

320825
28
24



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

AUTOCONCEPTO EN PADRES CON HIJOS ATIPICOS.

T E S I S Q U E P R E S E N T A :

ALEJANDRO SALVADOR GONZALEZ MARTINEZ.

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA.

DIRECTOR: LIC. JOSE MANUEL PEREZ Y FARIAS.

MEXICO, D.F.

1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION.	
I. MARCO TEORICO.	1
1. Autoconcepto.	2
A. Antecedentes.	2
B. Defeniciones del autoconcepto.	4
C. Formación del autoconcepto.	12
2. La familia.	19
A. Tipos de familia.	19
B. Constitución.	22
C. Expectativas.	23
3. Educación especial.	27
A. Antecedentes.	27
B. Conceptos del retraso mental.	28
4. La familia del niño atípico.	32
5. Investigaciones acerca del autoconcepto.	36
II. METODOLOGIA.	49
1. Problema.	50
2. Objetivo general.	50
3. Objetivos específicos.	50
4. Hipótesis.	51
5. Variables.	52

6. Definición de terminos (conceptual y operacional).	52
7. Población.	56
8. Muestra.	56
9. Tipo de investigación.	58
10. Diseño.	59
11. Instrumento.	59
12. Escenario.	63
13. Tratamiento estadístico.	63
14. Proceso de recolección de datos.	67
III. RESULTADOS.	71
VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES.	81
1. Alcances y limitaciones.	
2. Bibliografía.	
3. Anexos A.	
4. Anexos B.	

INTRODUCCION

Este trabajo se enfoca al estudio y medición de un aspecto particular del individuo tomando en cuenta las áreas psicológicas, sociales y afectiva. Si consideramos al autoconcepto como la "percepción que tiene el sujeto de sí mismo" podemos medir las relaciones existentes entre las diferentes áreas del individuo y el impacto familiar que representa descubrir que se tiene un hijo atípico. Se podrá observar que tipo de problemas se presentan más comunmente al tener que tratar y atender a un niño con retraso mental. En este estudio en particular, se evaluará las modificaciones que tiene el autoconcepto de estos padres.

El documento consta de cuatro capítulos. En el primero plantea los orígenes del término autoconcepto, de sus antecedentes históricos; de la familia su formación y expectativas; de la educación especial, sus antecedentes, formación y relación con la familia; y de los estudios referentes al autoconcepto de los padres en su determinación personal, adaptabilidad y ajuste emocional.

En el capítulo segundo se refieren los aspectos metodológicos generales: problema, objetivos, hipótesis, variables, definición de variables, población, tipo de muestreo, investigación y estudio, instrumento aplicado, lugar e instrucciones dadas, tratamiento estadístico y proceso de recolección de datos.

Los resultados obtenidos del análisis estadístico están en el capítulo tercero. Seguido en el capítulo cuarto se plantea las conclusiones y la discusión de los resultados con las características más sobresalientes de la población, las hipótesis aceptadas y su coincidencia con las conclusiones de algunos autores confrontados en el marco teórico. Por último se mencionan las limitaciones del estudio, lo que permite plantear algunas sugerencias y recomendaciones para futuras investigaciones.

Este estudio toma como bases las conclusiones obtenidas en los trabajos de los diversos investigadores. Como se verá a continuación. Desafortunadamente se dispone de poca información sobre este tema debido a la escasez de investigaciones relativas al autoconcepto de padres y madres que tienen hijos con retraso mental así como a la escasa ayuda externa que reciben estas familias.

Para la investigación y evaluación de los datos y resultados se utilizó el instrumento creado por La Rosa (1986), quien se especializó en el estudio de adolescentes. Este instrumento ya ha sido validado, por lo que se aplicó como secuencia de desarrollo en adultos, en una muestra específica y controlada, con lo cual se llegó a una validez interna. Este instrumento tiene 5 subescalas en las que se desglosan las dimensiones del autoconcepto individual en las siguientes áreas: 1) social, 2) emocional, 3) ética, 4) iniciativa, 5) ocupacional.

Se encontraron que los resultados más significativos consistían en que todos los padres con un hijo atípico observaron que necesita más cuidado que los hijos normales por lo que la mayoría de las madres manifestaban señales relacionadas con el exceso de carga de trabajo, así como un autoconcepto más bajo y precaria salud incluyendo el agotamiento crónico, angustia, depresión y en casos extremos intentos de suicidio. La familia presentaba un incremento anormal de conflictos causados por exceso de tensión intrafamiliar así como un ostracismo social autoimpuesto. Se observó que ninguna de las familias estudiadas fue capaz de adaptarse emocionalmente.

En otro rubro se tiene que los ingresos familiares eran significativamente más bajos que en las familias "tipo" y que las madres de familia no habían concluido el nivel primario de educación. En algunas investigaciones los padres de familia manifestaban trabajar en ocupaciones desagradables y poco remunerado, lo cual puede ser la razón de el enunciado anterior. Los investigadores encontraron que los padres al tener hijos con problemas, experimentan emociones negativas hacia sí mismos, tales como tensión, aflicción, auto degradación por culpabilidad, depresión y vergüenza. Y proponen que los padres son importantes para ayudar al niño con deficiencias. Las madres manifiestan en las investigaciones, que tienen menos apoyo de los amigos o familiares cercanos.

I. MARCO TEORICO

I. MARCO TEORICO

1. AUTOCONCEPTO.

A. ANTECEDENTES.

Según Muller (1976) el autoconcepto surgió como un medio para esclarecer y precisar las funciones del "sí mismo", haciendo diferenciación entre el alma y el "yo". Originalmente se pensó que la parte analítica del hombre era el alma y a ella le fueron asignadas una serie de funciones introspectivas. La idea del alma nace en experiencias básicas fundamentales: nacimiento y muerte, sueño y ensueño, delirios, inherentes a una primera y oscura toma de conciencia del hombre de su realidad en el mundo en el que existe. Así surgen los primeros dioses-cosa y dioses-animales. Esta concepción animista del mundo, origen de la vida mental, va evolucionando hasta que se le relega a un sentido metafísico, para entonces ya no se habla de alma sino de mente.

El origen del concepto del "self" se ubica en los escritos de los antiguos griegos quienes se hacían cuestionamientos como: "¿Quién soy?"; "¿Hacia donde me dirijo?"; "¿Qué camino he de tomar?". Luego Sócrates (400 a.C.) decía que para alcanzar una vida buena era necesario cumplir con la regla "Conócete a ti mismo", ya que consideraba al yo como algo que el mismo individuo crea.

Existen diferencias entre los aspectos físicos y no físicos del ser humano, argumentaba Aristóteles (335 a.C.) dando lugar al concepto de alma o espíritu y posteriormente al funcionamiento mental vislumbrando las teorías posteriores del "yo". Más tarde, Descartes en el siglo XVII creó la teoría del dualismo o la relación entre la mente y el cuerpo, planteando mayor énfasis al razonamiento.

Poco después se llega al concepto del "yo", pero como resultado demasiado vago y general, hay autores que prefieren referirse a esta entidad como "sí mismo" (Rogers, 1959) ó "propium" (Allport, 1961). El término autoconcepto tiene sus antecedentes en el denominado "ego" (Freud, 1914), la autoestima (Sullivan, 1953) y el self (James, 1968), los cuales se han utilizado indistintamente con el paso del tiempo.

Castro y Ramirez (1992), dice que el autoconcepto está formado por la autoestima, la autoimagen, y la autopercepción, las cuáles son factores que conforman al self. Estos términos son utilizados indiscriminadamente en la literatura usándose como sinónimos. Sumándose a estos términos existen otros tales como: autoconfianza, autorespeto, autoaprecio, autoaceptación, autoafecto, autoevaluación, autovaloración y autosatisfacción.

Afirma Whyllie (1974), parece haber cierto acuerdo entre los autores, acerca de que el autoconcepto engloba a todos los anteriores. Y después de analizar la problemática del autoconcepto y la autoestima concluye que las contradicciones en el tema se deben a que no existen criterios

universales acerca de lo que es el "ego", " el sí mismo" y el "yo", punto de partida de las teorías sobre autoconcepto y autoestima.

B. DEFINICIONES DEL AUTOCONCEPTO.

A continuación se citaran diversas definiciones de autores y por escuelas: Entre los iniciadores del autoconcepto se encuentra LA ESCUELA PSICOANALITICA la de Hartmann y Erikson (1959), en ella se crea una nueva visión de los diferentes términos de la partícula yo dentro de la personalidad. La razón de que el psicoanálisis haya hecho a un lado al fenómeno del autoconcepto no fue por su irrelevancia sino por que ello fue apropiado en el dominio del paradigma Freudiano, por lo que tardó aproximadamente tres cuartos de siglo antes de que términos como "autoestima" o "autoimagen", generaran la aceptación general.

Los artículos psicoanalíticos hacen uso de términos como "auto", "auto imagen" y "autoestima", omitiendo los constructos "yo" y "superyo" de Freud (1914). Este proceso culmina con las aportaciones de Fitts (1965), quien inició uno de los programas más completos de autoconcepto. Este es el producto de las emociones y del intelecto como dirían Horrocks (1984) y Kaplan (1986). El constructo de autoconcepto suena similar y es aceptable finalmente estén hablando de lo mismo. El significado del constructo, sin embargo, depende del contexto teórico, apesar de la aparente equivalencia de términos. Así, las definiciones del autoconcepto virtualmente idénticas, no siempre arrojan las mismas predicciones conductuales. Cada una de estas definiciones implica alguna presunción acerca de cómo opera el

proceso relevante de la definición, en particular, asume niveles optimos con el funcionamiento personal.

Por otro lado Erickson (1959) dice que el "yo" será el sujeto y el "sí mismo" el objeto. El yo como instrumento central y organizado se enfrenta durante el curso de su vida con un sí mismo cambiante, resultado de todas las experiencias vividas por el individuo, sacando así autodefinición y un reconocimiento social renovado y cada vez más realista.

Por su parte Fitts (1965) entiende por autoconcepto al aspecto positivo de uno mismo, o sea, la autoestima o el criterio que una persona tiene de ella misma. Dice que hay tres componentes del autoconcepto:

- a) Un componente perceptual, que es la forma de como se percibe cada persona.
- b) El componente conceptual, que se refiere a los conceptos que la persona tiene de sus propias características.
- c) El componente de actitudes, que incluye sentimientos acerca de sí mismo.

Además, expresa que la autoimagen de un individuo tiene gran influencia en su conducta y está estrechamente relacionada con su personalidad y con su salud mental.

Es Erickson (1968) quien define al autoconcepto como lo que yo sé de mi propio yo.

Kohut (1971), influenciado por el pensamiento psicoanalítico, afirma que el self es el núcleo de la personalidad.

Para Horrocks (1984) y Kaplan (1986), la autoimagen es la parte central de la vida subjetiva del individuo y determina en gran medida su pensamiento y conducta. Pero la autoimagen es, producto tanto de sus emociones como de su intelecto. Una persona es lo que percibe ser.

Algunos autores como Rogers (1959), Spitz (1965) y Sullivan (1953), sugieren que el autoconcepto surge como producto de la interacción personal del individuo, lo cual sucede ya desde temprana edad por las relaciones entre el recién nacido y su madre.

Así mismo, en los artículos de LA ESCUELA SOCIAL, se hace el uso de términos como "una imagen", "un instrumento", "una expresión", "una imagen total", "una autoevaluación". Estos conceptos son aportaciones de Hilgard (1949) y Allport (1966). Hoy en día, el autoconcepto es producto tanto de las emociones como del intelecto, es decir, un producto social y una fuerza social.

Dentro del desarrollo del autoconcepto, Cooley (1902), que destacó que el autoconcepto, que es producto de la interacción social y que la sociedad, y el "sí mismo" son gemelos de nacimiento.

Hilgard (1949) afirma que el self tiene dos aspectos principales: a) La continuidad. y b) La autoevaluación o autocrítica.

Allport (1961 y 1966) afirma que la base de sí mismo es el sentido de identidad corporal, único y particular; el sentido de la identidad del sí mismo es la estima de sí mismo. Denomina como "propium" al self, que es el objeto de conocimientos y sentimientos, y que aquí es donde se encuentra el autoconcepto. Considera que el "ego" representa el acervo de valores en los cuales el "sí mismo" encuentra su seguridad y la posibilidad de éxito. Establece que el constructo del "propium" contiene siete aspectos:

- a) El yo corporal.
- b) La auto identidad.
- c) La autoestimación.
- d) La auto extensión.
- e) La autoimagen.
- f) La auto conciencia racional.
- g) Los esfuerzos del propium.

Bandura (1982), cuya teoría del aprendizaje social se describe al hablar de la "auto eficacia" hacia una consideración de las influencias

internas sobre el comportamiento, sostiene que las creencias de cada persona acerca de lo que puede y no se puede hacer afecta sus patrones de pensamiento, sus acciones y sus reacciones emocionales. Los adultos escogen actividades que creen que pueden realizar bien y pasan más tiempo tratando de tener éxito en tales actividades y evitan aquellas actividades en que se sienten incapaces de decidir.

Byrne (1984) y La Rosa (1986) afirman que el autoconcepto es la percepción de nosotros mismos; en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Bar-on (1985), dice que el "self" se refiere a la persona total del individuo. En tanto que Kaplan (1986) define el autoconcepto como un producto social y como una fuerza social; definiendo autoimagen como una actitud hacia un objeto; utiliza el término actitud en un sentido amplio que incluye hechos, opiniones y valores relativos a sí mismo, así como la orientación positiva o negativa de los mismos.

LA ESCUELA FENOMENOLOGICA junto con LA ESCUELA SOCIAL a través de Cooley (1968), introducen términos como evaluación del individuo y evaluación refleja ya que consideran que el autoconcepto es la evaluación del individuo que deriva en gran medida de la evaluación refleja, es decir, de su interpretación de las relaciones de otros frente a él por un proceso de comunicación. El individuo debe asumir su comportamiento y posición por medio de las actitudes y características de otro individuo, y en cierta medida debe intentar verse como lo ven los otros,

por lo que el comportamiento es aprendido a través de la relación que el individuo tiene en su medio social; por lo tanto perciben al sí mismo como un fenómeno social.

Whyllie (1974), hace una distinción entre conducta fenoménica (conciencia) y no fenoménica con respecto al autoconcepto. En el primer caso, supone a la persona capaz de auto evaluarse y en el segundo caso no, ya que operan factores inconscientes que la persona no controla. En este sentido, se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social (Gómez y Mitre, 1980).

Hall y Gardner (1984), el sí mismo o autoconcepto la denota la Gestalt conceptual, organizada y coherente, compuesta de percepciones características que a medida que el niño evoluciona, una parte del mundo privado total se reconoce como "yo", "mio", "mi", con otros y con diversos aspectos de la vida, junto con los valores vinculados a esas percepciones. Se trata de una Gestalt que está preparada para la conciencia, si bien, no necesariamente en la conciencia. Un punto importante, es que el sí mismo consciente, no necesariamente coexiste con el organismo físico.

Estos conceptos se solidifican con las aportaciones de la ESCUELA ASOCIACIONISTA de James (1968) y recientemente con Rogers (1967) en línea de la terapia centrada en el cliente, quien dirige la atención de sí mismo a la noción actual del autoconcepto, utilizando extensamente el concepto de sí mismo o self.

Para Rogers (1959) el "sí mismo ideal" es el autoconcepto que más le gustaría tener a un individuo y sobre el cual sitúa el más alto valor para sí mismo. El concepto de "sí mismo" es lo que determina la manera de actuar, sólo aquellas modalidades que se adecúan a él serán seguidas. La adaptación psicológica se dará cuando el autoconcepto sea tal que todas las experiencias sensoriales y viscerales del organismo sean o puedan ser asimiladas a nivel simbólico en relación compatible con el propio concepto.

Barry y Rogers (1967), explican que de todos los otros "yo", algunos son elegidos para formar el modelo "que soy yo", pero existen otras muchas posibilidades de modelos de los cuales los otros dicen que forman otro yo "qué soy yo mismo", y algunas veces, son éstos los que dominan. También Lawrence (1967) dice que todo hombre tiene un yo colectivo y un yo individual, en proporciones variables.

James (1968) define al "yo" como la corriente de pensamientos que constituyen el sentimiento propio de la identidad personal. Además, considera al "sí mismo" desde tres aspectos básicos:

- a) Sus elementos constituyentes.
- b) Los sentimientos de sí mismo.
- c) Las acciones destinadas a la búsqueda del sí mismo (material, social y espiritual y el "yo" puro).

El sí mismo material consiste en las posesiones materiales del individuo; el sí mismo social se refiere a cómo es considerado por sus semejantes; y el sí mismo espiritual comprende sus facultades y disposiciones psicológicas. Concluye que para la ciencia natural de la psicología, el "yo" puede ser definido como la corriente de pensamiento que constituye el sentimiento propio de identidad personal. Por lo que el "yo" es un fenómeno consciente, por ello la evaluación que la persona tenga de sí, dependerá de sus aspiraciones. Una persona tiene alta autoestima según el grado en que sus aspiraciones y logros converjan.

Las Teorías en General del autoconcepto son las siguientes: Hubert (1934) plantea que el autoconcepto es una imagen y un instrumento; una imagen porque refleja las actitudes de otros y un instrumento ya que es usado para interpretar nuevas experiencias a la luz de pasados hallazgos.

Por otro lado, Lecki (1945), identifica al autoconcepto como el núcleo de la personalidad. Considera que el concepto del yo es lo que significa para sí mismo un individuo, cómo percibe su cuerpo, lo que posee, sus éxitos y fracasos; de éste se deriva el autoconcepto que le permite tener una concepción de su autenticidad e integridad personal y cuanto más positivo sea el autoconcepto será más íntegra y estable la personalidad.

