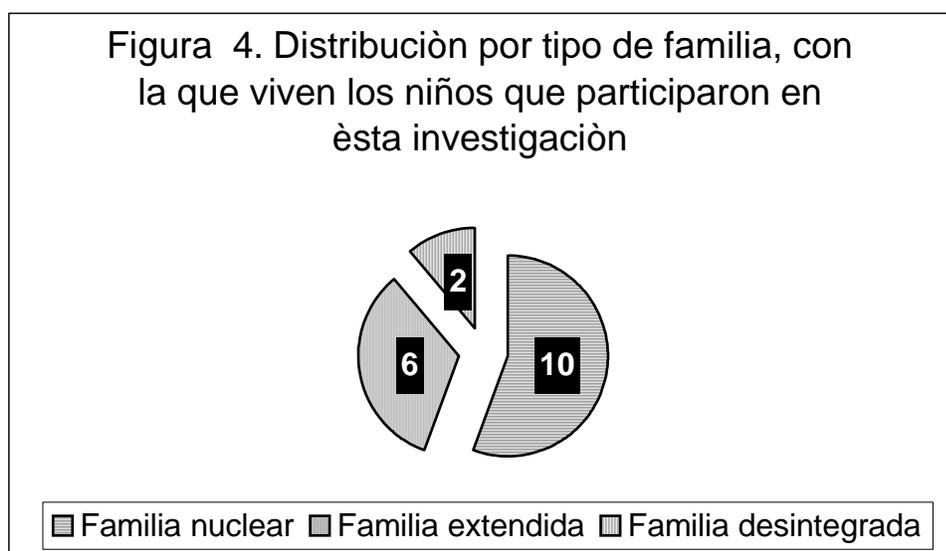
1. PCI Cuadriparecia espástica con pred. Izquierdo
2. PCI Cuadriparecia espástica con pred. Derecho
3. PCI Cuadriparecia espástica severa
4. PCI Cuadriparecia espástica moderada
5. PCI Cuadriparecia mixta
6. PCI Disparecia espástica moderada
7. PCI Diplejia espástica
8. PCI Hemiparecia espástica moderada
9. PCI Hemiparecia corporal izquierda

10. PCI Hemiplejia espàstica derecha
11. PCI Atetòsica secundaria
12. PCI Tipo doble, hemiparecia moderada

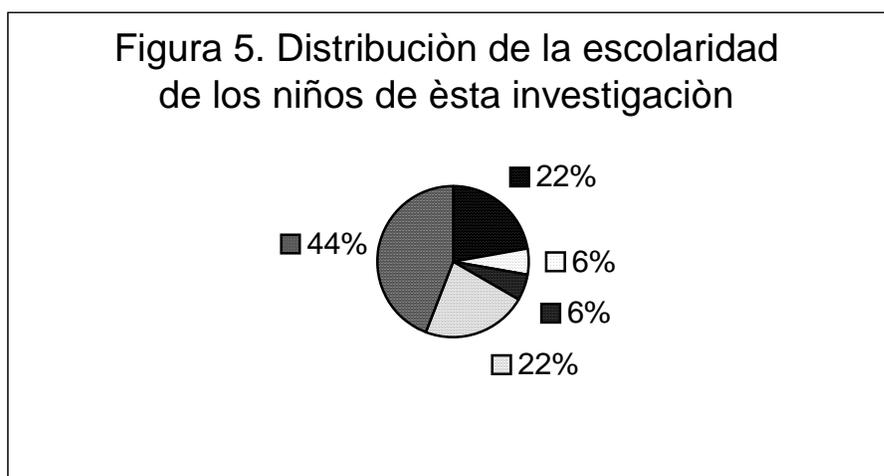
La discapacidad secundaria no afecta en este estudio, ya que el objetivo fue el autoconcepto de los niños con parálisis cerebral moderada.

Los sujetos de éste estudio viven con su familia. Existen diferentes tipo de familia, como la familia nuclear (n=10), dónde la conforman, los padres biológicos o tutores y hermanos, la familia extendida (n=6) la forma, los abuelos, ya sean paterno o maternos, tíos y primos, y por último la familia desintegrada (n=2) es decir, falta algunos de los padres o tutores.