Coopersmith (1967) define a la autoestima como un concepto más complejo que involucra evaluaciones de sí mismo, reacciones defensivas y otros correlatos, además de que es un juicio personal sobre la dignidad de uno, expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo y como la extensión en que la persona cree ser capaz, significativa, exitosa y

digna. Distingue dos aspectos de la autoestima: la expresión subjetiva, o sea la autodescripción y autopercepción individual; y la expresión comportamiento mental de la autoestima que el individuo pone a disposición de otros observadores.

Por su parte Kunda y Sanitioso (1989) definen el autoconcepto como un complejo y en tiempos contradictorios, es un tejido de conocimientos acerca de sí mismo.

C. FORMACION DEL AUTOCONCEPTO.

Epstein (1973), el autoconcepto está constituido en la teoría del "self". El propósito fundamental de la teoría del "self" es optimizar el balance entre el placer y el dolor así como facilitar el mantenimiento de la autoestima y organizar los datos de la experiencia de manera que pueda ser ligado con la efectividad. Asu vez resume las características del autoconcepto en siete puntos:

1. El autoconcepto es un subsistema con un grado razonable de consistencia interna, organizado por conceptos contenidos dentro de un sistema conceptual amplio.
2. Contiene diversos "sí mismos" empíricos tales como el self corporal, el self espiritual y el self social.

3. Es una organización dinámica que cambia con la experiencia, muestra una tendencia para asimilar el incremento de información con el cual hace manifiesto su principio de crecimiento.
4. El autoconcepto se descubre en la experiencia externa, particularmente en la interacción social con otros significativos para él.
5. Es esencialmente por la función del individuo que la organización del autoconcepto debe ser mantenida. Cuando la organización del autoconcepto se ve amenazada, el sujeto experimenta ansiedad y centra su interés en defenderse de dicha amenaza.
6. Existen necesidades básicas de la autoestima, que están ligadas a todos los aspectos del sistema del self y, en contraste, casi todas las otras necesidades están subordinadas.
7. El autoconcepto tiene dos funciones principales: a) organizar los datos de la experiencia, particularmente aquellos que involucran una interacción social dentro de las secuencias predecibles de acción-reacción; y b) facilitar el interés por satisfacer las necesidades, además de evitar la desaprobación y la ansiedad.

Brennecke y Amick (1974) dicen que el concepto que tiene el sujeto de sí mismo, es la imagen total que el sujeto tiene de sí mismo. Incluye, entre otras cosas, la consideración que le merece su propio físico, la

opinión de su manera de relacionarse con los demás y lo inteligente que cree que es. La autoestimación es el valor que se da a sí mismo.

Brenneke y Amick (1974), por medio de una auto valuación, demostró que cada uno de nosotros pueden decir si está de acuerdo con el mundo, si es capaz de resolver con éxito cualquier problema que se presente, por lo que la estimación es hecha de sí mismo y no de los problemas. Algunos psicólogos creen que una baja autoestima es una de las causas más importantes de los problemas emocionales. Si uno no se agrada a sí mismo, es muy posible que jamás sea capaz de amar a otra persona, con la sola excepción de que si es por necesidad, lo cual tan sólo es una parte de emotividad.

Muriel y Jongeward (1974) afirman que cada ser humano nace con algo nuevo, como algo que jamás existió, nace con todo lo que necesita para ganar en la vida. Cada persona tiene su manera de ver, oír, tocar, saborear y pensar en sí mismo. Cada uno tiene sus propios potenciales, sus capacidades y limitaciones. Cada uno puede ser una persona importante, pensadora, consciente y creadoramente productiva; es decir, un ganador.

Shavelson (1976), el autoconcepto es la percepción que de ellas mismas tienen las personas. Las percepciones están conformadas a través de la experiencia con una interpretación del ambiente y están especialmente influidas por los refuerzos y evaluaciones de otras personas que sean significativas, así como de los atributos de la propia conducta. La organización del autoconcepto es jerárquica y multifacética, con percepciones promovidas de las inferencias en las subáreas del "self",

áreas amplias y finalmente, el autoconcepto. Para Shavelson "la organización multifacética se incrementa con la edad depende de la categoría particular descubierta por el individuo y repartida en el grupo".

Shavelson y Bolus (1982), define al autoconcepto con 7 características críticas semejantes a Epstein (1973), las cuales son: 1) organizado, 2) multifacético, 3) jerárquico, 4) estable, 5) tiende al incremento multifacético desde la infancia hasta la edad adulta, 6) contiene una dimensión descriptiva y 7) evaluativa; puede ser diferenciado de otros constructos como el rendimiento académico.

Fitzgerald y Stromer (1979), postulan que entre más incongruente sea el autoconcepto de sí mismo, menor será la posibilidad de lograr una personalidad integrada; cuando más inestable, menor será la posibilidad de satisfacer el deseo de realización y existirá una mayor tendencia a sufrir una disfunción del rol.

Hurlock (1980), afirma que el núcleo del patrón de la personalidad es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como persona. Posteriormente, define el autoconcepto como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados. Algunos factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto son: la estructura corporal, los defectos físicos, la condición física, la química glandular, la vestimenta, los nombres y apodos, la inteligencia, los niveles de aspiración, las emociones, los patrones culturales, el nivel escolar, el status social, las influencias familiares, etc.

Según Bee y Mitchell (1984), las diferencias individuales en el contenido del concepto de sí mismo surgen de las diferencias reales, tales como el temperamento, de las diferencias reales en el tratamiento por parte de los padres y los demás, y a partir de las experiencias reales. El patrón individual y único y el concepto de sí mismo se denomina personalidad.

Para Coopersmith (1967), la verdadera autoestima ocurre cuando la persona se siente digna y portadora de valor, y la autoestima defensiva se dá cuando el individuo se siente indigno, aunque no pueda admitir tal información por se amenazante. Son cuatro las variables importantes en la determinación de la autoestima: los valores, los éxitos, las aspiraciones y las defensas.

Erikson (1982) describe la personalidad, en términos de la resolución de ciclos vitales, como un problema progresivo de adaptación y resolución de conflictos y crisis que aparecen en el ser humano desde el momento de su nacimiento hasta la adultez (o su muerte).

Considera también, que el yo es el instrumento mediante el cual una persona organiza la información del exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamiento, también da lugar a un significado de identidad en un estado de elevado bienestar. Para alcanzar un yo integrado y completo, el individuo debe pasar por siete etapas a lo largo de su vida para llegar a la adultez, y son:

1. Confianza básica vs. desconfianza básica. (Infancia).

2. Autonomía vs. vergüenza y duda. (Niñez temprana).
3. Iniciativa vs. culpa. (Los años preescolares).
4. Industria vs. inferioridad. (Primer ciclo escolar).
5. Identidad vs. confusión del rol. (Adolescencia).
6. Intimidad vs. aislamiento. (Juventud).
7. Generatividad vs. estancamiento y auto absorción. (Adulterez).
8. Integridad del yo vs. desesperación. (Vejez).

En la etapa de estancamiento, el rechazo puede expresarse en la vida intrafamiliar y comunal como una represión más o menos bien racionalizada y más o menos despiadada, de lo que no parece adecuarse a algunas metas establecidas de supervivencia y perfección. Esto puede significar crueldad física o mental contra los propios hijos, y volverse, como prejuicio moralista, contra otros segmentos de la familia o la comunidad.

El rechazo, además encuentra periódicamente un vasto terreno para su manifestación colectiva que aparecen una vez más como una amenaza a la propia raza, y es probable, desde luego, que ellas retribuyan ese sentimiento. Cuando meramente se inhibe la actitud de rechazo, puede ocurrir muy bien un auto rechazo.

A lo largo de estas etapas existen figuras significativas para el individuo (padres, pareja, compañeros, hijos) que van a jugar un papel muy importante en su formación. De esta manera si las relaciones que ha sostenido con su medio son satisfactorias puede lograr la identidad del yo, un intenso sentido de sí mismo, aceptando una evaluación retrospectiva y sintiéndose satisfecho consigo mismo.

2. LA FAMILIA

A. TIPOS DE FAMILIA.

Según los Estudios Sociológicos realizados en la U.N.A.M. (1952), la familia es el agrupamiento social más simple y activo, transformado a través del tiempo. Es por esto que evoluciona de un grado más bajo a otro más alto. Las categorías de las familias son las siguientes:

- 1) Consanguínea, esta formada por los grupos conyugales que se clasifican por generaciones lineales (abuelos, padres, hijos).
- 2) Puna lúa, esta constituida por la unión de cierto número de hermanos carnales lejanos (parientes) siendo estos maridos comunes.
- 3) Sindiasmica, es el régimen de matrimonios por grupos a la mujer se le pide fidelidad y el hombre es polígamo.
- 4) Monogámica, se funda en el predominio del hombre con la finalidad de procrear hijos solamente de él y destinados a heredarlos, se basaban en la propiedad privada.
- 5) Patriarcal, el matrimonio era de un varón con varias mujeres por medio de su compra.

- 6) Individual, es el establecimiento de familias voluntarias del hombre y la mujer con los mismos derechos y obligaciones mutuas e igualdad de poder sobre los hijos.
- 7) Patriarca, el jefe de la familia se conserva junto a sus hijos casados ejerciendo sobre ellos y su prole amplia autoridad.
- 8) Tronco, la pareja esta formada de un hombre y una mujer que aumenta con el advenimiento de los hijos pero disminuye al alejarse formando sus propios hogares.
- 9) Particularista, es un régimen democrático preparando a los jóvenes en actividades libres e independientes.
- 10) Inestable, la unión de pareja es mediante un contrato legal y que por alguna causa se disuelve, los integrantes están en contacto por intereses económicos principalmente.

El papel de la familia, de acuerdo a Isaacs (1980) es ante todo, educativo y ésta es la base y estructura fundamental de la sociedad, por que en ella se realizan los más altos valores de la convivencia humana.

La familia debe de estar bien organizada para que lleve a cabo sus funciones. La falta de alguno de los padres o de ambos, ocasiona que el niño no tenga una evolución adecuada, ya que carece de una dirección equilibrada.

Según Leclerq (1967) la familia es la institución social básica, está formada por uno o más hombres que viven con una o más mujeres en una relación sexual socialmente sancionadas y más o menos permanente, con derechos y obligaciones, reconocidos juntamente con su prole. Las cuatro formas generales de familia, por orden de frecuencia más conocidas son: Monogamia, Poligenia, Poliandria y grupal o comunal.

La familia ha sufrido una serie de cambios, no siempre ha existido con las características actuales, ha pasado por diferentes etapas que son: a) Promiscuidad; b) Monogamia; c) Poligamia, que a su vez se divide en dos: Poliandria y poligenia.

En la clase baja se da la poliandria, la mujer puede tener varios maridos, los que generalmente son hermanos. En la clase media se da la monogamia, la familia esta considerada por un sólo hombre y una mujer. En la clase alta se da la Poligenia, el hombre tiene relaciones con varias mujeres.

La familia patriarcal monogámica se caracteriza por la preponderancia de la figura paterna que estratifica la estructura social a su voluntad.

B. CONSTITUCION

Para Höffner (1966) las relaciones familiares juegan un papel muy importante en el desarrollo y evolución del niño, es aquí donde hay que buscar la raíz de muchos de los problemas que lo aquejan.

Los padres deben de crear dentro del seno familiar un ambiente de cordialidad y camaradería para que las relaciones existentes sean un factor positivo en el desarrollo integral del niño y su aprovechamiento escolar.

Es sabido que la falta de estimulación adecuada, puede ocasionar un deterioro mental que puede llegar a ser permanente.

Otero (1982) afirma que la familia es un conjunto de personas de la misma sangre que viven bajo un mismo techo formado generalmente por el padre, la madre y los hijos.

La convivencia bajo un techo y los vínculos de sangre que definen a la familia, no bastan para unir a sus miembros. El auténtico cimiento de toda célula familiar es la estimación recíproca entre las personas que viven juntas.

La pareja es la condición necesaria del hogar y para que se considere como familia es necesario la presencia de los hijos. La llegada de un hijo crea la familia, y esta es la agrupación social cuyos miembros se hayan unidos por los lazos de parentesco.

C. EXPECTATIVAS.

Como diría Chasseguet-Smirgel (1975) de el concepto ideal del yo, que relacionan ilusiones e ideología, no sólo iluminar la psicología del narcisismo en el individuo sino muchos de los nexos entre la vida psíquica y sociedad. es un concepto axial (que forma un eje) entre lo individual y lo colectivo. Aborda las experiencias que llevaron por primera vez al individuo a percatarse de su existencia separada, al mismo tiempo, atañe a toda la serie de los mecanismos psíquicos regresivos y progresivos por medio de los cuales hombres y mujeres procuran reestablecer una conexión satisfactoria con su medio. El concepto del ideal del yo contribuye también a esclarecer las relaciones entre el hombre y la naturaleza. Nos recuerda que el ser humano pertenece al mundo natural pero tiene la capacidad de trascenderlo.

Nos ayuda a comprender de igual modo, que la capacidad de autoreflexión crítica, observación de las normas más rigurosas de conducta, y el heroísmo moral tiene su raíz en el costado biológico de la naturaleza humana; el miedo a la muerte, la sensación de desvalimiento y de inferioridad, y la añoranza de restablecer un sentimiento de unidad primordial con el orden natural de las cosas.

Para Issacs (1980) la forma de como se desarrolla el niño dependerá en gran parte de la interacción que exista entre sus padres y de las experiencias que éstos le hayan propiciado, que le estén dando y las que vayan a proporcionarle dentro y fuera del hogar, así como de la

comprensión y dirección que éstos pueden darle. De esta manera se desarrolla el autoconcepto del individuo en su niñez.

Para Huerta (1981), el significado del nacimiento de un hijo varía notablemente de un matrimonio a otro, ya que cada familia tiene su propia historia, un sistema de valores personal, modos de relación únicos con los que le rodea, sus vinculaciones religiosas y sus tradiciones, aspectos que hacen de ella una microsociedad original; sin embargo, algunas de las necesidades y expectativas de los padres que esperan un hijo son tan comunes que pueden decirse casi universales.

Cuando se espera la llegada de un hijo, los futuros padres, durante el tiempo que dura la gestación, empiezan a formar un mundo imaginario donde se formulan infinidad de preguntas referentes a lo que esperan de su hijo, un hijo que deberá cumplir sus deseos, unas expectativas, que llegará a ser lo que ellos no fueron, o a satisfacer unos deseos que en ellos no se cumplieron.

Las expectativas de los futuros padres como menciona Ken (1978) son las siguientes:

1. Los padres esperan un hijo normal, sin defectos y sano. Tales expectativas inevitablemente se modifican cuando la imagen mental se transforma en realidad.
2. Los padres quieren realizarse creativamente, los padres en un sentido muy real se "reproducen" a sí mismos cuando traen un

hijo al mundo. E inspira un sentimiento de virilidad en el hombre y para la mujer un sentimiento de plenitud con toda una gama de sentimientos y motivaciones, o "madre de familia".

3. Los padres esperan descendencia.

Pero cuando esto no sucede, no importa porqué razón, se experimenta un sentimiento de pérdida de tales expectativas tanto de la familia como tal, como de aquellas deseadas y esperadas para el niño, situación que irrumpe el Ciclo Vital Normal Familiar.

Llevándose a cabo una modificación profunda de toda la estructura de la familia, transformación que influye en el equilibrio psíquico y emocional de todos los miembros del grupo, incluyendo las relaciones con el resto del mundo, originando una crisis llena de tensión, aspectos que están determinados por la presencia de estos tres factores:

- a) La severidad de la incapacidad.
- b) La cantidad y calidad del apoyo dentro de la familia nuclear.
- c) El apoyo recibido de fuentes externas.

Por lo general son los médicos y personas que atienden tanto a la madre como al niño después del nacimiento quienes informan la noticia y quienes por carencia de conocimiento, proporcionan la información en forma pesimista.

Blancher (1984), se dedicó a la tarea de revisar la literatura sobre estas etapas observadas que la mayoría de las taxonómicas (historia natural de la clasificación de los seres) que aparecen describen tres periodos: a) uno de crisis inicial, b) uno de desorganización emocional, y c) finalmente una etapa de ajuste o aceptación.

Las actitudes de los padres de los niños atípicos han recibido un razonable motivo de atención en investigaciones, pero la falta de grupos control apropiados, inadecuaciones en la medición, manejo de muestras reducidas y la inconsistencia en los resultados, limitan la utilidad y generalización en mucho de los trabajos.

Las actitudes parentales pueden ser un concepto inadecuado, ya que las madres y muy raramente los padres son incluidos como agentes exclusivos de muchas de estas investigaciones, lo cual, es resultado de la sobre dependencia de la información materna (Emde y Brown, 1978).

3. EDUCACION ESPECIAL

A. ANTECEDENTES.

En la educación especial, como refiere González (1980), el deficiente mental tiene sus antecedentes en épocas ya pasadas y que él mismo ha ocupado un lugar en las investigaciones que datan, incluso de épocas muy remotas, desde la antigüedad, los historiadores refieren datos que evidencian la existencia de seres anormales o enfermos, alrededor de los cuales se daban las más diversas interpretaciones, muchos morían por desatención o eran sacrificados por considerárseles pequeños monstruos, se vinculaba su existencia a ideas religiosas o a otros fenómenos sobrenaturales que explicaban todas las alteraciones psíquicas.

No fue hasta el siglo VI cuando empezó a profundizarse en el estudio de esta entidad, lo cual estuvo en manos de los médicos fundamentalmente, hasta que en el siglo XV comenzó a ser estudiado también por pedagogos y psicólogos.