En la siguiente distribución se muestra como están estructuradas las familias de los niños.(Ver figura 4).

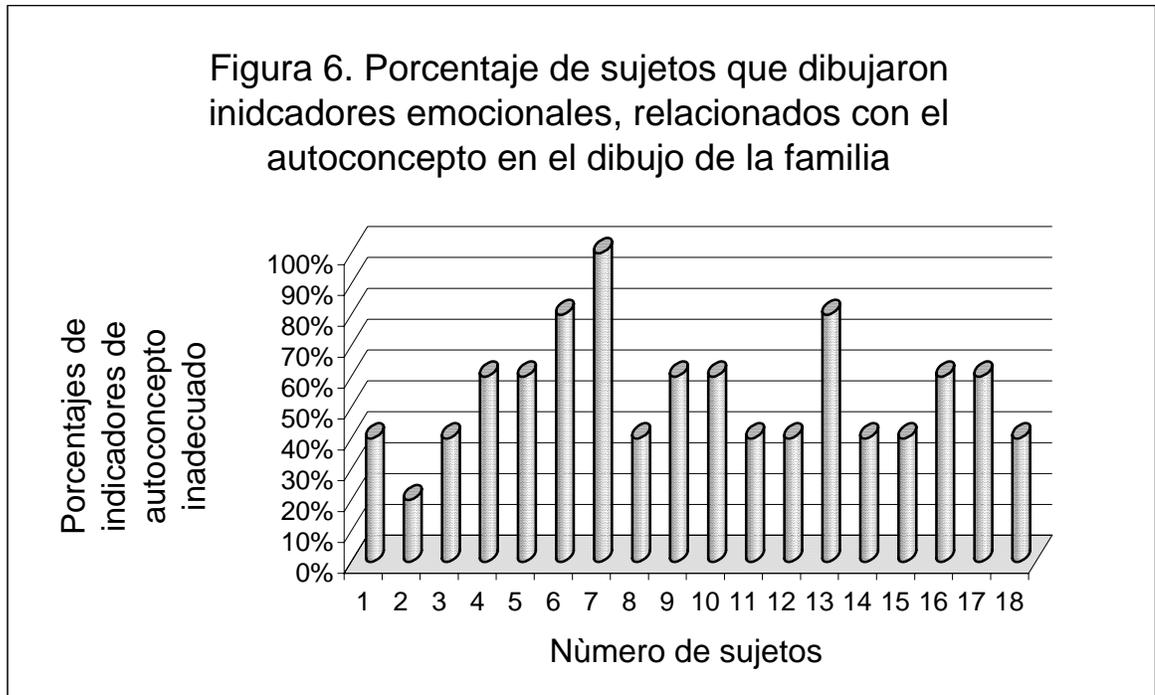


Los niños tuvieron un nivel de estudios, “primaria” hasta “ sin estudios”. En la siguiente figura se refleja el nivel escolar de los niños de éste estudio. (Ver figura 5). El 44% de los niños no tiene estudios; el 6% tiene la secundaria; 6% la preparatoria; 22% tiene la primaria y otro 22% educación especial.



#### 4.2.2 Interpretación global de las pruebas

En la prueba de la Familia, se obtuvieron los siguientes resultados.



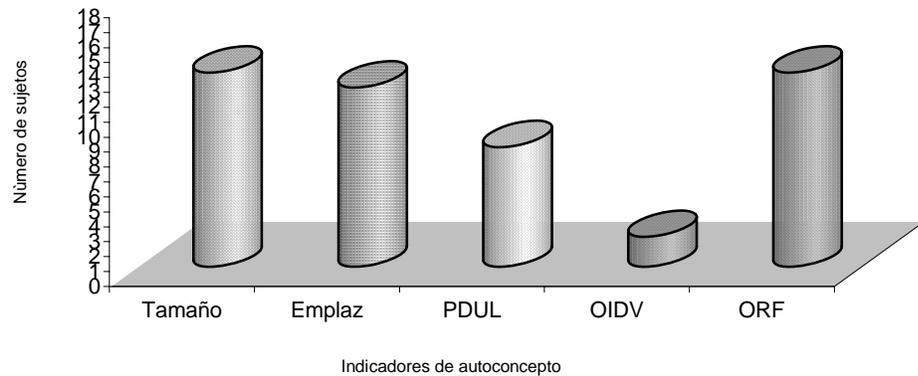
En el eje «x», se muestra el número total de niños que participaron en esta investigación y en el eje «y» aparecen los puntos que obtuvieron los sujetos con cada uno de los indicadores de esta prueba.

Como podemos observar el 50% de los sujetos ( $n=9$ ), obtuvo un puntaje mayor a 2.5 de los indicadores emocionales, esto significa que presentaron un autoconcepto inadecuado, de acuerdo a los criterios de interpretación de Font y Corman.

#### **4.2.3. Resultado por indicador emocional**

En la misma prueba se analizó la frecuencia con que se presentaron cada uno de los indicadores emocionales que evaluaron autoconcepto, y en la siguiente gráfica se observan los puntajes que se obtuvieron. (Ver figura 7).

Figura 7. Dsistribuci3n por frecuencia de los sujetos que dibujaron indicadores relacionados con el autoconcepto inadecuado en la Prueba de la familia.



Como se puede observar los indicadores que los sujetos dibujaron con mayor frecuencia (80%), fueron tamaño, emplazamiento y omisi3n de rasgos faciales.

El tamaño pequeño se asocia con una autoimagen insuficiente; respecto a emplazamiento indica por una aparici3n en la parte central de la hoja, seguridad. En cuanto a omisi3n de rasgos faciales de la mayoría de los niños los omitió (80%), es decir, tienen una débil imagen de si mismos.

#### 4.2.4. Prueba de HTP.

En la prueba de HTP, se obtuvieron resultados, mostrados en la siguiente tabla.

	No. de indicadores	Media de puntajes	Desviaci3n estándar	Direcci3n

	Min- Max			
Casa	0 - 28	4.83	2.19	Adecuado
Persona	0 - 23	3.00	1.73	Adecuado
Árbol	0 - 21	2.55	1.59	Adecuado

Como se puede observar, en ninguno de los dibujos se rebasa el puntaje de indicadores emocionales para ser considerado como inadecuado.

En cada prueba, HTP y familia, se aplicó un cuestionario, en la prueba de la familia, los resultados en porcentajes son los siguiente

Figura 8. Indicadores emocionales del cuestionario de la familia

adjetivos positivos	16.60%
adjetivos negativos	16.60%
estado de ánimo positivo	16.60%
estado de ánimo negativo	22.20%
conducta positiva	33.30%
conducta negativa	33.30%
identificación con otros miembros	61.50%

Como se observa, unos de los indicadores del cuestionario de la familia «identificación con otros miembros», obtuvo un porcentaje mayor respecto a los demás, esto refleja que los niños tienen un autoconcepto inadecuado respecto a los demás miembros de su familia.



## CONCLUSIONES

Esta investigación fue realizada con la intención de saber más acerca de los niños con parálisis cerebral moderada, específicamente su autoconcepto, es decir, como se ven así mismos y en su ambiente familiar, para esto se utilizaron dos pruebas proyectivas, familia y HTP para identificar dichos aspectos.

De estas pruebas se obtuvieron resultados, no los que se esperaban ya que la hipótesis fue, que los niños tuviesen un autoconcepto inadecuado.

Los hallazgos de esta investigación fueron que en la prueba de la familia, según los criterios de Font y Corman, el 50% de los niños presentaron una dirección negativa de autoconcepto, debido a que no se ven a sí mismos adecuadamente dentro su estructura familiar, ellos se ven de una forma distinta. El otro 50% del universo (N=18), tuvo un autoconcepto adecuado, esto significa que el niño se ve a sí mismo bien ubicado en torno a su ambiente familiar, se siente aceptado y adaptado, involucrado en las actividades familiares. Estos resultados se obtuvieron analizando el dibujo y el cuestionario de la prueba.