Yavkih (1979), dice que en las diferentes etapas del desarrollo histórico-social han existido múltiples posiciones acerca de la deficiencia mental, criterios que evolucionan gracias al desarrollo constante de la ciencia y la técnica. Significativa importancia al respecto tuvieron los relevantes descubrimientos de la segunda mitad del siglo XIX, entre los que destacan, por su papel en el esclarecimiento de la esencia de la deficiencia mental, los siguientes:

- a) La teoría de la evolución de las especies.
- b) La teoría celular.
- c) La teoría dialéctico-materialista.
- d) El conocimiento de la actividad refleja.
- e) El desarrollo de la genética, la química y la bioquímica.
- f) Las técnicas microscópicas del cerebro.
- g) El descubrimiento de las funciones metabólicas.

Estos conocimientos científicos propiciaron que en el siglo XX se comenzara a profundizar en el estudio de los tipos, formas y grados de la deficiencia mental, destacándose en este contexto la elaboración de la concepción materialista-dialéctica del desarrollo del niño deficiente, por la Defectología Soviética.

B. CONCEPTOS DEL RETRASO MENTAL.

Según dice Lebedinskaya (1980), los defectólogos soviéticos comparten los criterios que determinan el concepto de retraso mental, sus causas y métodos para el diagnóstico.

En ellos hay una unidad de criterios en cuanto al surgimiento y existencia de la población infantil en un estado tal del desarrollo que provoca deficiencias en el sujeto (fundamentalmente del carácter intelectual). Es conocido que este estado tiene diversas manifestaciones clínicas, las cuales se explican por la naturaleza y estructura del defecto.

Zamski S. (1981), según la base estructural del defecto, particularizan dos formas fundamentales de retraso mental: la oligofrenia caracterizada por el insuficiente desarrollo de las formas complejas de la actividad psíquica fundamentalmente en la actividad cognoscitiva; y la demencia orgánica que se caracteriza por los trastornos del intelecto se deben a enfermedades infecciosas y traumáticas del Sistema Nervioso Central. Considerando el concepto de retraso mental como la entidad nosológica más general y la oligofrenia y la demencia como formas particulares.

En cambio la Psiquiatría Norteamericana se ha encaminado por direcciones totalmente opuestas, Freedman y Kaplan (1975). Hay dos tendencias principales:

- a) La biomédica: Es imprescindible la presencia de alteraciones o lesiones básicas del cerebro. No toma en cuenta la relación del individuo con el medio ambiente.
- b) La sociocultural: Es la repercusión de la falta de estimulación en la génesis del retraso mental, los problemas de las condiciones del desarrollo de la primera infancia, a las dificultades en el

aprendizaje escolar y en general a los problemas de adaptación del individuo al medio.

La American Association on Mental Deficiency (1977) define al retraso mental como funcionamiento intelectual por debajo del promedio que se origina durante el período del desarrollo, y que se acompaña de alteración de uno o más de los siguientes aspectos: maduración, aprendizaje o adaptación social.

Esto explica por qué mantienen la categoría limítrofe o fronterizo, a pesar de que ésta ya ha sido eliminada de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), (1975).

El criterio general de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), (1975) para clasificar, en sentido general, todas las enfermedades es su etiología, por lo que la clasificación del retraso mental no abarca sus diferentes formas o manifestaciones clínicas específicas. Definiendo la minusvalía como una situación de desventaja para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o una incapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

La O.M.S. (1975) tiene el valor de contribuir al establecimiento de una base común para uso general de los estados miembros, que es su objetivo esencial, por lo que no se precisa la etiología. La etapa del desarrollo en que se produce la lesión o daño, si la deficiencia abarca otras áreas de la personalidad, ni sus síndromes acompañantes, entre otras.

De acuerdo a esto, una definición aceptada a nivel internacional es la dada por la Asociación Norteamericana de Retardo Mental (1973), en la que se considera que el Retardo Mental se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio normal, que se presenta a la vez con un déficit en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período de desarrollo. (Citado en Grossman, 1973).

Smith y Neisworth (1975) establecen que aún cuando, en términos generales, todos los retrasados mentales tienen dificultades en la escuela (así como las personas no consideradas como retardadas mentales, también los tienen), múltiples investigaciones han fallado en encontrar características de aprendizaje únicas o un déficit que caracterice sus procesos mentales.

Indican que al igual que el resto de las personas que forman la sociedad en general, algunos retardados mentales tienen problemas con las autoridades o muestran alguna conducta antisocial.

4. LA FAMILIA DEL NIÑO ATÍPICO.

Según Flynn (1980) los padres de familia están listos a resaltar la brillantez de las cosas que sus hijos hacen o dicen. Asegura que quienes más han sufrido la discriminación en cuanto al acceso a servicios públicos tales como educación y salud, así como la no aceptación de su participación en actividades sociales, han sido aquellas personas etiquetadas como retardadas mentales.

Fonseca (1985) considera que la familia del niño atípico a sido excluida debido a que la mayoría de las publicaciones e investigaciones que se hacen en relación con retardo mental se refieren básicamente a los problemas que enfrentan las personas retardadas y no toman en cuenta los problemas que tienen que enfrentar los padres y familiares de estas personas.

Esta omisión ha sido realmente inexcusable, ya que cualquier cosa que le suceda al retardado mental afectará directamente a la familia, además de que la participación de la familia en el tratamiento y educación tiene una influencia y valor indiscutible ya que su participación puede tener un efecto favorable o perjudicial en la evolución de la persona retardada.

Este enfoque no significa necesariamente que se considere a la familia como desajustada, enferma o que la causa del problema presentado por el individuo se debe a ella, sino que se considera el hecho de que uno de sus miembros posee características físicas y/o mentales que se apartan de los cánones socialmente considerados como normales, lo que impone

una serie de presiones que requieren en la mayoría de los casos, un apoyo que les permita superar el período de ajuste y el vislumbrar alternativas que faciliten su relación con el nuevo miembro de la familia y lograr que ambos, individuos y familia disfruten de esa relación.

También es claro que el nacimiento de un niño con retardado mental va a requerir, de parte de la familia, el aprender una serie de conductas y destrezas tendientes a lograr un desarrollo adecuado del niño y que además, demandará de parte de los padres, destrezas nuevas que faciliten la integración del niño dentro del núcleo familiar, con el fin de mantener la unidad de todos los miembros, a través de la superación del impacto emocional que se da en los padres y demás familiares.

Según Bellamy y Homer (1980), el trabajo en nuestra sociedad y en la mayoría de las sociedades, es un medio de adaptación social para el individuo ya que a través de él se adquiere una nueva dimensión social, al convertirse la persona en un proveedor de servicios y al adquirir la posibilidad de consumir aquellos productos de mayor uso en su medio social.

Estas características asociadas al trabajo le permiten a la persona mejorar su autoestima, valorarse a sí misma como un ser independiente, útil y productivo. Lo anterior es válido no sólo para las personas normales, sino para todos los seres humanos, llámense retardados, con problemas emocionales o defectos visuales, inclusive la propia familia.

Hastings (1948) dice que la presencia de un niño retrasado no genera nuevos problemas para la integración de la familia, sino que solamente agrava los problemas ya existentes. Del mismo modo Kramm (1963), al entrevistar a padres de niños con el síndrome de Down, descubrió muchas familias en las que los padres nunca hablaban del niño por las emociones tan intensas que estaban de por medio. Stone (1967) establece que si una cosa está claramente relacionada con el modo en que los padres aceptan al niño retrasado, es el conocimiento que tienen de la naturaleza del retraso mental.

Menolascino (1967) y Wolfensberger (1967) opinan que el nacimiento de un niño retardado o el descubrir que un niño está retrasado, casi siempre tiene un impacto emocional muy grave en los padres. Se dice que estos padres experimentan tres clases de crisis:

- 1) Una crisis de lo inesperado, que es una reacción al repentino impacto que un cambio substancial y no previsto tiene en la propia vida y en el concepto que se tiene de sí mismo, de su familia y del futuro.
- 2) Una crisis de valores, para aceptar a un niño con pocas características deseables. Por lo que los padres tienen que manejar valores de conflicto como son: el sentimiento de culpa, una reacción de negación, protección exagerada, y una tristeza crónica. En consecuencia abrigan sentimientos ambivalentes (reacciones de una adaptación deficiente) hacia su hijo retrasado.

3) Y una crisis de la realidad, la reacción de los problemas concretos que presenta al tener un niño de este tipo en la familia.

Se describe a los padres como sujetos ansiosos y con un profundo sentimiento de culpa, tan absortos en compadecerse a sí mismos y con la idea de que no pueden criar al niño adecuadamente.

Wolfensberger (1967) asegura que casi todo lo que se ha escrito sobre los padres de niños retrasados está basado principalmente, en la observación de madres de clase media y de niños severamente retrasados, en particular de aquellas que llevan a sus niños a clínicas externas que ofrecen servicios a niños retrasados y a sus familias.

Para Wortis (1972) la familia está enferma y necesita ayuda, ya sea que busque esta ayuda o no.

Ingalls (1978) dice que la gravedad de la reacción emocional primaria varía de unos padres a otros. Algunos padres son calmados y aceptan el hecho de su hijo está retrasado sin inmutarse exteriormente. Otras personas son emotivas por naturaleza y suelen reaccionar exageradamente ante esta situación culpándose a sí mismos o culpando a otros en forma irracional.

5. INVESTIGACIONES ACERCA DEL AUTOCONCEPTO.

En un intento por explicarse las funciones y características del autoconcepto se han realizado investigaciones que pretenden conocer la estabilidad, las propiedades y las diferencias del autoconcepto en poblaciones diversas, así como de encontrar relaciones causales entre el autoconcepto y algunas variables.

Holt (1958), en Inglaterra, realizó uno de los estudios más completos que se han hecho acerca de familias con niños con retrasos, describe un estudio muy negativo. Entrevistó a 201 parejas de padres para determinar la forma en que los afectaba la presencia en la familia de un niño atípico. Casi todos los padres estuvieron de acuerdo en que el niño retrasado necesita más cuidado que los hijos no retrasados, pero además, que algunos niños resultaban particularmente difíciles.

Catorce de los niños estaban tan profundamente impedidos que necesitaban de constante cuidado. Estos niños no podían ni andar ni comer por sí mismos, tampoco podían usar el retrete debidamente, por lo que la madre tenía que estar cuidándolos, lo cual resultaba para ella una carga tremenda.

Otros 63 niños eran lo suficientemente destructivos, agresivos o hiperactivos para necesitar una supervisión constante. En muchos casos, la madre ni siquiera podía ir al cuarto de baño sin exponerse a que el niño hiciera algo peligroso o destructivo.

De los niños retrasados 31 necesitaban que se les atendiera también durante la noche, lo cual significaba que los padres, especialmente la madre, nunca lograban dormir el tiempo necesario. Muchas de las madres nunca dejaban solo al niño.

En el 40 % de las familias, el esposo y la esposa nunca salían juntos a causa de los problemas a que daba lugar el niño. Algunas madres ni siquiera podían salir de compras por la excesiva actividad de su hijo; al niño no se le podía dejar solo en casa ni se le podía llevar a las tiendas. Además, muchos de los padres se quejaban de los gastos que suponía la crianza de un niño retrasado.

Un buen número de madres manifestaban señales muy claras de tremenda carga; tenían una salud precaria, un agotamiento crónico y daban señales de angustia. Varias de ellas habían tenido que internarse en un hospital a causa de estos síntomas, y dos de ellas habían amenazado con suicidarse. Muchas de las familias se caracterizaban por una cantidad extraordinaria de pleitos como efecto de la tensión, y otras se quejaban del aislamiento social en que vivían, en algunos casos por haber sido rechazadas por los vecinos. Los investigadores no encontraron ninguna familia que se hubiera adaptado plenamente a los problemas desde el punto de vista emocional.

Tizard y Grad (1961), entrevistaron a 80 madres que tenían niños con el síndrome de Down, para conocer las circunstancias en las que supieron por primera vez que su hijo tenía esa enfermedad al ser comunicada esta noticia por el médico. Solamente a 7 de ellas se les dijo la verdad en el

momento en que el médico sospechó por primera vez que el niño estaba retrasado, y solamente a 11 se les dijo cuando el diagnóstico fue confirmado. 28 de los médicos les dijeron a los padres algún tiempo después, y 29 de ellos nunca dijeron nada a los padres, dejando que ellos mismos descubrieran, de la manera en que pudieran, que su hijo era un retrasado mental.

Prácticamente todas las madres estuvieron de acuerdo en que el médico debe avisar a los padres en el mismo momento en que hubiera una sospecha sólida de retraso mental, en lugar de dejarlo para después.

Otros estudios se han encontrado básicamente los mismos fenómenos que encontró Holt (1958), Tizard y Grad (1961), Schonell y Watts (1956), pero Brasch en (1968) describe un estudio mas positivo. Este autor entrevistó a 177 padres de niños impedidos de Milwaukee, E.U.A. Hay que tener en cuenta que este estudio abarcó a todo tipo de niños impedidos, ciegos, sordos y con parálisis cerebral, al igual que el síndrome de Down y niños con lesión cerebral, encontrando pocas diferencias entre los padres de niños retrasados y padres de niños con otros impedimentos.

Entrevistó a los padres acerca de diversas actitudes y actividades, y sus conclusión general fue que, salvo algunas excepciones, el tener un niño impedido no parecía producir cambios substanciales de perspectiva, ni de actitudes, ni de prácticas de crianza infantil. Mientras que algunos de los padres habían consultado a cuatro o cinco médicos en un intento por obtener un diagnóstico exacto, la mayor parte sólo habla consultado a uno

o dos. Del grupo del síndrome de Down, solamente 16% había consultado a cuatro o más médicos. La única excepción a esto fue el grupo diagnosticado como víctimas de lesión cerebral (no todos los niños eran retrasados mentales), debido a la dificultad del diagnóstico, estos padres tenían la tendencia a buscar una mayor variedad de opiniones médicas.

La mayoría de los padres informaron que sus prácticas de crianza con el niño impedido no eran muy diferentes de las que usaban con sus hijos no impedidos, tampoco protegían al niño exageradamente, ni imponían más restricciones, los padres de niños impedidos suelen convertirse en solitarios sociales.

Por otro lado, la mayoría de los padres descubrieron que el niño impedido ponía muy pocas restricciones a su vida social, y muchos de los padres eran efectivamente miembros de diversas organizaciones locales, hablaban con toda libertad con los vecinos acerca de su niño enfermo, y no se traslucieron señales claras de culpabilidad o de vergüenza. (Hay que recordar que no todos los niños son retrasados).

Una pregunta crítica al considerar la terapia familiar es si los miembros de la familia tienen los recursos emocionales y cognoscitivos necesarios para alcanzar los cambios deseados. Algunas familias de niños impedidos confrontan enormes dificultades en llevar a cabo los cambios discutidos cuando su única ayuda está en la lección o terapia semanal. (Margalit, 1982).

El aprendizaje de los niños incapacitados necesitan soporte adicional al ego en la terapia. Un proyecto para alcanzar estrategias como una extensión de la terapia familiar es un patrón que fue probado con cinco familias después de que las prácticas regulares de recomendaciones y terapia habían fallado.

El sistema familiar está organizado alrededor de la ayuda, regulación, fomento y socialización de sus miembros, el terapeuta reúne a la familia para modificar patrones de conducta y funcionamiento de modo que éste pueda mejorar esas tareas. (Minuchin 1977).

La pregunta crítica del terapeuta ha de ser el considerar es si los familiares tienen los recursos cognoscitivos y emocionales para lograr los cambios deseados.

La situación de la familia con niños minusválidos es difícil y complicada. Los impedimentos del niño y su lento desarrollo, los arreglos especiales necesarios para su cuidado, entrenamiento y acompañamiento, las contrariedades y sueños perdidos, todo combina para crear presión, misma que tiende a romper el equilibrio familiar.

A estas presiones se agregan los problemas financieros, tensiones creadas por la inmadurez del niño en su auto-control, obstáculos en su comunicación y las dudas de los padres sobre el rol que ellos han jugado en el mismo problema.

La pregunta crítica no es si la familia es normal sino si es una familia efectivamente funcional en considerar las dificultades. La evaluación familiar usualmente se reparte en 4 áreas de actividad:

- 1) La aceptación de las diferencias entre varios miembros de la familia.
- 2) El balance entre productividad y emocionabilidad, o la habilidad de los miembros familiares en lograr sus roles eficientemente y al mismo tiempo ayudarse unos a otros.
- 3) Evaluación de los problemas de control y la habilidad para establecer patrones efectivos de liderazgo.
- 4) Evaluación del afecto familiar en el desarrollo de vías y significados para establecer y mantener una clara comunicación.

Algunas familias necesitan reestructurarse o reestructurar sus formas de ver, tratar, capacitar, ayudar a niños con problemas, tiene que establecer programas de ayuda y auxiliarse con los maestros del niño para para que el procedimiento de aprendizaje sea uniforme en la escuela y en el hogar. Los padres necesitan algún tiempo para recibir terapia y quedar capacitados para ayudar a sus hijos.

No pudo ser usada una evaluación unificada para las 5 familias estudiadas. cada familia tuvo mejoras diferentes y únicas, y cada niño subió un peldaño en su mejora comparado con sus dificultades previas.

Esto remarca que las 5 familias fueron capaces de beneficiarse con la terapia familiar y el proyecto sirvió como un punto de partida para introducir cambios en los rígidos sistemas familiares.

Shavelson y Marsh (1983) en un estudio subdividieron el autoconcepto general en académico, social, emocional y físico, cada uno de ellos puede ser a su vez subdividido. Una jerarquía relativa y estable de cogniciones representa la manera como el individuo se ve a él mismo y también proporciona las categorías para la autopercepción y la autoevaluación.

Los factores que confluyen en la formación de la automagen son: primero, la información directa o indirecta del mundo social; segundo, el proceso mediante el cual una persona lleva a su autopercepción y autoevaluación, por medio de sus cualidades y atributos, las habilidades o causas. También la memoria examina y provee una recuperación selectiva de la información acerca del "self". El fenómeno incluye a la reflexión y a la comparación. Estas comparaciones están basadas en las normas sociales, individuales o en criterios absolutos. Sin embargo, la manera más potente y eficaz para obtener conocimientos de las propias habilidades está basada en la comparación social.

En una investigación de adaptación psicosocial realizada por Shapiro y Tittle (1986) se entrevistaron a 50 madres mexicanas de bajos ingresos, 38 de las cuales tenían a un hijo incapacitado. Fueron identificados a través de una clínica ortopédica en un pueblo fronterizo en California. De éstas, 38 (76%) madres de un niño con deficiencia (MNCD), completaron el

estudio. Estas familias tenían un promedio de 4.6 niños, con una edad media de 8.2 años. De estos 38 niños, 16 habían tenido primer acceso prematuro de polio paralítica, 16 tenían un impedimento de movilidad fuerte, y seis tenían una serie de desórdenes congénitos. Más del 75% de los niños habían sido hospitalizados debido a sus problemas ortopédicos. Treinta madres de niños sin deficiencias (MNSD) fueron reclutadas de dos iglesias locales. 22 (73.3%) completaron el proceso de entrevistas. La naturaleza del niño es significativa, ya que los niños en este estudio eran de inteligencia normal, no se investigó la posibilidad de que tal relación existiera en presencia de retraso mental.

Varias medidas estandarizadas, así como una entrevista semiestructurada, fueron utilizadas en este estudio. Una escala de depresión del centro de estudios epidémicos, una media de salud física percibida, la media de apoyo social de Sarason. Las actitudes hacia personas fue medido con el Test de Actitudes hacia la Deficiencia, (A.T.D.P.) y la escala de ambiente familiar de Moos. Dos escalas más para medir la adaptación percibida del niño y la final para medir el stress percibido por tener un niño incapacitado en la familia. Comparando los grupos utilizando pruebas-t, chi-cuadrada, tau, c de Kendall dependiendo de la naturaleza ordinal o nominal de la variable. En el estudio trató de buscar las correlaciones de (MNCD) en equivalencia con (MNSD).

Los resultados significativos de las áreas demográficas, adaptación individual física y psicológica de la entrevistada, la adaptación del niño, función familiar, el apoyo social, las actitudes hacia las personas con deficiencias y la atribución de culpa, fueron:

- 1) No hubieron diferencias en términos de las edades u ocupaciones de los padres (casi el 90% de los hombres en ambos grupos estaban empleados, la mayoría en labor sin habilidades); la gran mayoría de las madres en ambos grupos eran amas de casa de tiempo completo. El nivel de educación de los padres era también aproximado el mismo en ambos grupos. Para la mayoría de las mujeres, esto significó menos de la educación primaria, con unas pocas habiendo completado los primeros años. A pesar de la equivalencia en la educación y ocupación, los (MNSD) proveían una vida mejor para sus familias: sus ingresos ganados eran significativamente más altos que los del otro grupo.

- 2) Las (MNCD) tendían a tener más hijos por familia, tendían a haber vivido un tiempo más corto en la comunidad, en general, vieron a sus hijos como significativamente menos adaptados, también sintieron que tenían muchos más problemas con sus hijos, pasaban menos tiempo con su hijo con deficiencias; sentían la presión significativamente más grande de tener a tal hijo, luego se caracterizaron por conflicto poco expresado y más control, tendían a enfatizar más los logros, pero estaban menos orientados intelectualmente y menos orientados activa-recreacionalmente; también se percibían a sí mismas como teniendo significativamente más apoyo social; que el grupo de familias con (MNSD).

En otro estudio, Edell-Fisher y Motta (1990) investigaron los autoconceptos de 30 pacientes con Síndrome de Tourette y sus madres y

30 niños normales en edad, sexo, y nivel socioeconómico similar y sus madres.

El síndrome de Tourette es un desorden neuro-psiquiátrico reconocido que tiene un curso crónico pero impredecible. Su emergencia está marcada por un tic facial seguido por tics motores y vocales. Este síndrome como otros desórdenes crónicos han sido reconocidos como fuentes de tensión que afectan a toda la familia (Crain, Sussman, y Weil, 1966).

Los resultados indicaron que mientras que los niños no diferían en autoconcepto, las madres de los pacientes con síndrome de tourette tenían autoconcepto más bajos que las madres de los controles, la cercana similitud de las medidas de los dos grupos sugiere que la significación clínica de la diferencia de grupo debe ser interpretada con cautela. Los autoconceptos de los padres fueron medidos por la Escala Tennessee de Autoconcepto.

Investigaciones anteriores Tower (1980) y Tymchuk (1979) sugieren que las actitudes de los padres hacia sí mismos, las percepciones de los niños del comportamiento de sus padres (Crase, Foss y Colbert, 1981; Gaybill, 1978), y la adaptabilidad familiar (McCubbin, 1982) todo esto afecta a la adaptación emocional de un niño, sugiriendo que los miembros familiares deben ser considerados en el tratamiento a los niños con dicho síndrome. Además, la severidad de la enfermedad correlacionada positivamente con los reportes de los niños de disturbios en el comportamiento y humor disfórico, aunque no con el autoconcepto total.

Los padres de pacientes con síndrome de Tourette frecuentemente experimentan problemas, es especialmente difícil el período de tiempo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico formal. Al mismo tiempo, Cohen, Dellor, Shaywitz, y Leckman, (1982) concluyen que el grado al cual la madre o el padre percibe los síntomas del niño como perjudiciales a la autoestima del padre afectará la autoevaluación del niño. Cuando los padres tienen hijos con problemas, es más probable que experimenten emociones negativas hacia sí mismos tales como tensión, aflicción, autodegradación manifestada en culpa, depresión y vergüenza (Tymchuk, 1979).

El síndrome de Tourette, al igual que otros desórdenes crónicos, afectan a toda la familia y el entender las reacciones de otros miembros de la familia deberá ayudar en el tratamiento del paciente. Finalmente, los padres mismos pueden requerir de un apoyo emocional mayor para enfrentar las necesidades cambiantes del niño y de la familia.

En este estudio de Feagans, Merriwether y Haldane, (1991) examinaron si el modelo teórico "el bien de encajar" aplicado a familias con y sin niños con deficiencias de aprendizaje, sería valioso en el entrenamiento de la actuación del niño en la escuela. Una entrevista en el hogar condujo con 63 familias con un niño con deficiencias de aprendizaje y 53 familias con un niño comparable sin deficiencias de aprendizaje. Se encontró que dentro de ambos grupos de familias, los niños que fueron calificados como "mal encajados" en el hogar demostraron un comportamiento menos positivo en el salón de clases y menores logros. Otros autores proponen que los padres son importantes para ayudar al niño

con deficiencias de aprendizaje (D.A.) a adaptarse en la escuela. Tolison, Palmer y Stowe (1987) encontraron que, aunque las madres esperaban menos de sus hijos con Da, aquellas madres quienes sí esperaban menos tenían niños quienes la hicieron mejor en las tareas de logro.

El modelo utilizado fue el de "bien encajar", desarrollado inicialmente por Tomas y Chess (1977) para describir mejor las relaciones temperamento/contexto. Este modelo es similar en muchas formas a algunos usados en la literatura de retraso mental en familias en las que ha habido un intento de ver al niño y a la familia dentro de un estudio de los sistemas ecológicos, tratando de entender cómo el ajuste en un ambiente está relacionado al ajuste en otro (Cmic, Friedrich, y Greenberg, 1983; Frey, Greenberg, y Fewell, 1989; Gallimore, Weisner, Kauffman, y Bemheimer, 1989; Turnbull, Summers, y Brotherson, 1986).

El estudio de Seybold, Fritz y MacPhee (1991) examina la relación entre el tipo y funcionamiento de la red de apoyo y la autopercepción de 63 madres con niños retardados, las madres reportaron más ayuda significativa, como: apoyo emocional tanto de la red formal como de la informal. La satisfacción con apoyo fue relacionado para la percepción de la madre de su participación de parentesco y su habilidad para equilibrar las múltiples actitudes del medio social demandadas.

Las madres de niños con retardo más severo estuvieron menos satisfechas con el apoyo recibido y obtenido de los pocos amigos o familiares en quienes ellas confiaban. Aquellas con más recursos familiares

(un pariente participativo o con alto nivel de educación) decidieron usar más apoyo formal.

Se invitaron a 92 madres de niños con problemas de retardo mental, 63 contestaron los cuestionarios enviados(68%). El rango de las madres fue de 20 a 41 años, fueron predominantemente anglos (75%) o hispanas (22%) y eran casadas 75%, con un promedio de 2.5 hijos, tenían 12 o menos años de estudios, 46% solo tuvieron estudios en el hogar, 11% estaban desempleadas, y los padres que estaban empleados tendían a trabajar en ocupaciones desagradables, esto dio el estatus ocupacional de familia.

La mayoría de las madres clasificaron la incapacidad de sus hijos desde un suave 29% a un moderado 40%, en la escala de 1 a 4 (suave a serio). La homogeneidad de la muestra pudo ser usada para probar la hipótesis de que el aislamiento de las redes de apoyo es una función de severidad del retardo mental.

Las redes sociales de ayuda existen a varios niveles como la familia, amigos, profesionales y organizaciones de la comunidad, cada una de las cuales afectan la relación padres-hijo.

En la presente investigación se pretende conocer el autoconcepto de padres con hijos atípicos debido a la falta de información referente a los padres ante esta situación y así tener información que ayude a profesores psicólogos, especialistas en la materia, investigadores, a encontrar soluciones de salud mental integral para toda la familia.

II. METODOLOGIA

METODOLOGIA

1. PROBLEMA:

¿Cuál es el autoconcepto de los padres de hijos atípicos con retraso mental que asisten a clase de educación especial en el Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México del Plantel Tlalpan en la Ciudad de México ?

2. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el autoconcepto de los padres de hijos con retraso mental que asisten a clases de educación especial en el Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México del Plantel Tlalpan.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Determinar el autoconcepto de acuerdo al nivel educativo de los padres con hijos atípicos que asisten a clases de educación especial en el Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México del Plantel Tlalpan.

- 2) Determinar el autoconcepto de acuerdo a la edad de los padres con hijos atípicos que asisten a clases de educación especial en el Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México del Plantel Tlalpan.
- 3) Determinar el autoconcepto de padres conforme al retraso mental que presenten sus hijos atípicos que asisten a clases de educación especial en el Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México del Plantel Tlalpan.

4. HIPOTESIS:

H_t: Existen diferencias significativas en el autoconcepto de padres a nivel educativo y edad, y de acuerdo a la enfermedad del hijo atípico.

H_o: No existen diferencias significativas en el autoconcepto de padres a nivel educativo y edad, y de acuerdo a la enfermedad del hijo atípico.

H₁: Existen diferencias significativas en el autoconcepto de acuerdo al nivel educativo de padres con hijos atípicos.

H₂: Existen diferencias significativas en el autoconcepto de acuerdo a la edad de padres con hijos atípicos.

H₃: Existen diferencias significativas en el autoconcepto de los padres de acuerdo al hijo atípico.

5. VARIABLES:

V.D.: El autoconcepto.

V.I.: - Padres con hijos atípicos.

- Nivel educativo.
- Edad.
- Enfermedad específica del hijo atípico:

- * Síndrome Down.
- * Síndrome Edwards.
- * Síndrome de Lejeune. (Maullido de gato).
- * Autismo.
- * Retraso Mental.

6. DEFINICION DE TERMINOS: CONCEPTUAL.

AUTISMO: Forma de pensamiento muy subjetivo, ideosincrático, que no atiende a la realidad; característico de la esquizofrenia. Se atribuyen significados subjetivos y fantasiosos en la realidad externa. La preocupación por el mundo privado puede hacer que el individuo autista se sustraiga a la realidad externa (Goldman, 1984).

AUTOCONCEPTO: Es la percepción que uno tiene de sí mismo; específicamente, con las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia, y aceptabilidad social (La Rosa, 1986).

EDAD: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la de un organismo que se ha desarrollado completamente en la edad adulta. Es la duración de la vida. (Caseres, 1979).

PADRES CON HIJOS ATÍPICOS: Es la relación entre el padre, la madre con su hijo que es atípico influenciada por sus familiares. La perspectiva del desarrollo que refleja aumento de cambios en la crianza de cada miembro de la familia, cuando uno tiene un hijo retrasado mental o niño atípico. Este retraso es cronológico del pensamiento en el mismo sujeto, influenciado por el menosprecio familiar y al entrenamiento de padres. (Patton, J., Beime-Smith, M. y Payne, J. 1990).

NIVEL EDUCATIVO: La educación es una idea que nació por los especialistas para la educación para todas las personas para un sistema escolar y universitario tradicional. Es la recibida a cualquier nivel de la vida, recibida y ejercida en cada hombre. (Maheu, R. 1973).

RETRASO MENTAL: La American Association on Mental Deficiency (1977), la define como "funcionamiento intelectual muy por debajo del promedio que se origina durante el periodo del desarrollo, y que se acompaña de uno o más de los siguientes aspectos: maduración, aprendizaje o adaptación social".

SINDROME DOWN: Es una anomalía cromosómica que consiste por grandes porcentajes de casos de moderado a severo retraso mental. Generalmente acompañado por manifestaciones clínicas como epilepsia, lengua larga, el puente de la nariz aplastada y poco tono muscular. Es el trastorno más frecuente que produce retraso mental debido por la trisomía del cromosoma 21 ó la no disyunción del mismo, el retraso mental puede encontrarse a cualquier nivel. (Goldman, 1986).

SINDROME EDWARDS: Consiste en la trisomía del par 18 de los cromosomas, son niños de recién nacidos de poco peso, hipertónicos, fundamentalmente hembras, el fenotipo es característico con delicocefalia, orejas dismórficas, micrognatia, pies en mecedora y dedo gordo en martillo, se asocian malformaciones cerebrales, renales y cardíacas así como retraso mental la supervivencia no suele sobrepasar los 2 años, por lo que habitualmente no se puede determinar el cociente intelectual. (Diccionario enciclopédico de educación especial, 1988).

SINDROME LEJEUNE (MAULLIDO DE GATO): Es una trisomía cromosómica. Presenta también oligofrenia y al nacer un llanto típico de diagnóstico definido y conocido como "maullido de gato", esto es debido a una hipogenesia de la laringe que suele desaparecer con el paso del tiempo. Se informa con una frecuencia muy variable, según los países, por tratarse de un proceso ligado a ciertas deleciones de tipo familiar, variando las características entre 1 por 1,000 y 1 por 50,000 en recién nacidos consiste en una deleción parcial del brazo corto del cromosoma 5. En el fenotipo existe microencefalia facies de luna llena, nariz aplastada, epicantero, hipertelorismo, inclinación palpebral antimongoloide, orejas de

implantación baja, micrognátia, y en algunas ocasiones atrofia óptica. (Diccionario enciclopédico de educación especial, 1988).

OPERACIONAL.

AUTISMO: Es el diagnóstico proporcionado por el asesor del S.E.E. Se caracteriza por la incapacidad del pensamiento aparente, con introspección de la realidad.

AUTOCONCEPTO: Es el puntaje que el sujeto obtiene en la escala de La Rosa (1986).

EDAD: Es la referida por el individuo en el momento de contestar el cuestionario.

PADRES CON HIJOS ATÍPICOS: Son los padres que asisten al C.E.D.H., llevando a su hijos atípicos al S.E.E. de la Universidad del Valle de México del Plantel Tlalpan.

NIVEL EDUCATIVO: Es el último año de estudios reportado por el encuestado.

RETRASO MENTAL: Es el diagnóstico proporcionado por el asesor del S.E.E. Es la función disminuida de la capacidad de pensamiento desde el nacimiento, por enfermedad o lesión del cerebro.

SINDROME DOWN: Es el diagnóstico proporcionado por el asesor del S.E.E. Es la no disyunción del cromosoma 21, se caracteriza por retraso mental, afección cardíaca y fenotípicamente característico.

SINDROME EDWARDS: Es el diagnóstico proporcionado por el asesor del S.E.E. Es una enfermedad caracterizada por una deformación en las orejas, pies en mecedora, dedo gordo en martillo, bajos de peso, debida a la trisomía del cromosoma 18.

SINDROME DE LEJEUNE: Es el diagnóstico proporcionado por el asesor del S.E.E. Es una enfermedad caracterizada por un llanto típico conocido como maullido de gato, una cara de luna llena, provocada por una monosomía del cromosoma 5.

7. POBLACIÓN: Las familias con hijos atípicos en educación especial del Servicio de Educación Especial de la Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan .

8. MUESTRA: Se considero a adultos padre y/o madre que se encuentre en el Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Valle de México que cumplan con los siguientes requisitos:

- Tener un hijo atípico en tratamiento (autismo, S. Down, S. Edwards, S. Lejeune, retraso mental), del Centro de Educación y Desarrollo Humano.

- Que el adulto tenga una edad entre 19 a 50 años de edad.
- Que el nivel educativo del adulto sea básico o superior.

La muestra quedó constituida por 47 adultos que llevan a los niños al CEDH., 25 asistían al turno matutino y 22 asistían al turno vespertino; de estos, 7 fueron hombres y 40 fueron mujeres; con dos rangos de edad de menos de 35 años y más de 36 años, en donde 22 sujetos tenían entre 19 y 35 años y 25 tenían entre 36 y 50 años, la media más alta la tuvieron los padres mayores de 36 años. Respecto al nivel educativo los que tenían primaria, los de secundaria y los que tenían preparatoria o carrera comercial, y el tipo de enfermedad del niño.