En la prueba de HTP con respecto a la casa, el árbol y la persona se obtuvieron diferentes indicadores emocionales que evaluaron el autoconcepto, en ésta prueba se encontró, que los niños tiene la dirección positiva de autoconcepto, es decir, es

adecuado, cada niño se identifica con su madre, su padre y con él mismo.

Como menciona Jung, en una cita hecha anteriormente en el capítulo I, que “la persona es una máscara para describir la “cara”, el hombre tiene roles sociales que los adquiere de ésta aceptándola tal y como es, así mismo, se enajena de sus sentimientos y tal atribución destruye la habilidad del humano para alcanzar una autorrealización verdadera, por lo tanto en los resultados obtenidos con la prueba del HTP, con respecto a la persona, la dirección de autoconcepto fue positiva, y se conjunta con lo que menciona este autor, que el ser humano es un a cara hacia el exterior, por lo mismo, los niños tienen una buena cara hacia si mismos, y así también hacia su exterior.

Cada prueba evalúa diferentes aspectos, aún siendo pruebas paralelas, los resultados son diferentes, debido a que la prueba de la familia evalúa como se ve el niño en su entorno familiar, ya sea la familia nuclear, familia extendida o desintegrada y en la prueba de HTP, evalúa como se ve el niño respecto a su madre, padre y él mismo, sin involucrar a otro miembro de la familia.

Se evaluaron otros aspectos que involucran a los niños con parálisis cerebral moderada, como son, el género; este determina si son hombre o mujeres. Las edades variaron ya que el universo, como se mencionó anteriormente, fue de 18 niños divididos en 7 niños y 11 niñas, la mayor parte fueron niños de 6 a 9 años, y éstos obtuvieron una dirección positiva de autoconcepto en ambas

pruebas, esta cifra no afectó el estudio, sirvió para tener el conocimiento del tipo de universo. Por otro lado, respecto a la escolaridad de estos niños un 40% no tiene estudios, debido a distintas causas; la familia es de bajos recursos y no tiene la posibilidad de ingresar al niño a una escuela o bien el niño no tiene la habilidad para estudiar; que en este caso la primera circunstancia es la válida.

Ahora bien, son muy pocos los estudios sobre el autoconcepto en niños con discapacidad, uno de los autores que investigó sobre este tema fue Meguire (2001), que con el objetivo de mejorar el autocontrol y el autoconcepto de niños preescolares (n=15) a través de una terapia de improvisación, para reducir los problemas de comportamiento interno y externo, aplicó el Test de Autoconcepto de Joseph. Antes de iniciar las sesiones evaluó a los niños, y el resultado fue que no encontró ningún cambio significativo en el autocontrol y autoconcepto. Por otro lado Llewellyn (2001), estudió el autoconcepto en niños con alguna discapacidad física.

Los estudios fueron examinados; por edad, selección de control de grupo, discapacidad natural y severa, medida de C.I, resultado del estudio y recomendaciones, los resultados muestran que en 3 estudios se encontraron una autoestima baja en jóvenes con discapacidad física, mientras que en 7 estudios se encontraron diferencias insignificantes comparadas para control. Una imagen inconsistente ha emergido del Autoconcepto de niños con discapacidad física. Los estudios requirieron una delineación

cuidadosa del termino discapacidad física, especialmente con una prueba pequeña y un amplio rango de edades. No se puede encontrar una escala que evalúa específicamente el CI, debido al deterioro neurológico.

El uso de controles de grupo, pudieron resultar sin sentido, desde que esta dificultad se comparó con las experiencias vivenciales que son necesariamente diferentes en la presencia de una discapacidad. La presencia de una discapacidad mental es un factor determinante del desarrollo psicológico en niños.