Las características de la muestra en estudio fueron las siguientes:

- 1) NO PROBABILISTICO:** Este tipo de muestreo se basa en las apreciaciones del investigador, se utiliza frecuentemente por consideraciones prácticas de costo y tiempo. (Pick y López, 1979).
- 2) PROPOSITIVO:** Este tipo de muestreo se emplea cuando no es necesario que la muestra realmente represente a toda la población, como es el estudio de una población ó muestra específica, de los cuales queremos conocer sus actitudes con respecto a algún objeto, acción o persona. Este tipo de muestreo es utilizado para conocer la opinión de ciertas personas con un instrumento diseñado. (Pick y López, 1979).

- 3) ALEATORIO SIMPLE:** Porque todos los sujetos tienen la misma posibilidad de participar en la investigación. (López y Pick, 1979).
- 4) POR CUOTAS:** Primero, deben conocerse la población que se está estudiando para hacer una clasificación de estratos de acuerdo con los objetivos del estudio. No es necesario tomar una proporción representativa de cada estrato. Por lo tanto, el muestreo de cuota constituye un método de muestreo estratificado en el cual la selección dentro de los estratos no es al azar sino accidental. (Pick y López, 1979).

9. TIPO DE INVESTIGACION:

Las características de la investigación del estudio fueron las siguientes:

- 1) EXPOST FACTO DE CAMPO:** Trata de estudiar un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales, se realiza en el medio natural que rodea al individuo, y puede o no ser experimental, este estudio consiste en que los resultados se pueden generalizar a la población, en caso de que la muestra sea representativa. Esta se utilizó debido a que no se tuvo control directo sobre las variables independientes, porque ya habían ocurrido sus manifestaciones. (Pick y López, 1979).

2) EXPLORATORIO: Este tipo de estudio se utiliza cuando no se tiene una idea específica de lo que se quiere investigar o para lograr una primera aproximación al fenómeno y ver cómo se relaciona con ciertos eventos que suceden a su alrededor; sirve para el estudio de fenómenos que no se han investigado previamente o que no ha sido estudiado en la población específica. (Pick y López, 1979).

3) TRANSVERSAL: Este tipo de estudio se realiza en un momento determinado, lo que interesa es el fenómeno en el presente. (Pick y López, 1979).

10. DISEÑO:

Para una muestra independiente, indica que se trabaja con una sola muestra extraída de una población determinada. Se utiliza este diseño debido a que es un estudio exploratorio. (López y Pick, 1979).

11. INSTRUMENTO:

El instrumento empleado fué la Escala de Autoconcepto elaborado por La Rosa (1986). Esta Escala de autoconcepto es el resultado de cinco estudios piloto y una aplicación final, involucrando a un total de 2,626 sujetos de ambos sexos.

El análisis factorial utilizado en la construcción y evaluación de la escala, indicó que existen cinco dimensiones básicas: la social, la emocional, la ocupacional, la ética y la de iniciativa, las cuales se correlacionaron significativamente entre sí, el promedio obtenido fue de $r=0.40$ en donde $p < 0.001$.

Para obtener la confiabilidad interna de la escala, se utilizó el "alpha de Cronbach" arrojando un coeficiente global de 0.94.

La escala tuvo una correlación significativa con otras escalas: locus de control y otra de adecuación afiliativa lo que indica que el instrumento se comporta en la forma esperada.

La prueba contiene 72 reactivos bipolares compuestos por dos adjetivos contrarios; entre estos dos adjetivos existe un continuo de siete líneas, la línea junto al reactivo indica que esa característica se posee en mayor grado. El espacio central indica que el individuo no se describe con ninguno de los dos adjetivos. Y las líneas, entre la central y la extrema, muestra la direccionalidad del adjetivo en cantidad (poco o bastante).

Para fines de evaluación, las líneas entre los adjetivos positivos de izquierda a derecha van en un continuo del 1 al 7 y para los adjetivos negativos van en un continuo de 7 al 1.

Para obtener la calificación por áreas se suman los puntajes de cada reactivo que la construye. También se puede conseguir la calificación total sumando el puntaje del total de reactivos. Dada la riqueza del análisis

factorial, este instrumento se presta a ser calificado de diversas maneras dependiendo de los objetivos del estudio.

Aquí se utilizaron los puntajes de cada área, para determinar si existe relación con el rendimiento escolar.

La Escala esta conformada por cinco dimensiones básicas: social, emocional, ética, ocupacional e iniciativa; a continuación se explicarán brevemente cada una de ellas.

A. DIMENSION SOCIAL: Se refiere al comportamiento del individuo en interacción con sus semejantes, abarca tanto la relación con sus familiares y amigos como la manera en que una persona realiza sus relaciones con sus jefes o subalternos, conocidos o no. Esta dimensión esta representada por tres factores:

- a) **Sociabilidad Afiliativa:** especifica en el polo positivo el estilo afiliativo o de relacionarse con los demás.
- b) **Sociabilidad Expresiva:** se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social.
- c) **Accesibilidad:** define, en el aspecto positivo, la persona accesible a la cual se aproximan los demás con confianza y que podrán contar con su comprensión.

B. DIMENSION EMOCIONAL: Abarca los sentimientos y emociones de uno, considerados desde un punto de vista intraindividual, interindividual y del punto de vista de sanidad o no. Se divide en 3 áreas:

- a) Estados de Ánimo: caracteriza la vida emocional intraindividual, o sea, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad.
- b) Sentimientos Interindividuales: considera los sentimientos interindividuales, en donde el otro es el objeto de los sentimientos personales.
- c) Salud Emocional: enfoca los aspectos intra e interindividuales desde el punto de vista de salud mental.

C. DIMENSION OCUPACIONAL: Se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión y se extiende tanto a la situación del trabajador como del funcionario o del profesional.

D. DIMENSION ETICA: Concieme al aspecto de congruencia o no con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una cultura dada. La felicidad del individuo depende de que alcance sus ideales, mantenga una relación armónica con los demás individuos y tenga la posesión de bienes necesarios para la supervivencia y desarrollo.

E. DIMENSION INICIATIVA: Se refiere a la capacidad del individuo a emprender actividad humana, incluso la social (sumiso - dominante). Esta subescala de la iniciativa del individuo en situaciones sociales y por ese se asemeja y corresponde, en parte, a subescalas que miden liderazgo. Desde otro punto de vista, la iniciativa puede referirse a una característica de personalidad que se aplica al estilo de como el individuo desempeña sus actividades u ocupación. Además de agrego un cuestionario cerrado para averiguar los datos de los padres concernientes al sexo, la edad, el nivel educativo, tipo de estado civil; la enfermedad del hijo su edad y tiempo de estancia en el S.E.E.

12. ESCENARIO: La aplicación del instrumento fue en un salón de clase del Servicio de educación Especial del Centro de Educación y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México Plantel Tlalpan, en horas normales de clases, en ambos turnos.

13. TRATAMIENTO ESTADISTICO: Se realizó un análisis descriptivo a través del análisis de frecuencias, para conocer cuantos sujetos presentan alguna de las características o rangos de las variables; medidas de tendencia central para saber lo que es común en la muestra, en este caso se utilizó la media, para saber en que caé el 50 % de los casos.

Las medidas de la tendencia central sirven para conocer el "promedio" de una muestra o población, el uso de estas medidas proporcionan información concerniente a un conjunto de datos, existen tres medidas de la tendencia central: la media aritmética, la mediana y la moda.

La Media Aritmética (\bar{x}), es la suma aritmética de las medidas, divididas entre el número total de mediciones. La fórmula general es la siguiente:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

La Moda (M_o) es la medida que ocurre el mayor número de veces (la que tiene la mayor frecuencia, f , de aparición) en una muestra dada.

La Mediana (M_e), es cuando uno de los datos o mediciones de una muestra se han ordenado en forma creciente o decreciente, la mediana (M_e) es el valor cuyo nivel modal es $\frac{(n+1)}{2}$, o bien, $\frac{n}{2}$, cuando el número de casos es impar o par, respectivamente.

La frecuencia o número de veces que ocurre un mismo dato. La fórmula general es:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^q (f_i x_i)}{\sum_{i=1}^q f_i}$$

Así mismo, $f_i x_i$ es el producto de cada frecuencia y cada valor de x ; $\sum (f_i x_i)$ es la sumade estos productos y $\sum f_i$, es la suma de las frecuencias, que equivale a n , el tamaño de la muestra. Para simplificar pueden omitirse los subíndices i).

En la estadística descriptiva existe un concepto muy útil la frecuencia relativa (f_r), que consiste simplemente en transformar la frecuencia absoluta (f) en porcentajes, y entonces n (el total de los casos equivale a 100%. Si la frecuencia relativa obtenida en cada intervalo suma a la del intervalo anterior, y se totaliza, se obtiene así la frecuencia relativa acumulada (f_m).

Para saber la medida de dispersión, se utilizó la desviación estándar, con el fin de conocer la variación de los puntajes de los individuos en cada una de las variables dentro de la muestra.

Las Medidas de Dispersión o Variabilidad ó Medidas de Variabilidad, a diferencia de las medidas de la tendencia central, la distribución de dichos datos forma una curva completamente diferente, esto ocurre porque las "distancias" de los datos tienen diferentes concentraciones con respecto al punto de equilibrio, que está representado por la media aritmética. Por lo

tanto es necesario conocer la "densidad" de los datos en relación a la concentración, homogéneidad y variación. La amplitud de la variación o intervalo total (o "rango"), nos indica cuánto varían los puntajes del grupo.

La Desviación Estándar que es una medida de variabilidad que se simboliza con "s" para muestras, y con " σ " para una población. Su fórmula es la siguiente:

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Para sustituir los datos en la fórmula, primero se eleva al cuadrado la diferencia de cada uno de los puntajes con respecto al valor de la media aritmética, o sea $(x - \bar{x})^2$, sumando todas las desviaciones cuadradas en cada uno de los grupos, se obtiene $\sum (x_i - \bar{x})^2$.

Así mismo se utilizó el Análisis de Varianza (ANOVA) para saber si existen o no diferencias significativas entre el grupo, en las variables estudiadas, además de conocer el peso o fuerza de cada una de las diferencias en las relaciones.

La Varianza, es la elevación al cuadrado de cada una de las desviaciones respecto de la media aritmética, sumando y dividiendo entre $(n - 1)$.

$$s^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}$$

Se empleó el Análisis de Correlación de Pearson para la prueba estadística de probabilidad exacta de Fischer y Yates, es el procedimiento más eficaz en la escala nominal con dos muestras independientes. Cálcula directamente la probabilidad de una serie de arreglos de frecuencias observadas en una tabla de contingencia de 2 x 2, dada en una distribución hipergeométrica. La fórmula es la siguiente:

$$p = \frac{(A + B)!X(C + D)!X(A + C)!X(B + D)!}{GT!A!B!C!D!}$$

Para todo valor de probabilidad igual o menor que 0.05, se acepta H_a y se rechaza H_o .

14. PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS:

Para realizar este estudio se empleo la escala de Autoconcepto de La Rosa (1986), el instrumento se aplicó a los sujetos en un salón de clases de los niños en horas normales de clase y en ambos turnos. Se solicito autorización al coordinador del área para permitir aplicar un cuestionario. A continuación me presente ante el grupo de señores y les pedí que por favor contestaran los cuestionarios y el propósito de esta aplicación era para realizar una investigación y les agradecía su ayuda.

Se realizó una selección de los padres que asisten al Servicio de Educación Especial preguntando los siguientes datos:

- Edad del padre o la madre.
- Tipo de problema del hijo atípico por el que se encuentra allí.
- Ocupación del padre y salario recibido.
- Grado máximo de estudios que curso el padre.

Si cumplían con los requisitos de selección de muestra se le entregó el cuestionario a cada uno de ellos, se le indicaron las instrucciones para resolverlo "por favor, no contesten nada hasta escuchar las instrucciones", y se pasó a la resolución del mismo. En la primera hoja del cuestionario se pidieron los datos sociodemográficos; cuando todos terminaron y se les dijo que pasaran a la segunda hoja donde se encontraban las instrucciones de la escala de Autoconcepto de La Rosa (1986) y se les leyeron; al término de la lectura "se les pregunto si tenían alguna duda, o no entendían algún término" y se les explicaría de nuevo en caso que las tuvieran. Volviendo a pedir a los padres que no dejaran ningún renglón sin contestar. Los cuestionarios se recogieron conforme los iban contestando, Al terminar de recogerlos "se les agradeció su cooperación".

Las instrucciones de los datos sociodemograficos fueron: "Conteste a las preguntas lo mejor posible sin dejar ninguna pregunta en blanco, las preguntas son: Edad del padre, sexo, nivel educativo (primaria, secundaria,

preparatoria, técnica o comercio, profesional), Estado civil, tiempo de estar casado, edad del hijo y tipo de enfermedad del hijo".

Al terminar de contestar las preguntas se les pidió pasar a la siguiente hoja leyendo las instrucciones: " A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describirle. Ejemplo:

Flaco (a)			X			Obeso (a)	
	Muy	Bastan	Poco	Ni fla	Poco	Bastan	Muy
	flaco	te fla	flaco	co ni	obeso	te obe	obeso
		co		obeso		so	

En el ejemplo de arriba se puede verificar cómo hay siete espacios entre 'flaco' y 'obeso'. El espacio cuanto más cerca está de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es flaco ni obeso.

Si usted se cree muy obeso, pondrá una 'X' en el espacio más cerca de la palabra obeso; si se percibe como bastante flaco, pondrá la 'X' en el espacio de en medio. O si es el caso, en otro espacio.

Conteste en los siguientes renglones, como en el ejemplo de arriba, tan rápido como sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión.

Conteste en TODOS los renglones, dando la UNICA respuesta en cada renglón.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Conteste aquí COMO USTED ES y NO COMO LE GUSTARIA SER.

Gracias."

III. RESULTADOS

RESULTADOS

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

De acuerdo a los resultados obtenidos usando el paquete SPSS (Statistics Program of Sciences Social), se describe a continuación el análisis a través de tres programas los cuales serán presentados en el siguiente orden: en primer lugar se hizo un análisis descriptivo a través de una tabla de "análisis de frecuencias", conteniendo frecuencias relativas y absolutas, medidas de tendencia central y dispersión, en la población estudiada a continuación se describen estos hallazgos, como una visión del panorama elegido para conocer la relación de autoconcepto (autoestima) que puedan tener cada uno de los sujetos, en segundo lugar se aplicó un análisis de varianza (ANOVA); y en tercer lugar se aplicó un análisis de correlación de Pearson.

ANALISIS DE FRECUENCIAS

La muestra utilizada en la investigación estuvo constituida por 47 padres (padre, madre), de los cuales 40 (85.1%) fueron mujeres y 7 (14.9%) fueron hombres.

Tabla 1. Frecuencias y porcentaje de sexo.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	40	85.1
MASCULINO	7	14.9

En edad de los sujetos de ambos sexos del total de los padres, 22 (46.8%) sujetos tenía entre 19 y 35 años, y 25 (53.2%) sujetos tenía entre 36 y 50 años, siendo el rango de edad de ambos sexos de 19 a 50 años.

Tabla 2. Rango, frecuencia y porcentaje de edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
19 a 35	22	46.8
36 a 50	25	53.2

Respecto al nivel educativo de los padres 17 (36.2%) sujetos contaron con primaria, 17 (36.2%) sujetos con secundaria y 13 (27.7%) sujetos con preparatoria o comercio.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje del nivel académico.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	17	36.2
SECUNDARIA	17	36.2
PREPARATORIA O COMERCIO	13	27.7

Respecto al tipo de unión: unión libre fueron 6 con 12.8% y casados fueron 41 con 87.2%.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de tipo de unión.

TIPO DE UNIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTEROS O SEPARADOS	6	12.8 %
CASADOS	41	87.2 %

Para el tiempo de duración de la relación de unión libre: 3 tenían entre 3 a 5 años (6.4%) y 3 tenían entre 5 y 10 años (6.4%) en relación a los casados 11(23.4%) tienen menos de doce años de casados, 16 (34%) entre 13 y 19 años y 14 (29.8%) sujetos tienen entre 20 a 30 años de casados. Por lo tanto 41 (87.2%) sujetos eran casados y 6 (12.7%) sujetos eran solteros o separados.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de tiempo de unión.

TIEMPO DE UNIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTEROS O SEPARADOS:		
3 A 5 AÑOS	3	6.4 %
5 A 10 AÑOS	3	6.4 %
CASADOS:		
0 A 12 AÑOS	11	23.4 %
13 A 19 AÑOS	16	34.0 %
20 A 30 AÑOS	14	29.8 %

De acuerdo a la enfermedad del hijo, 29 (61.7%) niños presentan Síndrome Down, 14 (29.8%) niños tienen otras disfunciones (autismo, Síndrome Edwards, Síndrome Leujeune, retraso mental), y solamente de 4 (8.5%) niños no contestaron al reactivo.

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de la enfermedad del hijo.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
S. DOWN.	29	61.7
OTRAS DISFUNCIONES.	14	29.8
NO CONTESTARON.	4	8.5

Respecto a la edad del hijo, 15 (31.9%) niños tienen de 0 a 8 años, 21 (44.7%) niños tienen de 9 a 11 años y 10 (21.3%) niños tienen de 12 a 21 años; solamente 1 (2.1%) sujeto no proporciono el dato del niño.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de la edad del hijo.