Podemos señalar que, los resultados fueron similares a los de las investigaciones anteriores ya que en la prueba de la familia el 50% de los niños obtuvieron un autoconcepto adecuado, y no hubo algún cambio significativo realizando las dos pruebas el mismo día. Así mismo, como menciona el autor Valdez Fuentes, los niños con parálisis cerebral tienen un autoconcepto bajo, debido a la falta de atención de sus padres, y en ésta investigación los resultados coinciden con los de dicho autor.

Por lo tanto, las preguntas de investigación de este estudio, fueron contestadas adecuadamente. En la prueba de HTP, se obtuvo una dirección positiva de autoconcepto y en la prueba de la familia fue solo en el 50% de los niños; por lo cual, a la pregunta uno la respuesta es que no tiene tienen un autoconcepto inadecuado.

A las siguientes cuatro preguntas, la respuesta fueron, que los indicadores emocionales si evaluaron el autoconcepto de los

niños, así como las pruebas si evaluaron el autoconcepto, no por completo, se necesitarían algunas pruebas que evaluaran paralelamente para poder obtener un resultado mas óptimo.

### Limitaciones y sugerencias

Las imitaciones de esta investigación fueron: el tamaño de la muestra, ya que fue de tipo aleatorio y el tipo de parálisis cerebral (moderada) no permitió que fuera más amplio. Las pruebas también fueron limitantes, porque son pruebas que no solo evaluaron el autoconcepto sino otros aspectos.

Se tomaron en cuenta estas pruebas debido a que son proyectivas, pero con los resultados obtenidos, no son eficientes para este tipo de estudios.

También una limitante para el desarrollo de éste estudio, fue la investigación en México, no existe mucha información sobre este tema, ya que solo se estudia el desarrollo del niño, su educación, escolaridad, aprendizaje, psicomotricidad, entre otros y muy poco acerca de como se ven así mismos estos niños.

Las sugerencias son que con este tipo de niños (con parálisis cerebral moderada) se realicen estudios para saber más acerca de otro ámbitos de la vida personal, así como utilizar herramientas o técnicas mas apropiadas para una mejor investigación sobre estos niños.

## BIBLIOGRAFÍA

ALLPORT, Gordon. GARCÍA, A. Revista Psicológica. España, Ed. Mec-Cáceres. 1998

GONDRA, J.M. La Psicoterapia de Carl Rogers. Bilbao, España, Ed. Desclee De Brouwer,1981

GRINBERG, León y GRINBERG, Rebeca. Identidad y Cambio. Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidos,1973

JAIMES M, Aurora. Desarrollo Psicológico. México, D.F,Ed. 2000

JOSEPH, M Lluís Font. Test de la Familia. Oikostau,S.A. España,1978

LEVITT. Tratamiento de la Parálisis Cerebral y el Retraso Psicomotor. México, D.F. Ed. Panamericana, 1982

LINDENFIELD, G. Autoestima. España, Ed. Plaza Janes,1999

LÓPEZ, P. Parálisis Cerebral de Chile. Chile, 2003

MARTÍNEZ MUÑIZ, B. Causas de fracaso escolar y técnicas para afrontarlo. Madrid, España, Ed.Narcea,1980

MENDOZA, A. Control psicológico de pre-escolares con Parálisis Cerebral mediante la prueba de Par de E.A. Doll. Tesis De Licenciatura. UNAM. 1981

MOOV, L. Test mentales en Psiquiatría Infantil. México, D.F, 1990

MORRIS, C. Introducción a la Psicología. 9a ed. México, D.F., Ed. Pretince Hall ,1997. Pp. 364-365

MUSS, R.E. Teorías de la Adolescencia. Mexico. D.F., Ed. Paidos, 1995

OÑATE, Ma Del Pilar. El Autoconcepto; Formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid, España. 1989

ORTIZ, Ma. Carmen. Las Personas con necesidades especiales. Evolución histórica del concepto. Madrid, España,1998

PAPALIA, Diane. Psicología. México, D.F., Ed. Mc Graw Hill, 1988

PAPALIA. Diane. Psicología del Desarrollo. México, D.F.,Ed. Mc Graw Hill,1978

PUYUELO, M. Et.Al. Logopedia en la Parálisis Cerebral. Barcelona, España, Ed. Masson, 1999

ROGERS, Carl. El Proceso de convertirse en persona. Buenos Aires, España, Ed.Paidos,1961

ROSENBERG, M. La Autoimagen del adolescente y la sociedad. México. D.F., Ed.Paidos.

BERKOW, R. Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. México, D.F., Edit. Doyma,1989

BEVAN, James. Enciclopedia médica familiar. México, Ed. Villacaña S.A., 1984

BOBATH, B. Desarrollo motor en distintos tipos de Parálisis Cerebral. Buenos Aires, Argentina, Edit. Medica Panamericana, 1997

BUCK, John. Manual y guía de Interpretación de la Técnica de Dibujo Proyectivo. H.T.P. U.S.A, Ed.Manual Moderno, 1995

DICAPRIO, Nicholas. Teorías de la Personalidad. México, D.F., Ed. Interamericana,1976

FAYNE, Esquivel. Psicodiagnóstico clínico del Niño. México, D.F., Ed. Manual Moderno,1999

FERRATER MORA, J. Diccionario de Filosofía. Buenos Aires, Argentina, Ed. Sudamericana, 1971

FONT,Joseph. Test de la Familia. Cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar. Barcelona, Ed. Oikos-tau. 1978

SACRISTAN, G. Autoconcepto, sociabilidad y rendimiento escolar. Instituto Nacional de Ciencias de la educación. Madrid, España, 2004

TAMAYO, A. "Autoconcepto, sexo y estado civil". revista de la asociación latinoamericana de psicología social". México, 1982

TERCERO, Gabriela. Departamento de psiquiatría y medicina del adolescente. México, D.F., 2002

VALDÉZ, J. Ignacio. Enfoque Integral de la Parálisis Cerebral para su Diagnóstico Y tratamiento. México, D.f, Ed. Prensa Médica Mexicana, 1988

VERDUZCO, Miguel Ángel. Las Personas con retraso mental. México, D.F., 1999

VILLA Y AUZMEDI, E.E. Medición del autoconcepto en la edad infantil (5-6 Años) recursos e Instrumentos psicopedagógicos. España, Ed. Mensajero, 1992

WINNICOT, P.W. Realidad y juego. Barcelona, Ed. Gedisa, 1993

WINNICOT. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona, Ed. Paidós, 1999

## Otras fuentes

ALONSO, Minerva. Concepto de Identidad. Tesis De Licenciatura. U.N.A.M. 1995

ÁLVAREZ MORA, Beatriz. Estudio comparativo del autoconcepto en grupo homosexual Y un grupo heterosexual. Tesis De Licenciatura. UNAM. 1995

FLORES, Alma. Autoconcepto. Tesis De Licenciatura. U.N.A.M. 1998

GARCÍA ARELLANO, María Guadalupe. Estandarización de la Escala De Autoconcepto De Tennessee en Estudiantes De Cd. Universitaria. Tesis De Licenciatura. U.N.A.M. 1995

MÉNDEZ, Delia. La Culpa Sexual y el Autoconcepto en adolescentes que manifiestan tener relaciones sexuales premaritales. Tesis De Licenciatura, UNAM. 2000

MENDOZA, E. Evolución de un procedimiento psicoterapéutico en adolescentes con Parálisis Cerebral. Tesis De Licenciatura. 1992

SEVILLA COLIN, Alicia. Estudio de la Influencia de la religión en el autoconcepto de los niños. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M. 1991

TAMAYO MARTINEZ, Rigoberto. Centro Argentino de Restauración Neurológica en [www.neurorehabilitacion.com](http://www.neurorehabilitacion.com), Argentina, 2003

Federación Española de daño cerebral,  
<http://www.fedace.org/web/noticias.php>. Madrid, España, 2000

Discapacidad, [www.discalidadcolombia.com/modules](http://www.discalidadcolombia.com/modules),2002

Universidad De Valencia. España.  
[www.universidaddevalencia.com](http://www.universidaddevalencia.com). 1998

## ANEXOS

## Anexo A

Instrucciones: Dibuja una familia.



## Anexo B

### Cuestionario de la prueba de la familia

Nombre: \_\_\_\_\_ carnet: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ clínica: \_\_\_\_\_

#### *Dibujo de la familia*

1. Dibújame una familia, por favor.
2. Dibújame todo lo que quieras.
3. Las personas, sus casas, animales y objetos queridos.
4. Las preguntas son sobre el dibujo ya hecho por el niño.

¿Este dibujo que hiciste me lo puedes explicar?, por favor.

---

---

¿Dónde están?

---

---

¿Que hacen?

---

---

Nómbreme a todas aquellas personas y cosas, empezando por la que dibujaste primero.

---

---

¿Qué es? Y ¿Qué hace?

---

---

¿Cuántos años tiene?

---

---

¿Es hombre o mujer?

---

---

¿Cual es el mas bueno de todos?

---

---

¿Cual es el mas malo de todos?

---

---

¿cual es el mas feliz de todos?

---

---

¿Cual es el mas triste de todos?

---

---

¿a quien prefieres mas?

---

---

¿Algún o alguno de los niños se porta mal?

---

---

¿Cual es y que castigo le dan?

---

---

¿Imagínate que tu eres de esta familia, quien te gustaría ser y porque?

---

---

¿Te gustó lo que hiciste? \_\_\_\_\_

Si respondió que si, se le dan las gracias por haber colaborado en el proyecto.

Si respondió que no, se le hacen las siguientes preguntas:

¿Si tuvieras que hacer un dibujo nuevo, que harías igual?

---

---

¿Le quitarías algo?

---

---

¿Pondrías mas cosas?

---

---

Al terminar la última pregunta se le da las gracias al niño y a los padres por haber colaborado en este proyecto.

## Anexo C

### Familiograma.

Sujeto 1		Sujeto 2	
Edad:	18 años	Edad:	18 años
Fecha de nacimiento:	11-Feb-84	Fecha de nacimiento:	19-May-84
Vive con:	Padre 46 Madre 45 Hemano 5	Vive con:	Padre 50 Madre 48 Hermano 26
Escolaridad:	1° Preparatoria	Escolaridad:	Educación Especial
Discapacidad:	PCI cuadriparecia espástica con pred. izquierdo	Discapacidad:	PCI disparecia espástica moderada

Sujeto 3		Sujeto 4	
Edad:	17 años	Edad:	16 años
Fecha de nacimiento:	18-Abr-85	Fecha de nacimiento:	21-Abr-86
Vive con:	Padre 58, Madre 59 Hermano 34 Esposa 28 Hermana 31 y sobrina 5	Vive con:	Padre 48, Madre 46 Hermanos 22 y 23
Escolaridad:	Secundaria	Escolaridad:	Educación Especial
Discapacidad :	PCI disparecia espástica moderada	Discapacidad:	PCI disparecia espástica moderada

Sujeto 5	
Edad:	12 años
Fecha de nacimiento:	28-Dic-90
Vive con:	Padre 36, Madre 36 Hermana 12
Escolaridad:	Sin Estudios
Discapacidad:	PCI cuadriparecia mixta

Sujeto 6	
Edad:	10 años
Fecha de nacimiento:	28-Dic-90
Vive con:	Padre 35, Madre 34 Hermana 3
Escolaridad:	Primaria
Discapacidad:	PCI cudriparecia espástica moderada

Sujeto 7	
Edad:	10 años
Fecha de nacimiento:	10-Ene-92
Vive con:	Padre 35, Madre 34
Escolaridad:	Educación Especial
Discapacidad:	PCI disparecia espástica moderada

Sujeto 8	
Edad:	10 años
Fecha de nacimiento:	09-Nov-92
Vive con:	Padre 30, Madre 28 Hermanos 4 y 6 Hermana 1
Escolaridad:	Educación Especial
Discapacidad:	PCI tipo doble, hemiparecia moderada

Sujeto 9	
Edad:	8 años
Fecha de nacimiento:	27-Abr-94
Vive con:	Padre 46, Madre 45 Hermanos 16 y 21, tío paterno 27
Escolaridad:	Primaria
Discapacidad:	PCI cuadriparecia espástica con predominio derecho

Sujeto 10	
Edad:	8 años
Fecha de nacimiento:	18-Nov-94
Vive con:	Padre 36, Madre 37, Hermano 13 y Hermana 6
Escolaridad:	Sin Estudios
Discapacidad:	PCI cuadriparecia espástica severa

Sujeto 11	
Edad:	8 años
Fecha de nacimiento:	02-Jun-94
Vive con:	Padre 36, Abuelo 60, Hermano 16, Hermana 11,13 y 20
Escolaridad:	Sin Estudios
Discapacidad:	PCI Atetosica Secundaria

Sujeto 12	
Edad:	7 años
Fecha de nacimiento:	24-Jul-95
Vive con:	Mamá 24, Abuelos Maternos 50 y 52, tío materno 27 y tía materna 19
Escolaridad:	Sin Estudios
Discapacidad:	PCI Atetosica secundaria

Sujeto 13	
Edad:	7 años
Fecha de nacimiento:	20-Dic-95
Vive con:	Padre 34, Madre 33 Hermanos 14 y 16
Escolaridad:	Sin Estudios
Discapacidad:	PCI hemiparecia corporal izquierda

Sujeto 14	
Edad:	7 años
Fecha de nacimiento:	05-Nov-95
Vive con:	Padre 38, Madre 45, Hermano 24
Escolaridad:	Primaria
Discapacidad:	PCI disparecia espástica

Sujeto 15	
Edad:	7 años
Fecha de nacimiento:	19-Abr-95
Vive con:	Padre 45, Madre 39 y Hermanos 17 y 19
Escolaridad:	Primaria
Discapacidad:	PCI hemiparecia espástica derecha

Sujeto 16	
Edad:	7 años
Fecha de nacimiento:	19-Abr-95
Vive con:	Padre 27, Madre 25, Hermana 6 y Hermano 3
Escolaridad:	Sin Estudios
Discapacidad:	PCI Cuadriparecia Espástica

Sujeto 17	
Edad:	7 años
Fecha de nacimiento:	13-Dic-95
Vive con:	Padre 42, Madre 39, Hermana 12, Abuelos maternos 66
Escolaridad:	Sin Estudios
Discapacidad:	PCI Diplejia Espástica

Sujeto 18	
Edad:	6 años
Fecha de nacimiento:	12-Sep-96
Vive con:	Madre 30,Hermano 10, Abuela Materna 82.
Escolaridad:	Sin Estudios
Discapacidad:	PCI hemiparecia espástica moderada

## Anexo D

### Cuestionario de la prueba H.T.P.

Nombre: \_\_\_\_\_ carnet: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ clínica: \_\_\_\_\_

H.T.P. (house, tree, person)

1. Dibújame una casa, un árbol y una persona, por favor.



2. Anotar en que orden dibujó las tres cosas y algunas observaciones.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo E

Se muestra la tabla de los indicadores que evaluaron autoconcepto en la *Prueba de la Familia*. Aquí se codificaron los resultados de las pruebas, con un total de puntos por cada sujeto y así obtuvimos el porcentaje de autoconcepto.

Características generales	Tamaño	Emplaz	PDUL	OIDV	ORF	TOTAL	%
sujeto 1							
Sujeto 2							
sujeto 3							
sujeto 4							
sujeto 5							
sujeto 6							
sujeto 7							
sujeto 8							
sujeto 9							
sujeto 10							
sujeto 11							
sujeto 12							
sujeto 13							
sujeto 14							
sujeto 15							
sujeto 16							
sujeto 17							
sujeto 18							

\* PDUL. Personaje dibujado en último lugar

\* OIDV. Otros indicios de valorización

\* ORF. Omisión de rasgos faciales

\* Emplaz. Emplazamiento