EDAD DEL HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 8	15	31.9
9 a 11	21	44.7
12 a 21	10	21.3
SIN DATOS.	1	2.1

El tiempo de estancia del niño en el Servicio de Educación Especial son: 3 individuos (6.4%) con 1 año, 2 (4.3%) individuos con 2 años, 3 (6.4%) individuos es de 3 años, 1 (2.1%) individuo con 4 años, 1 (2.1%) individuo con 5 años, 1 (2.1%) individuo con 6 años, 2 (4.3%) individuos con 7 años y 34 (72.3%) individuos no proporcionaron datos.

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes del tiempo de estancia del hijo en el Servicio de Educación Especial..

T. EN EL S.E.E.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 AÑO	3	6.4
2 AÑOS	2	4.3
3 AÑOS	3	6.4
4 AÑOS	1	2.1
5 AÑOS	1	2.1
6 AÑOS	1	2.1
7 AÑOS	2	4.3
SIN DATOS	34	72.3

ANALISIS DE CONFIABILIDAD.

A la escala de autoconcepto se le aplicó el análisis de confiabilidad a través del alfa de Cronbach, para observar la consistencia interna del instrumento en general, así como de cada una de las escalas, obteniéndose los siguientes resultados. (Ver gráfica 1 en el anexo "A").

Tabla 9. Reactivos y el alfa de confiabilidad de Cronbach al instrumento.

DIMENSION	REACTIVOS	ALFA
ESCALA TOTAL	56	.9052
ESCALA SOCIAL	21	.7695
ESCALA OCUPACIONAL	5	.8256
ESCALA EMOTIVO	21	.8110
ESCALA ETICO	5	.7064
ESCALA INICIATIVA	4	.3654

Nivel de confiabilidad alfa= .8877

ANALISIS DE VARIANZA (ANOVA).

Finalmente se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) para observar las diferencias por escolaridad y edad de los padres y el problema del niño; a continuación presentando las (\bar{x}) medias obtenidas:

De acuerdo a la edad, los resultados señalan que la media más alta fue en la Escala de Iniciativa con los sujetos cuya edad era menores de 35 (\bar{x} = 3.47) y mayores de 36 años (\bar{x} = 3.86). Este dato de iniciativa se

contrastó con la Escala Etico que se determinó con la media más baja en los sujetos menores de 35 años ($\bar{x} = 2.10$) y mayores de 36 años ($\bar{x} = 2.50$), las conclusiones se muestran posteriormente. (Ver gráfica 2 en el anexo "A").

Tabla 10. Dimensión y edad de los padres.

DIMENSIÓN	EDAD	
	< 35	> 36
SOCIAL	2.77	3.00
EMOCIONAL	2.65	3.13
ETICO	2.10	2.50
INICIATIVA	3.47	3.86
OCUPACIONAL	2.18	2.54

Con respecto a la escolaridad, los resultados al ser contrastados señalan que la media global más alta fue en la Escala de Iniciativa con los sujetos cuya más escolaridad fue de primaria ($\bar{x} = 4.11$). Incluso las medias más altas fueron en la Escala de Iniciativa con los sujetos de secundaria ($\bar{x} = 3.30$) y de preparatoria o comercio ($\bar{x} = 3.75$).

La comparación con la media global más baja que se encontró es la Escala Etico en los sujetos de escolaridad de secundaria ($\bar{x} = 2.21$). En las otras dimensiones más bajas encontradas fueron en la relación de la Escala Etico con los sujetos con primaria ($\bar{x} = 2.30$) y preparatoria o comercio (2.45). (Ver gráfica 3 en el anexo "A").

Tabla 11. Dimensión y escolaridad de los padres.

DIMENSION	ESCOLARIDAD		
	PRIMARIA	SECUNDARIA	COMERCIO
SOCIAL	2.92	2.96	2.80
EMOCIONAL	3.00	3.01	2.71
ETICO	2.30	2.21	2.45
INICIATIVA	4.11	3.30	3.75
OCUPACIONAL	2.59	2.22	3.37

De acuerdo con el tipo de problema del hijo, los resultados señalan que la media más alta fue en la Escala de Iniciativa con los sujetos que tienen otros tipos de problema diferentes al S. Down ($\bar{x} = 4.00$). Seguidos con el grupo de sujetos con S. Down (3.09).

La comparación con la media más baja que se encontró es con la Escala Ético en los sujetos que tienen S. Down ($\bar{x} = 2.20$). Seguidos por los sujetos que tienen otros tipos de problemas ($\bar{x} = 2.39$). (Ver gráfica 4 en el anexo "A").

Tabla 12. Dimensión y tipo de problema del hijo.

DIMENSION	TIPO DE PROBLEMA	
	S. DOWN	OTROS
SOCIAL	2.66	3.02
EMOCIONAL	2.61	3.08
ETICO	2.20	2.39
INICIATIVA	3.09	4.00
OCUPACIONAL	2.21	2.47

ANALISIS DE CORRELACION DE PEARSON.

La correlación se efectuó tomando como base la agrupación de los reactivos que exploran las diferentes actitudes para diferenciar la correlación entre cada uno de ellos, los resultados obtenidos se mencionan a continuación:

- a) La Escala Social correlacionó con la Escala Etico (.6933), la Escala Emocional (.6343) y la Escala Ocupacional (.6211).
- b) La Escala Emocional correlacionó con la Escala Social (.6343), la Escala Ocupacional (.5378) y la Escala Etico (.4849).
- c) La Escala Etico correlacionó con la Escala Social (.6933), y la Escala Ocupacional (.6754).
- d) La Escala Ocupacional correlacionó con la Escala Etico (.6754), y la Escala Social (.6211), y la Escala Emocional (.5378).

Todas las escalas correlacionaron entre sí excepto la Escala de Iniciativa que no correlaciono con ninguna escala. (Ver gráfica 5 en el anexo "A").

Tabla 13. Correlación de Pearson entre las escalas.

SOCIAL	1.0000	.6343**	.6933**	.2991	.6211**
EMOCIONAL	.6343**	1.0000	.4849**	.1575	.5378**
ETICO	.6933**	.4849**	1.0000	.3208	.6754**
INICIATIVA	.2991	.1575	.3208	1.0000	.2857
OCUPACIONAL	.6211**	.5378**	.6754**	.2857	1.0000

OBSERVACION: ** = $P < 0.001$

IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

En conclusión a esta investigación que es el resultado a una ardua tarea interdisciplinaria con otros especialistas en el área de psicología, pedagogía, medicina, trabajadores sociales, quienes sin su colaboración no hubiera sido posible de estos resultados.

En la descripción de este estudio se aplicaron las cinco escalas del cuestionario de autoconcepto de La Rosa (1966) con los padres, además se correlacionó con el grado escolar y la edad de los padres junto con el tipo de síndrome del hijo.

El comportamiento de los padres evaluados por la Escala Social muestran un patrón homogéneo relacionado con actitudes de tipo social. Obteniéndose que los padres mayores de edad tienen mayor autoconcepto en todas las escalas. Aceptándose la segunda hipótesis (H2) en que dice " Existen diferencias significativas en el autoconcepto de acuerdo a la edad de padres con hijos atípicos". En contraste a las investigaciones hechas por Shapiro y Tittle (1986), no encontraron diferencias en términos de las edades u ocupaciones de los padres, la mayoría de los hombres estaban empleados en labores sin habilidades y las madres eran amas de casa de tiempo completo.

Así mismo los padres con la escolaridad de secundaria el mayor valor fue en la Escala Social y en la escala Emocional, con escolaridad de primaria el mayor valor fue en la Escala Iniciativa, y con la escolaridad de preparatoria o comercio el mayor valor fue en la Escala Etico y en la

Escala Ocupacional. Según la primera hipótesis (H1), que acepta la hipótesis nula la que dice "No existen diferencias significativas en el autoconcepto a nivel educativo de padres con hijos atípicos". Debido al autoconcepto en los padres que se encuentra en los tres rangos de escolaridad no hay mucha diferencia estadística. Estos individuos con educación primaria en la evaluación de su capacidad de iniciativa fue más elevada que el resto de los grupos lo que sugiere menor capacidad de respuesta ante los conflictos personales. La educación de las madres era bajo a nivel primaria. Esto es apoyado por los investigadores Feagans, Merriwether y Heldane (1991), Seybold, Fritz y Macphee (1991), los padres manifestaban trabajar en ocupaciones desagradables dado al status ocupacional de la familia.

Y de acuerdo con el tipo de problema del hijo el mayor valor fue encontrando en los "otros tipos de síndromes" en todas las escalas. Afirmando la hipótesis tercera (h3), que dice "Existen diferencias significativas en el autoconcepto de los padres de acuerdo a la diferencia de retraso mental que presenta el hijo atípico". Confirmando los resultados encontrados a mayor retraso mental del niño, hay menor autoconcepto del padre. Los investigadores que apoyan el resultado son Holt (1958), Schonell y Watts (1956), Brasch (1968), Shapiro y Tittle (1986), Edell-Fisher y Motta (1990), encontrando los autoconceptos más bajos en los padres con hijos retrasados.

Por lo tanto se acepta la Hipótesis de Trabajo (Ht), al haber 2 de diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de padres a nivel educativo y edad, y de acuerdo a la enfermedad del hijo atípico.

En la Correlación de Pearson indicó que si los sujetos salen altos en alguna de estas Escalas Ocupacional, Ético, Social o Emocional, obtendrán puntajes altos en las otras 3 escalas:

La correlación de los datos de la muestra es a un nivel de significancia de $p < 0.001$. En virtud de que la probabilidad exacta de Fischer y Yates es menor que 0.05, cae en el nivel de significancia; por lo tanto, se acepta H_a o H_t y se rechaza H_o , otra vez. Por lo que existen diferencias significativas en el autoconcepto de padres a nivel educativo y edad, y de acuerdo a la enfermedad del hijo atípico.

Al correlacionar entre la Escala Social y el resto de las escalas se observó relación entre aspectos éticos (0.6933), emocionales (0.6343) y ocupacionales (0.6211), lo que refleja una interacción de los individuos con su núcleo familiar y con la sociedad en general. Se toma en cuenta solamente su adaptación del medio ambiente. Erikson (1959), el sujeto se enfrenta durante el curso de su vida con un sí mismo cambiante, resultado de todas las experiencias vividas para sacar así una autodefinición y un reconocimiento social renovado y mas realista. Cooley (1902 y 1968), Lawrens (1967), dicen "el autoconcepto es producto de la interacción social y junto con el sí mismo son gemelos de nacimiento". O lo que sería un yo colectivo y un yo individual en proporciones variables.

La correlación entre la Escala Emocional y la Escala Social tienden a establecerse encubriendolo con lo social, por lo que las emociones son encubiertas cancelando la capacidad de iniciativa, de autovalorarse y quererse a sí mismos, por lo que siempre están tristes y decaídos, fozando

actitudes enmascarándose para ocultarse de los demás, (ocultando al niño) teniendo en cuenta los estados de ánimo de él y de las demás personas que lo rodean. Filts (1965), al entender por autoconcepto al aspecto positivo de uno mismo al faltar la autoestima como el criterio que una persona tiene de ella se describen tres componentes: el perceptual, el conceptual, y el de sus actitudes.

Hasting (1948), Kramm (1963) y Stone (1967), los padres no hablan de su hijo y las emociones tan intensas que estaban de por medio que solo agravan los problemas existentes. Según Menolascino (1967) y Walfensgerger (1967), el descubrir que su hijo está retrasado, casi siempre tiene un impacto emocional muy grande en los padres ocurriendo tres clases de crisis: a lo inesperado, de valores y de la realidad.

La correlación entre la Escala Ética y la Escala Social con la Escala Ocupacional contrastan con la capacidad de iniciativa de estos individuos que no muestran evidencia ética para formar sus propias reglas y valores personales ante la sociedad, la cual se ven cautivos ante las exigencias de los demás al ser marginados, desprovistos de toda aceptación y ayuda, es causa de la pérdida de empleos. La felicidad del individuo se desprende al no alcanzar sus ideales en comparación de otros sujetos con la posibilidad de mejorar su desarrollo y bienestar.

Para Allport (1961 y 1966), Copernith (1967), Whyllie (1974), Gómez y Mitre (1980), Horrocks (1984), Kaplan (1986), Byrne (1984), La Rosa (1986), Kaplan (1986), la autoimagen es el producto de sus emociones como de su intelecto, valores, actitudes, sentimientos, apariencia y

aceptabilidad social, que es la parte central de la vida subjetiva del individuo en el sentido de identidad corporal determinando su pensamiento y conducta. Hilgard (1949) para su continuidad de autocritica o autoevaluación encontrando su seguridad posibilitando el éxito o fracaso. Lecki (1945) en cuanto mas positivo sea el autoconcepto sera mas integra y estable la personalidad y el ser negativo sera lo contrario. Epstein (1973) cuando el autoconcepto se vea amenazado, el sujeto experimenta ansiedad centrando su interes en defenderse de dicha amenaza. Flynn (1980) y Fonseca (1985), aseguran que los padres con hijos atípicos han sufrido la discriminación en el acceso a servicios públicos, como educación y salud, así como la participación en actividades sociales, en publicaciones e investigaciones relacionadas a retrasos mentales, repercutiendo en la familia.

La correlación entre la Escala Ocupacional y la Escala Elico, tienen una pobre respuesta ante el ambiente a falta de producir con una iniciativa baja, reflejo de una personalidad insuficientemente estructurada para ser una persona productiva, generadora de cambios, activa e iniciativa. Este desequilibrio es causado al no ser los suficientemente capaz de aceptar el retraso de su hijo, de confrontar las normas éticas personales y su aflicción emocional. Es la forma por el cual el padre se ve inhabilitado para iniciar o mantenerse en un empleo adecuado y prospero. Bandura (1982), encontro en el autoeficacia influencia internas sobre el comportamiento en las creencias de los adultos acerca de lo que se puede y no se puede hacer bien. Afectando sus padres de pensamiento acciones y reacciones emocionales.

La Escala de Iniciativa no tiene ninguna relación con la baja capacidad en todas las áreas siendo inertes ante la sociedad. Anulando las características personales de desempeño personal, liderazgo, iniciativa, desempeño de actividades y la incongruencia de la actividad social.

La autoestima es baja por lo que sus áreas social y ético están bajas ante la sociedad para ser aceptados, al ser nula la autoestima propia al ser subvalorada. Como menciona Blacher (1984), el padre o la madre al tener el conocimiento de tener un hijo (por lo menos) con retraso mental entra a una "crisis inicial" continuando con una "desorganización emocional" que obstaculiza el desarrollo del padre y de su familia, la siguiente etapa de "ajuste y aceptación" que es la más deseada es difícil de obtener. Los resultados obtenidos demuestran una falta de iniciativa y encubriéndolo al reformar las demás áreas, demostrando que no se ha llegado a la tercera etapa.

Erickson (1982) en el problema progresivo de adaptación y resolución de conflictos y crisis en el ser humano la etapa de estancamiento y rechazo expresados en la vida intrafamiliar y comunal más o menos despiadada si adecuarse a alguna meta establecida y supervivencia, es por lo que indica que si hay una diferencia estadísticamente significativa en los diferentes niveles de autoconcepto de los padres. Según Timchuck (1991) encontró que los padres con hijos con problemas experimentan emociones negativas hacia sí mismos. Ninguna de las familias se pudo adaptar emocionalmente, incluso llegando al aislamiento social.

Teniendo la relación con las definiciones del autoconcepto se afirma la necesidad de completar la formación de elementos esenciales para

encontrar a "sí mismo", como indica Coopersmihy (1967) y Brennecke (1974), la autoestima es la expresión subjetiva para la expresión comportamental y la consideración que le merece a su propio físico, la opinión que el individuo pone a disposición de otros observadores. Según James (1968) sus pensamientos constituyen el sentimiento propio de la identidad personal.

Y como afirman Shapiro y Tittle (1986) al disminuir la carga emotiva, al verse reflejados por sus hijos en la diferencia con los otros niños, hace la disminución de dicha carga reflejada en una disminución considerada del autoconcepto y disminuida al conjugarse con los otros estímulos externos como la familia, el trabajo, el nivel educativo, y los compañeros.

Sería conveniente la atención de las autoridades del centro de educación especial en hacer hincapié en la motivación, instrucción y asesoramiento a los padres con niños atípicos y así conseguir mejor rendimiento y elevar el autoconcepto personal y familiar.

ALCANCES Y LIMITACIONES.

ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente estudio es una muestra de la población de la ciudad de México por lo que se obtuvo importantes resultados, aún así sería muy ambicioso intentar retomar más factores que influyan en el desarrollo del autoconcepto en los padres el grado académico y la influencia de una enfermedad en sus hijos por lo que es considerable estudiar la relación de estas variables; tomándose en cuenta a los padres que asisten a un centro de educación especial determinada, por lo que se sugiere que se retome y amplíe ésta investigación y se puedan comparar el autoconcepto de los padres en otras muestras.

Es necesario proponer en próximas investigaciones tomar en cuenta otros factores que influyan en el desarrollo del autoconcepto. como sería el acercamiento laboral, familiar, con otras amistades, con los maestros de sus hijos, a los propios hijos y gente cercana a los padres, ampliando la posibilidad de tomar en cuenta otras variables extrañas y otras control junto con muestras experimental y tener dos o más muestras para correlacionarlas mejor. En consecuencia de la falta de investigaciones relacionadas con este estudio se vio la necesidad de buscar otras investigaciones relacionadas y tenerlas de comparación (o referencia) para este estudio.

Entre las tesis que más se aproximaban en el autoconcepto de padres a esta investigación fueron las tesis de: Gutierrez (1989) con el "Estudio del autoconcepto materno y la influencia del mismo en el autoconcepto de su hijo adolescente", Plasquez (1991) con "La familia y

conflicto psicológico: el autoconcepto en madres solteras y madres casadas", Jesús (1990) con "De que manera son determinantes los procesos de influencia social para la formación del sí mismo en la mujer", Galicia (1991) con "El autoconcepto, locus de control y desamparo, en mujeres con deficiencia mental que se encuentran en diferentes sistemas educativos", García (1991) con "El autoconcepto de la pareja estéril", Tymchuck (1991) con "Autoconcepto de madres que presentan retardo mental"(abstrac).

Entre las investigaciones que se referían a la relación familiar de padres con niños atípicos (o deficientes) fueron las tesis de: Sahagún (1979) con el "Entrenamiento a padres de niños Síndrome Down en la utilización de programas de desarrollo infantil y técnicas conductuales", Antunez (1980) con "La familia del niño deficiente mental", Uchoa (1984). con las "Alteraciones más frecuentes en la familia del deficiente mental", Serrano (1985) con el "Síndrome del niño maltratado: algunas características de personalidad de los padres agresores", Gallardo (1987) con la "Personalidad y conducta materna en madres de niños con lesión cerebral", Río (1987) con la "Importancia de la calidad de las relaciones parentales con el niño Síndrome Down", De Fuentes (1988) con "Problemas que se originan ante la presencia del niño deficiente mental en el ambiente familiar", Mele (1988) con un "Programa de formación para padres e hijos con deficiencia mental", Gante (1989) con el "Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de sus hijos de padres (padre-madre) de niños no incapacitados", Argil (1990) con la "Comparación de las percepciones de padres con hijos con deficiencia mental, que asisten a dos tipos de

escuelas, respecto al rendimiento en el programa educativo y el desenvolvimiento social en un grupo integrado", Ortiz (1992) con la "Influencia del ambiente familiar en el desarrollo del niño con parálisis cerebral y deficiencia mental, Vargas (1993) con los "Rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales".

También hay investigaciones de autoconcepto con niños atípicos y con la relación de adultos como las tesis de: Chávez (1988) con un "Estudio preliminar en el autoconcepto entre ciegos de nacimiento y personas con ceguera adquirida", Medina (1989) con la "Relación entre el autoconcepto del menor maltratado y el concepto que tiene el agresor de él", Mercado (1991) con el "Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con su familia y niños maltratados que viven en la calle".

Luego, la relación padres con el autoconcepto de los hijos como son las tesis de: Muñiz (1991) con "los padres y maestros en relación con el autoconcepto de niños".

Se sugiere que para futuras investigaciones se procuren muestras más heterogéneas en cuanto a tomar otras instituciones debido a que esta muestra fue homogénea.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

Allport, G. (1961). Pattern and growth in personality. New York. Holt, Rinehart & Winston.

Allport, G. (1966). La personalidad. Su configuración y desarrollo. Herder, Barcelona.

American Association on Mental Deficiency (1977). Citado en Golman, H. (1984). Psiquiatría general. El manual moderno. México. 524-525.

Antunez, M. (1980). La familia del niño deficiente mental. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Argil, V. (1990). Comparación de las percepciones de padres con hijos con deficiencia mental, que asisten a dos tipos de escuelas, respecto al rendimiento en el programa educativo y el desenvolvimiento social en un grupo integrado. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Aristóteles (335 a.C.) Citado en Nava, A. (1986). El autoconcepto en esquizofrénicos. Tesis en Psicología. U.N.A.M. México.

Asociación Norteamericana de Retardo Mental (1973). Citado en Grossman, J. (1973). Manual on terminology and classification in mental retardation. 1973 Revision. Washington, D.C. American Association on Mental Deficiency.

Bandura, A. (1982). "Mecanismo de autoeficacia en la agencia humana". American Psychologist. 37, 122-147.

Bar-on B. (1985). Auroestima, autoridad parental y conflicto familiar. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica. U.N.A.M. México.

Barry, S. y Roger, C. (1967). Person to person. Lafayette California: The Real People Press.

Bee, H. y Mitchell, S. (1984). El desarrollo de la persona. En todas las etapas de su vida. Harla. México. 201-234.

Bellamy, T. y Homer, R. (1980). Habilitation of severely and profund retarded adults. 3. Eugene, Oregon: S.T.P. Center on Human Development. University of Oregon.

Blancher, J. (1984). "Secuential stages of parental adjustment to the bird of a child with handicamps: facts of artifact". American Journal of Mental deficiency, 2, 55-68.

Brash, H. (1968). The parent of handicapped child. The study of child-learning practices. Springfield, Hi.: Thomas.

Brennecke, J. y Amick, R. (1974). Psicología y la experiencia humana. Logos. México. 15-35.

Byrne, B. (1984). "The general/academic self-concept nomological network: a review of construct validation research". Review of educational research. 54: 427-456.

Caseres, J. (1979). Diccionario ideológico de la lengua española. Editorial Gustavo Gili. Barcelona.

Castilla, L. y Cravioto, J. (1991). Estadística simplificada. Para la investigación en ciencias de la salud. Editorial Trillas. México.

Castro, I. y Ramirez, C. (1992). El autoconcepto y la reacción en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.V.M. México.

Cohen, J, Detlor, J., Shaywitz, B y Lecjman, J. (1982). Interaction of biological and psychological factors in the natural history of Tourette's syndrome: A paradigm for childhood neuropsychiatric disorder. Citado en Friedhoff, J. y Chase, N. (1982). Tourette's syndrome. New York. Raven. 31-38.

Cooley, C. (1902). Human nature and the social order. Scribner's.

Cooley, C. (1968). The social self: on meaning of "I". Citado en Gordon, C. y Gerger, K. The self in social interaction. 1. New York: John Wiley and sons, inc.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman Press.

Crain, Sussman y Weil, (1966). Citados en Edell-Fisher, B. y Motta, R. (1990). "Tourette Syndrome: Relation to children's and parents' self-concepts". Hofstra University. Psychological Reports. 66, 539-545.

Crase, Fross y Colbert, (1981). Citados en Edell-Fisher, B. y Motta, R. (1990). "Tourette Syndrome: Relation to children's and parents' self-concepts". Hofstra University. Psychological Reports. 66, 539-545.

Cmc, A., Friedrich, N. y Greenberg, T. (1983). "Adaptation of families with mentally retarded children. A model of stress, coping, and Family ecology". American Journal of Mental Deficiency. 2, 55-68.

Chassequet-Smirgel, J. (1975). El Ideal del yo. Ensayo psicoanalítico sobre la enfermedad de idealidad. Amorrortu Editores. Argentina

Chavez, G. (1988). Estudio preliminar en el autoconcepto entre ciegos de nacimiento y personas con ceguera adquirida. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

De Fuentes, M. (1988). Problemas que se originan ante la presencia del niño deficiente mental en el ambiente familiar. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. (1988). Enfermedades cromosomales. México. Tomo I. Diagonal Santillana Editores.

Edell-Fisher, B. y Motta, R. (1990). "Tourette Syndrome: Relation to children's and parents' self-concepts". Hofstra University. Psychological Reports, 66, 539-545.

Emde, N. y Brown, C. (1978). "Adaptation to the birth of a Down's syndrome infant". Journal of American Academy of Child Psychiatry, 17, 299-323.

Epstein, S. (1973). "The self-concept revisited. Or a theory of a theory". 28 (5): 404-416.

Erickson, E. (1959). Late adolescence. Funkenstein, D. (ed), The student and mental health. World Federation for Mental Health and International Association of Universities, New York.

Erickson E. (1968). Identity: Youth and crisis. Norton, W. New York. 177-183.

Erickson, E. (1982). El ciclo vital completado. Paidós estudio. Buenos Aires, Argentina. 69-107.

Estudios sociológicos. (1952). U.N.A.M. MEXICO.

Feagans, L., Merriwether, A. y Haldane, D. (1991). "Goodness of fit in the home: its relationship to school behavior and achievement in children with learning disabilities". Journal of Learning Disabilities, 24. (7): 413-420.

Fitts, S. (1965). Tennessee self-concept manual. Nashville, Tennessee: Counselor recordings and test.

Fitzgerald y Stromer (1979). Citado en Padilla-Olivares, M. (1979). Relación que existe entre el desempeño académico y la congruencia entre el autoconcepto del yo y el autoconcepto del yo ideal. Tesis licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana. México.

Flynn, J. (1980). "Mental ability, schooling, and early career achievement of low-IQ and average-IQ young men". American Journal of Mental Deficiency, 84, 5: 431-443.

Fonseca, G. (1985). "Retardo mental: Una perspectiva integral". Revista Educación. Mexico, 9 (1 Y 2): 65-70.

Freedman, M y Kaplan, H. (1975). Compendio de psiquiatría. España.

Freud, S. (1914). Citado en Aranda, A., y García, F. (1987). Estudio correlacional entre autoconcepto y rendimiento escolar en alumnos de nivel licenciatura de la U.P.I.I.C.S.A. Tesis de Psicología. U.N.A.M. México.

Frey, S., Greenberg, T. y Fewell, R. (1989). "Coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach". American journal of Mental Retardation, 94, 240-249.

Galicia, M. (1991). El autoconcepto, locus de control y desamparo en mujeres con deficiencia mental que se encuentran en diferentes sistemas educativos. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Gallardo, M. (1987). Personalidad de la conducta materna en madres de niños con lesión cerebral. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Gallimore, R., Weiner, S., Kaufman, Z. y Bernheimer, P. (1989). "The social construction of ecocultural niches: Family acomodation of develop mentaly delayed children". American Journal of Mental Retardation. 94, 216-230.

García, S. (1991). El autoconcepto en la pareja estéril. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Gaybill, (1978). Citados en Edell-Fisher, B. y Motta, R. (1990). "Tourette Syndrome: Relation to children's and parents' self-concepts". Hofstra University. Psychological Reports. 66, 539-545.

Gómez, P. y Mitre, G. (1980). "Autoestima. Expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea". Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1: 135-156.

Gante, M. (1989). Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de sus hijos de padres (padre-

madre) de niños no incapacitados. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Goldman, H. (1984). Psiquiatría general. El manual moderno. México. 524-525.

González, R. (1980). Metodología inspectora. Dirección de Educación Especial. Cuba. 60-89.

Gutierrez, M. (1989). Estudio del autoconcepto materno y la influencia del mismo en el autoconcepto de su hijo adolescente. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Hall, C. y Gardner, L. (1984). Teoría del sí mismo y la personalidad. Editorial Paidós, México.

Hasting, D. (1948). "Some psychiatric problems of mental deficiency". American Journal of Mental Deficiency. 52: 260-262.

Hilgard, E. (1949). "Human motives and the concept of the self". American Psychologist. 4: 374-382.

Höffner, J. (1966). Matrimonio y familia. Ediciones Rialp. Madrid. 105-110.

Holt, (1958). "Home care of severely retarded children". Pediatrics. 22:744-755.

Horrocks, (1984). Psicología de la adolescencia. México. Trillas. 84-86.

Hubert, N. (1934). El juego: la forma de como los niños aprenden. Medellín. Centro de Integración de Educación y Desarrollo Humano.

Huerta, M. (1981). Las relaciones familiares y repercusión en niños con problemas de aprendizaje. Tesis de licenciatura en psicología. U.N.A.M. México.

Hurlock, E. (1980). Psicología de la adolescencia. Paidós, Barcelona. 539-552.

Ingalls, P. (1978). Retraso mental. La nueva perspectiva. Manual Moderno. México. 288-309.

Isaacs, D. (1980). El valor permanente de la familia. Ediciones Rialp. Madrid.

James, W (1968). "The self". Citado en Gordon, C. y Gergen, K. (eds), The self in social interaction. 1.

Jesús, J. (1990). De que manera son determinantes los procesos de influencia social para la formación del sí mismo en la mujer. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Ken (1978). Citado en Huerta, M. (1981). Las relaciones familiares y repercusión en niños con problemas de aprendizaje. Tesis de licenciatura en psicología. U.N.A.M. México.

Kaplan, (1986). Social psychology of self referent behavior. Plenum.

Kohut, H. (1971). The analisis of the self. New York. International Universities Press.

Kramm, R. (1963). Families of mongoloid children. Washington, D.C.: U.S. Gobernment Printing Office.

Kunda, Z y Sanitioso, R. (1989). "Motivated changes in the self-concept". Journal of experimental social psychology. 25: 272-285.

La Rosa, J. (1986). Locus de control y autoconcepto. Tesis doctoral de psicología social. U.N.A.M. México.

Lawrence, D. (1967). Citado en Brennecke, J y Amick, R. (1974). Psicología y la experiencia humana. Logos. México. 15-35.

Lebedinskaya, S. (1980). Selección de los niños para el ingreso a la escuela especial. Moscu.

Leclerq, J. (1967). La familia según el Derecho Natural. Herder. España. 381-196.

Lecky, (1945). Self consistency a theory of personality. New York. Islands Press. 73.

Levin, J. (1979). Fundamentos de estadística en la investigación social. Harla. México.

Maheu, R. (1973). La educación permanente. España. Biblioteca Salvat de Grandes Temas.

Margalit, M. (1982). "Learnig disabled children and their families: Estrategies of extension and adaptation of family therapy". Journal Learning Disabilities, 15, 594-595.

McCubbin (1982). Citado en Edell-Fisher, B. y Motta, R. (1990). "Tourette Syndrome: Relation to children`s and parents` self-concepts". Hofstra University. Psychological Reports. 66, 539-545.

Medina, L. (1989). Relación entre el autoconcepto del menor maltratado y el concepto que tiene el agresor de él. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Mele, M. (1988). Programa de formación para padres e hijos con deficiencia mental. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Menolascino, J. (1967). "Infantile autism: descriptive and diagnostic relationship to mental retardation". Citado en Menolascino F.J. (ed.) Psychiatric approaches to mental retardation. New York. Basic Books.

Mercado, R. (1991). Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con su familia y niños maltratados que viven en la calle. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Minuchin, (1977). Citado en Margalit, M. y Heiman, T. (1986). "Family climate and anxiety in families with learning disabled boys". Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 25 (6): 841-846.

Muller, L. (1976). Historia de la psicología. F.C.E. México.

Muñiz, A. (1991). Padres y maestros en relación con el autoconcepto de niños. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Muriel, J. y Jongeward, D. (1974). Born to win. Citado en Brennecke, J. y Arnick, R. (1974). Psicología y la experiencia humana. Logos. México. 15-35.

Nava, A. (1986). El autoconcepto en esquizofrenicos. Tesis en Psicología. U.N.A.M. México.

Organización mundial de la salud. (1975). Clasificación Internacional de enfermedades. 9na. Revisión. Ginebra.

Ortiz, M. (1992). Influencia del ambiente familiar en el desarrollo del niño con parálisis cerebral y deficiencia mental. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Otero, O. (1982). La Familia. ¿Es una sociedad natural?. Nota técnica de I.C.E. Universidad de Pamplona. 6-13.

Patton, J., Beirne-Smith, M. y Payne, J. (1990). Mental retardation. New York. Merril Publishing Company.

Pick, S. y López, F. (1979). Cómo investigar en ciencias sociales. Trillas. México.

Plazquez, M. (1991). La familia y el conflicto psicológico: El autoconcepto en madres solteras y madres casadas. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Rio, M. (1987). Importancia de la claidad de las relaaciones parentales con el niño Síndrome Down. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Rogers, C. (1959). Teorias de la personalidad. Harla. México.

Rogers, C. (1967). The therapeutic relationships and its impact: a study with schizophrenics. University of Wisconsin Press, Madison.

Sahagún, V. (1979). Entrenamiento a padres de niños Síndrome Down en la utilización de programas de desarrollo infantil y técnicas conductuales. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Serrano, A. (1985). Síndrome del niño maltratado: algunas características de personalidad de los padres agresores. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Seybold, J., Fritz, J. y MacPhee, D. (1991). "Relation of social support to the self-perceptions of mothers with delayed children". Journal of community Psychology. 9 (1): 29-36.

Shapiro, J. Y Tittles, K. (1986). "Psychosocial adjustment of poor mexican mothers of disabled and nondisabled children". Department of family medicine, University of California, Irvine. American Journal Orthopsychiatric. April, 56 (2): 289-302.

Shavelson, J. (1976). "Self-concept: validation of construct interpretations". Review of Educational Research. 46: 497-511.

Shavelson, J. y Bolus, R. (1982). "Self concept: The interplay of teory and methods". Journal of Educational Psychology. 74(1):3-17.

Shavelson, J. y Marsh, W. (19--). Citado en Schwarzer, R.(1984). The self in anxiety, stress and depression. Free University of Berlín. Berlín.

Schonell, J. y Watts, A. (1956). "A first survey of effects on a subnormal child the family unit". American journal of Mental Deficiency. 61: 210-219.

Smith, R. y Neisworth, J. (1975). The exceptional child. New York: Mc Graw Hill, Inc.

Sócrates. (400 a.C.). Citado en Muller, L. (1976). Historia de la psicología. F.C.E. México.

Spitz, R. (1965). The first year of life. New York. International Universities Press.

Stone, D. (1967). "Family factors in willingness to place to mongoloid child". American Journal of Mental Deficiency. 72. 16-20.

Sullivan, S. (1953). The personal theory of psychiatry. New York: Norton.

Thomas, A. y Chess, S. (1977). Temperament and development. New York; Brunner/Mazel.

Tizard, J. y Grad, J. (1961). The mentally handicapped and their families: a social survey. London: Oxford. University Press.

Tollison, P. Palmer, J., Stowe, L. (1987). "Mothers expectation interactions, and achievement attribution for their learning disabled or normally achieving sons". The Journal of Special Education, 21 (3): 83-93.

Tower (1980). Citado en Edell-Fisher, B. y Motta, R. (1990). "Tourette Syndrome: Relation to children's and parents' self-concepts". Hofstra University. Psychological Reports, 66, 539-545.

Tumbull, P., Summer, A. y Brotherson, J. (1986). Family life cycle: Theoretical and empirical implications and future directions for families with mentally retarded members. Citado en Gallagher, J. y Vietze, P. (eds). Families of handicapped persons: research, programs, and policy issues. 45-65. Baltimore: Brookes.

Tymchuk, A. (1991). "Self-concept of mothers who show mental retardation". University of California at Los Angeles. Psychological Reports, 68, 503-510.

Tymchuk, J. (1979). Parenting and family therapy. New York: Spectrum.

Uchoa, E. (1984). Alteraciones mas frecuentes en la familia del deficiente mental. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Vargas, C. (1993). Rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.

Wolfensgerger, W. (1967). "Counseling the parents of retarded". Citado en Baumeister. (ed). Mental retardation. Appraisal, education and rehabilitation. Aldine. Chicago.

Wortis, H. (1972). Citado en Wortis, J. (ed). Mental retardation. 4. New York. Grune and Stratton.

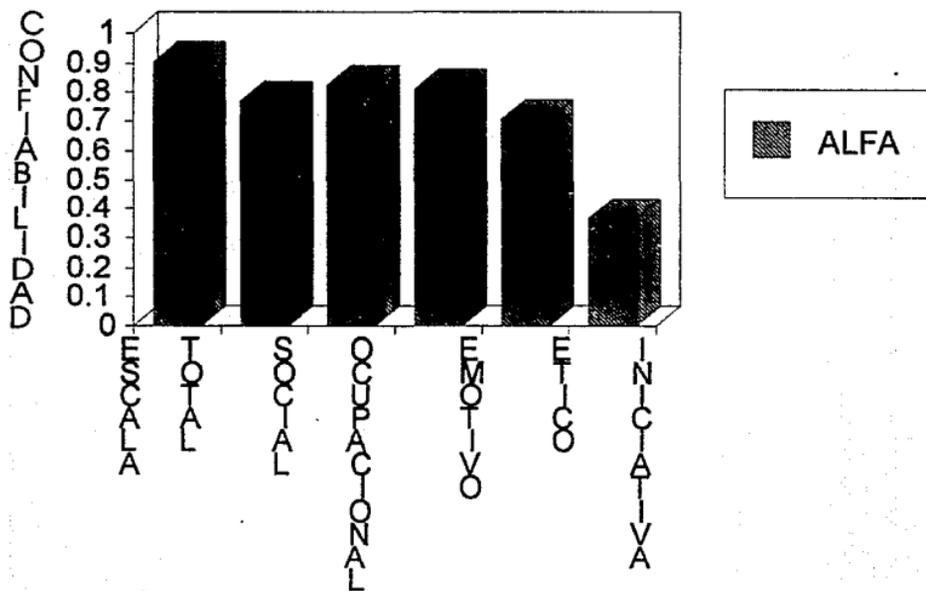
Wylie, R. (1974). Self-concept. A review of methodological considerations and measuring instruments. Lincoln; University of Nebraska Press. 1.

Yavkih, M. (1979). Cuestiones de defectología. La Habana.

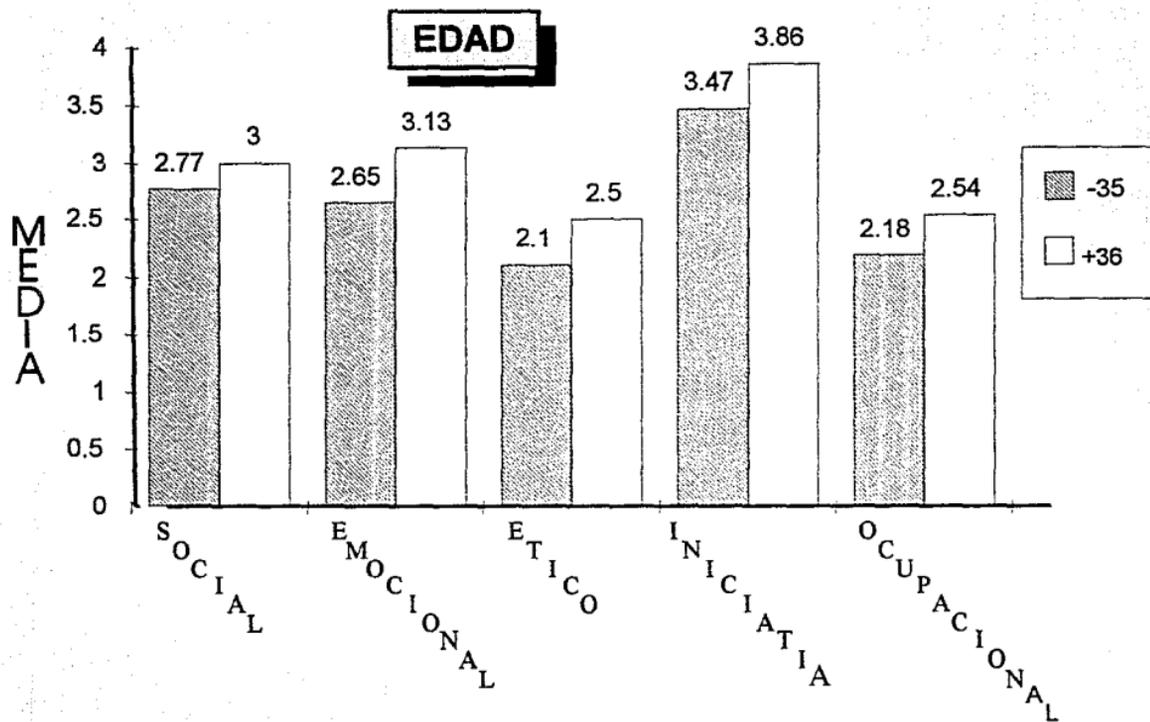
Zamski, S. (1981). Historia de la Oligofrenopedagogía. La Habana.

ANEXOS A.

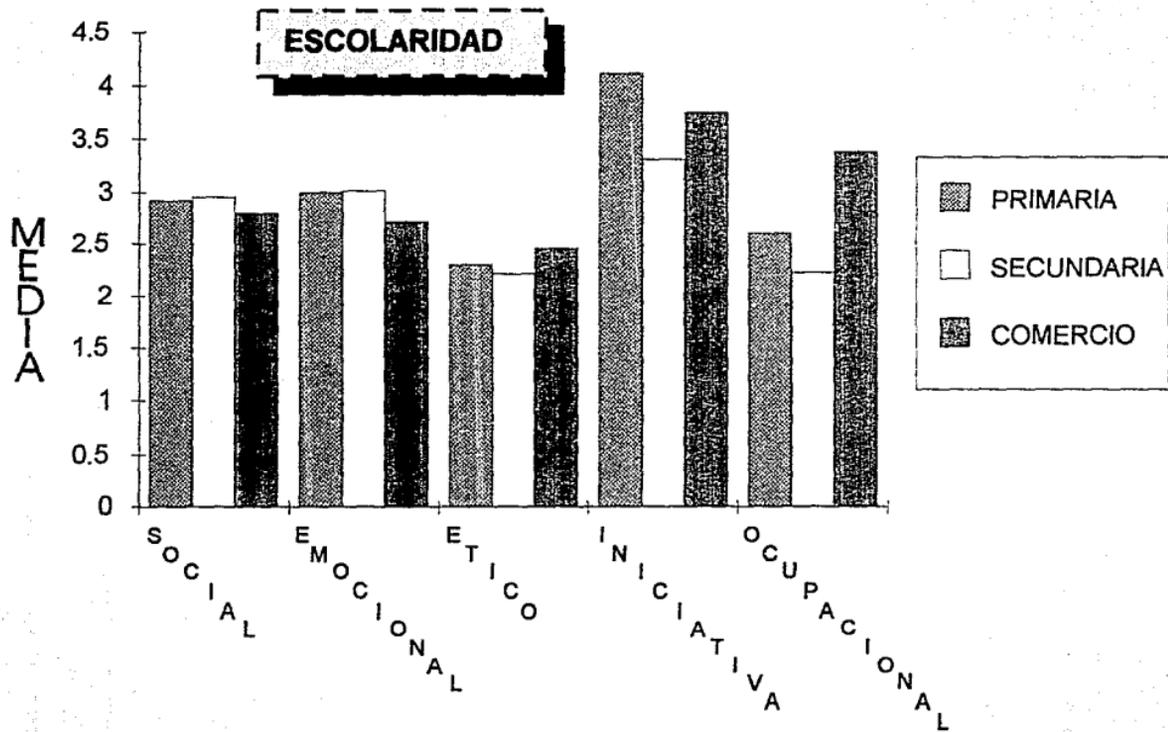
CONFIABILIDAD DE CRONBACH



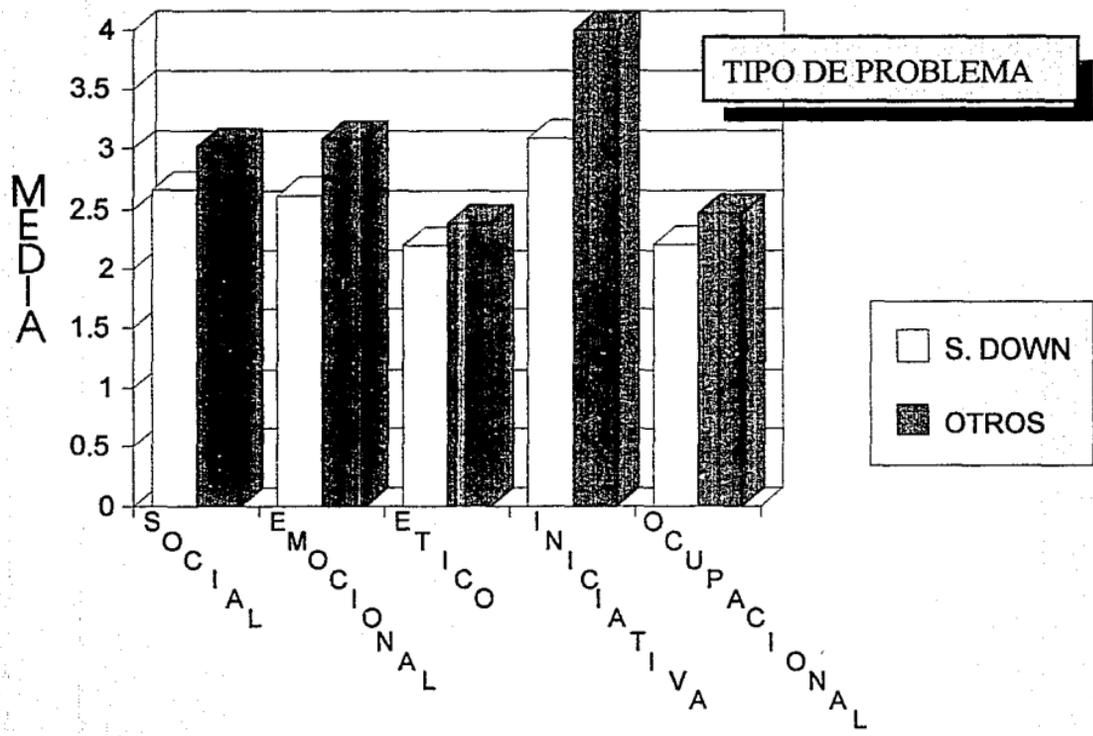
GRAFICA Nº 1



GRAFICA Nº 2

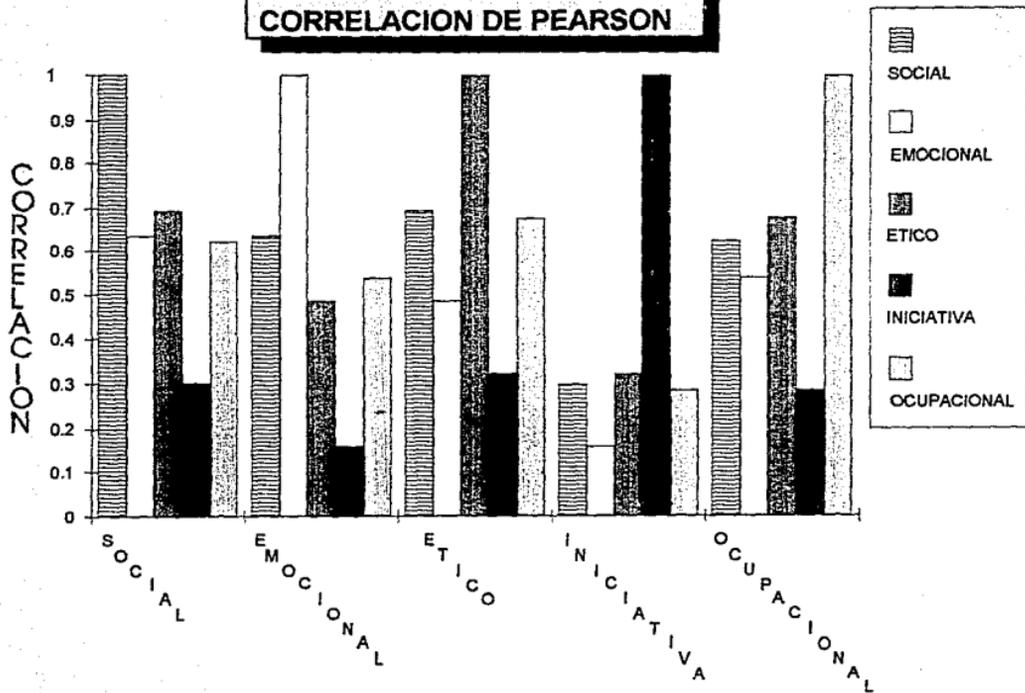


GRAFICA Nº 3



GRAFICA Nº 4

CORRELACION DE PEARSON



GRAFICA Nº 5

ANEXOS B.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

- a) Edad del padre: _____.
- b) Sexo: Masculino, Femenino.
- c) Nivel educativo: Primaria, Secundaria, Preparatoria,
Comercio, Profesional.
Otro especifique: _____.
- d) Estado civil: Soltero, Casado.
- e) Cuanto tiene de casado (a)?:
_____.
- f) Edad del hijo: _____.
- g) Tipo de enfermedad del hijo:
_____.

VERIFIQUE SI CONTESTO TODOS LOS RENGLONES.

GRACIAS POR SU COPERACION.

CUESTIONARIO (DS)

A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describirle. Ejemplo:

Flaco (a)			X				Obeso (a)
Muy flaco	Bastante flaco	Poco flaco	Ni flaco ni obeso	Poco obeso	Bastante obeso	Muy obeso	

En el ejemplo de arriba se puede verificar cómo hay siete espacios entre 'flaco' y 'obeso'. El espacio cuanto más cerca está de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es flaco ni obeso.

Si usted se cree muy obeso, pondrá una 'X' en el espacio más cerca de la palabra obeso; si se percibe como bastante flaco, pondrá la 'X' en el espacio de en medio. O si es el caso, en otro espacio.

Conteste en los siguientes renglones, como en el ejemplo de arriba, tan rápido como sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión.

Conteste en TODOS los renglones, dando la UNICA respuesta en cada renglón.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Conteste aquí COMO USTED ES y NO COMO LE GUSTARIA SER.

Gracias.

24. Malo (a)	_____	Bondadoso (a)
25. Tranquilo (a)	_____	Nervioso (a)
26. Capaz	_____	Incapaz
27. Afligido (a)	_____	Despreocupado (a)
28. Impulsivo (a)	_____	Reflexivo (a)
29. Inteligente	_____	Inepto (a)
30. Apático (a)	_____	Dinámico (a)
31. Verdadero (a)	_____	Falso (a)
32. Aburrido (a)	_____	Divertido (a)
33. Responsable	_____	Irresponsable
34. Amargado (a)	_____	Jovial
35. Estable	_____	Inestable
36. Inmoral	_____	Moral
37 Amable	_____	Grosero (a)
38. Conflictivo (a)	_____	Conciliador (a)
39. Eficiente	_____	Ineficiente
40. Egoísta	_____	Generoso (a)
41. Caríñoso (a)	_____	Frío (a)
42. Desente	_____	Indesente
43. Ansioso (a)	_____	Sereno (a)
44. Puntual	_____	Impuntual
45. Tímido (a)	_____	Desenvuelto (a)
46. Democrático (a)	_____	Autoritario (a)
47. Lento (a)	_____	Rápido (a)
48. Desinhibido (a)	_____	Inhibido (a)
49. Amigable	_____	Hostil
50. Reservado (a)	_____	Expresivo (a)

51. Deprimido (a)	_____	Contento (a)
52. Simpático (a)	_____	Antipático (a)
53. Sumiso (a)	_____	Dominante
54. Honrado (a)	_____	Deshonrado (a)
55. Deseable	_____	Indeseable
56. Solitario (a)	_____	Amigüero (a)
57. Trabajador (a)	_____	Flojo (a)
58. Fracasado (a)	_____	Triunfador (a)
59. Miedoso (a)	_____	Audaz
60. Tierno (a)	_____	Rudo (a)
61. Pedante	_____	Sencillo (a)
62. Educado (a)	_____	Malcriado (a)
63. Melancólico (a)	_____	Alegre
64. Cortés	_____	Descortés
65. Romántico (a)	_____	Indiferente
66. Pasivo (a)	_____	Activo (a)
67. Sentimental	_____	Insensible
68. Inflexible	_____	Flexible
69. Atento (a)	_____	Desatento
70. Celoso (a)	_____	Seguro (a)
71. Sociable	_____	Insocable
72. Pesimista	_____	Optimista

VERIFIQUE SI CONTESTO TODOS LOS RENGLONES.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION.