

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA.
Iztapalapa.

*Autoconcepto y Autoestima en adolescentes con deficiencia
mental.*

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

Presenta:

LUCIA IGLESIAS CARDONA.

Asesor de Tesis: Carlos César Contreras Ibáñez......

Lectores: Alicia Saldívar Garduño......

Fernando Ortiz Lachica......

México, D. F., 2002.

A g r a d e c i m i e n t o s .

A mis padres por todo su cariño, comprensión y apoyo. Por su lucha y esfuerzo constante por tratar de brindarnos, a mis hermanos y a mí, siempre lo mejor.

A mi hermana, por todo su apoyo y confianza, por creer en mí y por alentarme a seguir adelante y superarme.

A Liz, quien siempre ha sabido ser la mejor de las amigas, gracias por brindarme durante todos estos años tu apoyo, cariño y confianza.

A mis profesores: Carlos, Alicia y Fernando por todo su tiempo y enseñanzas. A Carlos por su paciencia, por exigir el mejor de los esfuerzos y obligarme a dar más de lo que pensé que podía dar. A Fernando por ser un gran profesor, por todas las experiencias que nos hiciste compartir a mis compañeros y a mí, por ser un ejemplo a seguir. Y, de forma muy especial, a Alicia por todo su apoyo y comprensión, por todas sus palabras de aliento y por saber ser, en todo momento, un gran ser humano.

A todas y todos los muchachos del CAM 82 y de CONFÉ por haber participado en la realización de este trabajo, por su gran calidez y desenvoltura. Gracias por su confianza y por enseñarme que todavía hay muchas cosas que tenemos que aprender de ustedes.

A mi hermano Erick, por ser el torbellino de la casa, por su alegría, por todo su cariño y confianza y, principalmente, por ser la inspiración de este proyecto.

Y, por último, muchas gracias a Dios por permitirme llegar a este momento y poder compartirlo con la gente que quiero.

¡Mil gracias a todos por todo!

Este trabajo va dedicado, con un gran cariño, para todos ustedes.

Lucia Iglesias Cardona.

R E S U M E N.

En la presente investigación se relacionan constructos tales como el de *autoestima* y *autoconcepto* con el tema de la *deficiencia mental*. Se verá que la *relación con los padres* incide de una manera muy significativa sobre la forma en como las y los adolescentes con deficiencia se perciben y valoran a sí mismos. Para medir el autoconcepto, la autoestima y la relación con los padres se construyeron y validaron tres escalas tipo Likert; debido a que las opciones de respuesta eran las mismas para todos los reactivos, estos se intercalaron y se conformó una sola escala constituida por 92 reactivos. Este instrumento se aplicó a niños (as) y adolescentes de primaria sin deficiencia y a adolescentes con deficiencia mental del CAM 82 y de CONFE. En total, se contó con la participación de 353 personas, cuyas edades oscilaron entre los 9 y 23 años. Aunque se esperaban encontrar diferencias significativas en el autoconcepto y la autoestima entre el grupo de adolescentes de CONFE y el grupo del CAM 82 éstas se hallaron solamente en un factor del autoconcepto. Al final de este trabajo se presenta una propuesta de intervención, la cual tiene como finalidad ayudar a mejorar el autoconcepto y la autoestima de las y los adolescentes de uno de nuestros grupos con deficiencia.

Í N D I C E.

	Pág.
<i>Introducción.</i>	1
1. <i>Antecedentes históricos.</i>	3
2. <i>Marco Teórico Referencial: “Desarrollo del autoconcepto y la autoestima en adolescentes con deficiencia mental”.</i>	22
2.1. <i>Autoconcepto.</i>	22
2.1.1. <i>Antecedentes teóricos.</i>	22
2.1.2. <i>Definición.</i>	25
2.2. <i>La autoestima y su relación con el autoconcepto.</i>	29
2.2.1. <i>Definiciones de autoestima.</i>	29
2.2.2. <i>Autoestima y Autoconcepto.</i>	31
2.3. <i>Adolescencia: su impacto sobre el autoconcepto, la autoestima y la relación con los padres.</i>	34
2.4. <i>Deficiencia mental.</i>	37
2.4.1. <i>Definición.</i>	37
2.4.2. <i>Causas de la Deficiencia Mental.</i>	39
2.4.3. <i>Reacciones hacia la Deficiencia Mental.</i>	42
2.5. <i>Adolescentes con deficiencia mental.</i>	46
2.6. <i>Familia y desarrollo del autoconcepto y autoestima en adolescentes con deficiencia mental.</i>	47
2.7. <i>Estudios realizados acerca del autoconcepto, la autoestima, la deficiencia mental y el ambiente familiar.</i>	51
3. <i>Metodología.</i>	65
3.1. <i>Planteamiento del problema.</i>	65
3.2. <i>Objetivos.</i>	65
3.2.1. <i>Objetivo general.</i>	65
3.2.2. <i>Objetivos específicos.</i>	65
3.3. <i>Hipótesis.</i>	66
3.4. <i>Definición de variables.</i>	67
3.4.1. <i>Definición conceptual de las variables dependientes.</i>	67
3.4.2. <i>Definición operacional de las variables dependientes.</i>	68
3.4.3. <i>Definición conceptual de las variables independientes.</i>	68
3.4.4. <i>Definición operacional de las variables independientes.</i>	69
3.5. <i>Participantes.</i>	70
3.6. <i>Instrumento.</i>	70

3.7. Procedimiento.....	71
4. Resultados.....	72
4.1. Descripción de los datos generales.....	72
4.2. Estadísticos descriptivos.....	73
4.3. Análisis factorial.....	74
4.4. Correlación.....	75
4.5. Análisis de varianza.....	78
4.5.1. Diferencias encontradas por sexo.....	78
4.5.2. Diferencias encontradas por edad.....	79
4.5.3. Diferencias encontradas por institución.....	80
4.5.4. Diferencias encontradas por tiempo que se ha asistido a la institución.....	81
4.5.5. Modelo General Lineal (Univariado).....	82
4.6. Regresión.....	83
4.6.1. CONFE.....	84
4.6.2. CAM 82.....	85
4.6.3. Primaria.....	86
4.7. Prueba t.....	88
5. Discusión y conclusiones.....	90
Referencias.....	101
Anexos.....	106
Propuesta de Intervención.....	124

I N T R O D U C C I Ó N.

El tema del autoconcepto ha sido estudiado numerosas ocasiones por diferentes investigadores. La imagen que a lo largo de la vida se forma una persona acerca de sí misma ha sido objeto de análisis e investigación por parte de numerosos teóricos de la personalidad y la motivación. Este interés se fundamenta en la importancia y el efecto que este constructo tiene sobre el comportamiento que adoptan las personas.

La autoestima es un tema que también ha sido ampliamente abordado y estudiado. Éste constructo también se vuelve relevante en la medida en que representa la valoración que realizamos acerca de nuestra persona y, porque al igual que el autoconcepto, ejerce un importante efecto sobre el comportamiento y las actitudes adoptadas por la persona hacia sí misma y hacia todo aquello que le rodea, incidiendo de una forma bastante significativa sobre las relaciones interpersonales y, en general, sobre todas aquellas situaciones que las personas deben enfrentar en su vida cotidiana.

A lo largo de esta investigación se irán relacionando conceptos tales como autoconcepto, autoestima, discapacidad mental, adolescencia y familia. Veremos que las atribuciones, actitudes, juicios y opiniones que realizan aquellas personas que son significativas para nosotros (como los padres) con respecto a nuestra persona, resultan tener un efecto muy importante sobre la forma en como nos percibimos y la forma en como nos sentimos con nosotros mismos.

El tema de la deficiencia mental ha sido abordado por investigadores de diversos campos; sin embargo, dentro del campo de la psicología social se encontraron pocas investigaciones que aborden este tema. Esta investigación se planeó con la finalidad de conocer un poco más acerca de lo que piensan y sienten con respecto a sí mismos las y los adolescentes que tienen deficiencia mental, no solamente para que todo esto quede en un papel, sino para que puedan adoptarse medidas de intervención que les ayuden y les brinden las herramientas necesarias para desarrollarse y crecer como personas y seres humanos (una de las cuales se propone al final de este trabajo).

Esta investigación se propuso como algunos de sus objetivos: determinar si existen diferencias significativas entre el autoconcepto y la autoestima que poseen aquellas (os) adolescentes que asisten al Centro de Atención Múltiple No. 82 y aquellas (os) que asisten a la Confederación Mexicana de Asociaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual A. C. (CONFE); determinar si existen diferencias

significativas en el autoconcepto y la autoestima de las y los adolescentes dependiendo del sexo, edad y tiempo al que han asistido a su institución; y, determinar si la relación que tienen con sus padres incide o no sobre la forma en como se perciben y se sienten consigo mismos.

Para medir el autoconcepto, la autoestima y la relación con los padres de las y los adolescentes, se construyó una escala tipo Likert conformada por 92 reactivos. Se realizaron los análisis estadísticos correspondientes para determinar la validez de constructo y la consistencia interna de la escala. Además de los análisis necesarios para determinar si existían diferencias significativas entre los grupos de interés.

Por último, y como un objetivo especial de esta investigación, se elaboró una *propuesta de intervención* la cual tiene como objetivos principales la creación de un espacio de expresión, esparcimiento y aprendizaje para las y los adolescentes con deficiencia mental que asisten al CAM 82, y ayudarlos (a través de todas las actividades planeadas) para que mejoren la percepción que tienen acerca de sí mismos y se sientan mejor consigo mismos, con lo que tienen y con lo que son.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El tema del retraso mental ha sido abordado, desde diferentes perspectivas, por profesionales de distintos campos, tales como la psicología, la psiquiatría, la educación, el trabajo social, entre otros.

La *Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM)* es altamente reconocida a nivel mundial, ya que desde su fundación en 1876, se ha dedicado a la realización de investigaciones relacionadas con este tema y, también porque se ha propuesto elaborar una definición y una delimitación clara de la condición en la que se deben encontrar las personas para poder diagnosticar el retraso mental. La AARM se ha propuesto desechar el término de retraso mental, ya que considera que tal vez este término no es el más apropiado ni el más satisfactorio, por lo que se ha dado a la tarea de encontrar otro término que no resulte *estigmatizante*¹ y que no de lugar a una discriminación. Entre los términos que se han llegado a considerar se encuentran: “discapacidad psíquica, deficiencia mental o de la inteligencia, necesidad de apoyo específico, etc.” Sin embargo, la AARM considera que estos términos tampoco son adecuados, por lo que se ha decidido seguir utilizando el término de “*retraso mental*” hasta que se encuentre otro más apropiado (Egea García y Luna Maldonado, 1999).²

En el año de 1921, la AARM publicó la primera edición de su manual sobre la definición del retraso mental (el cual se realizó junto con el Comité Nacional para la Higiene Mental). A partir de esa fecha se han publicado ocho ediciones más en los años: 1933, 1941, 1957, 1959, 1973, 1977, 1983 y 1992.

¹ Goffman (1963) considera que, el término *estigma* hace referencia a un atributo profundamente desacreditador; sin embargo, este autor considera que lo que se necesita es un lenguaje de relaciones y no de atributos. Por lo que, un atributo que estigmatiza a una persona puede confirmar la “normalidad” de otro y, por consiguiente, no es honroso ni ignimioso en sí mismo. Por esta razón, el estigma consiste más bien en una clase especial de relación entre atributo y estereotipo. La estigmatización se traduce en un trato diferenciado, en una evaluación de aquel rasgo o característica que hace distinta a la persona estigmatizada y, la cual se caracteriza por poseer una connotación negativa.

² Cabe señalar que, aunque a lo largo del marco teórico se utilizará tanto el término de retraso mental como el de deficiencia mental (dependiendo de cómo lo manejen las fuentes consultadas), personalmente considero que resulta más adecuado utilizar el término de deficiencia mental y no el de retraso mental, ya que éste último parece ser más estigmatizante que el primero; además de que a partir de unas conversaciones que se tuvieron con personas que trabajan en instituciones destinadas a brindar ayuda, apoyo y capacitación a adolescentes con discapacidad, se encontró que ellas no utilizan el término de retraso mental, sino el de deficiencia mental.

En los primeros manuales se tomaba como punto de partida, para definir el retraso mental, el Coeficiente Intelectual (C.I.).³ El surgimiento de los Test de Inteligencia y su aplicación generalizada en la población estadounidense, hicieron de este parámetro el dato más objetivo en el cual resultaba posible basar cualquier tipo de investigación y la referencia diferencial para catalogar a la población en función de sus rendimientos intelectuales (Egea García y Luna Maldonado, 1999). De esta forma, siguiendo este criterio, Ardila (1989) afirma que el retraso mental puede clasificarse en:

- Ø *RM Ligero.* Donde el CI está comprendido entre 55 y 70; las personas con un retraso mental ligero no presentan signos externos de retardo, solamente lentitud motora y una mala habilidad para leer.
- Ø *RM Moderado.* Donde el CI está comprendido entre 40 y 54; las personas diagnosticadas con este tipo de retraso tienen dificultades para el autocuidado y otras habilidades prácticas, sin embargo, pueden llegar a adquirirlas con un entrenamiento adecuado; les cuesta trabajo leer y escribir, pero pueden aprender algunas frases; casi nunca llegan a ser independientes.
- Ø *RM Grave.* Cuyo CI está comprendido entre 25 y 39; las personas que tienen este tipo de retraso sufren grandes déficits y no cuentan con la posibilidad de recibir una formación académica aunque sea mínima; pueden aprender a hablar y a cuidar de sus necesidades básicas.
- Ø *RM Profundo.* Donde el CI se encuentra por debajo de 25; las personas que tiene este tipo de retraso casi siempre tienen problemas neurológicos; sólo pueden aprender pocas palabras y es posible que, con la ayuda adecuada, aprendan a caminar; necesitan supervisión permanente.⁴

La definición de retraso mental realizada por la AARM, se fue modificando a través de los años. Es así que, en la cuarta edición de su manual (publicada en 1957) se comenzó a tener en cuenta, aparte del nivel del coeficiente intelectual, el origen de las causas que conducían a un rendimiento intelectual menor que al de la

³ El C.I. se define como la medida de inteligencia; esta medida se obtiene al dividir la edad mental (EM) de una persona (la cual se obtiene a partir de los resultados del test) entre su edad cronológica (EC) multiplicado por 100 (Cabañas, 1978 citado en Guerrero Guerrero, 1997).

⁴ Resulta importante señalar que esta clasificación dejó de utilizarse ya que resultaba bastante estigmatizante y porque comenzó a considerarse que estas definiciones tan rígidas y limitantes en vez de ayudar a dar un mejor apoyo y ayuda a las personas con deficiencia mental, resultaban ser perjudiciales ya que eran muy determinantes en cuanto a lo que podían o no podían hacer estas personas.

población "normal". En la quinta edición (publicada en 1959) la definición sufrió una nueva modificación; de esta forma se fija un CI de 85 como promedio, además de que se considera que el desempeño personal ya no se ubica exclusivamente en el rendimiento ante pruebas estandarizadas y una etiología determinada, sino que comienza a tenerse en cuenta la capacidad que tiene la persona para adaptarse a las condiciones y situaciones a las que debe afrontarse en su vida cotidiana (Egea García y Luna Maldonado, 1999).

Todas estas evoluciones y modificaciones hacen posible que ya en la novena edición (que es la vigente), publicada en 1992, el retraso mental quede definido de la siguiente forma:

"El retraso mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes habilidades adaptativas:

1. Comunicación,
2. Cuidado personal,
3. Vida en el hogar,
4. Habilidades sociales,
5. Utilización de la comunidad,
6. Autogobierno,
7. Salud y seguridad,
8. Habilidades académicas funcionales,
9. Ocio, y
10. Trabajo" (AARM, citado en Egea García y Luna Maldonado, 1999:3).

Esta nueva definición deja fuera la clasificación del retraso mental (ligero, moderado, grave y profundo), determina que el retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años y, se determina como promedio límite un CI de 75 (es decir, que para considerar que una persona tenía retraso mental, ésta debía tener un coeficiente intelectual inferior a 75).

Se puede decir que, a medida que han venido evolucionando las definiciones acerca del retraso mental, también han venido surgiendo asociaciones, propuestas y acciones encaminadas a integrar a las personas con deficiencia mental a la dinámica social.

La percepción acerca del retraso mental también se ha modificado a través del tiempo. Para poder darnos cuenta de esto, a continuación se presentan una serie de datos históricos, en base a los cuales es posible observar cómo se han venido modificando tanto la forma de concebir a estas personas como las actitudes adoptadas por la sociedad con respecto a ellas.

Guerrero Guerrero (1997) realiza un breve recorrido por el tiempo y comenta que, por ejemplo, en la antigua Grecia los espartanos llevaban a cabo la práctica de la eutanasia sin ninguna consideración a los niños que padecían deficiencia mental, debido a que consideraban que no eran normales y que por esa razón no merecían lugar alguno dentro de la sociedad, con lo cual, además, pensaban evitarles un sufrimiento de por vida.

Estrada Méndez y Lara Moreno (1982) comentan que, desde que el hombre comenzó a vivir en comunidad se ha tenido que enfrentar con el problema que representan aquéllos que no encajan en los esquemas establecidos. En algunos casos estos individuos (como era el caso de las personas con retraso o alguna discapacidad mental) eran tolerados, pero la mayoría de las veces eran encerrados.

En una obra publicada por Thomas Willis, en 1672, se recomendaba la necesidad de que tanto médicos como maestros unieran sus esfuerzos para mejorar el estado de los "subnormales".⁵ Los primeros "centros especiales" se fundaron a finales del siglo XVIII, los cuales constituían, más bien, un tipo de asilo – hospitales donde se albergaban a los "subnormales" junto con vagabundos, viejos, delincuentes, prostitutas y dementes. Por citar un ejemplo, el hospital de la Salpêtrière de París, en 1778, albergó a 8000 personas en estas condiciones. Tal era la situación en la que vivían que, al llegar la Revolución Francesa, Pinel (un científico de la época) llamó la atención de la sociedad haciendo ver que los individuos que eran recluidos en los asilos reclamaban un trato más humano (Castells, 1977 citado en Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

En Francia, en el año de 1789, Itard realizó grandes aportaciones pedagógicas destinadas a resolver el problema de las personas con deficiencia mental u

⁵ El término de subnormales se utilizaba para referirse a aquellas personas que, por alguna razón, no llegaban a alcanzar el estado de "normalidad" que la sociedad exigía a los individuos que la conformaban. Aquéllos que no alcanzaban o cumplían con dicho requisito no eran considerados como personas, por lo que no eran dignos de cuidado, sino que más bien se procuraba mantenerlos alejados.

oligofrénicos.⁶ Itard inició la educación de estas personas después de su empeño en educar al famoso niño salvaje de Aveyron quien había vivido en los bosques de Cammer, en la Francia meridional; debido a que se encontró que este niño no había desarrollado sus potenciales intelectuales y, mucho menos las sociales, se pensó que posiblemente esto se debía a una deficiencia mental. Sin proponérselo, Itard fomentó en otros profesionales el interés por el estudio de la deficiencia mental; tal fue el caso de Edward Seguin, quien en 1837 estableció en París una escuela para personas con retraso mental (Mann, 1987 citado en Guerrero Guerrero, 1997).

Entre las teorías que intentan explicar el origen o la etiología del retraso mental, encontramos que, durante la primera mitad del siglo XIX, aparecieron varias teorías sobre la “degeneración” de los individuos “subnormales”. Morel, por ejemplo, en 1840 sustenta la hipótesis de que determinadas familias sufren de una degeneración progresiva; de tal forma que, el hecho de que en alguna familia existiera un miembro que presentara ligeros desequilibrios emocionales haría que, a medida que pasaran las sucesivas generaciones, existieran miembros con deficiencias mentales severas. En esta misma línea de pensamiento estaba Down cuando en 1866 presentó por primera vez el caso de un individuo con rasgos semejantes a la raza asiática.⁷ En esa época imperaba la teoría de la “degeneración racial”, según la cual las razas humanas se habían jerarquizado desde las más primitivas hasta la más evolucionada (la cual era, en su lógica, la blanca). De esta forma, Down llegó a afirmar que un mongólico era un individuo que por accidente de la naturaleza presentaba las características de una raza primitiva. Después de la teoría de la degeneración racial apareció otra que explicaba el mongolismo como una “fetalización”, según esta teoría estas personas eran como fetos humanos maduros, por lo que sí eran capaces de vivir (Castells, 1977 citado en Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

También podemos encontrar que, durante un periodo de tiempo, se igualó a las personas que tenían retraso mental con los enfermos mentales. Fue Esquirol, en 1845, quien sugirió que la diferencia esencial entre la locura y el retraso mental radicaba en el carácter evolutivo de este último. Esquirol en su libro titulado *Mental maladies*, afirmó que la “idiotez” o el retraso mental no era igual a la enfermedad mental sino que, más bien, se trataba de un retraso evolutivo (es decir, que las facultades mentales no se habían desarrollado lo suficiente), lo cual los

⁶ Oligofrenia es un término psiquiátrico, el cual era utilizado antes de que se comenzara a utilizar el de retraso mental.

⁷ Debido a esta similitud física se les comenzó a llamar *mongoles*, debido al parecido que tenían con los individuos pertenecientes a la raza de los mongoles (Castells, 1977 citado en Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

diferenciaba de los enfermos mentales quienes no presentaban ningún déficit o retraso en el desarrollo mental (Esquirol, 1845 citado en Ardila, 1989).

Por algún tiempo, a finales del siglo XIX, se pensó que la deficiencia mental era algo que podía curarse. Por esta razón se llevaron a cabo varios intentos encaminados a la curación de la deficiencia, la cual era considerada como una enfermedad. Entonces, se volvió común el hecho de que las personas con deficiencia mental, después de permanecer durante algún tiempo en alguna escuela especial, eran devueltas a sus hogares en las mismas condiciones. De ahí se llegó a la conclusión de que los deficientes mentales eran "incurables". Este hecho sumado al número creciente de personas que presentaban deficiencia mental, al estado de confusión generado debido a la aparición de numerosas teorías e hipótesis que intentaban definir la "subnormalidad" mental y el fracaso de los esfuerzos destinados a su rehabilitación, comenzaron a alarmar a la sociedad (Castells, 1977 citado en Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

En Francia, en el año de 1904, la Comisión Ministerial para la Educación Especial francesa encargó a Alfred Binet la creación de una técnica enfocada a la detección de la insuficiencia intelectual. De esta forma, comenzó a hacerse visible el reconocimiento, por parte de la sociedad, de la importancia y repercusión social de la deficiencia mental (Chiva, 1978 citado en Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

Es así que el primer *test de inteligencia* fue diseñado, para el sistema de las escuelas públicas de Francia, por Alfred Binet⁸ y por su colega Theodore Simon. Ambos inventaron varias preguntas y las pusieron a prueba en escolares de París, con la intención de averiguar cuáles niños sufrían retardo mental o tenían problemas de aprendizaje. La primera escala de Binet - Simon se publicó en 1905 (Morris, 1992).

Este instrumento se tornó una herramienta que permitía obtener una medida de la inteligencia en general. A partir de esto, se estableció una media, un promedio; de esta forma, el hecho de que alguna persona calificara u obtuviera una puntuación (CI)⁹ ya fuera por arriba o por debajo del promedio era considerado como anormal (Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

⁸ Alfred Binet, en ese entonces, ocupaba el cargo de director del Laboratorio de Psicología en la Sorbona (Morris, 1992).

⁹ Después de la publicación de la escala Binet – Simon (1905), se publicaron varias adaptaciones; la mejor conocida fue elaborada en la Stanford University por L. M. Terman, la cual se dio a conocer en 1916 como la Escala de Inteligencia de Stanford – Binet. Terman fue quien introdujo el ahora

Ahora bien, aunque es cierto que la percepción que se ha tenido acerca de las personas con retraso mental a través del tiempo ha sido casi siempre negativa, han existido y existen grupos y asociaciones (tanto gubernamentales como civiles) que han trabajado y luchado por ofrecer a estas personas mejores oportunidades de desarrollo.

Por ejemplo, en nuestro país las acciones realizadas por parte del gobierno han estado encaminadas, particularmente, al ámbito educativo y de la salud.

Haciendo un breve repaso sobre la historia de la educación especial en nuestro país nos encontramos con que Benito Juárez, en 1867, fue quien fundó la *Escuela Nacional del Sordo* y la *Escuela Nacional de Ciegos*, en 1879; la fundación de estas dos instituciones constituye la primera iniciativa en México de educación especial destinada a las personas con deficiencia (Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

En el Distrito Federal, en el periodo de 1919 a 1927, se fundaron dos escuelas de orientación para hombres y mujeres; y, en la Universidad Nacional Autónoma de México comenzaron a funcionar *grupos de capacitación y experimentación pedagógica* para la atención de personas con deficiencia mental (Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

En 1935, el licenciado Ignacio García Téllez¹⁰ permitió la creación del *Instituto Médico Pedagógico* destinado a la educación de los niños con retraso mental; el fundador de dicha institución fue el doctor Roberto Solís Quiroga, quien también se encargó de fundar en 1943 la *Normal de Especialización* la cual ha tenido como función preparar docentes para la educación de los niños con retraso mental (Guerrero Guerrero, 1997).

Durante el periodo 1952 – 1953 se creó la *Dirección General de Rehabilitación*, la cual dependía de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de ésta dirección surgieron los *centros de rehabilitación* números 3 y 6 los cuales se encargaron de atender a los adolescentes con retraso mental.

famoso término de CI (coeficiente intelectual) para indicar el valor numérico de la inteligencia y, estableció la puntuación de 100 para la persona de inteligencia promedio (Morris, 1992).

¹⁰ El Lic. García Téllez, en ese entonces, ocupaba el cargo de Ministro de Educación.

El 1 de marzo de 1960, Manuel López Dávila¹¹ fundó dos *escuelas primarias de perfeccionamiento* destinadas a la educación de niños en edades de 5 a 10 años. Durante ese mismo año se estableció la *escuela – granja* para adolescentes con retraso mental, acción que estuvo a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Guerrero Guerrero, 1997).

En el año de 1970 se creó por decreto la *Dirección General de Educación Especial*, cuyas funciones eran organizar, dirigir, administrar el sistema federal de educación de niños con necesidades especiales y, la formación de maestros especialistas. A partir de esa fecha aparecieron los primeros *Centros de Rehabilitación y Educación Especial*, además de que surgieron más *Centros de Capacitación para el Trabajo* (Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

Más recientemente, en 1995 se dio a conocer (por primera vez en la historia de México) un programa nacional al cual se denominó “*Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad*”, el cual surgió para promover la integración de las personas con discapacidad (tanto física como mental). El 10 de enero de 1995 se instaló la Comisión Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad, en la cual se sumaron los esfuerzos de todas las secretarías de Estado, diversas entidades del sector público y un sinnúmero de instituciones privadas (CONVIVE, 1996).

El programa, con la finalidad de lograr un verdadero cambio social, planteó una política integral que contempla acciones simultáneas en materia de: salud, bienestar y seguridad social; educación; rehabilitación laboral, capacitación y trabajo; cultura, recreación y deporte; accesibilidad, telecomunicaciones y transporte; comunicación; legislación y derechos humanos; sistema nacional de información.

La Comisión Nacional Coordinadora para la Integración de las Personas con Discapacidad decidió darse a conocer bajo el nombre de *CONVIVE*, debido a que consideraron que este nombre encierra un significado muy importante, ya que es a través de la promoción de una nueva forma de *convivir* con las personas con discapacidad como se puede generar una cultura de respeto, participación y responsabilidad compartida con todos los mexicanos.

¹¹ Manuel López Dávila, en ese entonces, ocupaba el cargo de Oficial Mayor de la Secretaría de Educación Pública.

Este programa tiene, entre otros, los siguientes propósitos generales: garantizar la dignidad y la integración de las personas con discapacidad; propiciar el equiparamiento de oportunidades para las personas con discapacidad, que redunden en su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural; fomentar la nueva cultura de respeto, dignidad e integración hacia las personas con discapacidad, derribando todas las barreras físicas y mentales que aún existen; considerar la unidad y la fuerza de la familia como el motor de un desarrollo armónico de la comunidad y de la sociedad en general; garantizar el pleno respeto de los derechos humanos, políticos y sociales, eliminando toda forma de discriminación y exclusión (CONVIVE, 1996).

Para conocer la magnitud del reto de la integración educativa de menores con discapacidad en México la Secretaría de Educación Pública (SEP) llevó a cabo, en acción conjunta con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Registro de Menores con Discapacidad. Aprovechando el trabajo de campo del Censo de Población y Vivienda 1995, el INEGI distribuyó en cada una de las viviendas del país un formato de registro para conformar el Directorio Nacional de Personas con Discapacidad. A través de este registro se identificaron a más de 2 millones 700 mil niños y niñas con algún signo de discapacidad en el país (CONVIVE, 1996).

A continuación se presentan unas tablas, las cuales contienen información sobre los resultados hallados a través del Registro. La primera contiene información acerca de cómo se distribuye la población total de 0 a 20 años con y sin discapacidad según la entidad federativa de residencia habitual y, el porcentaje de la población que tiene discapacidad; la segunda contiene información acerca de cómo se distribuye la población de interés en la República Mexicana según el tipo de discapacidad; y, la tercera contiene información acerca de cómo se distribuye la población de interés dentro del Distrito Federal según el tipo de discapacidad.

Tabla 1. Población total por Entidad Federativa de Residencia habitual de 0 a 20 años con y sin discapacidad.

<i>Entidad Federativa</i>	<i>Población total de 0 a 20 años.</i>	<i>Personas con discapacidad</i>	<i>% de la población con discapacidad</i>
Estado de México	5 682 731	453 972	7.98
Distrito federal	3 398 652	237 867	6.99
Jalisco	2 943 942	212 725	7.22
Veracruz	3 274 411	206 983	6.32
Puebla	2 393 171	150 232	6.27
Guanajuato	2 295 900	143 517	6.25
Oaxaca	1 702 161	92 053	5.40
Chiapas	1 989 387	88 500	4.44
Tabasco	917 384	81 029	8.83
Hidalgo	1 074 642	77 853	7.24
Chihuahua	1 301 298	77 013	5.91
San Luis Potosí	1 130 072	74 788	6.61
Nuevo León	1 572 596	74 361	4.72
Coahuila	1 021 966	71 011	6.94
Guerrero	1 578 844	66 644	4.22
Sinaloa	1 189 222	61 508	5.17
Durango	728 564	59 614	8.18
Michoacán	2 013 194	48 723	2.43
Zacatecas	694 447	48 374	6.96
Morelos	695 290	47 887	6.88
Tamaulipas	1 152 032	45 389	3.93
Querétaro	650 055	44 181	6.79
Sonora	970 498	43 238	4.45
Nayarit	447 852	37 424	8.35
Aguascalientes	440 778	34 222	7.76
Yucatán	748 733	32 243	4.30
Tlaxcala	451 783	25 527	5.65
Campeche	325 374	22 482	6.90
Quintana Roo	354 704	20 505	5.78
Colima	236 080	20 201	8.55
Baja California	970 484	18 983	1.95
Baja California Sur	175 847	8963	5.09
Extranjero	-----	32	-----
No especificado	-----	1	-----
<i>Estados Unidos Mexicanos</i>	<i>44 522 094</i>	<i>2 728 045</i>	<i>6.12</i>

Fuente: CONVIVE (1996). Informe Nacional de Actividades, p. 96. Censo de Población y Vivienda (1995). Resultados Definitivos. Tabulados básicos. INEGI, p. 38 – 87.

Tabla 2. Menores con discapacidad que viven en la República Mexicana según tipo de discapacidad.

<i>Tipo de Discapacidad</i>	<i>Personas</i>
Debilidad visual	791 321
No habla bien	310 313
No escucha bien	142 425
Deficiencia mental	126 326
Malformación	56 577
Autismo	45 956
Epilepsia	22 679
Sordera	21 562
Ceguera	19 486
Necesita aparato	10 335
Síndrome de Down	8 250
Parálisis cerebral	7 638
Amputación de algún miembro	6 725
Mudez	6 327
Otro	226 775
Con más de una discapacidad	318 670
<i>Total</i>	<i>2 121 365</i>

Fuente: CONVIVE (1996) Informe Anual de Actividades, p. 97 – 98

Tabla 3. Menores con discapacidad que residen en el Distrito Federal según el tipo de discapacidad.

<i>Tipo de Discapacidad</i>	<i>Personas</i>
Debilidad visual	101 953
No habla bien	21 659
Malformación	8 346
No escucha bien	7 624
Deficiencia mental	3 201
Epilepsia	1 633
Ceguera	1 534
Sordera	1 292
Autismo	1 031
Síndrome de Down	808
Parálisis cerebral	702
Necesita aparato	627
Amputación de algún miembro	314
Mudez	252
Otro	12 255
Con más de una discapacidad	25 849
<i>Total</i>	<i>189 080</i>

Fuente: CONVIVE (1996) Informe Anual de Actividades, p. 97 – 98

De esta forma podemos ver que: en 1995, en la República Mexicana se registraron en total 2, 728, 045 personas (de 0 a 20 años) con discapacidad; de las cuales 237, 867 vivían en el Distrito Federal (quienes representaban el 6.99% de la población total de 0 a 20 años). A nivel República Mexicana, la deficiencia mental ocupaba el cuarto lugar de importancia en la categoría de discapacidad con la existencia de 126, 326 personas; mientras que, en el Distrito Federal se registraron 3, 201 personas, ocupando así el quinto lugar de importancia en la categoría de discapacidad.

Así, podemos darnos cuenta de que aunque la deficiencia mental no ocupa el primer lugar entre todas las demás discapacidades, sí se encuentra entre los cinco primeros lugares (tanto a nivel nacional como en el Distrito Federal). Por esta razón considero que es importante realizar un estudio tomando en cuenta a las personas con deficiencia mental, además del hecho de que se encontraron muy pocas investigaciones, dentro de nuestra disciplina, que aborden este tema.

Siguiendo con las acciones promovidas y realizadas en nuestro país, recientemente (a través de la demanda ciudadana en México) se ha podido establecer con mayor claridad la necesidad de una mejor y más amplia coordinación para optimizar los resultados de la atención a las personas con discapacidad. Lo cual incluye el mejoramiento de los programas de rehabilitación, integración educativa, de accesibilidad, capacitación laboral, empleo y otros aspectos que significan una respuesta a la equiparación de oportunidades.

Para coadyuvar en este proceso, el actual Gobierno de la República, encabezado por el Presidente Vicente Fox Quesada, ha creado la *Oficina de representación para la Promoción e Integración Social de las Personas con Discapacidad* (ORPISPCD); cuya misión es impulsar y promover la ampliación de las políticas públicas para fomentar la integración social de las personas con discapacidad, fortaleciendo los programas mediante la coordinación interinstitucional, promoviendo las modificaciones necesarias al marco jurídico relativo a las personas con discapacidad e impulsando la participación de las organizaciones de la sociedad civil a través del desarrollo de Proyectos Ciudadanos (ORPISPCD, 2001).

En torno a los proyectos que han surgido en diversos países a nivel mundial, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró el 3 de diciembre como *Día Internacional de la Discapacidad*, con lo que se pretende hacer reflexionar a toda la comunidad con sensibilidad y conciencia respecto a este grupo social vulnerable y que durante años ha permanecido marginado (ORPISPCD, 2001).

En nuestro país, el 3 de diciembre del año pasado, en el salón Adolfo López Mateos de la residencia oficial de Los Pinos, el Presidente Vicente Fox Quesada encabezó la ceremonia que conmemora el "*Día Internacional de la Discapacidad*". Durante esta ceremonia el Ing. Víctor Hugo Flores Higuera, titular de la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para las Personas con Discapacidad (ORPISPCD), presentó el *Programa Nacional de Prevención de Discapacidad y Rehabilitación Integral*. Con este programa, afirma Flores Higuera (2001a), se reafirma el compromiso del Gobierno Federal para sumar dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 las causas del movimiento social de las

personas con discapacidad, avanzando en su organización, incorporación y participación en los distintos procesos del desarrollo económico, político, social y cultural del país.

Comenta que la Comisión Nacional Coordinadora del CONVIVE se consolidó con la creación por decreto del *Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad* (CODIS), el cual cuenta con las participaciones de 5 Secretarías de Estado, el DIF Nacional y la ORPISPCD; dando así continuidad al proyecto de Política Pública en el tema de la discapacidad en México.

Anteriormente el programa CONVIVE, a través del DIF, convocaba a que todas las dependencias aportaran acciones a favor de la discapacidad. Sin embargo, la respuesta institucional no siempre fue homogénea. Este programa nacional de atención a la discapacidad (conducido por el DIF) trabajó áreas como: rehabilitación integral, agencias de integración laboral, orientación a familias, detección oportuna, talleres de elaboración de prótesis y órtesis, promoción al empleo, conferencias y talleres, entre otras actividades importantes. Sin embargo, se consideró que era necesario consolidar y complementar la participación de otras instituciones en un compromiso compartido que sustentara un enfoque integral, para dar respuesta a necesidades importantes de la sociedad en materia de salud, educación, empleo y accesibilidad.

Por ello, se comenzó a trabajar en 4 programas nacionales, dos de los cuales ya se terminaron y los otros dos están en proceso. Los terminados son: el *Programa Nacional de Accesibilidad* (presentado el 18 de Septiembre del 2001) y, el *Programa Nacional para la Prevención y Rehabilitación Integral* (presentado por parte de la Secretaría de Salud); hallándose en proceso el *Programa Nacional para la Integración Educativa* y, el *Programa Nacional para la Integración Laboral* (Flores Higuera, 2001a).

El *Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad* (CODI), es un órgano de consulta e instancia de coordinación para las políticas, estrategias y acciones en materia de discapacidad. Flores Higuera (2001b) comenta que, entre los objetivos que persigue este consejo se encuentran: diseñar políticas, acciones o estrategias públicas coordinadas, tendientes a la integración social de las personas con discapacidad y su incorporación a la vida nacional; proponer e impulsar acciones encaminadas a garantizar el pleno respeto y ejercicio de los derechos humanos, políticos y sociales de las personas con discapacidad, así como la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a los servicios de salud, educación, capacitación, empleo, cultura, información, recreación y deporte, y de todo aquello que, en su conjunto, contribuya al bienestar, desarrollo y mejora de la calidad de vida de este sector de la sociedad; promover la elaboración de proyectos que en la infraestructura y edificaciones públicas o privadas del país,

faciliten la accesibilidad, movilidad y el transporte de las personas con discapacidad; y, fomentar y difundir entre toda la población una *nueva cultura de integración social de las personas con discapacidad*, basada en el respeto y la dignidad, que considere que la participación plena de este sector enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores y la unidad de la familia y la nación.

Por último, cabe señalar que el 30 de enero del 2002, en el salón Manuel Ávila Camacho de la residencia oficial de Los Pinos, Martha Sahagún de Fox, primera Dama del país, encabezó la presentación del “*Programa Nacional de Atención con Calidad para Personas con Discapacidad*” (ORPISPCD, 2002). Con este programa se pretende sensibilizar y capacitar al mayor número de servidores públicos para que conozcan y sepan brindar servicios de calidad a las personas con discapacidad, ya que las condiciones físicas, intelectuales o sensoriales de la persona con discapacidad, por seguridad y eficiencia, requieren de una atención específica (Flores Higuera, 2001b).

Como parte de este programa, se está realizando una campaña de radio y televisión, donde se presentan mensajes con el fin de sensibilizar a la sociedad y mostrar que las personas, a pesar de que tengan alguna discapacidad, son capaces y merecen todo el derecho de vivir en un ambiente donde se les permita crecer y desarrollarse como cualquier otra persona. Bajo el lema “*Su discapacidad no los limita, no lo hagas tú*”, se pretende lograr que la sociedad en general se de cuenta de que pueden salir adelante, que independientemente del tipo de discapacidad que tengan, son *seres humanos* ante todo y, como tales, tienen la fortaleza y la voluntad necesaria para enfrentar su situación, y a pesar de que no escuchen, no hablen, no vean o se les dificulte aprender cosas, con la ayuda adecuada pueden hallar la forma para superar todo esto y vivir plena y dignamente.

Ahora bien, ya se comentó anteriormente cómo se ha modificado tanto la percepción como las actitudes adoptadas por la sociedad hacia las personas con deficiencia mental. Al principio la imagen que se tenía era totalmente negativa y las actitudes eran de un completo rechazo. Esto se fue transformando y en la actualidad podemos ver que, aunque se sigue estigmatizando y discriminando a las personas que tienen deficiencia mental, existen cada vez más grupos y asociaciones interesadas por lograr que a estas personas se les brinden mayores y mejores oportunidades para que puedan lograr un desarrollo integral.

La preocupación existente por ayudar y defender los derechos humanos de las personas con deficiencia mental ha fomentado la creación de diversas Asociaciones alrededor del mundo. Tales *Asociaciones No Gubernamentales* (ONG's) encuentran su sustento en la participación activa tanto de investigadores, profesionales,

familiares y de las mismas personas que tienen deficiencia mental (Egea García y Luna Maldonado, 1999).

Por citar un ejemplo, la Asociación Canadiense para la vida Comunitaria (CACL) en asociación con el Instituto Interamericano del Niño (Organismo especializado de la Organización de Estados Americanos) y la Confederación Interamericana de Deficiencia Mental (CILPEDIM) convocaron en Nicaragua el inicio del Proyecto “*Crecer Juntos en la Vida Comunitaria*” (diciembre de 1993), en el cual participaron personas con discapacidad y sus familias, profesionales y representantes de los Gobiernos de treinta y seis países del Continente Americano. Este proyecto, en el transcurso de 1994 y 1995, organizó Seminarios Regionales en México, Guatemala, Montevideo y Guayaquil. Dicho proyecto emitió la “*Declaración de Managua*”, la cual afirma lo siguiente:

“Queremos una sociedad basada en la equidad, la justicia, la igualdad y la interdependencia, que asegure una mejor calidad de vida para todos sin discriminaciones de ningún tipo; que reconozca y acepte la diversidad como fundamento para la convivencia social. Una sociedad donde lo primero sea la condición de persona de todos sus integrantes; que garantice su dignidad, sus derechos, su autodeterminación, su contribución a la vida comunitaria y su pleno acceso a los bienes sociales” (citado en Egea García y Luna Maldonado, 1999:13).

En México una de las organizaciones que lucha por integrar a las personas con deficiencia mental a la sociedad es la *Confederación Mexicana de Asociaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual A. C.* (CONFE)¹²; la cual fue creada en 1978 por iniciativa de agrupaciones de padres de familia que sintiendo una profunda preocupación por el futuro de sus hijos, se dieron a la tarea de organizarse y luchar por alcanzar objetivos fundamentales para lograr el pleno reconocimiento de los derechos y la dignidad de la persona con discapacidad mental en nuestro país. En estrecha colaboración con profesionales en este campo, la Confederación trata de ayudar a todas las personas sin importar raza, religión, nivel socioeconómico o grado de discapacidad; para lo cual cuenta con un programa integral elaborado para satisfacer y armonizar las necesidades de las personas con discapacidad mental y su familia, con las de la sociedad (Peña, 1993).

¹² CONFE está ubicada en el número 5218 de la carretera México – Toluca, es un organismo no gubernamental que funciona como asociación civil, la cual se sostiene básicamente de los donativos que recibe por parte de la comunidad (San Luis Rodríguez citado por Cázarez, 199-?).

En una entrevista realizada al licenciado Andrés San Luis Rodríguez, Director General de Integración de CONFE, señaló que en nuestro país se está luchando por crear servicios educativos de formación y orientación para que las personas con discapacidad intelectual puedan integrarse a la vida de la comunidad; comentó, además, que corregir a una persona adulta con discapacidad intelectual resulta tan difícil como la misma sociedad así lo haga. El principio, asegura, se fundamenta en la *aceptación de la diversidad* (Cázarez, 199-?).

Zacarías (1993) comenta que, desde 1983, las Naciones Unidas promueven la década de las personas con discapacidad con la finalidad de dar a conocer, apoyar y coordinar diversas acciones que permitan crear y establecer mejores programas para las personas con discapacidad a nivel mundial.

Debido a esto, la revista *Psicología Iberoamericana*, en 1993, dedicó un número especialmente a la discapacidad con la finalidad de . . .

“crear una mayor concientización al dar una representación de calidad a las personas con discapacidad y que sean estas personas quienes nos hablen de vida independiente, posibilidades de empleo e iniciativas de acceso a la comunidad, deportes integrados, manifestaciones artísticas, así como de las campañas para una legislación cada vez más justa” (Zacarías, 1993:3).

Ahora bien, aunque resulte bastante importante la existencia de asociaciones que luchan y hacen todo lo posible por conseguir que las personas con deficiencia mental sean respetadas y valoradas, por que sus derechos sean respetados y no sean objeto de acciones discriminatorias y por lograr su integración a la comunidad, también es muy importante que los familiares de las personas con deficiencia mental estén convencidos de que estas personas sólo necesitan que se les dé la oportunidad de demostrar que tienen una voz propia, que tienen sueños y deseos propios y que pueden lograr cosas que uno ni siquiera se imagina que puedan hacer.

En la actualidad, aunque es cierto que existen asociaciones y grupos (conformados por profesionales, trabajadores sociales, personas interesadas, familiares e incluso personas con deficiencia mental) interesados en encontrar o crear aquellos espacios que les brinden la oportunidad de acceder a una mejor calidad de vida, también es cierto que aún existe en algunos sectores de la sociedad la creencia de que las personas con deficiencia mental no tienen probabilidad alguna de aprender, tomar decisiones y de hacerse cargo de su propia vida. En algunos casos, y en el peor de

ellos, se ha encontrado (Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982) que son los propios padres quienes limitan e inciden de forma negativa, a través del rechazo o la sobreprotección, en el desarrollo que podrían alcanzar sus hijos en el caso de que se les apoyara, motivara, se creyera en ellos y se les enseñara a creer en sus propios potenciales y capacidades.

Es por esto que, el presente estudio tiene como finalidad crear un espacio para que sean las y los adolescentes que tienen deficiencia mental quienes nos permitan saber cuál es el *concepto que tienen acerca de sí mismos* (autoconcepto) y *cómo se sienten consigo mismos* (autoestima), con la finalidad de dar a conocer la forma en la que se perciben y se sienten consigo mismos para que, en la medida de lo posible, puedan planearse estrategias de intervención con la finalidad de ayudarlos, en caso de que se juzgue necesario.

Resulta importante tener en cuenta que en el desarrollo, tanto del *autoconcepto* como de la *autoestima* juegan un papel muy importante las percepciones, atribuciones, juicios y opiniones que sobre nosotros formulan las personas con quienes interactuamos; sobre todo, nos interesa lo que piensen acerca de nosotros aquellas personas que estimamos y que son significativas para nosotros, como la familia, por ejemplo (principalmente, los padres).

Como es bien sabido, la *familia* constituye el primer grupo con el que los individuos se relacionan. Enríquez Ponce de León y Guadarrama (1989) comentan que, la familia constituye el primer grupo social con el que todo individuo entra en contacto; y es, precisamente, dentro del seno familiar donde se adquieren las primeras experiencias, constituyendo de esta forma la base más importante para que una persona pueda establecer relaciones sociales posteriores dentro de otros grupos.

Ahora bien, cuando se llega a la *adolescencia*, la cual constituye un periodo de la vida comprendido entre los 13 y 23 años de edad (Jaimes Medrano, 1999), el (la) joven comúnmente busca, quiere llegar a ser alguien, formarse una identidad; por lo que, siente la necesidad de estar menos tiempo con su familia para poder establecer nuevas relaciones dentro de otros grupos (Muñoz Fernández, 1999). Es decir, existe en el adolescente una necesidad de independizarse del núcleo familiar.

Sin embargo, en el caso de las y los adolescentes con deficiencia mental, hay quienes consideran que, a diferencia de los adolescentes "normales", a ellos se les dificulta lograr su independencia del seno familiar ya que, en la mayoría de los casos, los padres hacen que entre ellos y su hijo o hija (según sea el caso) que tiene deficiencia mental se establezca una relación de dependencia.

Esta dependencia con respecto al seno familiar es favorecida no sólo por la actitud sobreprotectora de los padres, sino también porque la sociedad ofrece muy pocos espacios (tanto educativos, como artísticos, culturales, recreativos, deportivos, laborales) a los que puedan acceder.

Desgraciadamente, el acceso al deporte, a la cultura física y a la recreación han estado restringidos para las personas con discapacidad. La importancia que adquiere la realización de actividades en dichos ámbitos radica en el hecho de que representan un instrumento de desarrollo humano e integración familiar y social, son auxiliares importantes del cambio de actitud de la persona e influyen en su *autovaloración* y en la expresión del yo digno de ser y estar en el mundo con los demás (CONVIVE, 1996).

Powell (1994) comenta que, en los últimos años se han planeado programas para ayudar a los alumnos con deficiencia mental para que funcionen adecuadamente dentro de los límites que les impone su inteligencia. Sin embargo, comenta que los jóvenes con este problema tienen pocas posibilidades de ingresar en cursos y talleres, ya que los maestros consideran que no son lo suficientemente “brillantes” o capaces para realizar ciertas actividades.

Todo esto nos permite ver que aún falta camino por recorrer para lograr que, tanto dentro del seno familiar como dentro de otros espacios (educativos, recreativos, culturales, laborales) se modifique esa concepción que se tiene acerca de que las personas con deficiencia mental no son capaces de pensar, de tomar decisiones, de aprender, de tener sueños y aspiraciones propias.

Resulta importante enfatizar que, sin el apoyo constante de los padres y sin la existencia de un *concepto positivo* acerca de las *personas con deficiencia mental*, es poco lo que pueden realizar las asociaciones, ya que los principales actores de la lucha por hacer que la sociedad reconozca y acepte a estas personas (y que no siga negándolas y discriminándolas) son precisamente los familiares y las mismas personas con deficiencia mental.

En el siguiente capítulo se presentan tanto las definiciones realizadas referentes al autoconcepto, la autoestima, la adolescencia, el retraso o deficiencia mental y la familia; así como ciertos datos relevantes acerca de algunos estudios que se han realizado con respecto al autoconcepto, la autoestima y la deficiencia mental.

2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL. "Desarrollo del autoconcepto y autoestima en adolescentes con deficiencia mental"

En este capítulo revisaremos primeramente los antecedentes teóricos, las definiciones y algunos estudios que se han realizado acerca del autoconcepto. Posteriormente se presentarán algunas definiciones acerca de la autoestima y también se abordará la relación existente entre autoconcepto y autoestima. Se definirá el retraso mental y, en la parte final, abordaremos el papel tan importante que juega la familia en el desarrollo y moldeamiento tanto del autoconcepto como de la autoestima de las y los adolescentes con deficiencia mental.

2.1. Autoconcepto.

La imagen que a lo largo de la vida se forma una persona acerca de sí misma ha sido objeto de análisis e investigación por parte de numerosos teóricos de la personalidad y la motivación. Este interés no es casual, sino que se fundamenta por la enorme importancia que tiene esta imagen en el proceso de regulación y autoregulación del comportamiento (Domínguez, 1999).

A continuación se presentan algunas de las aproximaciones teóricas más importantes que se han realizado acerca de este constructo.

2.1.1. Antecedentes Teóricos.

Entre los primeros estudiosos del autoconcepto se encuentra William James¹³, quien denominó "self"¹⁴ a dicha formación. Concibió que el "self" (o "yo" como lo refiere Domínguez, 1999) se organizaba en tres diferentes niveles jerárquicos: el "yo material", el "yo social" y el "yo espiritual" (Domínguez, 1999).

¹³ La Rosa y Díaz Loving (1991) comentan que, aunque existe un cierto consenso dentro de la literatura psicológica norteamericana en proponer a William James como el primer psicólogo en estudiar el sí mismo, algunos siglos antes de Cristo, en el oráculo de Delfos, ya se postulaba el dicho "conócete a ti mismo" como un imperativo para que la persona alcanzara la armonía y la felicidad.

¹⁴ Cabe señalar que, en algunas de las diversas fuentes consultadas se encontró el término de "self" traducido como "yo" o "sí mismo".

James, en 1890, publicó una obra titulada “*The Principles of Psychology*” (*Principios de Psicología*) en la cual afirma que los pensamientos y sentimientos son el vehículo de todo conocimiento. Este trabajo motivó a diversos investigadores, quienes retomaron el constructo del “*sí mismo*” (o “*self*”) en sus estudios. Para James el self es la suma total de las características que todo hombre cree poseer. Considera que existen dos sí mismos que entran en acción: el primero es el sí mismo como conocedor (Yo), el cual es identificado como el agente que encierra la experiencia, por lo tanto implica un proceso autoreflexivo; el segundo es el sí mismo como aquel que es conocido (Mi), denominado también como el Yo empírico, el cual representa el momento en el cual la persona se convierte en objeto de su propia experiencia. James realizó su estudio más sistemático al indicar que las personas poseen tres sí mismos que constituyen al Mí o Yo empírico:

- a) Mi material, el cual incluye el cuerpo, las posesiones materiales, la familia y todas aquellas cosas que puedan palparse y que el individuo considere como de su pertenencia.
- b) Mi social, el cual se refiere al reconocimiento que una persona recibe de otra gente o, bien, las imágenes que creamos en la mente de otras personas.
- c) Mi espiritual, el cual se refiere a la percepción que la persona tiene sobre los propios estados de conciencia (James, 1890 citado en Guerrero Guerrero, 1997).

Con esto James (1890, citado en Domínguez, 1999) señaló el estrecho vínculo existente entre personalidad y autoconciencia. El papel del self lo interpretó desde la perspectiva del proceso de adaptación del individuo al medio.

Cooley (1902, citado en Lauer y Warren, citados en Guerrero Guerrero, 1997) se vio sumamente influido por los trabajos teóricos de James. Cooley considera que el *Self* son los sentimientos que una persona mantiene acerca de sí misma; los cuales se forman a partir de las interacciones que la persona establece desde los primeros años de vida con otras personas significativas. Cooley (citado en Deutsch y Krauss, 1992 citados en Guerrero Guerrero, 1997) desarrolló la idea del *self reflejado* el cual, afirmó, está constituido por tres elementos:

- a) el modo de imaginar la apariencia propia para los demás;
- b) el modo de imaginar el juicio de los otros con respecto a aquella apariencia; y,
- c) el sentimiento que la persona experimenta acerca de sí misma.

Su aproximación interaccionista simbólica a la concepción del self enfatiza el carácter activo, constructivo, creador del sujeto en la elaboración de la identidad. Esta aproximación toma como punto de partida las prácticas de interacción social, las cuales se basan en un sistema de comunicación simbólica, para la estructuración y formación del self (Guerrero Guerrero, 1997).

Mead (1982, citado en Guerrero Guerrero, 1997) en su libro "*Espíritu, Persona y Sociedad*", dedica algunas páginas al estudio del *Self* (la persona), el cual es considerado como un proceso de reflexión que surge en la conducta social. Para este autor, el Self se distingue por la capacidad que el individuo tiene de convertirse en un objeto para sí mismo. Mead indica que, en la medida en que una persona es capaz de asumir el rol de los otros, puede responderse a sí misma desde la perspectiva de ellos, a través de lo cual logra convertirse en un objeto para sí misma. Afirma que el sí mismo no existe inicialmente, es decir, desde el momento en que el individuo nace, sino que más bien surge durante los procesos de la experiencia, a partir de las interacciones que establece con otras personas.

Dentro de lo que es la persona, Mead distingue un doble componente: el *Yo* y el *Mi*. El *Yo* constituye la reacción del individuo a las actitudes adoptadas por los otros, es la parte activa y crítica del self, tiene la capacidad de tomar distancia de uno mismo y analizarse como lo haría un observador externo, lo cual le permite ser crítico respecto de su propio comportamiento y en consecuencia poder modificarlo en caso de que lo considere necesario. El *Mi* es la serie de actitudes organizadas de los otros que son adoptadas por uno mismo; el *Mi* es la parte pasiva del self, representa el self como objeto de conocimiento de sí mismo; este elemento se va construyendo a partir de la adopción de la imagen de nosotros mismos que nos brindan los demás desde la infancia y de la incorporación de las expectativas sociales del grupo de referencia. Por otra parte, el otro generalizado se define como la comunidad o el grupo social organizados e introyectados por el individuo (Mead, 1982 citado en Guerrero Guerrero, 1997).

Charles Cooley (1864 – 1929) y George Mead (1863 – 1931) hicieron contribuciones precursoras para nuestra comprensión del sí mismo; su obra fue continuada por los interaccionistas simbólicos contemporáneos (tales como Blumer 1969; Rosenberg, 1979; Stryker, 1980). Los sociólogos interaccionistas destacan que nuestra condición humana deriva de los efectos mutuos que cada individuo tiene sobre el otro; a través de nuestras acciones nos moldeamos y remoldeamos recíprocamente, nos dirigimos y redirigimos, forjamos y volvemos a forjar nuestro ser social. Nuestras identidades (es decir, qué somos y quiénes somos) nos son dadas, mantenidas y alteradas a través de la interacción social (Blumstein, 1975 citado en Vander Zanden, 1986).

Carl Rogers (1960, citado en Zimbardo, 1994 citado en Guerrero Guerrero, 1997), psicólogo humanista, poseía una visión bastante optimista del ser humano. Este autor resalta la capacidad y habilidad innatas del ser humano para autodirigirse, tanto a nivel cognitivo como conductual. Considera que el individuo es capaz de comprenderse a sí mismo y tiende a crecer continuamente.

Rogers (1975, citado en Solís Alcántara, 1997) menciona que el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, las cuales son parcialmente conscientes; el autoconcepto está compuesto de percepciones de las propias características y habilidades, los conceptos de sí mismo en relación con los otros y con el medio. En su teoría de la personalidad y el desarrollo de la neurosis, señala que el ser humano busca experiencias agradables por medio de una tendencia a la autorrealización y un proceso de valoración que él considera como un impulso innato.

2.1.2. Definición.

El *autoconcepto* hace referencia a la forma en que una persona se percibe a sí misma, a lo que piensa de sí misma.

Mead (1963, citado en Doise, 1980) afirma que el sí mismo de un individuo no es simplemente una interiorización de actitudes sociales, sino que se desarrolla a partir de los juicios que otra persona ofrece de él en el interior de un contexto social en el cual ambos interactúan.

El *sí mismo* es la persona tal y como es conocida por ella misma. Es el concepto o la imagen mental que el individuo construye respecto a sí mismo.

Para la definición del autoconcepto se torna necesario hacer referencia a un proceso de interacción, ya que es dentro de este espacio interactivo donde se forja, se dirige y modela la concepción que una persona tiene de sí misma.

Hoffer (1954 citado en Vander Zanden, 1986:54) afirma que “somos lo que otras personas dicen que somos. Nos conocemos a nosotros mismos principalmente de oídas”.

Revisando la lectura y los estudios realizados acerca del autoconcepto encontramos que algunos autores, en las definiciones realizadas acerca de dicho constructo, identifican en él un aspecto de tipo cognitivo. Tal es el caso de:

- ◆ Vander Zanden (1986) quien comenta que la percepción de sí mismo, o bien la *autopercepción*, es un proceso por medio del cual nos conocemos y reflexionamos sobre nosotros mismos (es decir, sobre las características, cualidades y estados internos que nos atribuimos). Y afirma que, las personas desarrollan su propia evaluación a partir de su relación constante con el mundo que los rodea y de las evaluaciones que los demás hacen sobre ellas; comenta que, basándonos en los juicios que otras personas ofrecen acerca de nuestra persona nosotros:

“nos concebimos como personas torpes o brillantes, amables o gruñonas, simpáticas o antipáticas, responsables o irresponsables, diligentes o perezosas, hermosas o feas, lógicas o ilógicas, morales o inmorales, etc” (Vander Zanden, 1986:182).

- ◆ Rodríguez Estrada, Pellicer de Flores y Domínguez (1988 citados en Cerna, 1993) aseguran que el autoconcepto es una serie de creencias acerca de uno mismo, el cual se manifiesta en la conducta. Consideran que, a lo largo de su vida, una persona se forma toda una serie de ideas o imágenes que la llevan a creer que realmente es así.
- ◆ De forma similar, Salas (1995 citado en Guerrero Guerrero, 1997) afirma que se puede denominar autoconcepto a la actitud propia de los seres humanos de percibirse, formularse ideas y conceptos acerca de quiénes somos, es decir, al hecho de adquirir un cierto conocimiento sobre uno mismo. Guerrero Guerrero (1997) comenta que la forma en que nos percibimos nos conduce a conversar con nosotros mismos, a través de lo cual podemos pensar acerca de la forma en que nos percibimos, lo cual nos lleva a un autoconocimiento. A través de este proceso las personas conocen cuáles son sus habilidades, limitaciones y logros.

Ahora bien, existen algunos otros autores que consideran que el autoconcepto se encuentra conformado tanto por un aspecto cognitivo como por uno afectivo. Tal es el caso de:

- ◆ Tamayo (1982 citado en Solís Alcántara, 1997) quien afirma que el autoconcepto es “un proceso psicológico cuyos dinamismos son determinados socialmente; comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo”.

- ◆ De forma similar, Solís Alcántara (1997) señala que el autoconcepto se refiere a la colección de actitudes y a la concepción que una persona tiene de sí misma. Comenta que el autoconcepto ha sido estudiado por varias aproximaciones (por ejemplo, el psicoanálisis, el conductismo y algunos teóricos dentro de la psicología social). Comenta que, Freud con su teoría psicoanalítica ayudó al desarrollo del concepto del *self* (al cual definió como la evaluación subjetiva de un individuo, el cual está compuesto de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, es decir, la noción de quién y qué es).

Ahora bien, Ramírez Guzmán (1998) comenta que la noción de autoconcepto es un fenómeno difícil de aprehender; por un lado, debido a que la explicación sobre su origen, desarrollo y evaluación enfrenta la diversidad de enfoques que han predominado dentro de la psicología; y, por otro lado, porque es muy común que se le diferencie, sustituya, incluya o se le sobreponga a otras categorías como las de sí mismo, yo, autoestima, etc. Comenta que, con respecto al desarrollo teórico del autoconcepto se puede encontrar que existe una proliferación de enfoques unilaterales que explican el origen y desarrollo del conocimiento del sí mismo desde posturas o perspectivas que van desde lo específicamente individual hasta aquellos enfoques que son particularmente sociales.

Con respecto a esto, Valdez (1994, citado en Ramírez Guzmán, 1998) comenta que, si bien es cierto que las diferentes posturas que se fueron generando para referir al autoconcepto eran muy amplias, realmente quedaban un tanto limitadas ya que pertenecían a tendencias extremas, algunas eran muy individualistas (como en el caso de James, Freud, Watson y Skinner) y, algunas otras muy sociales (como en el caso de Cooley).

En contraposición con las visiones parciales que se enfocan solamente, ya sea, en la contribución individual o social para explicar la génesis del autoconcepto, existen conceptualizaciones que tienden a integrar los aspectos sociales o culturales en el proceso que sigue una persona para la formación de su autoconcepto. Se puede decir que George Mead es uno de los primeros investigadores que inaugura este campo (Ramírez Guzmán, 1998).

Más recientemente, uno de los investigadores que propone una definición del autoconcepto, en la cual trata de integrar tanto los aspectos individuales como los sociales que confluyen en su organización, es Valdez (1994, citado en Ramírez Guzmán, 1998) quien afirma que: el autoconcepto, yo o sí mismo, son una misma entidad, la cual es una estructura cognoscitiva que tiene un origen de carácter psicosocial intrínseco que surge debido a la interacción y que cada uno de los seres

humanos viven desde su nacimiento hasta su muerte. Esta estructura le permite codificar y estructurar toda la información que adquiere sobre sí mismo, ya sea de corte totalmente social (lo que otros piensan, dicen, se imaginan o perciben de mí), totalmente individual (lo que yo pienso, digo, me digo o percibo de mí) o, bien, de carácter psicosocial lo cual implicaría un manejo interno de la información social e individual. Este total de conocimientos que conforman la estructura mental llamada autoconcepto contiene información que se refiere a tres áreas fundamentales de la propia persona: 1) los referentes observables: físicos, conductuales, afectivos o, bien, una combinación indistinta de éstos; 2) los referentes reales (conocimientos reales sobre sí mismos) e ideales (el yo ideal) que tienen las personas; y, 3) los referentes internos (estados de ánimo) y externos (circunstancias) que rodean a las personas.

Jaimes Medrano (1999b) afirma que, el autoconcepto se desarrolla desde los primeros meses de vida, a partir de la relación que la madre establece con el bebé...

“es por esto que la aceptación de los hijos tal y como son, aceptando sus características tanto físicas como psicológicas, y no como desean los padres que sean sus hijos, constituyen la base de un buen desarrollo psicológico” (Jaimes Medrano, 1999b:1).

Se considera que el *autoconcepto* no sólo permite que las personas se formen una imagen de sí mismas, sino que al lograr definir y establecer *quiénes somos, cómo somos, lo que podemos hacer, etc.*, influye sobre el comportamiento que adoptemos. De ahí la importancia que le han dado muchos investigadores a su estudio.

Ahora bien, el autoconcepto puede tener una carga afectiva positiva o negativa. Con respecto a esto, Solís Alcántara (1997) comenta que el valor asignado a uno mismo determina la forma de ser de cada persona y, que:

“un autoconcepto alto o positivo dará como resultado que la persona llegue a tener éxito en sus actividades. . . Por el contrario, quien posee un autoconcepto bajo o negativo puede no ser capaz de concluir cualquier labor o trabajo debido a su inseguridad o confusiones” (Solís Alcántara, 1997:6).

De forma similar, Tranche García (2000) comenta que, la mayoría de los expertos en el tema consideran que las personas con un autoconcepto ajustado y positivo son más capaces de actuar de forma independiente, elegir y tomar decisiones,

interactuar con otras personas, afrontar nuevos retos, asumir responsabilidades, contradicciones o fracasos. En definitiva, están mejor preparados para participar de una manera responsable en las diferentes actividades que lleven a cabo y para alcanzar un mayor nivel de felicidad tanto para sí mismas como para los demás. Resulta pues, indudable la incidencia que tiene el autoconcepto en la organización mental de las personas y en el control y dirección de su comportamiento y realizaciones.

De esta forma, podemos ver que es de suma importancia que las personas no sólo sepan *quiénes son* y que sepan *cómo son* y *qué es lo que pueden hacer*, sino que también es importante que se perciban a sí mismas de una forma positiva, ya que esto permitirá que tengan una mayor confianza en sí mismas y en todo aquello que realicen.

2.2. *La Autoestima y su relación con el Autoconcepto.*

En este apartado definiremos primeramente la autoestima para que, posteriormente, sea posible abordar la relación existente entre autoconcepto y autoestima.

2.2.1. *Definiciones de autoestima.*

James (1890 citado en Harré y Lamb, 1986 citados en Cerna, 1993) definía a la autoestima como el resultado obtenido al dividir el éxito entre las pretensiones del individuo. James acostumbraba describirla como un barómetro que mide las aspiraciones y los éxitos propios. De esta forma, se considera que una persona está satisfecha consigo misma si percibe que sus logros están a la altura, o por lo menos no muy distantes, de sus aspiraciones.

Para Rosenberg, la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia uno mismo. Coopersmith, por su parte, define a la autoestima como la evaluación que una persona realiza acerca de sí misma y que mantiene de forma duradera, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto el individuo se cree capaz, importante, competente y digno (citados en Harré y Lamb, 1986 citados en Cerna, 1993).

Para Weiss (1991 citado en Cerna, 1993) la autoestima es una escala de valores que las personas poseen para asignarse puntuaciones, ya sean positivas o negativas, sobre diversos aspectos relevantes acerca de sí misma.

La *autoestima* representa el concepto que tenemos de nuestro valor como persona y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido acumulando durante nuestra vida. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos (Marsellach Umbert, 1998).

Guerrero Guerrero (1997) comenta que la autoestima debe ser entendida como la evaluación positiva o negativa que el individuo realiza acerca de sí mismo; expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica el grado en el cual la persona se siente capaz, significativa, exitosa y valiosa. En suma, se puede considerar como el cariño o el amor que una persona siente por sí misma.

Solís Alcántara (1997) afirma que la autoestima está ligada al autoconcepto y:

“se refiere al valor que se confiere al yo percibido y, se considera que puede ser la parte afectiva del autoconcepto” (Solís Alcántara, 1997:2).

La autoestima se refiere a la evaluación que hacemos o realizamos acerca de nosotros mismos (acerca de nuestras habilidades o capacidades, acerca de nuestra formas de ser, de nuestras virtudes o defectos, etc.), dicha evaluación puede ser positiva o, bien, negativa.

La alta autoestima expresa el sentimiento de que uno es lo “suficientemente bueno”; mientras que, la baja autoestima implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio hacia uno mismo (Solís Alcántara, 1997).

Rodríguez, Pellicer de Flores y Domínguez (1988 citados en Cerna, 1993) consideran que, una persona con autoestima alta vive, comparte, invita a la integridad, a la honestidad, responsabilidad, a la comprensión y al amor; la persona que tiene una autoestima alta tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias

decisiones y está convencida de que ella misma significa su mejor recurso. Sin embargo, comentan que la autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante, sino que, más bien, también consiste en reconocer las propias limitaciones y debilidades, además de sentir orgullo por las habilidades y capacidades y de tener confianza en la naturaleza interna para tomar decisiones.

Cerna (1993) comenta que:

“la autoestima saludable tiene su origen en la aceptación incondicional que la persona tiene como innatamente valiosa e importante, a pesar de errores, derrotas y fracasos. Esta aceptación permite a cada individuo ser su propia autoridad y que conscientemente se haga cargo de su vida” (Cerna, 1993:16).

Resulta importante tener en cuenta que, para que una persona sienta seguridad y cariño por sí misma, de forma racional, es indispensable para ella obtener el reconocimiento de otras personas, sobre todo de aquellas que son significativas.

La alta autoestima surge y se desarrolla a partir de la confianza, aceptación y cariño que la persona tenga por sí misma. Sin embargo, resulta importante tener en cuenta que la confianza, la aceptación, el afecto, el respeto, el reconocimiento y el amor que la persona reciba por parte de los miembros de su familia (principalmente por parte de sus padres) ejercen una influencia muy significativa sobre la formación de su autoestima.

2.2.2. *Autoestima y Autoconcepto.*

La autoestima y el autoconcepto son conceptos que aunque están muy relacionados no se deben considerar ni utilizar como sinónimos.

Wyle (citado por Wells y Marwell, 1976 citados en Cerna, 1993) afirma que, el autoconcepto constituye una percepción reflexiva de las características y atributos propios de una persona; mientras que, la autoestima enfatiza más la actitud o el aspecto evaluativo de dicha percepción.

De forma similar, Oñate (1989 citado por González – Arratia, Gil Lacruz y Valdez Medina, 2000) comenta que dentro de la psicología, la definición del *self* suele distinguir

entre el autoconcepto, el cual es considerado como la idea que se tiene acerca de sí mismo, y la autoestima, la cual se refiere a los sentimientos resultantes de dicha percepción.

González – Arratia y cols., (2000) comentan que la construcción del autoconcepto y de la autoestima son procesos paralelos y complementarios que se producen a lo largo del ciclo vital de las personas.

Como ya se ha comentado, el autoconcepto y la autoestima juegan un papel muy importante en la vida de las personas. Los éxitos, los fracasos, la satisfacción con uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan impreso su sello. Tener un autoconcepto y una autoestima positivos adquiere una gran importancia para un buen desarrollo en la vida personal, profesional y social (Marsellach Umbert, 1998).

Por su parte, Enríquez Ponce de León y Guadarrama (1989) comentan que las personas que tienen una *alta autoestima* se acercan a las tareas y a las personas con la expectativa de que tendrán éxito y de que, por consiguiente, serán bien recibidas. Las personas con alta autoestima se caracterizan por confiar en sus propias percepciones y juicios, por creer que sus esfuerzos las llevarán a soluciones favorables, por aceptar sus propias opiniones, por creer y confiar en sus reacciones y conclusiones. La alta autoestima lleva al individuo a una mayor independencia social, a una mayor creatividad y a realizaciones más asertivas y vigorosas. A diferencia de las personas con autoestima alta, las personas que poseen más bien una *baja autoestima* desconfían de sí mismas y no se atreven a expresar ideas poco comunes o populares, no llevan a cabo acciones que llamen la atención de los demás; además de que tienden a desarrollar una preocupación mayor de sus propios problemas, por lo que tienden a permanecer al margen de la interacción social, disminuyendo de esta forma las posibilidades de establecer relaciones amistosas.

De esta forma podemos ver lo importante que resulta, para cualquier persona en general, tener una autoestima elevada y un autoconcepto positivo; ya que de otra forma, al tener una autoestima baja y un autoconcepto negativo, será difícil que se sienta bien consigo misma y se enfrente satisfactoriamente con aquellas demandas que la sociedad impone.

Podemos decir que entre la autoestima y el autoconcepto existe un proceso de retroalimentación; ya que, en el caso de que una persona posea una alta autoestima ésta, de seguro, influirá significativamente en el desarrollo de un autoconcepto positivo, el cual a su vez contribuye a reforzar la autoestima alta. De forma

similar, podemos decir que este mismo proceso se da entre la baja autoestima y el autoconcepto negativo.

Con respecto a esto, Lafarga (1992 citado en Cerna, 1993) afirma que en el desarrollo evolutivo del ser humano, los sentimientos positivos asociados con la imagen del sí mismo tienden a diferenciar y enriquecer esa misma imagen y ésta, a su vez, diferenciada y enriquecida, genera sentimientos más intensos de estima y afecto. Se puede decir entonces que, en el organismo humano los sentimientos de autoestima asociados al autoconcepto que la persona tiene acerca de sí misma constituyen el núcleo del propio existir.

Solís Alcántara (1997) comenta que la autoestima y el autoconcepto constituyen la base fundamental para que el ser humano desarrolle al máximo sus capacidades. Considera que es muy importante que, desde los primeros años de vida, tanto la autoestima como el autoconcepto se encuentren en buenas condiciones. Comenta que:

“La persona con bajo autoconcepto y autoestima puede verse a sí misma como inútil, dependiente, abrumada, angustiada y con miedo, lo que la puede llevar a evadirse de la realidad o a manifestar síntomas depresivos muy fuertes y tener consecuencias familiares y sociales nefastas. En la medida que al ser humano se le proporcione el sentirse querido, protegido y aceptado, esto hará que se eleve su autoconcepto y autoestima; por ello, existe una estrecha una relación entre el afecto con la seguridad, y el nivel de autoestima y el autoconcepto” (Solís Alcántara, 1997:1).

Como ya se ha comentado anteriormente, tanto el autoconcepto como la autoestima son aspectos de la persona que se van formando, moldeando, transformando a lo largo de su ciclo vital; pero a continuación, en el próximo apartado, abordaremos una etapa que está considerada como un periodo crítico, importante, llena de cambios que influyen de forma significativa tanto en el autoconcepto como en la autoestima y en la forma de relacionarse con las demás personas: *la adolescencia*.

2.3. *Adolescencia: su impacto sobre el autoconcepto, la autoestima y la relación con los padres.*

La *adolescencia* es una etapa en la vida del ser humano donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Jaimes Medrano comenta que la adolescencia es una etapa del desarrollo, la cual consiste en una etapa de transición entre la niñez y la etapa adulta, en la que se producen cambios físicos y psicológicos. Esta autora afirma que “la edad de la adolescencia es relativa según la cultura. . . en la sociedad occidental se considera que inicia a partir de los 13 a los 18 años, sin embargo, puede hablarse de una adolescencia tardía que termina hasta los 23 años” (Jaimes Medrano, 1999a:1).

Se considera que al llegar a esta etapa, en el adolescente se crea una necesidad de definir su propia identidad y de elaborar un concepto acerca de sí mismo. Esto sucede debido a que al llegar a la adolescencia el individuo comienza a tener un contacto más directo con otros grupos (a diferencia de cuando era niño, ya que en ese entonces el grupo más importante para él era el familiar), por lo que se genera en el adolescente una necesidad de diferenciación y de independencia o autonomía con respecto al seno familiar.

De forma similar, Muñoz Fernández (1999) comenta que cuando se llega a la adolescencia, el individuo busca, quiere llegar a ser alguien, formarse una identidad, por lo que siente la necesidad de estar menos tiempo con su familia para poder establecer nuevas relaciones dentro de otros grupos. Es decir, surge en el adolescente una necesidad de independizarse del núcleo familiar.

La adolescencia es considerada en sí misma una etapa de crisis ya que implica adaptarse a cambios físicos, psicológicos y sociales (tanto dentro de la familia como fuera de ella) pues es el momento en el que se empieza a “dejar de ser niño”; el adolescente, en su búsqueda de identidad, comienza a hacer ensayos que en ocasiones pueden ser mal vistos por la familia y la comunidad (Muñoz Fernández, 1999).

La sociedad a través de sus instituciones influye en las personas para que éstas adquieran las actitudes, normas y pautas de conducta que les permitan integrarse como miembros activos dentro del sistema social establecido. Este proceso llamado *socialización* pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia.

Durante esta etapa el adolescente debe adaptarse a los requerimientos del sistema social, la sociedad le exige que sea responsable, que comience a ser productivo y que se prepare con seriedad para la vida adulta. Sin embargo, la mayoría de las veces no le ofrece reconocimiento, ni un rol definido; por una parte se le sigue tratando como niño y, por otra, se le exige que se comporte como adulto; en ocasiones se le pide dependencia, mientras que en otras se le critica su falta de autonomía. Casi todas las actividades adultas le son vedadas, sin embargo, al mismo tiempo, se espera de él la responsabilidad y el desempeño de una persona mayor. La posición tan ambivalente de la sociedad con respecto al adolescente influye en cómo se presentan en él las denominadas *crisis de la identidad*. El adolescente en algún momento debe enfrentarse a la incógnita de *¿Quién soy yo?* (Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982).

Powell (1994) comenta que, al parecer, al adolescente suelen presentársele grandes dificultades para desarrollar un concepto saludable y positivo del yo.

Anteriormente ya se había comentado que, a partir de las relaciones que el individuo establece con otras personas, él comienza a desarrollar y conformar su autoconcepto. Para ejemplificar esto, Powell (1994) comenta que Ludwig y Maehr (1967), en Estados Unidos, les pusieron a muchachos de séptimo y de octavo grado varias tareas físicas simples, las cuales debían llevar a cabo delante de un experto en desarrollo físico; la tarea del experto consistía en realizar comentarios de aprobación o desaprobación a los sujetos, independientemente de su desempeño real. Antes y después de la evaluación verbal del experto se aplicaron algunos test a los muchachos para conocer el concepto del yo físico, el concepto general del yo y, sobre la preferencia en el campo de las actividades físicas. En esta experiencia se encontró que los jóvenes que recibieron comentarios de aprobación mostraron un aumento en la tasa del concepto del yo y mostraron preferencias por las actividades físicas directamente relacionadas; en algunos casos, estos resultados se mantuvieron hasta tres semanas después de haber realizado la experiencia. Y, aunque se dieron algunas excepciones significativas, la desaprobación generalmente fue seguida por un efecto opuesto al ya mencionado. Todo esto hizo que Ludwig y Maehr (citados en Powell, 1994) reforzaran la hipótesis que afirma que el cambio del concepto del yo es una función de la reacción de otras personas significativas o importantes para el individuo.

De esta forma podemos concluir que, en el desarrollo y modelamiento del concepto de sí mismo en el adolescente y en su autoestima ejerce una influencia importante la opinión o el juicio que ofrezcan otras personas sobre él, sobre todo aquellas que para él son significativas o importantes (como por ejemplo, sus padres).

Resulta importante señalar que la adolescencia no solamente resulta ser un periodo crítico y difícil para el adolescente, sino también para su familia. Muñoz Fernández (1999) comenta que para los padres también es una etapa de crisis, ya que tendrán que vivir junto con sus hijos los cambios que se irán generando; se enfrentarán con el hecho de que el hijo que tienen frente a sí ya no es un niño pero tampoco es un adulto; experimentarán sus cambios en el comportamiento, ya que los jóvenes comenzarán a mostrarse opositores y desafiantes, parecerá que están peleados con todos y con todo y, se mostrarán inconformes con todo lo que antes era aceptado llámese familia, sociedad, cultura, religión, etc.

Marsellach Umbert (1998) comenta que muy pocos padres salen ilesos del paso por la adolescencia de sus hijos. Mientras el adolescente atraviesa con la velocidad de un ciclón muchas etapas y cambios (crecimiento, presiones sociales, estados de ánimo, caprichos, etc.) los padres suelen sentir que van aguantando como pueden; experimentan una gran ansiedad preocupándose por el bienestar de sus hijos adolescentes.

A pesar de que esta etapa resulta ser difícil para todos los miembros de la familia, el apoyo, la orientación, el cariño y atención por parte de los padres se torna muy importante para que sus hijos adolescentes pasen por esta etapa lo más satisfactoriamente posible, con la finalidad de evitar que caigan en situaciones que podrían ser dañinas para ellos.

“Uno de los recursos más importantes con que se puede dotar a un adolescente es el sentimiento de su propia valía, precisamente en estos tiempos de cambios rápidos y de desorganización familiar. Este sentimiento es una fuerza que el adolescente lleva en su interior y si está bien arraigado y él sabe cómo conservarlo en buenas condiciones, le acompañará siempre y podrá fiarse de él durante toda su vida” (Marsellach Umbert, 1998:1).

2.4. Deficiencia Mental.

Ahora bien, antes de que aborde la problemática particular a la que se enfrentan los adolescentes con deficiencia mental, se definirá, primeramente, la D.M., y se mencionarán algunos de los factores que pueden llegar a causarla.

2.4.1. Definición.

La AARM, en su edición de 1992, define al retraso mental de la siguiente forma:

“El retraso mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes habilidades adaptativas: 1. Comunicación, 2. Cuidado personal, 3. Vida en el hogar, 4. Habilidades sociales, 5. Utilización de la comunidad, 6. Autogobierno, 7. Salud y seguridad, 8. Habilidades académicas funcionales, 9. Ocio y, 10. Trabajo” (AARM, 1992 citada en Egea García y Luna Maldonado, 1999:3).

Dentro de esta definición se considera que el retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años.

Ahora bien, para tener una idea completa acerca de lo que plantea esta definición a continuación veremos a qué se refieren, según González Castañón (1999a), cada una de las habilidades adaptativas:

- Ø *Comunicación.* Se refiere a la habilidad para comprender y expresar información mediante el comportamiento simbólico (hablado, escrito, símbolos, gráficos, dibujos) o no simbólicos (mímica, gestos, movimiento del cuerpo, tacto).
- Ø *Cuidado personal.* Trata de las destrezas necesarias para comer, vestirse e higienizarse.
- Ø *Vida hogareña.* Se refiere a las destrezas necesarias para realizar los quehaceres cotidianos (lavar ropa, cuidado de la casa, preparación de alimentos, planificación de compras).

- Ø *Habilidades sociales.* Se refiere a la diferenciación entre conductas sociales apropiadas (saludar, presentares, conversar, esperar turnos, compartir, colaborar) e inapropiadas (egoísmo, peleas, celos).
- Ø *Uso de la comunidad.* Se refiere a la utilización de medios de transporte, ubicación de diferentes negocios, asistencia a lugares públicos de reunión (espectáculos, partidos).
- Ø *Autodeterminación.* Se refiere a la posibilidad de elegir entre alternativas, plantearse intereses propios, reconocer las limitaciones y pedir ayuda apropiada, resolver imprevistos, sostener gustos y preferencias personales.
- Ø *Salud y seguridad.* Se refiere al mantenimiento de una dieta adecuada, identificación del cuerpo y sus padecimientos, reconocimiento de las reglas de seguridad en la vía pública y en el hogar, hábitos de cuidado del cuerpo, identificación de peligros potenciales (físicos o sociales, como la posibilidad de evitar involucrarse en conductas criminales).
- Ø *Habilidades académico – funcionales.* Se refiere a la lecto - escritura, cuantificadores, operaciones básicas. No se refiere al monto de los conocimientos, sino más bien a la adquisición de habilidades pragmáticas que posibiliten una vida independiente.
- Ø *Uso del tiempo libre.* Se refiere a la selección e iniciación de actividades (que reflejen los intereses, las preferencias, la edad y las normas culturales) y la utilización placentera del tiempo libre.
- Ø *Trabajo.* Se refiere a las habilidades que posee una persona para mantener un trabajo o una actividad, incluye el conocimiento y el respeto por los horarios, la pulcritud, la capacidad de organizar la tarea.

Egea García y Luna Maldonado (1999) afirman que es importante tener en cuenta que la AARM no considera que la anterior definición sea válida para siempre, es decir, que la definición propuesta no se da por cerrada, sino que abre un periodo de transición para una nueva definición; además reconoce que el término retraso mental probablemente no sea el más satisfactorio, por lo que existe interés por encontrar otro término (el cual no debe poseer ningún matiz estigmatizante).

Por su parte, Estrada Méndez y Lara Moreno (1982) comentan que la expresión *deficiencia mental* supone un estado de baja inteligencia, pero no permite describir con seguridad el grado de disminución de la capacidad intelectual y, mucho

menos, permite pronosticar la capacidad potencial del individuo para relacionarse con los demás y para realizar sus actividades personales.

Con respecto al diagnóstico de la deficiencia mental, San Luis Rodríguez (citado en Cázarez, 199-?), Director General de Integración de CONFE, comenta que éste se realiza a partir de la aplicación de un test de inteligencia (donde el CI de la persona debe estar por debajo de 75) y además presentar dificultades en dos o más áreas adaptativas. Por otro lado, comenta que las personas con deficiencia intelectual pueden pertenecer a cualquier raza, nacionalidad y clase social y, que el nivel de afectación puede ser leve, moderado, severo o profundo, pero que, ante todo, son *personas* con características y *personalidades únicas* y de ninguna manera representan una carga social.

2.4.2. Causas de la Deficiencia Mental.

Las causas de aparición de la deficiencia mental pueden clasificarse en: *orgánicas*, donde la razón física es conocida; o, bien *psicosociales*, donde no es posible identificar una razón específica (Papalia, 1987).

La deficiencia mental puede ser provocada por diversos factores. Las causas físicas comúnmente se clasifican de acuerdo a tres periodos: el periodo prenatal, perinatal y, postnatal. A continuación veremos qué factores, de acuerdo a cada periodo, están considerados como causas de deficiencia mental.

◆ *Periodo prenatal.* Es bien sabido que la salud de la madre durante el embarazo influye de manera significativa en la salud física y mental del bebé. Durante la formación del sistema nervioso, proceso que tiene lugar durante las primeras nueve semanas del embarazo, el feto es particularmente sensible a los agentes infecciosos o tóxicos (Canto, 1977 citado en Guerrero Guerrero, 1997). Según Guerrero Guerrero (1997) entre las causas más importantes que ocasionan deficiencia mental durante el periodo prenatal se encuentran:

1. Enfermedades infecciosas de la madre como, por ejemplo, la rubéola o el sarampión alemán, que cuando se presentan durante los tres primeros meses del embarazo ocasionan con cierta frecuencia deficiencia mental grave y posible sordera, anomalías congénitas del corazón y de los ojos.
2. Perturbaciones del factor Rh; la incompatibilidad de la sangre entre la madre y el bebé puede considerarse causa tóxica, aunque con los actuales

sistemas de prevención y tratamiento es posible disminuir la probabilidad de un posible padecimiento de deficiencia mental.

3. Radiación; los rayos "X" realizados durante el primer trimestre del embarazo resultan ser altamente agresivos para el sistema nervioso central del bebé, por lo que pueden causar deficiencia.

- ◆ *Periodo perinatal.* Este periodo comprende el tiempo y el espacio en los cuales transcurre el nacimiento de un bebé, donde alguna alteración en el proceso de nacimiento natural o, bien, el uso inapropiado de herramientas pueden causar serios trastornos en los niños; más aún si el parto se efectúa en lugares que no son lo suficientemente higiénicos.

El tamaño anormal del feto, el insuficiente estiramiento del arco pélvico, una pelvis demasiado estrecha, la posición defectuosa del bebé durante el parto, el hecho de que el bebé no respire inmediatamente después del nacimiento, y otros factores físicos similares, solos o combinados, pueden causar lesiones neurológicas que más adelante pueden dar lugar a problemas de aprendizaje y de adaptación (Guerrero Guerrero, 1997).

El trauma del parto produce daño cerebral por asfixia o hemorragia; la asfixia puede ser causada por la separación prematura de la placenta, complicaciones del cordón y, retraso de la respiración espontánea del recién nacido. Por otra parte, la hemorragia encefálica puede producirse por trauma directo causado por una mala aplicación del fórceps o por desgarre de estructuras cerebrales. El nacimiento prematuro trae como consecuencia perturbaciones cerebrales, lo cual se debe, entre otras causas, a que los vasos sanguíneos del bebé prematuro son más delgados que los del niño normal, por lo que pueden llegar a romperse con mayor facilidad (Guerrero Guerrero, 1997).

- ◆ *Periodo postnatal.* Es en este lapso de tiempo donde el recién nacido entra en contacto directo con el ambiente. Su capacidad de adaptación al nuevo mundo, aunado a la atención y cuidados por parte de sus padres, son trascendentales para lograr un desarrollo sano y evitar posibles daños de cualquier índole. En este periodo los padecimientos que pueden ocasionar deficiencia mental son:

1. Infección postnatal, en cuyo caso se encuentran la encefalitis de la infancia y la meningitis. En el caso de la encefalitis el niño se desarrolla normalmente durante su primera fase de vida hasta que se presentan signos agudos de infección del sistema nervioso central; los trastornos

neurológicos y la deficiencia mental grave resultan ser más frecuentes en los niños que padecen encefalitis en los primeros años de vida. La meningitis se caracteriza por la inflamación de la membrana del encéfalo, en ocasiones dicha infección puede extenderse hasta el encéfalo mismo, cuando esto ocurre la enfermedad va seguida de deficiencia mental.

2. Intoxicaciones químicas; dentro de esta causa se encuentra el saturnismo que consiste en altos porcentajes de sales de plomo concentrados en la sangre, en los últimos años se ha encontrado que estas concentraciones afectan el sistema nervioso central y que invariablemente pueden causar deficiencia mental (Guerrero Guerrero, 1997).

Ahora bien, cuando se trata de una deficiencia psicosocial la causa es más difícil de dilucidar; probablemente intervienen tanto factores genéticos como factores ambientales (como una pobre alimentación, ligeras intoxicaciones de plomo, o bien la falta de estímulos sociales e intelectuales). Se considera que este tipo de retraso normalmente es menos grave que el retraso orgánico y que es más común entre las clases socioeconómicas bajas (Papalia, 1987).

Estrada Méndez y Lara Moreno (1982) consideran que los niños provenientes de los estratos con niveles socioeconómicos bajos tienen desventajas desde el momento mismo en que son concebidos; lo cual se debe a que el índice de complicaciones durante el embarazo que no son atendidas adecuadamente, los nacimientos prematuros, los partos mal atendidos y la desnutrición resultan ser más altos que en otros sectores de la población.

Ahora bien, si en determinadas situaciones es poco lo que puede hacerse para revertir las condiciones biológicas subyacentes a muchos casos de deficiencia mental, es posible reducir sus efectos mediante educación y capacitación que ayuden a modificar el comportamiento.

Por ejemplo, las Olimpiadas Especiales tienen como objetivo fomentar la participación de las personas que tienen algún tipo de discapacidad y desechar las actitudes de rivalidad y competencia (Morris, 1992).

2.4.3. Reacciones hacia la Deficiencia Mental.

Las necesidades del ser humano como un ente biopsicosocial que vive relacionado con todo aquello que le rodea, propician la necesidad de tomar conciencia día con día de que las personas con discapacidad y sus familias no son diferentes ni ajenas a estas necesidades y condiciones (ORPISPCD, 2002).

Es bien sabido que, a través del tiempo, las personas con retraso o deficiencia mental han sido objeto de atropellos, discriminación, rechazo, indiferencia, desprecio, no sólo por parte de la sociedad sino en algunas veces, y en el peor de los casos, hasta por su misma familia. Egea García y Luna Maldonado comentan que, aún en la actualidad, es normal oír decir a los padres de un recién nacido con deficiencia mental: “¿qué habremos hecho mal?, ¿qué habremos hecho para merecer esto?, o frases por el estilo” (Egea García y Luna Maldonado, 1999:4).

Ingalls (1982, citado en Cárdenas Rosales, 1992) considera que existen ciertos rasgos y situaciones que comparten las personas con deficiencia mental y sus familias, tales como: el aislamiento y el rechazo social, las etiquetas y estigmas, las tensiones familiares, la frustración y el fracaso, la falta de discernimiento, y la privación cultural. Algunos autores consideran que la etiqueta de retraso mental resulta tal vez más estigmatizante que la de cualquier otra discapacidad debido a que ha sido envuelta en mitos y verdades a medias.

El problema de la etiqueta de deficiencia mental es que es muy determinista y resulta estigmatizante, ya que se centra sólo en aquello que las personas con deficiencia no pueden hacer. Con respecto a esto, Cárdenas Rosales (1992) comenta que a través de una etiqueta de ninguna manera podemos saber todo lo que se pueda decir sobre una persona y sus capacidades; más bien, la etiqueta describe única y exclusivamente las incapacidades y no sus potencialidades ni aquéllas cosas que se puedan hacer por ellas.

Ardila (1989) comenta que nuestra cultura concede gran importancia a la inteligencia; los niños inteligentes (los cuales son considerados también como bellos) son altamente valorados en la sociedad occidental; afirma que el concepto de estigmatización está asociado con ser diferente, lo cual resulta bastante claro en el caso de las personas con deficiencia mental donde ser diferente es malo. Asegura que, una sociedad que busca la uniformidad (aunque predique lo contrario) no puede tolerar a las personas que se apartan de la norma que la misma sociedad ha establecido.

Latapí de Escobar (1993) comenta algo similar al señalar que, en nuestra cultura la deficiencia mental tiene un estigma especial de inferioridad; una persona que es inteligente recibe alabanzas, premios e incentivos, mientras que el bobo, el tonto (conceptos que se han llegado a atribuir a las personas con discapacidad mental) tienen que enfrentar el rechazo, los insultos y las burlas.

Esta misma autora comenta que en una encuesta realizada en 1995 por la Confederación Mexicana de Asociaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual A. C. (CONFE), se encontró que la imagen o el concepto que tenían los participantes (540 personas del área metropolitana) acerca de las personas con deficiencia mental iba desde confundirlos con drogadictos, considerarlos no sólo como tontos sino también como degenerados, inclinados a la delincuencia sexual, sin sentido moral y peligrosos en cuanto a sus impulsos sexuales; además de que existió una ambivalencia en cuanto a los sentimientos que les provocaban, entre los que destacaron la lástima, el asco, el miedo, el amor y la ternura (Latapí de Escobar, 1993).

González Castañón afirma que el retraso mental es un concepto que tiene varios sinónimos, tales como: discapacidad, oligofrenia, mogolito, Gorki, mongui, idiota, débil, fronterizo, bobo, opa. Afirma que:

“estas palabras no provienen todas del mismo campo, algunas son del campo científico, otras son simplemente insultos (algunos de los insultos de hoy eran los diagnósticos de antaño). Otras tienen explicación etimológica (‘tarado’ significa ‘que tiene una tara’), otras designan un lugar social. . . oligofrenia y mogólico sin duda provienen de la psiquiatría, Gorki viene de la televisión. . .” (González Castañón, 1999b:1).

González Castañón es una de las muchas personas que, alrededor del mundo, se dedican al estudio de la *deficiencia mental* y en lo que escribe siempre deja marcada su preocupación por lograr que las personas con deficiencia sean *reconocidas* e *integradas* en la sociedad. Él afirma que, a través del tiempo, se ha creado una visión estereotipada de la persona discapacitada:

“En la familia, la producción de un hijo fiel, del niño eterno. . . En la escuela, la generación de un aprendiz eterno o la producción de un devenir de los fracasos, donde las instancias de escolaridad van siendo indicadas de acuerdo a lo que no puede. . . El riesgo de las instituciones laborales es la concepción de la discapacidad como mano de obra barata. . .”

Para los medios de comunicación el riesgo es que los discapacitados sean. . . la noticia de relleno. . .

Para el gobierno, pensar a la discapacidad como una carga social en crecimiento constante" (González Castañón, 1999c:2).

Sin embargo, este autor afirma que esto puede remediarse. Y que las *Organizaciones no Gubernamentales* (ONG's) son las que, precisamente, pueden producir e implementar políticas destinadas, entre otras cosas, a velar por los derechos de las personas con deficiencia mental. Este autor asegura que una ONG puede ayudar a desarrollar adultos independientes, con conciencia de sí mismos y de su lugar en la sociedad, que puedan usar su propia voz y no depender de la voz de otros para reclamar sus derechos y para modificar sus condiciones de vida. Comenta que:

"muchos hermosos y valiosos esfuerzos se han hecho en instituciones para discapacitados y muchas personas, que se autodefinen como discapacitados, han demostrado que las limitaciones funcionales no son una medida de la grandeza de la persona" (González Castañón, 1999d:2).

Por su parte, Zacarías (1993) comenta que el hecho de que la Revista Psicología Iberoamericana haya publicado un número especial dedicado a la discapacidad, fue con la finalidad de informar a la comunidad en general acerca de esta temática y acerca de las situaciones que tanto las personas con discapacidad como sus familiares tienen que afrontar en su vida diaria. Con esto, se pretende crear una mayor concientización al dar una representación de calidad a las personas con discapacidad; y, al mismo tiempo, se pretende crear espacios para que sean precisamente las personas con discapacidad las que. . .

"nos hablen de vida independiente, posibilidades de empleo e iniciativas de acceso a la comunidad, deportes integrados, manifestaciones artísticas, así como de una legislación cada vez más justa. . . Es de suma importancia enfatizar los derechos de las personas con discapacidad a través de nuestro apoyo facilitador, para que puedan actuar con autodeterminación, ellos solicitan en la actualidad el no ser más recipientes pasivos de ayuda sino los actores principales a determinar el cambio en los servicios que necesitan, y buscan ya efectuar acciones que promuevan mejores opciones, calidad en los programas, basados en su integración a la comunidad en condiciones de vida lo más cercanas a lo normal y en la que sus derechos fundamentales sean respetados" (Zacarías, 1993:3).

Ahora bien, como ya se había comentado anteriormente, en nuestro país existen instituciones y asociaciones destinadas a brindar atención a las personas que tienen algún tipo de discapacidad. Por un lado, podemos identificar a las instituciones gubernamentales y, por otro lado, a las asociaciones civiles.

Con respecto a las primeras, la Dirección de Educación Especial de la SEP es la institución oficial que, en nuestro país, se encarga de rehabilitar y educar a las personas con necesidades especiales. A las personas con deficiencia mental se les brinda atención en escuelas de educación especial, centros de rehabilitación y educación especial y, centros de capacitación y educación especial. Los centros de capacitación y educación especial y los centros de atención múltiple, cuentan con talleres donde se capacita a las y los adolescentes para que aprendan a realizar uno o más oficios, tales como carpintería, cocina, entre otros (Dirección General de Educación Especial, 1985 citado en Galicia Tinoco y Martínez Díaz, 1991). Los Centros de Atención Múltiple reciben a personas con cualquier tipo de discapacidad, en la mayor parte de ellos se brinda educación básica. En estos centros se atienden, aproximadamente, a 11 156 personas con algún tipo de discapacidad (Guajardo, 1998). Con respecto al *Centro de Atención Múltiple 82*, los talleres que ahí se imparten son: preparación de alimentos, servicio a comensales, productos metálicos (herrería), industria del mueble (carpintería), serigrafía, industria del vestido I y II, organización, e industria decorativa (manualidades).

Ahora bien, con respecto a las asociaciones civiles, la *Confederación Mexicana de Asociaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual A. C. (CONFE)*, como ya se había comentado anteriormente, es un organismo que fue creado por iniciativa de una agrupación de padres de familia. Entre algunos de los objetivos que esta institución pretende alcanzar se encuentran: impulsar el proceso de integración en todas las áreas de desarrollo de la persona con discapacidad, promoviendo la infraestructura de apoyo técnico que garantice el éxito, la autoestima y el desarrollo armonioso de su personalidad; promover e impulsar el desarrollo de actividades educativas, laborales, artísticas, deportivas y recreativas de beneficio común, enriqueciendo su mundo social e integración con todos los miembros de su comunidad y desenvolviéndose en espacios utilizados por todos; impulsar la creación de programas de viviendas que favorezcan la convivencia armónica entre personas con discapacidad y su entorno social; e impulsar el desarrollo laboral de las personas con discapacidad, a fin de ofrecer oportunidades de autosuficiencia económica y familiar (Peña, 1993). Los talleres de formación para el empleo que se ofrecen en esta institución son: maquila, panadería, cocina, intendencia, jardinería, costura, auxiliar de oficina. Aparte de la existencia de estos talleres, a las y los adolescentes que no terminaron la primaria se les dan clases por parte del INEA.

De esta forma podemos ver que cada vez surgen más personas (profesionales, trabajadores sociales, psicólogos, tanto de instituciones del gobierno como civiles), que se preocupan por que las personas con deficiencia mental cuenten con mejores oportunidades para desarrollarse y para vivir mejor. En un ambiente en donde se les *valore*, donde se les *dé su lugar* y se les permita *convivir* y *crecer* como seres humanos.

2.5. Adolescentes con Deficiencia Mental.

Como ya se había comentado anteriormente, en el caso de los adolescentes con deficiencia mental, hay quienes consideran, que a diferencia de los adolescentes "normales" a ellos se les dificulta lograr su independencia del seno familiar, ya que, en la mayoría de los casos, los padres hacen que entre ellos y sus hijos o hijas (según sea el caso) que tienen deficiencia mental, se establezca una relación de dependencia.

Powell (1994) considera que los adolescentes con deficiencia mental sufren con frecuencia de una cierta tensión emocional por la falta de habilidad física. A esto se suma el hecho de que la sociedad no los acepta del todo y no los ayuda de manera realista a ajustarse o adaptarse de una forma adecuada. Este autor afirma que con frecuencia el adolescente con deficiencia mental . . . "que ya tiene algo de 'mal adaptado', se ve sujeto a una tensión mucho mayor causada por el hecho de que la sociedad no reconoce ni acepta a personas diferentes" (Powell, 1994:192).

A menos que se cuente con más ayuda profesional, los adolescentes con deficiencia mental están condenados a vivir desadaptados; con lo cual caerían, muy posiblemente, en una conducta antisocial más extrema. Las escuelas y otras instituciones deben de estar más preparadas no solo para reconocer a los adolescentes con deficiencia sino también para que se les ofrezcan programas que llenen sus necesidades de forma realista.

Debemos tener en cuenta que aparte de los cambios que en ellos se van generando debido a la etapa de la adolescencia, muchas veces tienen que enfrentarse ya sea al rechazo, la indiferencia o la sobreprotección por parte de sus padres y, además de esto deben enfrentarse a las burlas, insultos, tratos discriminatorios, por parte de aquellas personas que los ven como imposibilitados y como una carga. Todo esto puede llegar a incidir de forma negativa sobre su autoconcepto y autoestima, haciéndolos sentir que no son personas importantes, valiosas, capaces de decidir por sí mismos, con el derecho de tener sus propias opiniones y gustos.

Los adolescentes con deficiencia mental necesitan no sólo del apoyo de su familia sino también del apoyo de la comunidad en general. Hace falta que en nuestro país se generen los espacios y los programas adecuados para que estos jóvenes no queden marginados de la actividad social, para que puedan desarrollarse y realizar actividades que les permitan sentirse bien consigo mismos, y que les posibiliten lograr cierta autonomía e independencia.

Estos jóvenes sólo necesitan que todos, en general, les demos la oportunidad de demostrar que a pesar de su deficiencia mental pueden aprender a realizar diversas actividades, que pueden llegar a establecer relaciones sociales satisfactorias y que son personas *valiosas* que merecen *respeto* y una *mejor calidad de vida*.

2.6. *Familia y desarrollo del autoconcepto y autoestima en adolescentes con deficiencia mental.*

La familia constituye el primer grupo con el que los individuos se relacionan. Al ser el grupo primario, la familia es la que provee de aquello que se necesita para poder adaptarse y desenvolverse en el mundo social.

Powell (1994) afirma que "cualquier ambiente en el que un niño viva y crezca, influirá su personalidad en cierto grado" (Powell, 1994:133). La relevancia de la familia difícilmente puede ser cuestionada; ya que dentro del seno familiar es donde las personas (desde la niñez) aprenden e introyectan ciertas normas, costumbres, creencias, actitudes, etc.

Cárdenas Rosales (1992) comenta que es muy conocido por los investigadores de las ciencias sociales, que la familia es el grupo más importante para la formación de cualquier individuo, ya que además de ser ésta la que transmite inicialmente todas las normas sociales, es el grupo que más influye en la formación de los principios morales que el individuo necesita para constituirse como tal y formar parte de la sociedad.

Enríquez Ponce de León y Guadarrama (1989) comentan que la familia constituye el primer grupo social con el que todo individuo entra en contacto; y es precisamente dentro del seno familiar donde se aprenden las primeras experiencias, constituyendo de esta forma la base más importante para que el

individuo pueda establecer relaciones sociales posteriores dentro de otros grupos. Estos autores afirman que:

“Dentro de la familia comenzará a aprender a valorarse como individuo y a interactuar con el medio ambiente que lo rodea, lo que le permitirá poder manejar situaciones nuevas que encontrará a lo largo de su vida” (Enríquez Ponce de León y Guadarrama, 1989).

La *familia* ejerce una influencia muy importante sobre nosotros, no solamente durante la etapa de la niñez, sino que su influencia abarca también la etapa de la adolescencia. La familia es la que proporciona las bases para el desarrollo y conformación del *autoconcepto* y la *autoestima*.

Estrada Méndez y Lara Moreno (1982) consideran que la familia es el agente socializante por excelencia y que en la familia es donde deben darse los medios necesarios para el libre desarrollo de cada uno de sus miembros; sin embargo, afirman que la familia puede convertirse, en algunas ocasiones, en un medio de represión al individuo.

Pero ¿qué sucede con la familia cuando algún miembro de ésta tiene alguna discapacidad?, ¿cuáles son las actitudes adoptadas por los padres?

Latapí de Escobar (1993) asegura que en el caso de las personas con alguna discapacidad, los padres se convierten en el factor más importante para su educación y rehabilitación. Son el elemento primordial para su desarrollo en todos los aspectos, por lo tanto la salud mental de los padres de una persona con deficiencia mental es fundamental para la tarea que debe desempeñar. Esta autora comenta que, sin embargo, algunos profesionales han llegado a afirmar que los padres son el principal problema para la educación del hijo con deficiencia, que las actitudes que adoptan los padres son odiosas y que no se puede trabajar con ellos.

Este tipo de actitudes adoptadas por los padres de un hijo con deficiencia mental han tratado de ser explicadas, fundamentándose en el impacto que provoca esta situación en la salud mental de los padres.

Se dice que, generalmente, cuando una pareja va a tener un hijo ésta suele formarse ciertas expectativas de cómo será, hacen planes para el futuro, se ilusionan y piensan que su hijo podrá realizar cosas que tal vez ellos no pudieron hacer.

Pero ¿qué pasa con todas estas ilusiones, expectativas y planes cuando les informan que su hijo (a) tiene deficiencia mental?. Latapí de Escobar (1993) comenta que estos padres sufren un impacto emocional, un choque tremendo, sobreviene un dolor profundo cuando llega la revelación de que ese hijo no podrá llegar a ser jamás todo lo que esperaban de él, se esfuman las ilusiones y esperanzas. Es cuando se hacen la pregunta ¿por qué a mí? y se ven obligados a plantearse el hecho de que tienen que aprender a vivir con un problema que nunca habían imaginado que tendrían que llegar a enfrentar y para el que no estaban preparados.

Es común que estos padres experimenten sentimientos de dolor, rechazo, culpa, vergüenza, ansiedad y angustia. También surgen sentimientos secretos que los padres no quieren confesar ni a sí mismos, tales como deseo de muerte, angustia neurótica patológica, temor, horror o repugnancia (Latapí de Escobar, 1993).

Esto nos hace ver que no solamente las personas con deficiencia necesitan de apoyo y orientación, sino también los padres y la familia en general ya que una situación como ésta afecta la dinámica y el ambiente familiar. Los padres necesitan del apoyo y orientación por parte de profesionales para saber qué es lo que pueden hacer, de qué forma pueden ayudar a sus hijos con deficiencia. Lo cierto es que, aunque es un hecho que los padres se enfrentan a una situación difícil (no porque sea una carga sino porque no saben qué hacer) es muy importante que intenten no desquitarse con sus hijos (rechazándolos y haciéndolos sentir como una carga) o de sentir culpa (ya que tenderán a sobreprotegerlos, con lo cual los harán dependientes).

San Luis Rodríguez (citado en Cázarez, 199-?) afirma que el nacimiento de un niño con discapacidad, más que una tristeza representa todo un reto, ya que puede traer un fortalecimiento aún mayor en el interior del núcleo familiar o, en el peor de los casos, puede llegar a ocasionar una profunda ruptura en sus relaciones e inclusive propiciar la desintegración física o emocional del mismo. Comenta que esto último ocurre pero no como consecuencia del bebé con discapacidad en sí, sino debido a las actitudes e ideas asumidas por la familia (las cuales pueden llevar a los padres a una negación de la realidad, a rechazar a su hijo, a buscar culpables llegando así a culpar a la pareja o pensar que el niño es un castigo de Dios o de la vida y pensar que el futuro de la familia será una condena eterna).

La deficiencia mental pertenece a un desorden de tipo cognoscitivo. Sin embargo, en muchos de los casos los efectos secundarios que tiene la deficiencia sobre la personalidad y las emociones de la persona con deficiencia y de la familia son mucho más serios y constituyen un obstáculo mucho mayor para la adaptación. Un ejemplo de esto, lo constituye el sentimiento que tiene el hijo (a) con deficiencia

mental del rechazo por parte de sus padres y la sociedad en general, lo cual hace que posea una baja autoestima (Cárdenas Rosales, 1992).

Anteriormente se comentó la importancia que tiene el desarrollo de un autoconcepto y una autoestima positiva en la vida de una persona, ahora bien, en el caso de las y los adolescentes con deficiencia mental resulta, en algunos casos, difícil desarrollar un autoconcepto positivo (respecto a quiénes son y qué es lo que pueden hacer). Ya que los padres generalmente los sobreprotegen y no permiten que sus hijos o hijas (según sea el caso) realicen cierto tipo de actividades o que tomen decisiones por sí mismos. Estrada Méndez y Lara Moreno (1982) constataron que efectivamente (en los casos que estudiaron) los padres eran quienes tomaban las decisiones respecto a lo que podían o no podían hacer sus hijos o hijas adolescentes con deficiencia mental.

Un ambiente familiar en donde a las y los adolescentes con deficiencia mental no se les permita opinar, tomar decisiones (con respecto a lo que quieren hacer), participar en las actividades de la casa, etc., no posibilitará el desarrollo de un autoconcepto y una autoestima positiva por parte de las y los adolescentes; por el contrario, contribuirá a desarrollar una relación de dependencia con respecto a los padres (ya que, desde la infancia, ellos y ellas crecerán pensando que no pueden hacer nada, ya que sus padres siempre les han hecho todo).

El papel que juegan los padres sobre la formación del autoconcepto y autoestima de sus hijos es muy significativo. Coopersmith (1981 citado en Ramírez Guzmán, 1998) comenta que, los niños no nacen siendo buenos o malos, hábiles o retardados, amables o no amables; ellos desarrollan esas ideas, esas imágenes de sí mismos con base en la forma en como son tratados por la gente que es significativa en su vida, como son los *padres*, maestros y compañeros.

Por esta razón, en este estudio no sólo nos interesa conocer cómo se perciben y cómo se sienten consigo mismos las y los adolescentes con deficiencia mental, sino también determinar cómo se relaciona la variable relación con los padres con el autoconcepto y la autoestima de estos adolescentes.

El desarrollo de un autoconcepto positivo se torna realmente necesario para que los y las adolescentes que tienen deficiencia mental se perciban a sí mismos de una forma positiva y para que tengan una mayor confianza en sí mismos y en todo aquello que lleven a cabo. Claro está que para desarrollar un autoconcepto positivo es sumamente necesario que la familia, en vez de limitar y poner trabas (a veces inexistentes), apoye y motive a estos jóvenes para que adquieran una

imagen positiva acerca de quiénes son y acerca de todo aquello que sí pueden hacer.

Los padres son quienes pueden enseñarles a sus hijos o hijas que ellos y ellas tienen derecho a ser respetados, a tomar decisiones sobre su propia vida y sobre todo aquello que quieran realizar o desempeñar; claro está que para esto, es necesario que los padres estén convencidos de que sus hijos o hijas no valen menos que cualquier otra persona, sólo por el hecho de que tengan deficiencia mental. Y que, por lo tanto, ellas y ellos tienen derecho a ser reconocidos, respetados, y a que se les ayude para que en algún momento, en la medida de lo posible, puedan lograr su autonomía e independencia del seno familiar.

El apoyo y la motivación que la familia puede brindarles a los y las adolescentes que tienen deficiencia mental son muy importantes para que ellos y ellas desarrollen un autoconcepto positivo acerca de sí mismos, para que tengan confianza y seguridad en sí mismos y puedan, en el momento que sea necesario, enfrentarse a situaciones nuevas o problemáticas; para que ellos y ellas aprendan a aceptarse, respetarse y quererse a sí mismos y, para que de esta forma puedan exigir que la sociedad en general no continúe ignorándolos, discriminándolos o excluyéndolos de la actividad social.

2.7. Estudios realizados acerca del autoconcepto, la autoestima, la deficiencia mental y el ambiente familiar.

Como ya se había comentado anteriormente, constructos como los de *autoconcepto* y *autoestima*, han sido retomados en numerosas investigaciones y estudios desarrollados tanto dentro del campo de la psicología social, como de la psicología en general. A continuación se describen algunos datos relevantes sobre cada uno de los estudios que se consultaron y, de los que se retomaron algunas definiciones elaboradas con respecto al autoconcepto y la autoestima. Esta pequeña revisión nos permitirá ver las diferentes formas y perspectivas en las que ambos constructos han sido abordados. Además de que, más adelante, se realiza también una pequeña revisión acerca de las investigaciones que se encontraron respecto al ambiente familiar y a la deficiencia mental.

- ◆ Andrade Palos y Pick de Weiss en 1986 realizaron una investigación, la cual tuvo como objetivo la construcción y validación de una escala para medir el autoconcepto en población infantil. En este estudio participaron en total 251

niños, de ambos sexos, quienes tenían entre 9 y 15 años de edad, y se encontraban cursando el 5° y 6° grado de primaria en escuelas públicas y privadas del D. F. La escala quedó conformada por 43 adjetivos bipolares con cinco opciones de respuesta; las seis subescalas que forman parte de este instrumento se refieren al concepto que el niño tiene acerca de sí mismo en cuanto a su físico, emociones, relaciones como amigo, como hijo, como estudiante, y en sus aspectos éticos o morales. Estos autores comentan que los resultados de este estudio apoyan la validez de la utilización del diferencial semántico con niños y, por otro lado, plantean la necesidad de realizar más investigaciones acerca de las diferencias por sexo ya que, al parecer, para los niños resultan ser más importantes los aspectos físicos que para las niñas.

- ◆ La Rosa y Díaz – Loving (1991) realizaron un estudio, el cual tuvo como objetivo la construcción y validación de una escala (diferencial semántico) para medir el *autoconcepto*. Para esto, se realizaron diversos estudios pilotos a través de los cuales se identificaron las dimensiones importantes del autoconcepto y se obtuvieron los adjetivos bipolares para describir y evaluar el constructo de interés. En este estudio, a través de la tormenta de ideas, análisis de contenido, auscultación de la población y análisis psicométricos, se obtuvo una escala multidimensional del autoconcepto que incluye aspectos sociales, emocionales, éticos y ocupacionales. Estos autores comentan que la dimensión social rige las relaciones que los jóvenes establecen con sus familiares, amigos, compañeros, maestros y otras personas con las cuales interactúan; esta dimensión quedó constituida por las subescalas de sociabilidad expresiva, sociabilidad afiliativa y accesibilidad. La dimensión emocional proporciona una fotografía de los sentimientos y emociones que una persona experimenta día a día como consecuencia de sus éxitos y fracasos, interacciones sociales y logro de objetivos vitales; esta dimensión quedó conformada por las subescalas de estados de ánimo, sentimientos interindividuales y, salud emocional. La dimensión ocupacional se refiere al funcionamiento de una persona en su trabajo, ocupación o profesión, abarca tanto la situación del estudiante como la del trabajador, funcionario, profesionista. Finalmente, la dimensión ética se refiere al aspecto de congruencia o no congruencia con los valores personales, los cuales constituyen, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios. Además se añadió una dimensión de iniciativa. El diferencial semántico del autoconcepto quedó constituido por 72 pares de adjetivos bipolares. Este instrumento se construyó a partir de la información proporcionada por estudiantes mexicanos de preparatoria y universidad. En el transcurso de esta investigación se realizaron pruebas t de student para verificar el poder discriminativo de los reactivos, análisis factoriales para obtener la validez de constructo y se calcularon alfas de Cronbach para valorar la consistencia interna de cada factor. La Rosa y Díaz – Loving comentan que, después de realizar todas estas pruebas, los resultados permitieron afirmar que

la escala (cuya consistencia interna fue $\alpha = .94$) mide un constructo global: el autoconcepto.

- ◆ Cerna, en 1993, realizó una investigación documental en la que comienza exponiendo diversas conceptualizaciones teóricas acerca de la autoestima y la discapacidad. Específicamente aborda la relación existente entre la autoestima y el concepto de sí mismo que tienen las personas a quienes les han amputado un miembro. Afirma que la amputación es uno de los procedimientos quirúrgicos más amenazadores para cualquier persona; comenta que al paciente amputado comúnmente lo invade la ansiedad, la impotencia y el aburrimiento, un sentimiento de baja autoestima, pérdida de la autonomía y una sensación de indefensión, mismas que presentan los niños y adolescentes amputados. Con respecto a la rehabilitación, asegura que mientras la terapia psicológica y la consejería son necesarias, el tratamiento debería estar relacionado con un adecuado entorno psicológico que le permita al paciente la expresión de sus sentimientos de minusvalía, pérdida y auto reproche; afirma que las interacciones con otras personas, sobre todo aquellas que son importantes para el paciente, son vitales en el proceso de tratamiento y rehabilitación.
- ◆ Valdez Medina y Reyes Lagunes, en 1994, realizaron una investigación cuyo objetivo era conocer los elementos que forman parte importante de la estructura mental del autoconcepto en adolescentes mexicanos, estudiantes de nivel preparatoria. Específicamente, les interesaba saber si los adolescentes seguían teniendo una marcada tendencia a percibirse como rebeldes y autoafirmativos o, si bien, esto se había modificado. Primeramente, con la finalidad de elaborar su propio instrumento, se llevó a cabo la recolección de información base del instrumento a través del uso de la técnica de categorías semánticas (Valdez, 1991; Valdez y Reyes Lagunes, 1992); se trabajó con una muestra de 400 personas de ambos sexos. A partir de los resultados se obtuvieron los setenta reactivos que conformaron el instrumento de autoconcepto, el cual se aplicó a una muestra de 368 personas de ambos sexos, de nivel preparatoria, con una media de edad de 17 años. Se encontró que los adolescentes se percibían como sociales, fáciles de tratar, bromistas, platicadores, amigables, simpáticos, amables (factor social expresivo), obedientes, atentos, ordenados, responsables, trabajadores, estrictos, activos (factor social normativo), románticos, sentimentales, detallistas, cariñosos (factor expresivo afectivo), honestos, sinceros, leales, respetuosos (factor ético moral), estudiosos, inteligentes, aplicados (factor de trabajo intelectual), mentirosos, criticones, necios, enojones, volubles, desobedientes, agresivos y rebeldes (factor de rebeldía). Se encontró que estos adolescentes presentaban una clara tendencia hacia ir minimizando la presencia de las características negativas. Valdez Medina y Reyes Lagunes concluyen que estos jóvenes presentaron una clara

orientación hacia poder conformar un autoconcepto muy positivo, lo cual los podía ayudar a conseguir beneficios importantes en su vida (tanto en el área personal, social, familiar, escolar y ocupacional).

- ◆ Servín Terrazas, en 1994, realizó un estudio con la finalidad de factorizar la escala de autoconcepto de Piers-Harris, anteriormente normalizada para la población de Chihuahua, así como compararla con la original. Los factores descritos en la escala de Piers-Harris son: 1. conducta, 2. estatus escolar, 3. atributos y apariencia física, 4. ansiedad, 5. popularidad y, 6. felicidad y satisfacción. Para la realización de este estudio se requirió la participación de 984 niños y niñas de la ciudad de Chihuahua que cursaban del 3° al 6° año de primaria, de los niveles socioeconómicos bajo, medio y alto; el instrumento que se aplicó estuvo constituido por 52 reactivos. Servín comenta que el orden de los factores encontrados en la población de Chihuahua describen más una cultura grupal que individual, lo cual ocurre a la inversa en el orden encontrado en los factores de la escala de Piers-Harris. Los factores encontrados por Servín fueron seis (al igual que los encontrados por Piers-Harris, sólo que algunos se denominaron de forma diferente): I. popularidad y apariencia física, II. ansiedad, III. conducta, IV. pertenencia social, V. felicidad y satisfacción, VI. habilidades escolares. Servín comenta que sería conveniente correlacionar esta escala con otra como la de Andrade Palos, et. al. (1986) para determinar su grado de validez convergente y, por otro lado, trabajar con otros instrumentos para verificar su validez discriminante ya que posiblemente la escala normalizada esté midiendo algo más aparte del autoconcepto.
- ◆ En 1994, Feinholz realizó un estudio longitudinal cuyo objetivo consistió en evaluar el autoconcepto de un grupo de adolescentes (hombres) mexicanos, quienes tenían problemas de aprendizaje y estaban asistiendo a una secundaria creada especialmente para este tipo de alumnos quienes habían sido rechazados de las secundarias regulares (algunos por sus bajas calificaciones y su dificultad para aprender, otros por problemas de conducta y, algunos otros debido a ambas causas). Este estudio se realizó con la finalidad de evaluar el efecto que el programa adoptado por dicha secundaria podía ejercer sobre el autoconcepto de los adolescentes. La secundaria se creó con el objetivo de darles la oportunidad a los jóvenes de seguir estudiando, así como crear un espacio para que ellos pudieran desarrollar, paralelamente, otras habilidades; el programa contempló aspectos tales como: académico, apoyo pedagógico, educación física, taller de teatro, apoyo psicológico y, desarrollo emocional. Este programa se aplicó debido a que se pensó que podía incidir en el mejoramiento del autoconcepto de los jóvenes. Para saber si el programa incidía o no en la forma que se esperaba se realizó una medición del autoconcepto de los jóvenes antes de ingresar al programa, otra a los tres

meses de su ingreso y, una medida final a los seis meses con la finalidad de determinar la existencia de algún cambio en su autoconcepto. Se trabajó con 32 jóvenes mexicanos de clase socioeconómica media - alta, que tenían entre 12 y 18 años. Para medir dicho constructo se utilizó la Escala Tenesse de Autoconcepto de William Fitts (1965). La escala, tipo Likert, estuvo conformada por 100 proposiciones autodescriptivas. Feinholz comenta que debido a que el análisis de varianza no mostró ninguna diferencia significativa, no puede decirse que a nivel grupal el programa haya tenido alguna incidencia sobre el autoconcepto de los jóvenes durante los primeros seis meses de su aplicación. Sin embargo, aunque no se encontró modificación alguna en el autoconcepto, este autor comenta que los resultados de este estudio resultaron de gran utilidad ya que se pudo conocer mejor a los jóvenes con problemas de aprendizaje y detectar ciertos aspectos de la problemática, lo cual haría posible poder adaptar el programa a las características y necesidades de este grupo en particular.

- ◆ Salas Tirado, Jurado Baizabal y Díaz Martínez, en 1996, realizaron una investigación cuyo objetivo consistió en determinar si existían diferencias significativas entre la autoestima de madres primíparas y la de madres multíparas. En esta investigación participaron 50 mujeres primíparas y 50 multíparas; se utilizó la escala tipo Likert construida por Vite en 1986, conformada por 227 reactivos, con cinco opciones de respuesta, la cual mide actitudes, creencias, sentimientos y tendencias al comportamiento con respecto a la autoestima. La aplicación de la escala se realizó durante el puerperio (seis semanas después del parto). Los resultados obtenidos mostraron que las madres primíparas poseen una mayor autoestima que las madres multíparas; estos autores interpretan los resultados de la siguiente forma: la madre multípara manifiesta menor autoestima como mujer y esposa, debido quizá a que ha centrado más sus esfuerzos en la labor doméstica y en ser madre, perdiendo así parte de sus capacidades y potencialidades para desarrollarse en otras áreas fuentes de autoestima, en las que podría obtener mayor gratificación personal; a diferencia de la madre primípara que experimenta el inicio de la maternidad como un suceso que le proporciona mayor autoestima como mujer.
- ◆ Flores Romero, en 1997, realizó una investigación de tipo documental. Esta autora comienza exponiendo el papel tan importante que juega la familia en el desarrollo de los hijos. Flores Romero comenta que la familia es la que provee aquellas bases que resultan necesarias para que los hijos puedan, a medida que crecen, irse incorporando a otros grupos y así relacionarse con otras personas. Dentro de la familia, la conducta de cada miembro está relacionada y afecta a los demás miembros; por lo que, los cambios favorables o desfavorables ocasionados por algún miembro ejercen un cierto efecto sobre

los demás, sobre todo cuando existe una crisis en la relación de los padres. Esta autora comenta que, el ambiente existente dentro de la familia, el tipo de relaciones que se establecen entre todos sus miembros, influyen de forma significativa en el concepto que se forman acerca de sí mismos los hijos adolescentes. El divorcio constituye un hecho que afecta no sólo a los padres sino también a los hijos; sin embargo, esta autora comenta que puede llegar a ser más perjudicial para los hijos el hecho de presenciar los constantes conflictos entre sus padres, que el vivir en un ambiente familiar donde nada más existe el padre o la madre, pero donde ya no existen conflictos. Las repercusiones que se dan a partir del divorcio son diversas, entre ellas el enojo, la frustración, la soledad por parte de los cónyuges, en los hijos pueden manifestarse desde modificaciones en el comportamiento, impotencia, inseguridad, depresión, bajo rendimiento escolar, hasta rebeldía o agresividad hacia los padres, bajo nivel de autoestima y autoconcepto. Sin embargo, aunque el divorcio de los padres represente para el adolescente una experiencia dolorosa y aunque pueda desencadenar los efectos ya mencionados, esta autora considera que los sentimientos, las emociones, el concepto que el adolescente se forme acerca de sí mismo, pueden no ser tan afectados de forma negativa si los padres, a pesar de la separación, mantienen una buena relación con sus hijos.

- ◆ Ramírez Guzmán, en 1998, realizó una investigación la cual tuvo como objetivo saber si existían diferencias significativas entre el autoconcepto de niños con problemas de aprendizaje y niños sin problemas de aprendizaje. Este autor construyó y validó una escala para medir el autoconcepto en niños de 6 a 12 años de edad. El instrumento se aplicó a niños con y sin problemas de aprendizaje; en este estudio participaron en total 366 niños de cinco escuelas primarias públicas. La escala de autoconcepto escolar (EAE), quedó conformada por 31 reactivos, los cuales quedaron agrupados en seis dimensiones: escolar, ético- moral, rechazo social, familiar, físico y, social. Para identificar a los niños que tenían problemas de aprendizaje se utilizó el Inventario de Ejecución Académica (IEA) elaborado por Macotela, Bermudez y Castañeda (1996). En su conjunto, el EAE alcanzó una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .84. Sin embargo, aunque se encontraron diferencias con respecto al autoconcepto de los niños con y sin problemas de aprendizaje en las seis dimensiones de la escala, éstas no fueron significativas. A pesar de esto, este autor comenta que resulta necesario realizar otros estudios teniendo en cuenta las limitaciones de éste, ya que el autoconcepto constituye uno de los factores cognitivo-afectivos que ha demostrado ser de suma importancia en el desarrollo psicológico de los niños; asegura que la importancia de su estudio se debe a que, dependiendo del autoconcepto que una persona posea, éste influirá en la forma en que se perciban las propias potencialidades y, en consecuencia,

la forma en que se organice el comportamiento en los diversos contextos sociales donde debe desenvolverse (uno de cuales es, precisamente, el escolar).

- ◆ Andrade Palos, en 1998, realizó una investigación la cual tuvo como objetivo, por un lado, determinar qué impacto tenían las variables estructurales (tipo, tamaño de la familia, escolaridad de los padres) sobre la percepción que tenían los adolescentes de su ambiente familiar; y, por otro lado, determinar el impacto que tenía la percepción del adolescente de su ambiente familiar sobre algunas características de su personalidad (autoestima, locus de control y orientación al logro), sobre algunos aspectos culturales (tradicionalismo y filosofía de vida) y, sobre algunas conductas (sexual, uso de drogas, conducta agresiva, y rendimiento académico). Para lograr los objetivos planteados se llevaron a cabo tres estudios: en el primero se exploraron las dimensiones del ambiente familiar prioritarias para el adolescente; en el segundo se diseñó el instrumento de ambiente familiar a partir de los resultados obtenidos en el primer estudio y se realizaron los análisis pertinentes para probar la validez y confiabilidad del instrumento; en el último se analizó el modelo que relaciona las variables estructurales, culturales, de personalidad y conductuales con el ambiente familiar percibido por el adolescente. La escala final de ambiente familiar mide: la relación con el padre (37 reactivos), relación con la madre (37 reactivos), características del padre y de la madre (9 reactivos para cada uno), relación con los hermanos (11 reactivos) y, relación entre los padres (7 reactivos). A través de este estudio se pudo encontrar que: las medias obtenidas para la muestra total en cada una de las dimensiones del ambiente familiar fueron altas en lo que se refiere a Apoyo tanto del padre como de la madre, así como en las características que el adolescente les atribuía a ambos; sin embargo, las medias de comunicación reflejaron que ésta no era muy alta, principalmente con el padre; la relación con los hermanos resultó bastante buena, mientras que la relación entre los padres se encontró que si bien era de comprensión también se peleaban y tenían problemas. Con respecto a la influencia que tenía el ambiente familiar sobre la autoestima, se encontró que los jóvenes que tenían una mejor relación con su mamá presentaban menor rechazo personal y una mayor autoestima social y escolar; de forma similar, el hecho de que los adolescentes percibieran que tenían una relación positiva con su padre influía positivamente sobre su autoestima social. Esta autora comenta que es importante destacar que el impacto ejercido por la percepción que el adolescente tiene con respecto a la relación con su mamá y su papá sobre las características de personalidad (autoestima, locus de control, orientación al logro) y sobre las variable culturales (tradicionalismo y filosofía de vida), mostró tener efectos diferentes; ya que, por un lado, se pudo apreciar que la relación con la madre tiene efectos en un mayor número de dimensiones, lo cual es explicable -comenta- hasta cierto punto por factores socioculturales, ya que la madre mexicana convive mayor tiempo con sus hijos que el padre.

- ◆ En el 2000, Cortés Ayala, Flores Galaz, Carrillo Trujillo y Reyes Lagunes realizaron un estudio, el cual tuvo como objetivos conocer cuál era la relación existente entre el ambiente familiar y el autoconcepto en un grupo de niños de Mérida y, saber si existían diferencias en la relación entre dichas variables dependiendo del sexo. En este estudio participaron 450 niños de primarias públicas de la ciudad de Mérida; el 51.3% (231) fueron niños y el 48.7% (219) fueron niñas, la edad promedio fue de 11.8 años. Se utilizó la Escala de Autoconcepto (Reyes Lagunes y Hernández, 1998) la cual está constituida por una lista de 31 adjetivos y por 5 factores (I. Social Expresivo, II. Expresivo Afectivo, III. Control Externo Negativo, IV. Emocional, V. Ético Moral). También se utilizó la Escala de Ambiente familiar (Andrade Palos, 1998), la cual evalúa la percepción que el niño tiene acerca de la relación con su papá, con su mamá, con sus hermanos y la que tienen sus papás entre sí; además se incluyeron datos generales relativos a la edad, sexo, escolaridad, escuela, estructura y tamaño de la familia, posición ordinal y ocupación de los padres. Los resultados muestran que la percepción del ambiente familiar se relaciona con percepciones del autoconcepto diferentes entre niños y niñas, lo cual se debe en gran parte a la socialización a la que han estado expuestos. Cortés Ayala y cols., comentan que, al parecer, la dimensión social expresiva y ética moral del autoconcepto de los niños se relaciona con el apoyo, comunicación y aceptación tanto del padre como de la madre. Es decir, al sentir que podían platicar con sus padres y que ellos respetaban sus sentimientos, los niños tendían a autoperibirse como alegres, animados, divertidos, cariñosos, tiernos, honrados, honestos, sinceros y seguros. Lo cual no sucede así con las niñas, donde los resultados indicaron que la dimensión expresiva o negativa del autoconcepto se relaciona negativamente con los factores de apoyo, comunicación y aceptación y positivamente con rechazo. Es decir, las niñas al sentir apoyo por parte de su padre, al sentir que podían platicar con él y que él respetaba sus sentimientos, tendían a percibirse como menos rencorosas, enojonas y rebeldes; al contrario, al sentirse rechazadas por su padre tendían a autoperibirse como rencorosas y rebeldes. En general, comentan Cortés Ayala y cols., se puede concluir que el autoconcepto mostrado por los niños de la muestra fue en general positivo y que sí existe una clara relación entre el autoconcepto y la calidad percibida del ambiente familiar.
- ◆ Espinosa Fuentes y Reyes Lagunes (2000) realizaron un estudio acerca de la relación existente entre el autoconcepto y el ambiente familiar. Estos autores afirman que, explorar la relación existente entre la percepción del contexto familiar y el autoconcepto, resulta de suma importancia ya que ambos aspectos desempeñan un papel relevante en el proceso de socialización. Por esta razón, estos autores se dieron a la tarea de analizar la relación entre el ambiente familiar y el autoconcepto en una muestra de la región de Puebla, así como conocer la orientación individual hacia aspectos culturalmente relevantes como

la religión. La muestra quedó constituida por 582 estudiantes universitarios de la ciudad de Puebla (257 hombres y 352 mujeres), cuya edad oscilaba entre los 17 y 25 años. Se utilizaron las escalas de percepción del ambiente familiar de Moos (FES, versión Korbman, 1984) y la de autoconcepto desarrollada por La Rosa y Díaz – Loving (1991), la cual está conformada por cinco dimensiones: social, emocional, ocupacional, ético e iniciativa. En un análisis factorial se integraron las dimensiones que conforman el autoconcepto, locus de control desarrollados por La Rosa (1986) y también se incluyeron las diez dimensiones a explorar del ambiente familiar. Espinosa Fuentes y Reyes Lagunes encontraron que las dimensiones de autoconcepto y ambiente familiar, si bien correlacionan positivamente entre sí, lo hacen en una proporción más bien baja. Comentan que, el hecho de que el autoconcepto y el ambiente familiar correlacionen positivamente entre sí, apoya no sólo su estrecha participación en la configuración recíproca que cada uno de ellos tiene, sino que, además, el hecho de que no se haya encontrado una alta correlación significa que constituyen fenómenos distintos en su constructo y que pueden tomar configuraciones de relación distinta, según cuáles sean los aspectos involucrados de cada uno de estos dos fenómenos.

- ◆ González-Forteza y Ramos Lira (2000) realizaron un estudio cuyo objetivo consistió en evaluar la consistencia interna de la escala de autoestima realizada por Rosenberg (1965) y, el nivel de correlación con el malestar emocional en adolescentes estudiantes de secundaria. Para lo cual se llevaron a cabo dos estudios: en el primero participaron 121 estudiantes (60 hombres y 61 mujeres), con un promedio de edad de 13 años, de esta muestra a 61 adolescentes se les aplicó la escala de Rosenberg modificada (donde todos los reactivos quedaron enunciados en forma negativa) y, a los otros 60 se les aplicó la misma escala pero esta vez se modificaron todos los reactivos de modo que quedaran enunciados en forma positiva. Para el segundo estudio se seleccionaron aleatoriamente a 60 adolescentes provenientes de dos escuelas secundarias, 30 hombres y 30 mujeres con una edad media de 13 años; a todos ellos se les aplicó la versión original de la escala de Rosenberg, la cual está compuesta por cinco reactivos enunciados en forma positiva y cinco en negativa. A todos los participantes se les pidió contestar las escalas de sintomatología depresiva, CES-D (Radloff, 1977) y de ideación suicida (Roberts, 1980), los cuales se consideraron como indicadores de malestar emocional. González – Forteza y Ramos Lira consideraron que, a mayor autoestima de una persona menor malestar emocional y, viceversa. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo por separado en cada muestra y en cada sexo. Primeramente, se realizaron los análisis de consistencia interna de cada una de las versiones de la escala de autoestima aplicadas, así como también de los indicadores de malestar emocional. Se encontró que la versión que contiene sólo enunciados en negativo, fue la que alcanzó los coeficientes de consistencia interna más altos y

satisfactorios, seguida de la escala original que contiene reactivos positivos y negativos. Estas autoras comentan que, dados los resultados de este estudio, los cinco reactivos de autoestima enunciados en negativo son igualmente eficaces tanto para los hombres como para las mujeres.

- ◆ González-Arratia, Gil Lacruz y Valdez Medina (2000) llevaron a cabo una investigación transcultural. Estos autores comentan que la finalidad de este estudio consistió en conocer las diferencias y/o similitudes entre el autoconcepto y la autoestima que poseen las mujeres mexicanas y el autoconcepto y autoestima que poseen las mujeres españolas. Estos autores esperaban encontrar diferencias entre ambas muestras debido a que consideraban que el contexto influye en la forma en como una persona se percibe y valora a sí misma. La muestra mexicana estuvo compuesta por 83 mujeres de entre 23 y 55 años, residentes en el estado de Toluca; mientras que la muestra española estuvo compuesta por 100 mujeres de entre 20 y 55 años, residentes en la ciudad de Zaragoza. Se aplicó el cuestionario de autoconcepto elaborado por Valdez (1994), el cual está compuesto por 37 reactivos (adjetivos), con cinco opciones de respuesta, constituido por seis factores: social expresivo, social normativo, expresivo afectivo, ético moral, rebeldía y, trabajo intelectual. González-Arratia y cols., encontraron que las madres mexicanas poseen una autoestima ligeramente menor a la autoestima que poseen las mujeres españolas. Comentan que los resultados obtenidos en los análisis factoriales para las mujeres mexicanas y españolas, muestran diferencias en la estructura y contenido del autoconcepto, lo que puede deberse al efecto de la cultura sobre las participantes. De esta forma, se encontró que el primer factor arrojado por la muestra mexicana pertenece a la dimensión social expresiva, lo que significa que ellas se perciben como acomedidas, cariñosas, obedientes, buenas, compartidas, atentas, simpáticas, leales, sinceras, amigables; mientras que en la muestra española apareció como primer factor la dimensión social normativa, lo cual significa que ellas se perciben como trabajadoras, sentimentales, activas, honestas, cariñosas, buenas, ordenadas, simpáticas, limpias. Esto parece indicar que, para las mujeres españolas de la muestra estudiada, lo más importante era cumplir con las normas sociales, mientras que, para las mujeres mexicanas resultaba esencial el hecho de ser más expresivas. A través del análisis de varianza se encontró que las mujeres mexicanas se percibían de una forma socialmente negativa, al contrario de las mujeres españolas quienes mostraron un autoconcepto real más positivo. González-Arratia y cols., concluyeron que, aunque se trabajó con una muestra pequeña, el estudio sí evidencia el impacto que ejerce la cultura y el contexto sobre la estructura del autoconcepto y la autoestima.

Ahora bien, como anteriormente se comentó, la deficiencia mental ha sido estudiada y abordada desde el enfoque psiquiátrico, educativo, psicológico, etc., pero dentro del enfoque psicosocial se encontraron pocas investigaciones relacionadas con este tema.

- ◆ Entre una de las investigaciones que retoman el tema de la deficiencia mental se encuentra la realizada por Estrada Méndez y Lara Moreno en 1982, la cual tuvo como objetivo conocer el tipo de relación (rechazo, amor, sobreprotección, agresión) que los padres establecían con sus hijos o hijas (para lo cual escogieron familias en donde alguno de los o las hijas tuviera alguna discapacidad mental). Estas autoras adoptaron el método de análisis de casos y realizaron sociodramas; comentan que el hecho de tener un hijo con deficiencia mental exige mucha madurez por parte de los padres, ya que de no ser así es muy difícil que la pareja acepte el hecho de que su hijo necesita ayuda y apoyo (principalmente por parte de ellos). Comentan que en la última sesión de los sociodramas, se logró que los padres descubrieran que “el adolescente con deficiencia mental piensa, y que debe ser incluido en las decisiones familiares, sobre todo en aquellas que se tomen sobre su cuerpo y su vida” (Estrada Méndez y Lara Moreno, 1982:74). Al revisar los sociodramas resalta el hecho de que los padres son los que toman las decisiones con respecto a lo que debe o no debe, y a lo que puede o no puede hacer el hijo o la hija que tiene alguna deficiencia mental. Se comenta que los hermanos o hermanas no quieren salir con ellos o ellas por que les da pena o vergüenza que sus amigos sepan que tienen un hermano (a) con deficiencia; los padres toman las decisiones con respecto a si deben tener novio o novia (según sea el caso) o si pueden casarse, ya que consideran que ellos y ellas no pueden decidirlo porque son ingenuos, confiados y podrían engañarlos. De esta forma podemos ver que, los padres que participaron en este estudio (hace ya veinte años) consideraban que sus hijos o hijas no eran capaces de tomar decisiones por sí mismos, que tenían que protegerlos de las demás personas (ya que seguramente les harían daño o se burlarían de ellos) y que tenían que cuidarlos, entonces, de por vida. Pero, como comentan Estrada y Moreno en sus conclusiones, las y los jóvenes les hicieron saber a sus papás que querían ser tomados en cuenta al tomar alguna decisión. Es así que esta investigación se dedicó al estudio de las relaciones afectivas y, aunque no era uno de sus objetivos el saber qué piensan o, bien, cuál era el concepto que los padres tenían acerca de sus hijos (as) con deficiencia mental, mediante los sociodramas se llegó a conocer que los padres consideraban que sus hijos o hijas (según fuera el caso) no eran capaces de tomar decisiones, ni de llevar una vida normal y realizar actividades similares a las que desempeñaban sus hermanos o hermanas que no tenían deficiencia mental.

- ◆ Galicia Tinoco y Martínez Díaz (1991) realizaron una investigación acerca del tipo de autoconcepto, locus de control y desamparo que poseían las mujeres adultas con deficiencia mental. Estas autoras comentan que el autoconcepto es, sin duda, un factor de gran importancia para el desenvolvimiento social de una persona en todos los escenarios de su vida; y que también existen otros aspectos relevantes tales como el locus de control y el desamparo, los cuales inciden en el grado de autonomía o de dependencia que las personas adquieren en el transcurso de su vida. El objetivo de este estudio consistió en saber si existían diferencias significativas entre el autoconcepto, locus de control y nivel de desamparo que poseían un grupo de mujeres con deficiencia mental que estaban inscritas en un programa de segregación y, el autoconcepto, locus de control y desamparo que poseían mujeres con deficiencia pero que estaban inscritas en un programa de normalización. En este estudio participaron 24 mujeres con deficiencia mental, quienes tenían entre 18 y 40 años de edad, 12 de las cuales estaban asistiendo a una institución con un programa segregado y, las otras doce participaban en el programa de normalización. Se aplicaron tres cuestionarios para evaluar cada uno de los constructos mencionados. En relación al autoconcepto no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos; las autoras comentan que este resultado tal vez se debió a que el cuestionario utilizado para medir este constructo no fue el más apropiado debido a las características de las participantes, ya que se observó que ellas no comprendían fácilmente las preguntas elaboradas, por lo que al responder el cuestionario hubo una inclinación a contestar positivamente. Con respecto al locus de control, se encontró que sí existían diferencias significativas entre ambas muestras, en el grupo de normalización predominó el locus de control interno, mientras que en el grupo segregado no se encontró definida la internalidad o externalidad de sus acciones. En cuanto al desamparo se encontró que sí existían diferencias significativas; es decir, las mujeres del grupo segregado presentaron una conducta dependiente, lo cual hacía que poseyeran una limitada capacidad para tomar decisiones así como para resolver situaciones problemáticas por ellas mismas, mientras que las mujeres del grupo normalizado demostraron tener más elementos necesarios para desenvolverse óptimamente tanto social, emocional y productivamente. Galicia Tinoco y Martínez Díaz consideran que las personas con deficiencia mental, al igual que cualquier otra persona, necesitan que se les brinden oportunidades suficientes para demostrar que son capaces de manejarse adecuadamente en diferentes circunstancias, siempre y cuando cuenten con los elementos y experiencias necesarias. Desgraciadamente, aún existen personas que creen y consideran que lo más adecuado para las personas con deficiencia mental es retenerlas, ya sea en el ámbito familiar o en un sistema educativo cerrado, lo cual resulta bastante perjudicial para estas personas ya que se mantienen incomunicadas con el mundo que les rodea.

- ◆ En 1992, Cárdenas Rosales realizó una investigación, la cual tuvo como objetivos analizar cómo perciben los padres el hecho de tener un hijo con limitación física y/o mental, analizar cómo perciben los padres las capacidades físicas, mentales y afectivas de su hijo con LFM, conocer a qué atribuyen los padres la LFM de sus hijos, conocer las reacciones emocionales que provocó la LFM del niño en sus padres, y conocer algunas de las reacciones familiares y sociales más importantes que perciben los padres como consecuencia de la LFM de sus hijos. Los padres que participaron en este estudio formaban parte del grupo *Hakim*.¹⁵ Este grupo estaba conformado, aproximadamente, por 100 familias; Cárdenas sólo solicitó la participación de 10 de ellas; la muestra quedó conformada por tres familias que tenían un hijo con deficiencia mental moderada, tres familias que tenían un hijo adolescente con deficiencia mental con buen desarrollo motor, dos familias con hijos pequeños, una familia con un hijo invidente, y una familia con un hijo con deficiencia mental profunda. Cárdenas, seis meses antes de aplicar sus entrevistas, estuvo asistiendo al grupo con la intención de realizar observación participante, lo cual le ayudó para conocer a las familias y el funcionamiento del grupo. Esta autora realizó entrevistas semi – estructuradas profundas, las cuales se grabaron para, posteriormente, poder transcribirlas y realizar el análisis de contenido de la información obtenida. Entre los resultados obtenidos a través de este estudio podemos mencionar que: la mayoría de los padres que tienen la experiencia de tener un hijo con LFM opinan que el momento más doloroso fue cuando les comunicaron la noticia; para los padres el tener un hijo con deficiencia (mental y/o física) es algo que no esperan, es algo que no está dentro de sus expectativas, por esta razón pueden tener reacciones muy diversas que pueden ir desde el rechazo hasta la sobreprotección; en las entrevistas se invitó a los padres a expresar ciertos consejos hacia otros padres que se encontraran en una situación similar a la suya, ellos aconsejaron que no los aislen, que los acepten, que luchen aunque les digan que su hijo no va a salir adelante, que se acerquen y aprendan del niño, que hagan caso a las personas que se encuentran en una situación similar a la suya, que se acerquen a Dios, que no se autocompadezcan, que se sientan orgullosos, que no los sobreprotejan, que no los escondan y que no culpen a nadie, mucho menos a sí mismos.

De esta forma podemos ver que el tener un hijo (a) con alguna deficiencia no es algo fácil de asimilar, ni de manejar. Y lo que hace más difícil y dolorosa esta experiencia es el hecho de que tanto los padres como el hijo (a) con deficiencia tienen que enfrentarse a comentarios crueles, tratos injustos y a la indiferencia no sólo por parte de la sociedad sino incluso por parte de su propia familia.

¹⁵ El grupo *Hakim* surgió como consecuencia de los sismos de 1985; sus iniciadores fueron tres jóvenes. Quienes al ver la situación inmediata a los sismos decidieron ayudar a las personas que pudieran necesitarlos (Cárdenas Rosales, 1992).

- ◆ Otra investigación que aborda el tema de la discapacidad es la realizada por Guerrero Guerrero (1997), la cual tuvo como objetivo evaluar, comparar y determinar si existían diferencias significativas en la autoestima entre un grupo de madres que tenían hijos con discapacidad (auditiva o mental) y otro grupo de madres de hijos sin discapacidad. La muestra quedó conformada por 218 mamás: 48 madres de hijos con discapacidad auditiva, 57 madres de hijos con deficiencia mental y 113 madres de hijos sin discapacidad. Se aplicó una escala de actitudes tipo Likert elaborada por Silvia Vite (1986); dicha escala estuvo compuesta por sesenta y cinco ítems, a través de ella se evaluaron cuatro dimensiones: antecedentes familiares, autoestima como esposa, autoestima como ama de casa, relación madre-hijo. Los resultados de esta investigación indicaron que las madres de hijos con discapacidad presentan una autoestima negativa en comparación con las madres de hijos sin discapacidad, lo cual indica que sí existen diferencias significativas. Esta autora interpreta los resultados de la siguiente forma: en la madre de un hijo con problemas especiales operan sentimientos de culpa, depresión y ansiedad, debido a que no sabe cómo enfrentar la situación ni de cómo ayudar a su hijo; siente la necesidad de apoyo de todos aquellos que le rodean, sobre todo de su cónyuge, pero desgraciadamente no lo recibe; a todo esto se suma el hecho de que tiene que luchar o adaptarse a la estigmatización existente hacia las personas con discapacidad, debe afrontarse al hecho de que incluso miembros de su propia familia (sus padres, hermanos, sus otros hijos) se alejen, sientan vergüenza y traten mal a su hijo. Todo esto la hace sentir que está fallando en su rol de madre, lo cual le genera angustia, la hace sentirse mal consigo misma, por lo que ella misma se menosprecia y devalúa.

Como puede verse, de las investigaciones que se encontraron acerca de la deficiencia mental, sólo una de ellas (Galicia Tinoco y Martínez Díaz, 1991) se enfoca en el estudio de procesos que se generan en las personas con deficiencia. Mientras que las demás están centradas en el estudio de procesos que se desarrollan en los padres, principalmente en las madres. Por esta razón, esta investigación tiene como finalidad centrarse en los (las) adolescentes que tienen deficiencia mental, en saber qué es lo que piensan acerca de sí mismos, qué características se atribuyen y, a partir de esto, cómo se sienten consigo mismos; así como también saber qué impacto tienen sobre su autoconcepto y autoestima, la relación con los padres y la institución a la que asisten (gobierno o asociación civil).

En el próximo capítulo se presentan los puntos correspondientes a la metodología de investigación. También se presentarán, más adelante, los resultados encontrados tanto en el grupo de personas con discapacidad como en el grupo de personas sin discapacidad.

3. M E T O D O L O G Í A.

3.1. *Planteamiento del problema.*

- ◆ *¿Influyen sobre el autoconcepto y la autoestima de las y los adolescentes con deficiencia mental el tipo de relación que tienen con sus padres y el tipo de institución (Centro de Atención de Múltiple 82 ó CONFÉ) a la que asisten?*

3.2. *Objetivos.*

3.2.1. *Objetivo General.*

- ◆ Determinar la incidencia que tienen sobre el autoconcepto y la autoestima de las y los adolescentes con deficiencia mental el tipo de relación que tienen con sus padres y el tipo de institución a la que asisten (pública o privada).

3.2.2. *Objetivos Específicos.*

- ∅ Construir y validar tres instrumentos para medir el autoconcepto, la autoestima y la percepción de la relación existente entre los padres y las (los) adolescentes con deficiencia mental.
- ∅ Determinar si existen diferencias significativas entre el autoconcepto, la autoestima y la percepción de la relación con los padres entre las y los adolescentes que asisten al CAM 82 y aquellos (as) que asisten a CONFÉ.
- ∅ Determinar si existen diferencias significativas en el autoconcepto, la autoestima y la percepción de la relación con los padres dependiendo del sexo, edad y tiempo al que han asistido a una institución (CAM ó CONFÉ).
- ∅ Descubrir si existen diferencias significativas en el autoconcepto, la autoestima y la percepción de la relación con los padres entre niños (as) y adolescentes sin deficiencia (que asisten a la primaria) y las y los adolescentes con deficiencia mental (que asisten a CONFÉ y al CAM 82).

- ∅ Determinar la relación existente entre autoconcepto, autoestima y la percepción de relación con los padres.

3.3. *Hipótesis.*

- ∅ Debido a que las filosofías y acciones adoptadas por las instituciones gubernamentales (en este caso, un Centro de Atención Múltiple) difieren de las adoptadas por las asociaciones civiles (en este caso, CONFE), suponemos que se encontrarán diferencias significativas entre el nivel de autoconcepto y autoestima que poseen las y los adolescentes con deficiencia mental que asisten al CAM 82 y aquéllas (os) que asisten a CONFE. Esta suposición se basa en la literatura que se consultó, a través de la cual encontramos que, en las instituciones gubernamentales sólo se les enseña a las y los jóvenes a realizar ciertos oficios; mientras que, las asociaciones civiles se preocupan más por brindar una atención y un apoyo integral, de manera que las personas con discapacidad puedan lograr un desarrollo integral (ya que se les apoya y se les brindan espacios tanto educativos como laborales, recreativos, culturales y deportivos). Por esta razón, supongo que el nivel de autoconcepto y autoestima que posean las y los adolescentes que asisten a CONFE será mayor que aquel que posean las y los adolescentes que asisten al CAM 82.
- ∅ Ahora bien, con respecto a la relación con los padres, se espera que la percepción que tienen las y los adolescentes con deficiencia mental acerca de la relación que tienen con sus papás influya sobre su autoconcepto y autoestima, debido a la importancia que, como se comentó anteriormente, tienen los papás en la vida de sus hijos e hijas. Se considera que, al encontrar que las y los adolescentes perciban que sus padres sí los apoyan, que se interesan por lo que les pasa y por lo que sienten, que los ayudan cuando tienen algún problema, que los quieren, que respetan sus opiniones y decisiones, etc., podemos esperar que esto se relacione con un autoconcepto y una autoestima positivos. Mientras que, en el caso en el que las y los adolescentes perciban que existe poco o nulo apoyo por parte de sus padres, que no se interesan por lo que les pase, sientan o piensen, que muy pocas veces o nunca respetan sus decisiones, que no toman en cuenta sus opiniones, que la mayoría de las veces o siempre sientan que sus papás no los quieren, que los rechazan y que se avergüenzan de ellos, se espera que esto se relacione con un autoconcepto y una autoestima menos positivos

en comparación de cuando se percibe de forma positiva la relación con los padres.

3.4. Definición de variables.

3.4.1. Definición Conceptual de las variables dependientes.

- ◆ **Autoconcepto.** El autoconcepto es una estructura cognoscitiva que tiene un origen de carácter psicosocial intrínseco que se forma a partir de la interacción y que cada uno de los seres humanos viven desde su nacimiento hasta su muerte. Esta estructura le permite a la persona codificar y estructurar toda la información que adquiere sobre sí mismo, ya sea de corte totalmente social (lo que otros piensan, dicen, se imaginan o perciben de mí), totalmente individual (lo que pienso, digo, me imagino o percibo de mí) o bien, de carácter psicosocial, lo cual implicaría un manejo de la información social e individual. Este total de conocimientos que conforman la estructura mental llamada autoconcepto contiene información referente a tres áreas fundamentales de la propia persona: 1) los referentes observables: físicos, conductuales, afectivos, o bien, una combinación indistinta de éstos; 2) los referentes reales (conocimientos reales sobre sí mismo) que tienen las personas; 3) los referentes internos (estados de ánimo) y externos (circunstancias) que rodean a las personas (Valdez, 1994 citado en Ramírez Guzmán, 1998).
- ◆ **Autoestima.** La autoestima se refiere al valor que una persona atribuye al yo percibido (Solís Alcántara, 1997). Consiste en la evaluación que una persona realiza acerca de sí misma, expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica el grado en el que una persona se siente capaz, significativa, exitosa y valiosa (Coopersmith, 1981 citado en Ramírez Guzmán, 1998). La autoestima surge a través de un triple proceso: como reflejo de la valoración que otras personas realizan acerca de nosotros, como resultado de las comparaciones que establecemos con otras personas durante las diferentes situaciones de la vida y, como resultado de la percepción que tenemos acerca de nosotros mismos (Rosenberg, 1979 citado en Cerna, 1993).

3.4.2. Definición Operacional de las variables dependientes.

- ◆ *Autoconcepto.* Se considerará que una persona posee un autoconcepto positivo cuando se perciba a sí misma como importante, inteligente, bonita, divertida, capaz de tomar decisiones, sincera, amigable, confiable, responsable, feliz, obediente, cariñosa, alegre, agradable, tranquila, capaz de hacer las cosas bien, capaz de llevarse bien con otras personas, de expresar abiertamente sus sentimientos y opiniones. Mientras que, se considerará que una persona posee un autoconcepto negativo cuando se perciba a sí misma como aburrida, tonta, grosera, enojona, agresiva, floja, rencorosa, miedosa, triste, desagradable, mentirosa, fea, incapaz de tomar decisiones por sí misma, de realizar actividades difíciles, de expresar abiertamente sentimientos y opiniones, de llevarse bien y caerle bien a la gente.
- ◆ *Autoestima.* Se considerará que una persona posee una alta autoestima cuando se acepte a sí misma, es decir, cuando ella sienta que es una persona que vale mucho, cuando se acepte tal y como es, cuando le guste ser como es, cuando se sienta orgullosa y se quiera a sí misma. Por otro lado, se considerará que una persona posee una autoestima baja cuando exista un cierto rechazo personal, es decir, cuando sienta que tiene puros defectos, que merece que le pasen cosas malas, cuando le choque su forma de ser, cuando sienta que es una persona que no vale nada, que nadie la quiere y que es una persona desagradable.

3.4.3. Definición Conceptual de las variables independientes.

- ◆ *Tipo de institución a la que asisten las y los adolescentes con deficiencia mental.* Existen instituciones y asociaciones destinadas a brindar atención a las personas que tienen algún tipo de discapacidad. Por un lado, se pueden identificar a las instituciones gubernamentales y, por otro, a las asociaciones civiles.

Con respecto a las primeras, la Dirección de Educación Especial de la SEP es la institución oficial que, en nuestro país, se encarga de rehabilitar y educar a las personas con necesidades especiales. Los Centros de Atención Múltiple, cuentan con talleres donde se capacita a las y los adolescentes para que aprendan a realizar uno o más oficios. Estos centros reciben a personas con cualquier tipo de discapacidad, en la mayor parte de ellos se brinda

educación básica. Con respecto al *Centro de Atención Múltiple 82*, los talleres que ahí se imparten son: preparación de alimentos, servicio a comensales, productos metálicos (herrería), industria del mueble (carpintería), serigrafía, industria del vestido I y II, organización, e industria decorativa (manualidades).

Ahora bien, con respecto a las asociaciones civiles, la *Confederación Mexicana de Organizaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual A. C. (CONFED)* es un organismo que fue creado por iniciativa de una agrupación de padres de familia. Los talleres de formación para el empleo que se ofrecen en esta institución son: maquila, panadería, cocina, intendencia, jardinería, costura, auxiliar de oficina. Aparte de la existencia de estos talleres, a las y los adolescentes que no terminaron la primaria se les dan clases por parte del INEA.

- ◆ *Relación con los padres.* Se refiere a la forma en la que las y los adolescentes perciben la relación que tienen con sus padres.
- ◆ *Sexo, edad, tiempo al que han asistido a la institución.*

3.4.4. Definición Operacional de las variables independientes.

- ◆ *Relación con los padres.* Se tienen contempladas dentro de la escala de relación con los padres las siguientes dimensiones: aceptación–apoyo (la cual se refiere a la frecuencia con la que las y los adolescentes perciben que sus papás los quieren, los respetan, los aceptan tal como son, los apoyan, los ayudan y los motivan a seguir adelante), atención (la cual hace referencia a la frecuencia con la que los adolescentes perciben que sus papás se interesan por ellos, por lo que les pasa y por lo que sienten), comunicación (la cual consiste en la frecuencia con la que los y las adolescentes perciben que sus papás toman en cuenta sus opiniones, que pueden platicar con ellos y decirles lo que piensan y sienten), control (la cual trata de la frecuencia con la que los adolescentes perciben que sus papás no los dejan tomar decisiones) y rechazo (que se refiere a la frecuencia con la que las y los adolescentes perciben que sus papás los regañan y los castigan por cualquier cosa, que no los quieren, que se alejan o que se avergüenzan de ellos).

3.5. Participantes.

En este estudio participaron en total 353 personas. Se aplicó la escala de autoconcepto, autoestima y relación con los padres a 283 niños de primaria (80.2%), a 48 adolescentes del CAM 82 (13.6%) y, a 22 de CONFE (6.2%). De estas 353 personas, 170 eran mujeres (48.2%) y 183 hombres (51.8%). El promedio de edad de las y los niños de primaria fue de 10 años, de las y los adolescentes del CAM fue de 16 años y, de las y los jóvenes de CONFE fue de 20 años.

3.6. Instrumento.

El instrumento que se aplicó en esta investigación consiste en una escala que mide el *autoconcepto*, la *autoestima* y la *relación con los padres* (Anexo 1). Está conformada por 92 reactivos: 55 pertenecen a la escala de autoconcepto, 11 a la de autoestima y, 26 a la de relación con los padres. Consiste en una escala tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta: *Siempre*, *Muchas veces*, *Pocas veces*, *Nunca*.

Los reactivos correspondientes a cada escala se redactaron tomando en cuenta ciertas dimensiones.

Las dimensiones contempladas para la *escala de autoconcepto* fueron las siguientes:

- Ø Atributos físicos (reactivos 29, 44, 61, 71).
- Ø Atributos de personalidad (reactivos 2, 3, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 22, 27, 31, 39, 41, 45, 47, 50, 52, 62, 64, 67, 70, 79, 89, 91).
- Ø Atributos conductuales (reactivos 21, 26, 48, 51, 60, 80, 88).
- Ø Relaciones sociales (reactivos 5, 24, 32, 63, 66, 76, 86).
- Ø Expresión de sentimientos y opiniones (reactivos 4, 11, 17, 37, 46, 74, 81).
- Ø Toma de decisiones (reactivos 18, 33, 38, 55, 57, 68).

Ahora bien, las dimensiones contempladas para la *escala de autoestima* fueron las siguientes:

- Ø Aceptación (reactivos 42, 53, 82, 84, 90).
- Ø Rechazo (reactivos 15, 28, 35, 59, 75, 77).

Por último, las dimensiones contempladas para la *escala de relación con los padres* fueron:

- Ø Aceptación–apoyo (reactivos 1, 7, 23, 25, 40, 58, 65, 69, 83).
- Ø Atención (reactivos 20, 56, 78, 85, 92).
- Ø Comunicación (reactivos 14, 34, 36, 54).
- Ø Control (reactivos 10, 43, 49).
- Ø Rechazo (reactivos 19, 30, 72, 73, 87).

El instrumento se construyó a partir de la información derivada del marco teórico y de la revisión de algunas escalas de autoconcepto (Andrade Palos y Pick de Weiss, 1986; La Rosa y Díaz - Loving, 1991; Ramírez Guzmán, 1998), autoestima (Salas Tirado, Jurado Baizabal y Díaz Martínez, 1996; Rosenberg, 1965 citado en González Corteza y Ramos Lira, 2000) y ambiente familiar (Andrade Palos, 1998).

Cabe señalar que, los reactivos de cada una de las tres escalas se intercalaron (ya que todos tendrían las mismas opciones de respuesta), conformando así una sola escala (ver Anexo 1).

3.7. Procedimiento.

La escala se aplicó, primeramente, a niñas (os) y adolescentes de primaria y, posteriormente, se aplicó a las y los adolescentes de CONFE y a los del CAM 82.

Debido a las facilidades otorgadas por los directivos de las dos escuelas primarias (localizadas en la delegación Iztapalapa), la *escala de autoconcepto, autoestima y relación con los padres* se aplicó a niños y niñas de ambos turnos.

Con los niños de cuarto y quinto año la escala se fue aplicando en grupos de diez; a ellos no se les proporcionó el formato (copia) de la escala, sólo se les proporcionaron a cada uno de ellos cuatro tarjetas, cada una de las cuales tenía impresa una carita y una respuesta diferente (ver Anexo 2). Se les explicó que se les iban a ir leyendo una serie de afirmaciones y que ellos tenían que mostrar la tarjeta que tuviera la respuesta que, a su consideración, expresaba la frecuencia con la que sucedían o se presentaban en su vida diaria las situaciones expresadas en cada afirmación.

A los niños (as) y adolescentes de sexto año se les entregó a cada uno (a) de ellos (as) una copia de la escala. Se les explicó en qué consistía la tarea, cada afirmación se fue leyendo en voz alta para todos dando tiempo para que cada quien marcara sus respuestas.

Con las y los adolescentes del CAM 82 y de CONFE la escala se fue aplicando en grupos de diez. Se le entregó a cada uno de ellos (as) cuatro tarjetas (las cuales

fueron iguales a las que se utilizaron con las y los niños de 4° y 5° año de primaria) y se les explicó que con ellas iban a ir respondiendo a cada una de las afirmaciones que se les fueran leyendo.

En todos los casos, con todos los participantes, se les pidió que fueran sinceros en sus respuestas, que no copiaran las respuestas de sus compañeros ya que lo que interesaba saber era lo que cada quien pensaba y sentía.

4. R E S U L T A D O S.

En esta sección se presentan los resultados hallados a partir de los análisis estadísticos realizados (frecuencias, promedios, desviaciones estándar, pruebas t, factorial, correlaciones, regresión).

Cabe señalar que sólo en la regresión se realizaron análisis por separado (es decir, se corrió una regresión para el grupo de CONFE, otro para el CAM 82 y, otro para el grupo de primaria). Para las pruebas t se compararon los grupos entre sí. Todos los demás análisis se realizaron para toda nuestra muestra.

4.1. Descripción de los datos generales.

En primer lugar, se realizaron crosstabs para saber cómo se relacionan los datos generales de los participantes. Los datos a considerar son: sexo, edad, institución y tiempo al que han asistido a la institución.

Tabla 4. Cruce entre sexo e institución.

<i>Institución</i> <i>Sexo</i>	CONFE	CAM 82	Primaria	Total
Mujer	6	24	140	170
Hombre	16	24	143	183

Tabla 5. Cruce entre edad y sexo.

Edad \ Sexo	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Mujeres	18	35	46	35	3	6	5	5	5	4	4		2	1	1
Hombres	13	35	48	31	13	5	7	6	2	6	5	4	2	3	3
Total	31	70	94	66	16	11	12	11	7	10	9	4	4	4	4

Tabla 6. Cruce entre institución y edad.

Edad \ Inst.	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Total
Primaria	31	70	94	66	15	5	2									283
CONFES								1		3	4	3	4	4	3	22
CAM 82					1	6	10	10	7	7	5	1			1	48

Tabla 7. Cruce entre institución y tiempo de asistir a la misma.

Tiempo \ Inst.	1	2	3	4	5	6
Primaria				84	97	102
CONFES	17		2	2	1	
CAM 82	20	18	6	4		
Total	37	18	8	90	98	102

Como se puede ver en total se contó con la participación de 353 personas (170 mujeres y 183 hombres), 283 de las cuales asistían a la primaria, 48 al CAM 82 y 22 a CONFES. Sus edades oscilaban entre los 9 y 23 años. Y el tiempo al que habían asistido a su institución iba de menos de un año a menos de 6 años.

4.2. Estadísticos Descriptivos.

En cuanto a los análisis que se realizaron a partir de los datos obtenidos a través de la escala de autoconcepto, autoestima y relación con los padres, primeramente se calcularon frecuencias, medias y desviaciones estándar de cada uno de los reactivos. Estos datos más los valores arrojados por la prueba t se condensan en una sola tabla más adelante (Anexo 3).

Cabe mencionar que sólo se discriminaron reactivos después de realizar el análisis factorial.

4.3. Análisis Factorial.

Se procedió a verificar la validez de constructo de las escalas de autoconcepto, autoestima y relación con los padres a través de la realización de un análisis factorial con rotación varimax. Y, además, se calculó el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de cada factor.

En cuanto a la escala de *autoconcepto*, el análisis factorial arrojó 16 factores con valores eigen superiores a 1.0, los cuales explican el 51.7% de la varianza total. De estos 16 factores, sólo nos quedamos con cuatro de ellos (ya que fueron los únicos que alcanzaron un alfa superior a .65), los cuales explican el 26.6% de la varianza. El primer factor agrupó 9 reactivos ($\alpha = .76$) al cual se denominó “conductual agresivo”; el segundo factor agrupó 7 reactivos ($\alpha = .67$) al que se denominó “rechazo social”; el tercero agrupó 6 reactivos ($\alpha = .65$) y se le denominó “ético-moral”; el cuarto agrupó 5 reactivos ($\alpha = .67$) al cual se denominó “físico” (Anexo 4, Tabla 1).

En cuanto a la escala de *autoestima*, el análisis factorial arrojó 2 factores con valores eigen superiores a 1.0, los cuales explican el 46.35% de la varianza total. El primer factor agrupó 5 reactivos ($\alpha = .76$) al cual se le denominó “autoestima de aceptación”; mientras que el segundo factor agrupó 6 reactivos ($\alpha = .70$) y se le denominó “autoestima de rechazo” (Anexo 4, Tabla 2).

En cuanto a la escala de *relación con los padres*, el análisis factorial arrojó 6 factores con valores eigen superiores a 1.0, los cuales explicaban el 51.96% de la varianza total. De estos 6 factores, sólo nos quedamos con los primeros tres (ya que fueron los únicos que alcanzaron un alfa superior a .65). El primer factor agrupó 12 reactivos ($\alpha = .86$) a este factor se le denominó “aceptación-apoyo”; el segundo factor agrupó 4 reactivos ($\alpha = .65$) al cual se le denominó “comunicación”; y, el tercero agrupó 4 reactivos ($\alpha = .65$) y se le denominó “rechazo” (Anexo 4, Tabla 3).

En la siguiente tabla se presentan los nombres de cada uno de los factores y el número de reactivos que los conforman con su correspondiente alfa.

Tabla 8. Factores de las escalas de autoconcepto, autoestima y relación con los padres.

<i>Nombre del Factor.</i>	<i>No. de reactivos</i>	<i>Alfa (α)</i>
Autoconcepto conductual agresivo.	9	.7620
Autoconcepto de rechazo social.	7	.6740
Autoconcepto ético-moral.	6	.6539
Autoconcepto físico.	5	.6737
Autoestima de aceptación.	5	.7604
Autoestima de rechazo.	6	.7002
Relación de aceptación-apoyo.	12	.8635
Relación de comunicación.	4	.6574
Relación de rechazo.	4	.6557

De esta forma podemos ver que la escala de autoconcepto, de los 55 reactivos que la conformaban, después del análisis factorial, se quedó con 27 reactivos; la escala de autoestima se quedó con los 11 reactivos del inicio; y, la escala de relación con los padres, de los 26 reactivos iniciales, sólo se quedó con 20.

Cabe decir que los reactivos que se eliminaron fueron aquellos que, a través del análisis factorial, quedaron asignados en factores que no alcanzaron un valor alfa superior a .65.

4.4. Correlación.

En las siguientes tablas, primeramente, se presentan las correlaciones obtenidas entre los factores del autoconcepto, la autoestima y la relación con los padres. Posteriormente, se presentan dos tablas donde se condensan las correlaciones obtenidas entre las dimensiones del autoconcepto con las de autoestima y, las dimensiones de éstos dos constructos con las dimensiones de la relación con los padres.

Tabla 9. Correlaciones entre los factores de la escala del autoconcepto.

	Autoconcepto conductual a.	Autoconcepto de rechazo soc.	Autoconcepto ético-moral	Autoconcepto físico
Autoconcepto conductual a.		-.403**	-.201**	-.366**
Autoconcepto de rechazo soc.	-.403**		.227**	.530**
Autoconcepto ético-moral	-.201**	.227**		.299**
Autoconcepto físico	-.366**	.530**	.299**	

**p<.01

Tabla 10. Correlaciones entre los factores de la escala de autoestima.

	Autoestima de aceptación	Autoestima de rechazo
Autoestima de aceptación		.610**
Autoestima de rechazo	.610**	

**p<.01

Tabla 11. Correlaciones entre los factores de la escala de relación con los padres.

	Relación de aceptación-apoyo	Relación de comunicación	Relación de rechazo
Relación de aceptación-apoyo		.587**	.422**
Relación de comunicación	.587**		.315**
Relación de rechazo	.422**	.315**	

**p<.01

Como puede verse, entre los factores de la escala del autoconcepto, las correlaciones más altas se dieron entre el autoconcepto de rechazo social y el autoconcepto físico ($r = .530$) y, entre el autoconcepto de rechazo social y el autoconcepto conductual agresivo ($r = -.403$). En cuanto a la escala de autoestima, sus dos factores, autoestima de aceptación y de rechazo, obtuvieron una correlación alta ($r = .610$). Y, con respecto a la escala de relación con los padres, los factores de relación de aceptación y de comunicación obtuvieron la correlación más

alta ($r = .587$), mientras que la correlación más baja se dio entre la relación de rechazo y la relación de comunicación ($r = .315$).

Tabla 12. Correlaciones entre autoconcepto y autoestima.

Autoconcepto / Autoestima	Autoconcepto conductual a.	Autoconcepto de rechazo soc.	Autoconcepto ético-moral	Autoconcepto físico
Autoestima de aceptación	-.340**	.514**	.180**	.605**
Autoestima de rechazo	-.499**	.598**	.224**	.649**

** $p < .01$

Tabla 13. Correlaciones entre autoconcepto, autoestima y relación con los padres.

Autoconcepto y Autoestima / Rel. con los padres	Autoconcepto conductual a.	A. de rechazo social.	A. ético – moral.	Autoconcepto físico	Autoestima de aceptación	Autoestima de rechazo.
Relación de aceptación-a.	-.300**	.371**	.279**	.418**	.566**	.442**
Relación de comunicación	-.289**	.257**	.165**	.227**	.363**	.313**
Relación de rechazo.	-.335**	.289**	.122*	.268**	.302**	.429**

** $p < .01$ * $p < .05$

Puede apreciarse que la dimensión de autoconcepto conductual agresivo correlaciona negativamente con las dos dimensiones de autoestima y con las tres de relación con los padres. También puede apreciarse que las otras tres dimensiones del autoconcepto (rechazo social, ético – moral y, físico) correlacionan positivo con las dimensiones de autoestima y relación con los padres. De igual forma, podemos ver que las dos dimensiones de autoestima correlacionan positivamente con las dimensiones de relación con los padres.

Ahora bien, las correlaciones positivas más altas se dan entre: autoestima de aceptación y autoconcepto de rechazo social ($r = .514$), autoestima de rechazo y autoconcepto de rechazo social ($r = .598$), autoestima de aceptación y autoconcepto físico ($r = .605$), autoestima de rechazo y autoconcepto físico ($r = .649$), relación de aceptación y autoconcepto físico ($r = .418$), relación de aceptación y autoestima de aceptación ($r = .566$), relación de aceptación y autoestima de rechazo ($r = .442$) y, relación de rechazo y autoestima de rechazo ($r = .429$).

4.5. Análisis de varianza.

Se realizaron análisis de varianza de una sola vía (anova one way) para conocer si existían diferencias significativas. A continuación se presentan las diferencias encontradas en cada una de las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres por sexo, edad, institución y tiempo. Cabe señalar que aunque en este apartado sólo se tabule cuando hay diferencias significativas, en el Anexo 5 (Tablas 1, 2, 3, y 4) se presentan los valores de F, con su respectiva significancia, de cada uno de los factores del autoconcepto, autoestima y relación con los padres.

4.5.1. Diferencias encontradas por sexo.

Tabla 14. Valores t de las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres por sexo.

Dimensión	t (g.l.= 351).	Sig.	Mujer ξ	Desv. Est.	Hombre ξ	Desv. Est.
Autoconcepto físico	-2.509	.013*	2.8224	.6746	3.0003	.6574
Autoestima de rechazo	-2.130	.034*	3.0118	.6285	3.1534	.6198
Relación-comunicación	2.533	.012*	3.0088	.7241	2.7992	.8231

*p<.05

Para saber si existían diferencias significativas por sexo se corrieron pruebas t; estas sólo se encontraron en la dimensión del autoconcepto físico (t= -2.509, g.l. 351 p<.05), en la autoestima de rechazo (t= -2.130, g.l. 351 p<. 05) y, en la relación de comunicación (t= 2.533, g.l. 351 p<. 05).

Con ayuda de la tabla 14, podemos ver que son los hombres quienes tienden a percibir, con una mayor frecuencia que las mujeres, la existencia de un autoconcepto físico (es decir, sienten que su cuerpo no les agrada, que su cara es desagradable) y una autoestima de rechazo (es decir, sienten que tienen puros defectos, que nadie los quiere, que son personas desagradables). Mientras que son las mujeres las que perciben una mayor relación de comunicación con sus padres.

En todos las demás dimensiones del autoconcepto (conductual agresivo, rechazo social, ético-moral), de la autoestima (aceptación) y relación con los padres (aceptación-apoyo, rechazo) no se encontraron diferencias significativas (ver Anexo 5, Tabla 1).

4.5.2. Diferencias encontradas por edad.

Tabla 15. Análisis de varianza de dos de las dimensiones de relación con los padres.

Dimensión	F	Sig.
Relación de aceptación-apoyo	2.241	.006**
Relación de comunicación	2.302	.005**

**p<.01

Tabla 16. Promedios de dos de las dimensiones de relación con los padres por edad.

Relación-aceptación			Relación-comunicación		
Edad	ξ	Desv. Est.	Edad	ξ	Desv. Est.
9	3.3387	.3632	9	3.1774	.7194
10	3.2464	.5385	10	3.0286	.7620
11	3.2981	.4924	11	3.0000	.7664
12	3.2342	.5184	12	2.9066	.7589
13	2.8437	.6652	13	2.4948	.6628
14	3.0455	.6071	14	2.7045	.7143
15	2.7431	.6858	15	2.0625	.7843
16	3.1288	.3081	16	2.6364	.7934
17	2.8333	.5379	17	2.7857	.6524
18	3.0333	.6337	18	2.6500	.7188
19	3.1759	.3874	19	2.7222	.9474
20	3.3125	.6062	20	2.8125	1.2809
21	3.2292	.6138	21	3.2500	.7906
22	3.2292	.2488	22	2.5625	.7181
23	2.8333	.6161	23	2.7500	.7906

En el análisis de varianza por edad sólo se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de relación de aceptación-apoyo [F (14,352)= 2.241 p<.01] y, relación de comunicación con los padres [F (14,352)= 2.302 p<.01]. Con ayuda de la tabla 16 podemos ver que las y los niños de 9 años, seguidos por las y los adolescentes de 20, perciben con mayor frecuencia que sus padres los aceptan como son y los apoyan cuando lo necesitan. Mientras que, las y los adolescentes de 17, 23 y 15 años perciben con menor frecuencia la aceptación y el apoyo por parte de sus padres.

Ahora bien, con respecto a la dimensión de relación de comunicación, las y los adolescentes de 21 años y las (los) niños de 9 perciben con mayor frecuencia que pueden decirles a sus papás lo que piensan y lo que sienten. Mientras que, las y los adolescentes de 22, 13 y 15 años son los que con menor frecuencia perciben la relación de comunicación con sus padres.

En todas las dimensiones del autoconcepto, autoestima y, en la relación de rechazo con los padres no se encontraron diferencias significativas por edad (ver Anexo 5, Tabla 2).

4.5.3. Diferencias encontradas por institución.

En el análisis de varianza por institución sólo se encontraron diferencias significativas en la dimensión de autoconcepto conductual agresivo [F (2,352)= 3.521 $p < .05$], en la de relación de comunicación [F (2,352)= 6.638 $p < .001$] y, en la de relación de rechazo con los padres [F (2,352)= 3.832 $p < .05$].

Tabla 17. Análisis de varianza de las dimensiones de autoconcepto y relación con los padres por institución.

Dimensión	F	Sig.	ξ Primaria	Desv. Est.	ξ CONFÉ	Desv. Est.	ξ CAM	Desv. Est.
Autoconcepto conductual a.	3.521	.031*	2.3041	.5722	2.0202	.5374	2.4190	.6707
Relación de comunicación	6.638	.001***	2.9673	.7675	2.8409	.8575	2.5313	.7484
Relación de rechazo	3.832	.023*	2.7859	.6138	2.4886	.3970	2.6198	.5157

*** $p < .001$ * $p < .05$

Como podemos ver en la tabla 17, con respecto a la dimensión del autoconcepto conductual agresivo, que las y los adolescentes que asisten al CAM 82, seguidos por los niños de primaria, son los que con mayor frecuencia se perciben como agresivos, groseros, desobedientes, etc. Mientras que, las y las adolescentes que asisten a CONFÉ son los que con menor frecuencia perciben este tipo de autoconcepto.

En cuanto a la relación de comunicación, las y los niños de primaria, seguidos por las y los adolescentes de CONFÉ, son los que perciben con mayor frecuencia que a sus papás pueden decirles lo que piensan y sienten. Mientras que, las y los adolescentes del CAM 82 son los que con menor frecuencia perciben la existencia de esta relación de comunicación con sus padres.

Por último, con respecto a la relación de rechazo, las y los niños de primaria, seguidos por las y los adolescentes del CAM, son los que perciben con mayor frecuencia que sus papás los regañan y se enojan con ellos por cualquier cosa, que sus papás no los quieren, etc. Mientras que, las y los adolescentes que asisten a

CONFESIONALES son los que perciben con menor frecuencia este tipo de relación con sus padres.

En las demás dimensiones del autoconcepto (rechazo social, ético-moral, físico), autoestima (aceptación, rechazo) y en la de relación de aceptación-apoyo no se encontraron diferencias significativas por institución (ver Anexo 5, Tabla 3).

4.5.4. Diferencias encontradas por tiempo que se ha asistido a la institución.

En el análisis de varianza realizada por el tiempo que se ha asistido a la institución sólo se encontraron diferencias significativas en la dimensión del autoconcepto ético-moral [F (5,352)= 3.838 p<.01], en la de autoestima de aceptación [F (5,352)= 3.237 p<.01] y, en la de relación de comunicación con los padres [F (5,352)= 2.643 p<.05].

Tabla 18. Análisis de varianza de las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres por tiempo.

Dimensión	F	Sig.
Autoconcepto ético-moral	3.838	.01**
Autoestima de aceptación	3.237	.01**
Relación de comunicación	2.643	.05*

**p<.01 *p<.05

Tabla 19. Promedios de las dimensiones autoconcepto ético-moral, autoestima de aceptación y, relación de comunicación por tiempo.

Dimensión	ξ 1	Desv. Est.	ξ 2	Desv. Est.	ξ 3	Desv. Est.	ξ 4	Desv. Est.	ξ 5	Desv. Est.	ξ 6	Desv. Est.
Autoconcepto ético-moral	2.8137	.4528	3.0159	.4180	2.7917	.5546	2.9463	.4283	2.7116	.4372	2.7895	.3962
Autoestima de aceptación	3.1353	.6674	3.3619	.6152	3.1500	.6990	3.2022	.7763	3.4327	.6885	3.5211	.5882
Relación de comunicación	2.6985	.7996	2.5238	.8136	2.5313	.8807	3.0556	.7614	2.9532	.7544	2.8856	.7791

Con respecto a la dimensión de autoconcepto ético-moral, en la tabla 19 podemos ver que aquellas (os) adolescentes que llevan asistiendo a su escuela casi 2 años son los que se perciben con mayor frecuencia como responsables, obedientes, tranquilos, que se llevan bien con las personas. Mientras que aquellos que van a cumplir 5 años asistiendo a su escuela son los que perciben con menor frecuencia este autoconcepto ético-moral.

Ahora bien, con respecto a la dimensión de autoestima de aceptación, se encontró que aquellas (os) que han asistido a su escuela entre 6 y 5 años son los que con mayor frecuencia se aceptan y les gusta ser como son. Mientras que, aquellas (os) que casi tienen 3 años y los que tienen menos de un año asistiendo a su escuela, son los que poseen con menor frecuencia una autoestima de aceptación.

En cuanto a la dimensión de relación de comunicación, aquéllas (os) que llevan asistiendo a su escuela casi 4 años y los que van a cumplir 5 son los que perciben con mayor frecuencia que a sus papás les pueden decir lo que piensan y sienten. Mientras que, aquellas (os) que apenas van a cumplir 3 y 2 años de asistir a su escuela son los que perciben con menor frecuencia que pueden platicar con sus papás.

En las otras dimensiones del autoconcepto (conductual agresivo, rechazo social, físico), de autoestima (rechazo) y, de relación con los padres (aceptación-apoyo, rechazo) no se encontraron diferencias significativas por tiempo (ver Anexo 5, Tabla 4).

4.5.5. Modelo General Lineal (Univariado).

Cabe señalar que, las diferencias mencionadas anteriormente encontradas en algunas dimensiones pertenecientes al autoconcepto, autoestima y relación con los padres por sexo, edad, tiempo e institución, se hallaron a partir del análisis de varianza de una sola vía. Después de realizar estos análisis, se realizaron otros con el Modelo General Lineal (Univariado); a través de este tipo de análisis se encontraron diferencias significativas en las mismas dimensiones donde ya se habían hallado diferencias (Anexo 5, Tablas 5, 6, 7 y 8) y en una dimensión más.

Se hallaron diferencias significativas en la dimensión de relación de aceptación con los padres [$F(13, 352) = 2.158$ $p < .05$] en la intersección entre sexo y edad. Lo cual significa que, dependiendo del hecho de que sean hombres o mujeres y la edad que tengan, la percepción de la relación de aceptación con los padres varía. A partir del análisis de las medias (las cuales se presentan en la Tabla 20), podemos ver que los hombres de 21 años ($\xi = 3.4583$), seguidos por las mujeres de 23 ($\xi = 3.4167$), perciben con mayor frecuencia que sus papás los aceptan tal y como son, que los apoyan y ayudan cuando tienen algún problema, que son importantes para ellos, etc.); mientras que, los jóvenes de 15 años ($\xi = 2.4286$) y las chicas de 13 años ($\xi = 1.9167$) son los que perciben con menor frecuencia este tipo de relación con sus padres.

Tabla 20. Promedios obtenidos para la dimensión de relación de aceptación en la intersección entre sexo y edad.

Edad	ξ Mujer	Dst.	ξ Hombre	Dst.
9	3.3472	.3901	3.3269	.3376
10	3.2786	.5073	3.2143	.5735
11	3.3401	.4302	3.2579	.5470
12	3.3201	.4058	3.1371	.6142
13	1.9167	.4640	3.0577	.5028
14	3.3056	.4615	2.7333	.6572
15	3.1833	.4503	2.4286	.6709
16	3.0167	.2312	3.2222	.3522
17	2.8000	.5851	2.9167	.5893
18	2.9792	.4160	3.0694	.7842
19	3.0000	.5569	3.3167	.1087
20	.	.	3.3125	.6062
21	3.0000	.9428	3.4583	.1768
22	3.1667	.	3.2500	.3005
23	3.4167	.	2.6389	.5853

4.6. Regresión.

Se realizaron análisis de regresión para cada uno de los grupos, ya que resulta interesante conocer cuáles son las variables predictoras de las dimensiones de autoconcepto y autoestima para cada uno de los casos.

Primeramente, se presentan los resultados encontrados para el grupo de CONFÉ, posteriormente los del CAM 82 y, finalmente se presentan los resultados hallados en el grupo de primaria.

4.6.1. CONFE.

Primeramente se realizaron cuatro análisis de regresión, uno para cada una de las dimensiones del autoconcepto, tomando como variables independientes las dimensiones de autoestima y relación con los padres. Posteriormente se realizaron dos análisis, uno para cada una de las dimensiones de autoestima, tomando como variables independientes las dimensiones de autoconcepto y relación con los padres.

Encontramos que, para la dimensión de autoconcepto conductual agresivo [$F(1,21) = 13.434$ $p < .001$], el análisis arrojó una $R^2 = .460$, quedando como variable predictora la relación de aceptación con los padres.

Para la dimensión de autoconcepto de rechazo social [$F(1,21) = 13.201$ $p < .01$], el análisis arrojó una $R^2 = .398$, quedó como única variable predictora la autoestima de rechazo.

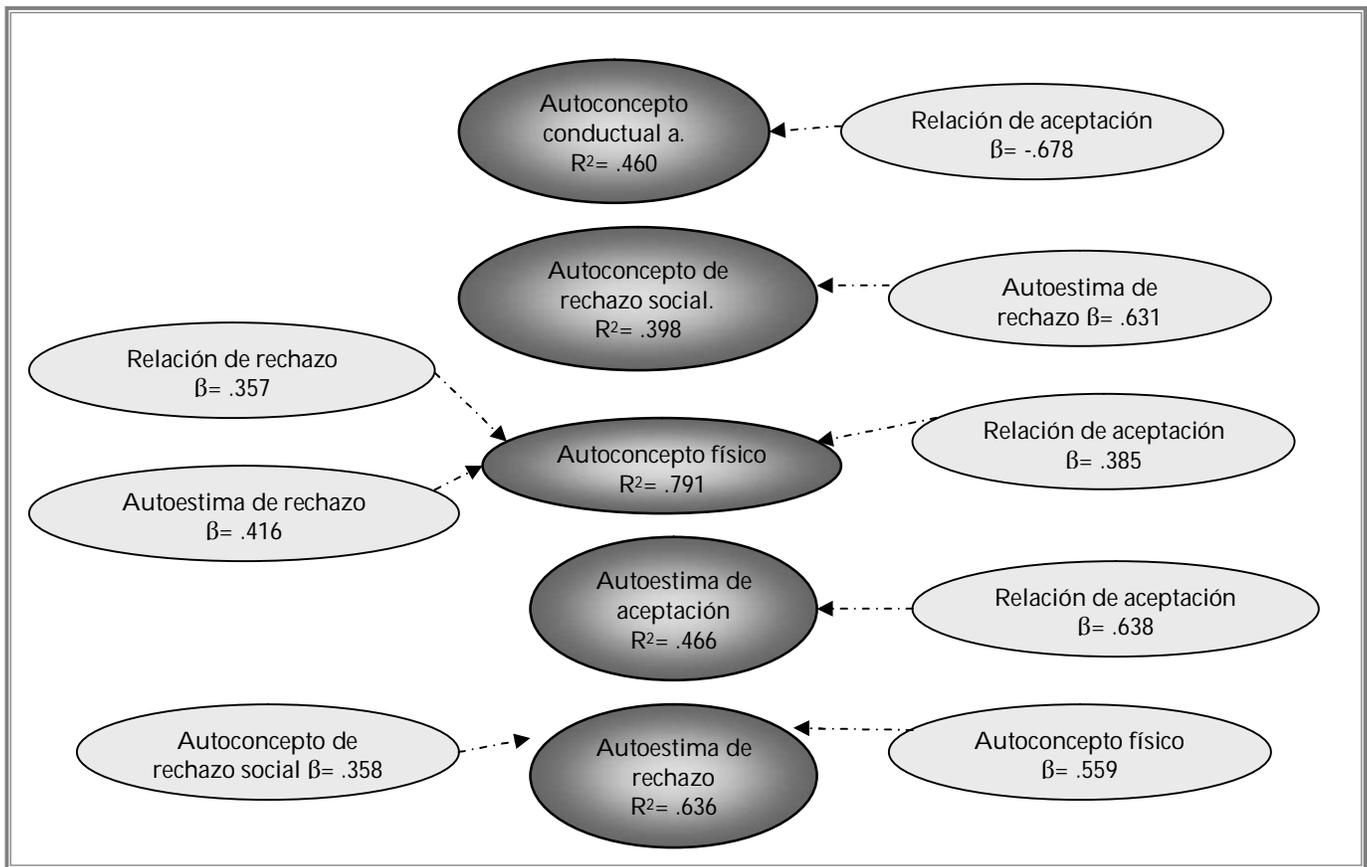
Para la dimensión de autoconcepto físico [$F(3,21) = 22.753$ $p < .001$], se obtuvo una $R^2 = .791$, quedando como variables predictoras la autoestima de rechazo, la relación de aceptación y, la relación de rechazo con los padres.

En el caso de la dimensión de autoestima de aceptación [$F(1,21) = 17.479$ $p < .001$], el análisis arrojó una $R^2 = .466$, la única variable predictora que quedó fue la relación de aceptación con los padres.

Para la dimensión de autoestima de rechazo [$F(2,21) = 16.585$ $p < .001$], se obtuvo una $R^2 = .636$, quedando como variables predictoras el autoconcepto físico y el autoconcepto de rechazo social.

Cabe señalar que en el caso de la dimensión de autoconcepto ético-moral ninguna variable tuvo efectos significativos.

A continuación en el siguiente esquema podemos ver la forma en como se relacionan las variables con las dimensiones del autoconcepto y la autoestima, con los valores β correspondientes.



4.6.2. CAM 82.

Siguiendo el mismo procedimiento que se realizó para el análisis de regresión del grupo anterior, se encontró que, en el caso de la dimensión del autoconcepto conductual agresivo [F (1,47)= 6.223 p<.05], se obtuvo una R²= .119, la única variable predictora que quedó fue la autoestima de rechazo.

Para la dimensión de autoconcepto de rechazo social [F (1,47)= 6.650 p< .05], se obtuvo una R²= .126, quedando como variable predictora la autoestima de rechazo.

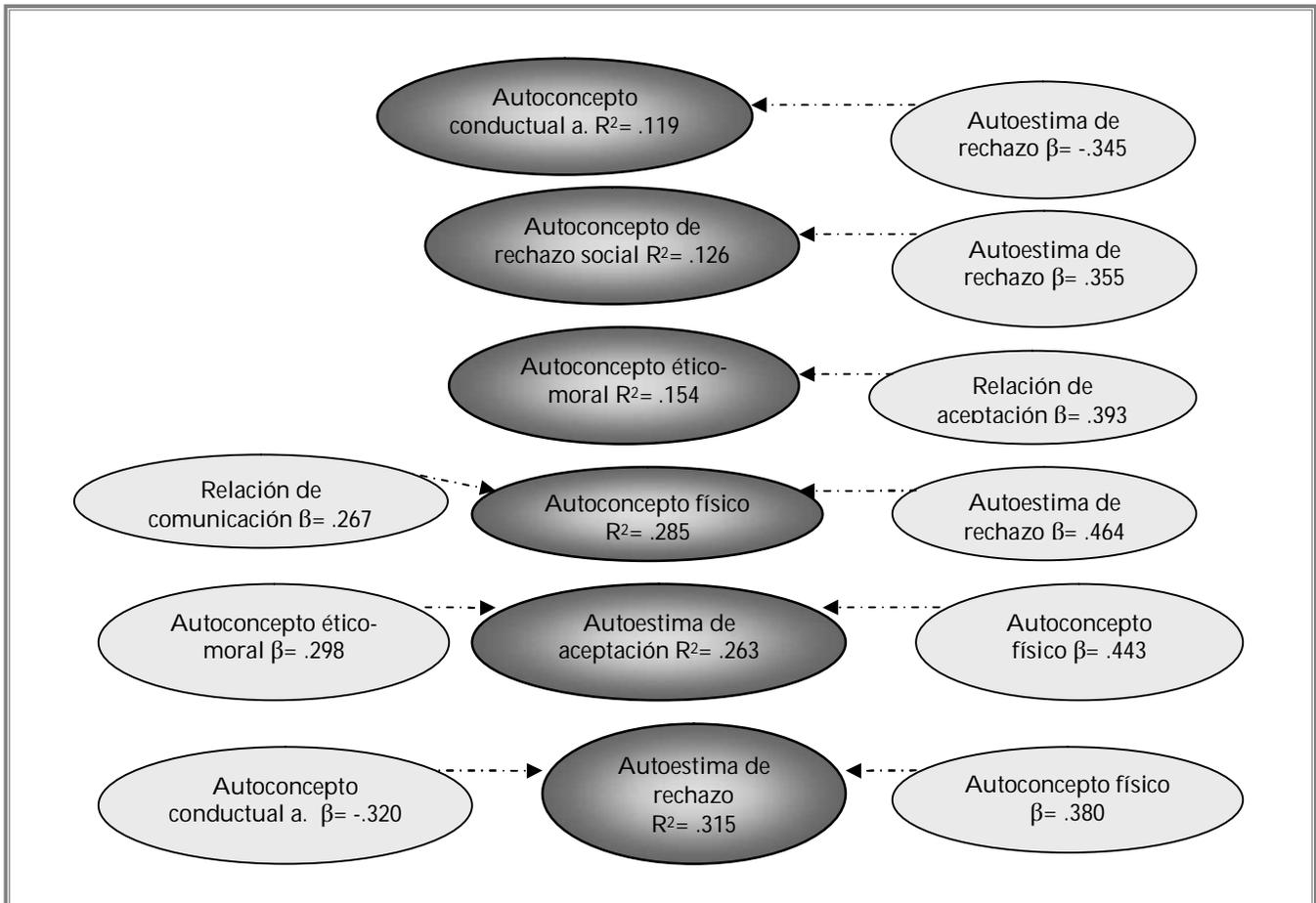
Con respecto a la dimensión de autoconcepto ético-moral [F (1,47)= 8.379 p< .01], el análisis arrojó una R²= .154, quedando como variable predictora la relación de aceptación.

Para la dimensión de autoconcepto físico [F (2,47)= 8.953 p< .001], se obtuvo una R²= .285, en este caso quedaron como variables predictoras la autoestima de rechazo y la relación de comunicación.

En el caso de la dimensión de autoestima de aceptación [F (2,47)= 8.021 p< .001], se obtuvo una R²= .263, quedando como variables predictoras el autoconcepto físico y el autoconcepto ético-moral.

Para la dimensión de autoestima de rechazo [$F(2,47) = 10.346$ $p < .001$], el análisis arrojó una $R^2 = .315$, quedando como variables predictoras el autoconcepto físico y el autoconcepto conductual agresivo.

A continuación se ejemplifican estas relaciones en el siguiente esquema:



4.6.3. Primaria.

Con respecto al autoconcepto conductual agresivo [$F(2,282) = 61.949$ $p < .001$], el análisis de regresión arrojó una $R^2 = .307$, quedando como variables predictoras la autoestima de rechazo y la relación de rechazo con los padres.

En cuanto al autoconcepto de rechazo social [$F(1,282) = 190.273$ $p < .001$], se obtuvo una $R^2 = .404$, quedando como variable predictora la autoestima de rechazo.

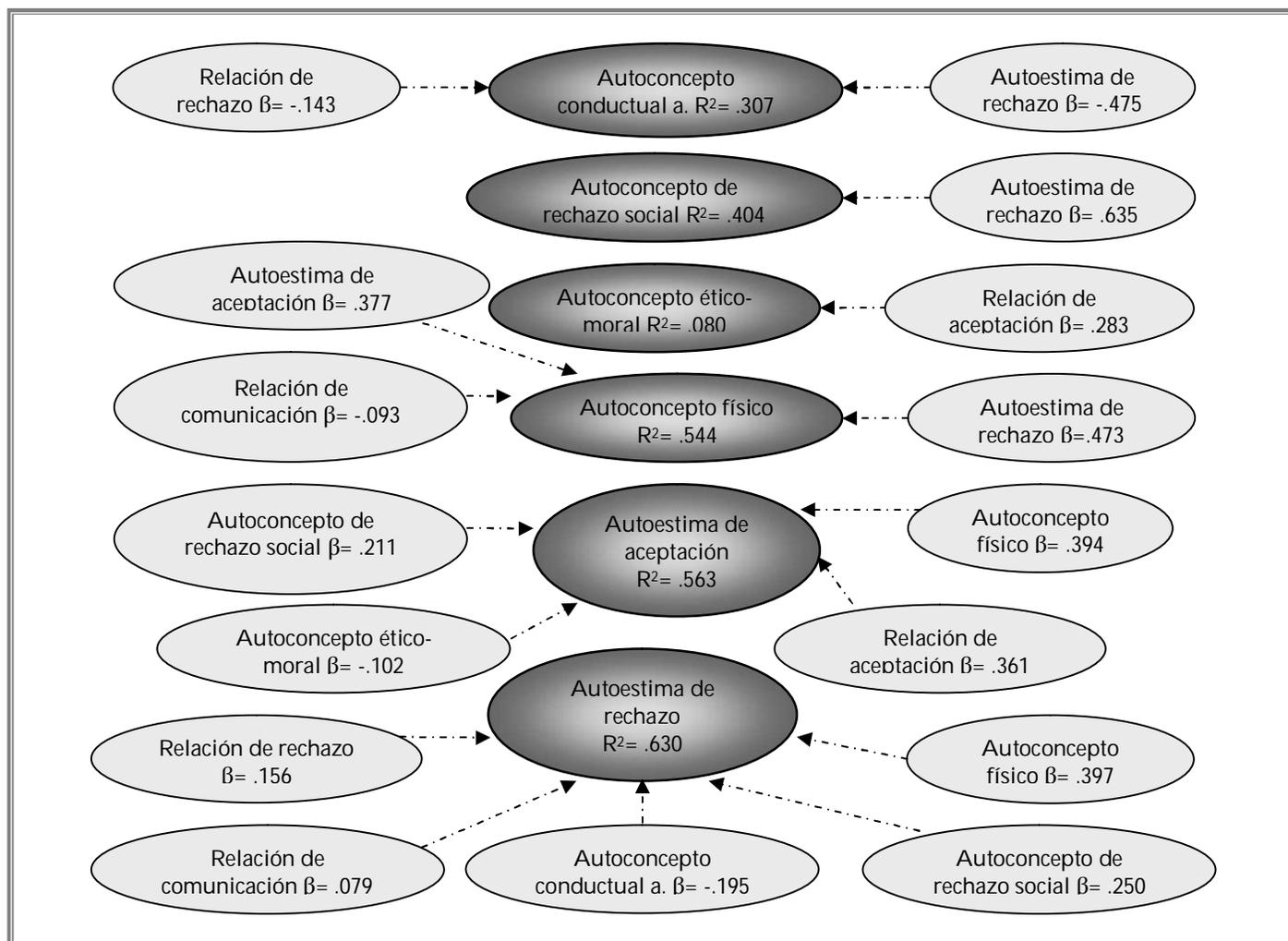
Para la dimensión de autoconcepto ético-moral [$F(1,282) = 24.441$ $p < .001$], se obtuvo una $R^2 = .080$, quedando como única variable predictora la relación de aceptación.

Para la dimensión de autoconcepto físico [F (3,282)= 111.141 p< .001], el análisis arrojó una R²= .544, quedando como variables predictoras la autoestima de rechazo, la autoestima de aceptación y, la relación de comunicación con los padres.

Con respecto a la autoestima de aceptación [F (4,282)= 89.616 p< .001], se obtuvo una R²= .563, quedaron como variables predictoras el autoconcepto físico, la relación de aceptación, el autoconcepto de rechazo social y, el autoconcepto ético-moral.

Finalmente, en el caso de la dimensión de autoestima de rechazo [F (5,282)= 94.167 p< .001], se obtuvo una R²= .630, quedando como variables predictoras el autoconcepto físico, el autoconcepto de rechazo social, el autoconcepto conductual agresivo, la relación de rechazo y, la relación de comunicación con los padres.

A continuación se presentan todas estas relaciones en el siguiente esquema:



A modo de resumen podemos decir que, para la dimensión de autoconcepto conductual agresivo (tanto para el grupo del CAM 82 como para el de primaria) la principal variable predictora es la autoestima de rechazo, mientras que para el grupo de CONFE es la relación de aceptación con los padres. En cuanto a la dimensión de autoconcepto de rechazo social, para los tres grupos la única variable predictora es la autoestima de rechazo. Con respecto a la dimensión de autoconcepto ético-moral, la variable predictora (para el grupo del CAM 82 y de la primaria) es la relación de aceptación-apoyo con los padres. Para la dimensión de autoconcepto físico (para el grupo de primaria y del CAM 82) la principal variable es la autoestima de rechazo, mientras que para el grupo de CONFE es la relación de aceptación con los padres.

En cuanto a la dimensión de autoestima de aceptación, podemos ver que para el grupo del CAM 82 y el de primaria la principal variable predictora es el autoconcepto físico, mientras que para el grupo de CONFE es la relación de aceptación con los padres. Y, por último, con respecto a la dimensión de autoestima de rechazo, la principal variable predictora, para los tres grupos, es el autoconcepto físico.

4.7. Prueba t (diferencias significativas entre grupos).

Al realizar esta prueba para comparar al grupo de adolescentes que asisten a CONFE y los que asisten al CAM 82, en las dimensiones que alcanzaron alta confiabilidad, encontramos que sólo existen diferencias significativas en la dimensión de autoconcepto conductual agresivo ($t = -.2.449$, g.l. 68 $p < .05$). Lo cual significa que, las y los adolescentes que asisten al CAM ($\xi = 2.4190$) se perciben con mayor frecuencia como personas agresivas, groseras, enojonas, en comparación con las y los adolescentes que asisten a CONFE ($\xi = 2.0202$).

Por otro lado, a través del análisis de medias también se pueden encontrar diferencias, aunque no sean significativas. Las tablas que contienen los promedios y valores de "t" de cada una de las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres obtenidos para los grupos de CONFE y CAM se presentan más adelante (Anexo 6, Tabla 1). A través de estos promedios podemos ver que, para las dimensiones de autoconcepto conductual agresivo y autoconcepto ético-moral, el grupo del CAM es quien posee los promedios más altos ($\xi = 2.4190$ y $\xi = 2.8576$, respectivamente). En las dimensiones de autoconcepto de rechazo social y autoconcepto físico, el grupo de CONFE es quien posee los promedios más altos ($\xi =$

3.1494 y $\xi = 3.0273$, respectivamente). Mientras que, para las dimensiones de autoestima de aceptación ($\xi = 3.3970$), autoestima de rechazo ($\xi = 3.1139$), relación de aceptación–apoyo ($\xi = 3.2343$), relación de comunicación ($\xi = 2.9673$) y, relación de rechazo con los padres ($\xi = 2.7859$) el grupo de primaria fue el que obtuvo los promedios más altos de los tres grupos.

Por último, más adelante (Anexo 6) se presenta una tabla donde se condensan los promedios correspondientes a CONFE y a CAM, con la finalidad de mostrar las diferencias, aunque no sean significativas, entre ambos grupos en las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Por lo que respecta a los objetivos propuestos por la presente investigación podemos decir que, la construcción de las escalas que nos permitieron medir el *autoconcepto*, la *autoestima* y la percepción de la *relación con los padres*, se realizó a partir de información derivada de nuestro marco teórico y de la revisión de algunas escalas que miden autoconcepto (Andrade Palos y Pick de Weiss, 1986; La Rosa y Díaz – Loving, 1991; Ramírez Guzmán, 1998), autoestima (Salas Tirado, Jurado Baizabal y Díaz Martínez, 1996; Rosenberg, 1965 citado en González Corteza y Ramos Lira, 2000) y, ambiente familiar (Andrade Palos, 1998). De esta forma nuestro instrumento quedó conformado por 92 reactivos (55 de ellos conformaron la escala de autoconcepto, 11 la de autoestima y, 26 la de relación con los padres).

Resulta importante señalar que, antes de realizar el análisis estadístico de los datos, se tenían contempladas ciertas dimensiones para la escala de autoconcepto (atributos físicos, de personalidad, conductuales, relaciones sociales, expresión de sentimientos y opiniones, toma de decisiones), para la de autoestima (aceptación, rechazo) y, para la de relación con los padres (aceptación – apoyo, atención, comunicación, control, rechazo). Sin embargo, los reactivos correspondientes a cada una de las escalas se sometieron al análisis factorial sin tomar en cuenta dichas dimensiones, con la finalidad de que el factorial fuese el que agrupara los reactivos en determinadas dimensiones o factores.

De esta forma, en el caso de la escala de autoconcepto, de los 16 factores que arrojó el análisis factorial, sólo nos quedamos con cuatro de ellos (que fueron los únicos que alcanzaron un alfa superior a .65). Con respecto a la escala de autoestima, el factorial arrojó 2 factores y, en el caso de la escala de relación con los padres se obtuvieron 6 factores de los cuales sólo nos quedamos con tres.

Los factores obtenidos para la escala de autoconcepto se denominaron: conductual agresivo, rechazo social, ético–moral y, físico.

Cabe señalar que, la dimensión ética–moral ha sido identificada en otras escalas de autoconcepto (Andrade Palos y Pick de Weiss, 1986; Reyes Lagunes y Hernández, 1998 citados en Cortés Ayala y cols., 2000; González–Arratia y cols., 2000). Esta dimensión incluye reactivos tales como: obedeces a tus papás, eres una persona responsable, tranquila, te llevas bien con las personas, eres una persona mentirosa, eres una persona seria.

De igual forma, la dimensión social ha sido identificada en otras escalas de autoconcepto; ha sido denominada de distintas formas (dependiendo de los reactivos que la conforman), por ejemplo, sociabilidad expresiva, sociabilidad

afiliativa, accesibilidad (La Rosa y Díaz – Loving, 1991), social expresivo, social normativo (Valdez Medina y Reyes Lagunes, 1994), rechazo social (Ramírez Guzmán, 1998), social expresivo (Reyes Lagunes y Hernández, 1998 citados en Cortés Ayala y cols., 2000). Esta dimensión hace referencia a las relaciones que una persona establece con sus familiares, amigos, compañeros y otras personas con las cuales interactúa eventual o sistemáticamente (La Rosa y Díaz – Loving, 1991). En el presente estudio, esta dimensión (a la cual se denominó rechazo social) agrupó reactivos tales como: sientes que le caes mal a la gente, consideras que eres una persona aburrida, crees que eres tonto (a), eres importante para tus amigos y/o amigas, tú decides qué quieres hacer en tu tiempo libre.

La dimensión física también ha sido identificada en otras escalas (Andrade Palos y Pick de Weiss, 1986; Ramírez Guzmán, 1998). En nuestro caso, esta dimensión agrupó reactivos tales como: tu cuerpo te desagradaba, consideras que tu cara es desagradable, eres bonita/guapo.

La dimensión conductual agresiva fue denominada de esta forma debido a los reactivos que agrupó: cuando alguien te hace enojar le pegas, eres una persona agresiva, te portas mal en tu casa, eres una persona grosera, desobedeces a tus profesores (as), eres una persona enojona, rencorosa, cuando haces algo todo te sale mal.

Con respecto a la escala de autoestima, la dimensión de aceptación incluye reactivos tales como: te gusta ser y te aceptas tal como eres, te sientes orgulloso (a) de ti, eres alguien que vale mucho. Mientras que, la dimensión de rechazo comprende reactivos tales como: sientes que tienes puros defectos, sientes que nadie te quiere, sientes que eres una persona que no vale nada, eres una persona desagradable.

Ahora bien, con respecto a la escala de relación con los padres, la dimensión de aceptación – apoyo agrupó reactivos tales como: tus papás son cariñosos contigo, tus papás te apoyan cuando lo necesitas, sientes que eres importante para tus papás, tus papás te aceptan tal y como eres. La dimensión de comunicación agrupó reactivos tales como: a tus papás les puedes decir lo que piensas, tus papás respetan tus decisiones, toman en cuenta tus opiniones, les puedes decir lo que sientes. Por último, la dimensión de rechazo quedó conformada por reactivos tales como: tus papás te regañan y se enojan contigo por cualquier cosa, cuando quieres platicar con ellos no te ponen atención, sientes que tus papás no te quieren.

Con respecto a nuestro tercer y cuarto objetivos específicos, a través del análisis de varianza, se encontraron diferencias significativas por sexo en las dimensiones de autoconcepto físico, autoestima de rechazo y, relación de comunicación con los padres. Es decir, los hombres son quienes sienten con mayor frecuencia que su cuerpo les desagrada, que su cara es desagradable (*autoconcepto físico*), que tienen puros defectos, que nadie los quiere, que son personas que no valen nada (*autoestima de rechazo*); mientras que, las mujeres resultaron ser quienes perciben con mayor frecuencia que a sus papás les pueden decir lo que piensan, lo que sienten, que sus papás respetan sus decisiones, que toman en cuenta sus opiniones (*relación de comunicación*).

Ahora bien, las diferencias por edad se encontraron en las dimensiones de relación de aceptación – apoyo y, relación de comunicación con los padres. Encontramos que las y los niños de 9 años y las y los adolescentes de 20, son los que con mayor frecuencia sienten que sus padres son cariñosos con ellos, que los apoyan cuando lo necesitan, que los felicitan cuando hacen algo bien, que son importantes para sus papás, que los quieren y los aceptan tal y como son (*relación de aceptación – apoyo*); mientras que las y los adolescentes de 17, 23, 15 y 13 años son los que con menor frecuencia perciben este tipo de relación con sus padres. Por otra parte, las y los adolescentes de 21 años y las y los niños de 9 son los que con mayor frecuencia perciben que a sus papás pueden decirles lo que piensan y lo que sienten, que sus papás respetan sus decisiones, que toman en cuenta sus opiniones (*relación de comunicación*); mientras que, las y los adolescentes de 16, 22, 13 y 15 años son los que con menor frecuencia perciben este tipo de relación con sus padres.

Destaca el hecho de que sean precisamente adolescentes quienes perciben con menor frecuencia la existencia de una relación de aceptación, apoyo y comunicación con sus padres. Lo cual puede deberse a la etapa por la que están pasando (o a la que están entrando, ya que los que poseen los promedios más bajos son las y los adolescentes de 13 y 15 años); ya que, como se comentó en páginas anteriores, la adolescencia es una etapa crítica donde comienzan a darse cambios tanto a nivel biológico, psicológico y social (Jaimes Medrano, 1999a).

En una investigación realizada por Roberta Simmons, Florence Rosenberg y Morris Rosenberg (1973, citados en Vander Zanden, 1986) realizaron una serie de preguntas a niños que cursaban la primaria (de todos los grados) y adolescentes que apenas habían ingresado a la secundaria, vinculadas con su autoconciencia, la estabilidad de su sí mismo, su autoestima y la percepción que tenían acerca de sí mismos; estos autores encontraron que, en comparación con los niños de ocho a once años de edad, los que se hallaban en la adolescencia temprana (doce y trece años) mostraron mayor inestabilidad de su sí mismo, una autoestima más baja y una

percepción menos favorable acerca de las opiniones que ellos creían que los otros significativos (como los padres) se formaban acerca de ellos.

Aparte de que las y los adolescentes atraviesan por cambios físicos, psicológicos y emocionales, de igual forma también comienzan a surgir cambios en la relación con la familia, ya que en esta etapa las y los jóvenes desean convivir más tiempo dentro de otros grupos (Muñoz Fernández, 1999), de tal forma que esto puede causar un distanciamiento con los padres y provocar ciertos choques o fricciones entre padres e hijos; probablemente esto es lo que esté afectando la percepción que las y los adolescentes tienen acerca de la relación de aceptación–apoyo y, comunicación con sus padres.

Ahora bien, las diferencias por institución se encontraron en las dimensiones de autoconcepto conductual agresivo, relación de comunicación y, relación de rechazo. Se encontró que, las y los adolescentes que asisten al CAM son quienes con mayor frecuencia se ven a sí mismos como agresivos, enojones, groseros, desobedientes, rencorosos (*autoconcepto conductual agresivo*). Mientras que, las y los niños y adolescentes que asisten a la primaria son quienes con mayor frecuencia sienten que a sus papás les pueden decir lo que piensan y sienten, que sus papás respetan sus decisiones y toman en cuenta sus opiniones (*relación de comunicación*); y, por otro lado, también son los que sienten con mayor frecuencia que sus papás los regañan y se enojan con ellos por cualquier cosa y, que sus papás no los quieren (*relación de rechazo*).

Aunque esto quizá pueda parecer un poco contradictorio, tal vez se deba a que las relaciones con los padres no siempre son buenas o malas; hay ocasiones en que sentimos que existe buena comunicación con nuestros padres y que podemos confiar en ellos, pero en otras ocasiones podemos sentir que no nos quieren, seguramente no por que esto sea verdad, sino porque podemos sentir que nos regañan sin motivo o porque cuando queremos platicar con ellos no nos prestan atención. Cuando se realizó la aplicación de las escalas con los niños y adolescentes de primaria (cuyas edades oscilan entre los 9 y 15 años) algunos llegaron a comentar (durante el intermedio en el que se registraban sus respuestas y se leía una nueva afirmación) que sentían que sus papás no los querían porque no les prestaban atención, por que no los escuchaban, por que no platicaban con ellos o, porque los regañaban y se enojaban con ellos por cualquier cosa. Algunos llegaron a comentar que sentían que sus papás sí los querían aunque a veces los regañaran o los castigaran. Es así que, algunas veces es posible que los niños (as) y adolescentes perciban la relación con sus padres de una determinada forma y algunas otras veces de otra, aunque considero que sí hay una que puede llegar a prevalecer sobre las otras.

Con respecto a las diferencias halladas por tiempo, éstas se encontraron en las dimensiones de autoconcepto ético-moral, autoestima de aceptación y, relación de comunicación. Lo cual significa que, las y los adolescentes que van a cumplir 2 años asistiendo a su escuela son quienes con mayor frecuencia se perciben como personas responsables, obedientes, tranquilas, que se llevan bien con las personas (*autoconcepto ético-moral*); mientras que aquellas (os) que van a cumplir 6 y 5 años asistiendo a su escuela son quienes perciben con menor frecuencia dichas características. Sin embargo, son quienes con mayor frecuencia se aceptan y les gusta ser como son, se sienten orgullosos (as) de sí mismos, consideran que son personas que valen mucho (*autoestima de aceptación*). Mientras que, aquellos (as) que van a cumplir 4 y 5 años asistiendo a su escuela son quienes con mayor frecuencia sienten que a sus papás les pueden decir lo que piensan, que sus papás respetan sus decisiones y que toman en cuenta sus opiniones (*relación de comunicación*).

Ahora bien, con respecto a nuestro segundo objetivo, y aunque se esperaban encontrar diferencias en las dimensiones del autoconcepto y la autoestima entre el grupo de adolescentes de CONFE y el grupo de adolescentes del CAM, sólo se encontraron diferencias significativas (a través de la prueba t) en la dimensión de *autoconcepto conductual agresivo*. Se encontró que, de los dos grupos, las y los adolescentes del CAM son quienes con mayor frecuencia se perciben como agresivos, enojones, groseros, desobedientes, rencorosos. Lo cual posiblemente se deba al ambiente predominante en cada una de las instituciones; ya que, por lo que pude percibir durante el tiempo que estuve en cada una de ellas, en CONFE predomina un ambiente tranquilo, donde cada una (o) de los adolescentes tiene la libertad de salir de su taller y platicar con personas de otros talleres o secciones, pero siempre en orden. A diferencia de lo que pude percibir que ocurre en el CAM, donde las y los adolescentes también tienen libertad para poder salir de sus talleres, sólo que a veces se pegan, se gritan o se hacen maldades entre sí.

Y aunque sólo en una dimensión del autoconcepto se encontraron diferencias significativas, resulta interesante comparar las medias o promedios de los grupos de CONFE y CAM (los cuales fueron los grupos que mayormente nos interesaron). Al realizarlo, podemos ver que las y los adolescentes de CONFE son los que obtuvieron los promedios más altos (comparándolos sólo con los del CAM) en las dimensiones de *autoconcepto de rechazo social*, *autoconcepto físico*, *autoestima de aceptación*, *relación de aceptación* y, *relación de comunicación con los padres*. Mientras que las y los adolescentes que asisten al CAM obtuvieron los promedios más altos que los de CONFE en las dimensiones de *autoconcepto conductual agresivo*, *autoconcepto ético-moral*, *autoestima de rechazo* y, *relación de rechazo con los padres*.

Lo cual significa que, las y los adolescentes de CONFE son quienes con mayor frecuencia sienten que le caen mal a la gente, que son personas aburridas, que su cuerpo les desagrada, que su cara es desagradable; sin embargo, son a los que con mayor frecuencia les gusta ser como son, se sienten orgullosos (as) de sí mismos, sienten que son personas que valen mucho, perciben que sus papás son cariñosos con ellos, que los apoyan cuando lo necesitan, que los felicitan cuando hacen algo bien, que sus papás los quieren y los aceptan tal y como son, que a sus papás les pueden decir lo que piensan y sienten, que sus papás respetan sus decisiones y toman en cuenta sus opiniones.

Mientras que, las y los adolescentes que asisten al CAM son quienes con mayor frecuencia se perciben como agresivos, groseros, enojones, rencorosos, son los que con mayor frecuencia sienten que tienen puros defectos, que nadie los quiere, que son personas que no valen nada, que son personas desagradables, que sus papás los regañan y se enojan con ellos por cualquier cosa, que sus papás no los quieren; sin embargo, son los que con mayor frecuencia perciben que obedecen a sus papás, que son personas responsables, que se llevan bien con las demás personas.

De esta forma podemos ver que, en general, las y los adolescentes que asisten a CONFE son los que mejor se sienten consigo mismos y los que perciben una mejor relación entre ellos (as) y sus padres.

Ahora bien, con respecto a nuestro último objetivo, se realizaron análisis de regresión para cada uno de los grupos, con la finalidad de conocer cuáles eran las variables predictoras para cada una de las dimensiones de autoconcepto y autoestima.

Con respecto a la dimensión de *autoconcepto conductual agresivo* (cuando alguien te hace enojar le pegas, consideras que eres una persona agresiva, enojona, grosera), encontramos que para el grupo de CONFE la percepción de este tipo de autoconcepto es menor cuando las y los adolescentes perciben que sus papás son más cariñosos con ellos, que los apoyan cuando lo necesitan, cuando sienten que sus papás los quieren y los aceptan como son (*relación de aceptación*); en el caso del grupo de CAM encontramos que mientras las y los adolescentes sientan con mayor frecuencia que tienen puros defectos, que nadie los quiere, que son personas que no valen nada (*autoestima de rechazo*) tenderán a percibirse en menor grado como agresivos, enojones, groseros; en el caso del grupo de primaria se encontró que mientras las y los niños y adolescentes sientan con mayor frecuencia que tienen puros defectos, que nadie los quiere (*autoestima de rechazo*) y, que sus papás los regañan y se enojan con ellos por cualquier cosa, que no los quieren (*relación de rechazo*), percibirán en menor medida un autoconcepto conductual agresivo.

En el caso de la dimensión de *autoconcepto de rechazo social* (sientes que le caes mal a la gente, eres una persona aburrida, eres importante para tus amigos, crees que eres tonto) encontramos, para los tres grupos, que mientras las y los adolescentes sientan con mayor frecuencia que tienen puros defectos, que nadie los quiere (*autoestima de rechazo*) en mayor grado sentirán que le caen mal a la gente.

Podemos decir que este resultado corrobora la afirmación planteada en nuestro marco teórico referente a la relación existente entre autoconcepto y autoestima, al plantear que existe un proceso de retroalimentación entre ambos y, que la condición o el estado en el que se encuentre uno afecta el estado del otro.

Ahora bien, en el caso de la dimensión del *autoconcepto ético-moral* (obedeces a tus papás, eres una persona responsable, tranquila, te llevas bien con las personas) se encontró, tanto para el grupo de CAM como para el de primaria, que mientras las y los niños y adolescentes perciban en mayor grado que sus papás son cariñosos con ellos, que los apoyan y ayudan, que los quieren y los aceptan tal como son (*relación de aceptación-apoyo*), poseerán en mayor medida este tipo de autoconcepto.

De esta forma podemos ver que tanto para las y los niños y los adolescentes, la aceptación y el apoyo por parte de los padres influye de manera positiva en la forma en como se perciben y en el hecho de que puedan relacionarse de forma adecuada con otras personas.

Con respecto a la dimensión del *autoconcepto físico* (tu cuerpo te desagradaba, sientes que tu cara es desagradable, eres bonita/guapo) se encontró que, mientras las y los adolescentes de CONFE sientan en mayor grado que tienen puros defectos, que nadie los quiere, que son personas desagradables (*autoestima de rechazo*), que sus papás los apoyan, que los quieren (*relación de aceptación*), que sus papás los regañan y se enojan con ellos por cualquier cosa (*relación de rechazo*) mayor será este autoconcepto físico; mientras que, en el caso de las y los adolescentes del CAM a mayor autoestima de rechazo y relación de comunicación (a tus papás les puedes decir lo que piensas y lo que sientes, tus papás respetan tus decisiones), ellas y ellos perciben en mayor medida este tipo de autoconcepto; en el caso de las y los niños de primaria se encontró que mientras mayor sea la autoestima de rechazo, la autoestima de aceptación y menor la relación de comunicación con los padres, mayor será la frecuencia con la que se perciba este tipo de autoconcepto.

Para la dimensión de *autoestima de aceptación* (te gusta ser como eres, te aceptas tal y como eres, te sientes orgulloso (a) de ti, eres alguien que vale mucho), se encontró que mientras las y los adolescentes de CONFE perciban en mayor grado que sus papás son cariñosos con ellos, que los aceptan y los quieren tal como son (*relación de aceptación-apoyo*), mayor será su autoestima de aceptación.

Lo cual nos permite ver qué tan importante resulta para la autoestima de las y los hijos el hecho de que sus papás los acepten, los quieran tal como son (sobre todo en este caso, donde los y las hijas tienen deficiencia mental) y, que los apoyen y ayuden cuando lo necesiten.

Anteriormente ya se había comentado que tanto en la formación del autoconcepto como de la autoestima, el papel que juegan los padres es muy significativo. Respecto a esto, Jaimes Medrano (1999b) comenta que la aceptación de los hijos tal y como son, incluyendo sus características tanto físicas como psicológicas, constituye la base para que los hijos alcancen un óptimo desarrollo psicológico.

En el caso de las y los adolescentes del CAM se encontró que, mientras ellas (os) perciban en mayor grado tanto un *autoconcepto físico* como un *autoconcepto ético-moral*, mayor será su *autoestima de aceptación*; mientras que, en el caso de las y los niños y adolescentes de primaria, se encontró que a mayor percepción de *autoconcepto físico*, *relación de aceptación*, *autoconcepto de rechazo social* y, menor percepción de un *autoconcepto ético-moral*, mayor será el sentimiento de satisfacción consigo mismos.

Por último, en el caso de la dimensión de *autoestima de rechazo* (sientes que tienes puros defectos, que nadie te quiere, eres una persona que no vale nada, eres una persona desagradable) se encontró que mientras las y los adolescentes de CONFE sientan en mayor grado que les desagrada su cuerpo, su cara, que le caen mal a la gente, que son personas aburridas, esto hará que sea mayor su autoestima de rechazo. En el caso de las y los adolescentes del CAM se encontró que a mayor percepción de un autoconcepto físico y menor percepción de un autoconcepto conductual agresivo, mayor será su autoestima de rechazo. Por otra parte, se encontró (en el caso de las, los niños y adolescentes de primaria), que mientras mayor sea su percepción de un autoconcepto físico, de rechazo social, de relación de rechazo y comunicación con sus padres y, menor la percepción de un autoconcepto conductual agresivo, mayor será su *autoestima de rechazo*.

De forma general, con respecto al impacto de las dimensiones de relación con los padres sobre el autoconcepto y la autoestima, podemos ver que: la *relación de aceptación-apoyo* influye sobre la autoestima de aceptación (en el caso de las y los adolescentes de CONFE y, de las y los niños y adolescentes de primaria) y sobre el autoconcepto ético-moral (de las y los adolescentes del CAM 82 y, de las y los niños y adolescentes de primaria). De esta forma, podemos decir que el cariño, el apoyo y la ayuda brindados por los padres, resultan importantes e inciden de forma positiva sobre aspectos, también importantes, como son la *autoestima de aceptación* (la cual refleja un sentimiento de satisfacción con uno mismo) y el *autoconcepto*

ético-moral (el cual se refiere a características que permiten relacionarse de forma adecuada con otras personas, por ejemplo, obedeces a tus papás, eres una persona responsable, tranquila, te llevas bien con las personas).

Con respecto a la *relación de comunicación*, encontramos que esta dimensión incide sobre el *autoconcepto físico* de las y los adolescentes del CAM y, sobre el *autoconcepto físico* y la *autoestima de rechazo* de las y los niños y adolescentes de primaria. Mientras que, en el caso de las y los adolescentes de CONFÉ este tipo de relación no tuvo incidencia sobre ninguna de las dimensiones del autoconcepto y autoestima.

Por último, con respecto a la *relación de rechazo* se encontró que esta dimensión incide sobre el *autoconcepto físico* de las y los adolescentes de CONFÉ; mientras que, en el caso de las y los niños y adolescentes de primaria este tipo de relación incide sobre su *autoconcepto conductual agresivo* y su *autoestima de rechazo*. De esta forma podemos decir que, la relación de rechazo percibida por las y los hijos incide de forma que ellas y ellos se sientan menos a gusto con su cuerpo y con su cara, que se perciban como más agresivos, enojones, groseros, rencorosos, y que sientan con mayor frecuencia que tienen puros defectos, que son personas desagradables, que nadie los quiere y que merecen que les pasen cosas malas.

A manera de conclusión, se puede decir (a partir de los resultados obtenidos) que la relación entre el autoconcepto y la autoestima de una persona es muy estrecha, estos dos aspectos se influyen mutuamente de una forma considerable. Se encontró que, por ejemplo, para los tres grupos, la *autoestima de rechazo* incide sobre el *autoconcepto de rechazo social*; es decir que, mientras que ellos y ellas sientan en mayor grado que tienen puros defectos, que son personas desagradables, que nadie los quiere, en mayor medida sentirán que le caen mal a la gente, que son personas aburridas.

La percepción de la relación con los padres también influye de forma significativa sobre el autoconcepto y la autoestima. Encontramos que la *relación de aceptación* influye de forma positiva sobre aspectos positivos de la autoestima (aceptación) y del autoconcepto (ético-moral). Mientras que, la *relación de rechazo* tiende a acrecentar aspectos negativos de la autoestima (rechazo) y del autoconcepto (físico, conductual agresivo).

Ya se había comentado anteriormente que, el papel que juegan los padres sobre la formación del autoconcepto y la autoestima de sus hijos (as) es muy significativa. Coopersmith (1981 citado en Ramírez Guzmán, 1998) comenta que los niños no nacen siendo buenos o malos, hábiles o retardados, amables o no amables; ellos desarrollan esas ideas acerca de sí mismos basándose en la forma en como son tratados por la gente significativa en su vida, como sus padres.

En general, encontramos que las y los adolescentes que asisten a CONFE son los que perciben una mejor relación con sus padres que los y las adolescentes del CAM 82. Considero que en un estudio próximo sería interesante conocer los efectos que tienen por separado la figura materna y la figura paterna sobre el autoconcepto y la autoestima de sus hijos (as); así como determinar, en el caso específico de las y los adolescentes con deficiencia mental, cuál figura resulta ser más significativa.

También considero que sería importante realizar otras investigaciones, que retomen, claro está el tema de la deficiencia mental, tomando en cuenta otras variables como la estructura de la familia, la relación con los hermanos, el nivel socioeconómico. Así como utilizar algunas técnicas cualitativas, las cuales podrían ayudar a obtener información relevante; ya que al realizar esta investigación y al aplicar las escalas surgió información importante e interesante que no se vio plasmada de forma completa en la escala.

Ahora bien, ya se comentó que, comparando los promedios obtenidos por los grupos de CONFE y CAM en las dimensiones del autoconcepto y la autoestima, las y los adolescentes que asisten al CAM son quienes obtuvieron un mayor promedio en las dimensiones de autoconcepto conductual agresivo y autoestima de rechazo. Por esta razón considero que es necesario planear una propuesta de intervención para trabajar con las y los adolescentes de esta institución y, ayudarlos, en la medida de lo posible, para que mejoren la percepción que tienen acerca de sí mismos y logren aumentar su autoestima. Las características y objetivos de la propuesta de intervención se presentan más adelante (Anexo 7).

Cabe señalar, por otra parte, que aunque actualmente se han venido presentando propuestas y proyectos (tanto por parte de instancias gubernamentales como asociaciones civiles) destinados a mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad, aún falta camino por recorrer. Esta investigación pretende aunarse a los esfuerzos que otras personas están realizando (tanto en nuestro país como fuera de él), para conocer un poco más a las personas con deficiencia mental, para intentar darles el lugar que merecen dentro de la sociedad.

Ojalá los proyectos y programas que se han venido elaborando y construyendo, desde hace unos años a la fecha, logren impulsar una nueva cultura de atención y respeto a las personas con discapacidad. Que aunque sí, pueden tener necesidades y capacidades diferentes a las de las personas "normales", son *seres humanos* ante todo y merecen que se les brinden mejores oportunidades de desarrollo para poder acceder a una mejor calidad de vida.

Más adelante (Anexo 8), para aquellas personas a quien les interese, se presentan las direcciones de algunas asociaciones que brindan atención a las personas con discapacidad en el Distrito federal.

“Sabemos que todo no ha sido resuelto, faltan muchas cosas por hacer, estamos construyendo bases firmes en donde la coordinación y la dedicación de cada día nos ofrezca un mejor horizonte, donde la discapacidad sea una condición de vida y no una condición de exclusión o marginación. Donde seamos evaluados por nuestras capacidades y no por nuestras diferencias.

Queremos un Estado que nos brinde confianza y certidumbre, un Estado que nos abra sus puertas a la equiparación de oportunidades, hacia una vida más digna, hacia una calidad de vida mejor para todos” (Flores Higuera, 2001a).

R e f e r e n c i a s.

Acción Católica Mexicana (1997). **Juegos 1**. Octava edición.

Acción Católica Mexicana (1994). **Más Juegos**. Programa de juegos por objetivos para la integración de grupos. Tercera edición.

Andrade Palos, P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Doctorado, UNAM.

Andrade Palos, P.; Pick de Weiss (1986). Una escala de autoconcepto para niños. **La Psicología Social en México**, **2**, 517- 522.

Ardila, R. (1989). Modificación del comportamiento aplicado al retardo en el desarrollo. **Revista Intercontinental de Psicología y Educación**, **1, 1**, 1- 9.

Cárdenas Rosales, B. (1992). Análisis de los elementos cognoscitivos existentes en las familias con uno o más hijos con limitación física y/o mental (LFM). Tesis de Licenciatura, UAM Iztapalapa.

Cázarez, E. (199-?). Los discapacitados no son una carga social. Loable labor altruista de CONFE. Tomado del sitio en Internet: <http://www.planet.com.mx/macroeconomia/macr049/confe.htm>

Cerna, C. (1993). Autoestima, Autoconcepto y discapacidad física. **Psicología Iberoamericana**, **1, 3**, 11- 27.

Conteo de Población y Vivienda (1995). INEGI Resultados definitivos. Tabulados básicos, p. 38 -87.

CONVIVE (1996). Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad. Informe Anual de Actividades. Comisión Nacional Coordinadora, México.

Cortés Ayala, L; Flores Galaz, M; Carrillo Trujillo, C; Reyes Lagunes, I. (2000). Autoconcepto y Ambiente familiar en niños. **La psicología Social en México**, Vol **VIII**, 127 -133.

Doise, W. (1980). Definición de sí mismo e identidad social; **Psicología Social Experimental**. Barcelona: Hispano Europea, 53 -73.

Domínguez, L. (1999). ¿Yo, sí mismo o autovaloración? **Revista Cubana de Psicología**, **16, 1**, 3- 7.

Egea García C. y Luna Maldonado, J. (1999). El nuevo paradigma del retraso mental. En: **Dis Web. Un sitio en la Web sobre la discapacidad**. Tomado del sitio en Internet: <http://www.accesosis.es/~carlosegea/paradigm.htm>

Enríquez Ponce de León, I. y Guadarrama, B. (1989). Autoconcepto y Locus de control en niños. Tesis de Licenciatura, UAM Iztapalapa.

Espinosa Fuentes, R. y Reyes Lagunes, I. (2000). El autoconcepto: su relación con el ambiente familiar y con la orientación individual. **La Psicología Social en México. Vol. VIII**, 290 -296.

Estrada Méndez, S. y Lara Moreno, I. (1982). Expectativas de los padres con respecto a las relaciones afectivas con sus hijos adolescentes, deficientes o no deficientes mentales. Tesis de licenciatura, UAM Iztapalapa.

Feinholz, D. (1994). Autoconcepto en adolescentes varones con problemas de aprendizaje: un estudio longitudinal. **Psicología Iberoamericana**, 2, 3, 126 -136.

Flores Higuera, V. (2001a). Discurso con motivo de la celebración del "Día Internacional de las Personas con Discapacidad". Tomado del sitio en Internet: <http://www.discapacidad.presidencia.gob.mx/pages/discursos/01-03dic01.html>

Flores Higuera, V. (2001b). Segundo Informe Mensual de Actividades de la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para personas con Discapacidad de la Presidencia de la República. Tomado del sitio en Internet: <http://www.discapacidad.presidencia.gob.mx/pages/discursos/01-27julio01.html>

Flores Romero, T. (1997). Autoconcepto en adolescentes con padres divorciados. Tesis de Licenciatura, UNAM.

Galicia Tinoco, M. y Martínez Díaz, G. (1991). El autoconcepto, locus de control y desamparo en mujeres adultas con deficiencia mental que se encuentran en diferentes sistemas educativos. Tesis de Licenciatura, UNAM.

Garduño, R. (1996). De un total de 2.7 millones, sólo 303 mil reciben educación especial. **La Jornada**, 10 de junio de 1996. Tomado del sitio en Internet: <http://www.jornada.unam.mx/1996/jun96/960610/discap.html>

Goffman, E. (1963). **El estigma**. Buenos Aires: Amorrortu.

González-Arratia L. F., N. I.; Gil Lacruz, M.; Valdez Medina, J. (2000). Autoconcepto y autoestima en mujeres: un análisis transcultural **Psicología y Salud**, 10, 1, 91 -101.

González Castañón, C. (1999a). Determinación de los niveles de apoyo. **La página del retraso mental**. Tomado del sitio en Internet <http://webs.satlink.com/usuarios/d/diegogc/rmart9.htm>

- González Castañón C. (1999b). Implicancias del diagnóstico de retraso mental. **La página del retraso mental**. Tomado del sitio en Internet: <http://webs.satlink.com/usuarios/d/dieogc/rmart6.htm>
- Castañón, C. (1999c). Políticas Organizacionales en Discapacidad: Instituciones y Organizaciones no Gubernamentales. *La página del retraso mental*. Tomado del sitio en Internet: <http://webs.satlink.com/usuarios/d/dieogc/rmart8.htm>
- Castañón, C. (1999d). ¿Se puede prevenir la discapacidad mental? **La página del retraso mental**. Tomado del sitio en Internet: <http://webs.satlink.com/usuarios/d/dieogc/rmart1.htm>
- González - Forteza, C. y Ramos Lira, L. (2000). Una evaluación de la escala de autoestima de Rosenberg en adolescentes estudiantes. **La Psicología Social en México. Vol VIII**, 290 -296.
- Guajardo, E. (1998). Reorientación de la Educación Especial en México 1993-1998. Tomado del sitio en Internet: <http://spin.com.mx/~luis/reto/eliseog.htm>
- Guerrero Guerrero, I. (1997). Autoestima en madres de hijos con y sin discapacidad. Tesis de Licenciatura, UAM Iztapalapa.
- Jaimés Medrano, A. (1999a). Adolescencia. Guía psicológica para padres. Tomado del sitio en Internet: <http://www.freeyellow.com/members5/aurojm/adolescencia.htm>
- Jaimés Medrano, A. (1999b). Autoconcepto. Guía psicológica para padres. Tomado del sitio en Internet: <http://aurojm.freeyellow.com/autoconcepto.htm>
- La Rosa, J. y Díaz - Loving. R. (1991). Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 23, 1, 15 -33.
- Latapí de Escobar, A. (1993). Impacto emocional en los padres de un niño con discapacidad. **Psicología Iberoamericana**, 1, 3, 5 -10.
- Marsellach Umbert, G. (1998). La Autoestima. Tomado del sitio en Internet <http://ciudadfutura.net/psico/articulos/autoestima.htm>
- Morris, C. (1992). Inteligencia. En: **Psicología. Un nuevo enfoque**. 7ª. edición. México: Prentice Hall, 311- 351.
- Muñoz Femández, S. (1999). La identidad del adolescente. Tomado del sitio en Internet: <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/adolesc.htm>

ORPISPCD, Oficina de Representación para la promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (2001). Noticias: Políticas y perspectivas para la promoción e integración social para las personas con discapacidad en México, "Día Internacional de la Discapacidad". Tomado del sitio en Internet: <http://www.discapacidad.presidencia.gob.mx/pages/noticias.htm>

ORPISPCD, Oficina de Representación para la promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (2002). Presentación del "Programa Nacional de Atención con Calidad para Personas con Discapacidad". Tomado del sitio en Internet: <http://discapacidad.presidencia.gob.mx/programa2002/html/presentación.html>

Papalia, D. (1987). Inteligencia. En: **Psicología**. México: Prentice Hall, 227 -279.

Peña, A. (1993). Programa de la Confederación Mexicana de Asociaciones a favor de la persona con discapacidad mental. En: Los Programas de las Asociaciones y las Propuestas. **Psicología Iberoamericana**, 1, 3, 60 -62.

Powell, M. (1994). **La Psicología de la adolescencia**. México: Fondo de Cultura Económica.

Proyecto C. A. S. (1998). El desarrollo de habilidades artísticas en las personas con discapacidad. Tomado del sitio en Internet: <http://spin.com.mx/~luisr/reto/wmoran.htm>

Ramírez Guzmán, F. (1998). El autoconcepto en los problemas de aprendizaje: elaboración de una escala de evaluación. Tesis de Maestría, UNAM.

Salas Tirado, M; Jurado Baizabal, M; Díaz Martínez, A. (1996). La autoestima en madres primíparas y madres múltiparas durante el puerperio. **Psiquiatría**, 12, 2, 35 -38.

Selltiz, C., et al. (1965). **Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales**. Madrid: Rialp, séptima edición, 228 -304.

Servín Terrazas, J. (1994). Validez de constructo de la escala de autoconcepto de Piers - Harris. **La Psicología Social en México. Vol. V**, 76 -82.

Solís Alcántara, J. (1997). Autoestima, Autoconcepto y Salud Mental. Revista *psicología y salud*. Tomado del sitio en Internet: <http://148.226.120.2/~cancer/revista/rev0/15.htm>

Tranche García (2000). Potenciación del Autoconcepto. *Revista Cuadernos de Pedagogía*, 241. Tomado del sitio en Internet: <http://valladolid.edu.mx/maristas/Alumnos/POTEAUTO.HTM>

VaIdez Medina, J. y Reyes Lagunes, I. (1994). El Autoconcepto en adolescentes. **La Psicología Social en México. Vol. V**, 56 -62.

Vander Zanden (1986). Las identidades y el sí mismo. **Manual de Psicología Social**. Barcelona: Paidós, 164 -197.

Zacarías, J. (1993). Discapacidad. **Psicología Iberoamericana**, 1, 3, 3.

ANEXOS

ESCALA DE AUTOCONCEPTO, AUTOESTIMA Y RELACION CON LOS PADRES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Inst. a la que asiste: _____

Taller: _____ Tiempo al que ha asistido a la Inst.: _____ Fecha: _____ No. _____

INSTRUCCIONES: A continuación te voy a leer una serie de afirmaciones, algunas se refieren a la forma en como te ves a ti mismo, algunas otras acerca de cómo te sientes contigo mismo y, otras se refieren a la relación que tienes con tus padres. Tienes en tus manos cuatro tarjetas, cada una de ellas tiene escrita una respuesta diferente. Después de que te lea una afirmación tú me vas a mostrar la tarjeta que tú consideras se acerca más a lo que te sucede o cómo te sientes en tu vida diaria. Por ejemplo, si yo te leo la siguiente afirmación: *Eres buena onda*, tú me vas a contestar con una de las tarjetas que tan frecuentemente sientes que eres así: *siempre, muchas veces, pocas veces ó nunca*. No hay respuestas buenas o malas, sólo trata de contestar sinceramente. *¡Gracias por tu participación!*

Afirmación	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
1. Tus papás están orgullosos de ti.				
2. Eres una persona feliz.				
3. Consideras que eres una persona penosa.				
4. Crees que es importante que la gente tome en cuenta tu opinión.				
5. Eres un miembro importante de tu familia.				
6. Eres una persona agresiva.				
7. Tus papás te aceptan tal y como eres.				
8. Te sientes triste.				
9. Consideras que eres una persona cariñosa.				
10. Tus papás no te dejan tomar decisiones.				
11. Crees que es importante que la gente tome en cuenta tus sentimientos.				
12. Eres una persona inteligente.				
13. Consideras que eres una persona nerviosa.				
14. A tus papás les puedes decir lo que piensas.				
15. Sientes que tienes puros defectos.				
16. Consideras que eres una persona enojona.				
17. Cuando alguien te hace enojar, le pegas.				

Afirmación	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
18. Eres capaz de tomar decisiones por ti mismo.				
19. Sientes que tus papás no te quieren.				
20. A tus papás les gusta pasar tiempo contigo.				
21. Te portas bien en la escuela.				
22. Eres una persona floja.				
23. Tus papás respetan tus decisiones.				
24. Sientes que le caes mal a la gente.				
25. Sientes que tus papás te quieren.				
26. Cuando haces algo, todo te sale mal.				
27. Consideras que eres una persona miedosa.				
28. Sientes que mereces que te pasen cosas malas.				
29. Consideras que tu cara es desagradable.				
30. Tus papás te regañan por cualquier cosa.				
31. Eres una persona divertida.				
32. Te gusta platicar con la gente.				
33. Necesitas que tus papás tomen las decisiones por ti.				
34. Cuando quieres platicar con tus papás, no te ponen atención.				
35. Te choca tu forma de ser.				
36. Tus papás toman en cuenta tus opiniones.				
37. Cuando tienes ganas de abrazar a alguien, lo haces.				
38. Consideras que es importante que la gente respete tus decisiones.				
39. Crees que eres tonto (a).				
40. Tus papás te ayudan cuando tienes algún problema.				
41. Eres una persona en la que se puede confiar.				
42. Eres alguien que vale mucho.				
43. Tus papás te dicen como debes vestirte.				
44. Eres bonita / Eres guapo.				
45. Consideras que eres una persona rencorosa.				
46. Te da pena decirle a la gente que la quieres.				
47. Consideras que eres una persona aburrida.				
48. Te portas mal en tu casa.				

Afirmación	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
49. Tus papás no te dejan salir con tus amigos y/o amigas.				
50. Eres una persona grosera.				
51. Eres capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
52. Consideras que eres una persona sincera.				
53. Te quieres mucho.				
54. A tus papás les puedes decir lo que sientes.				
55. Es difícil para ti tomar decisiones.				
56. A tus papás les puedes decir lo que sientes.				
57. Tú decides que quieres hacer en tu tiempo libre.				
58. Tus papás te felicitan cuando haces algo bien.				
59. Sientes que eres una persona que no vale nada.				
60. Desobedeces a tus profesores (as).				
61. Eres fuerte.				
62. Consideras que eres una persona desesperada.				
63. Te llevas bien con las personas.				
64. Eres una persona seria.				
65. Tus papás te apoyan cuando lo necesitas.				
66. Eres importante para tus amigos y / o amigas.				
67. Consideras que eres una persona importante.				
68. Necesitas que tus papás te digan que es lo que tienes que hacer.				
69. Sientes que eres importante para tus papás.				
70. Eres una persona alegre.				
71. Tu cuerpo te desagrada.				
72. Sientes que tus papás se avergüenzan de ti.				
73. Tus papás te rechazan cuando te acercas a ellos.				
74. Es difícil para ti, demostrarle a la gente tu cariño.				
75. Sientes que nadie te quiere.				
76. Es difícil para ti, platicar con personas que no conoces.				

Afirmación	Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca
77. Sientes que eres una persona desagradable.				
78. Tus papás son cariñosos contigo.				
79. Eres una persona responsable.				
80. Cuando las cosas te parecen difíciles, no las haces.				
81. Cuando alguien te hace enojar, no dices nada.				
82. Te aceptas tal y como eres.				
83. Tus papás valoran tus cualidades.				
84. Te gusta ser como eres.				
85. A tus papás no les importa lo que te pase.				
86. Se te dificulta hacer nuevos amigos (as).				
87. Tus papás se enojan contigo por cualquier cosa.				
88. Obedeces a tus papás.				
89. Consideras que eres una persona tranquila.				
90. Te sientes orgulloso (a) de ti.				
91. Eres una persona mentirosa.				
92. A tus papás no les interesan tus sentimientos.				

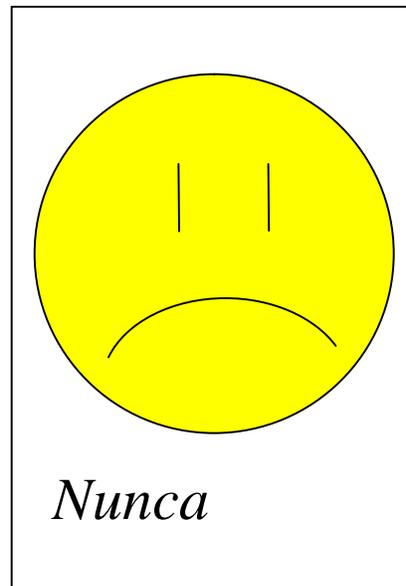
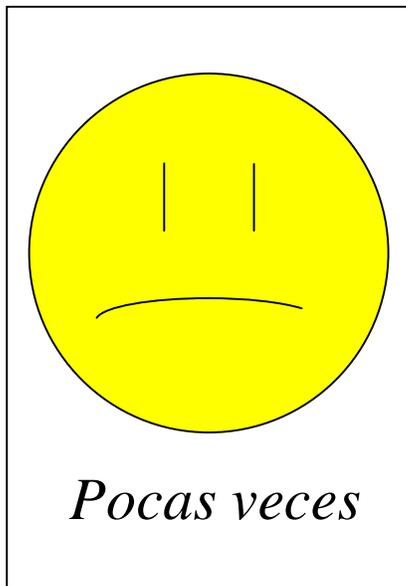
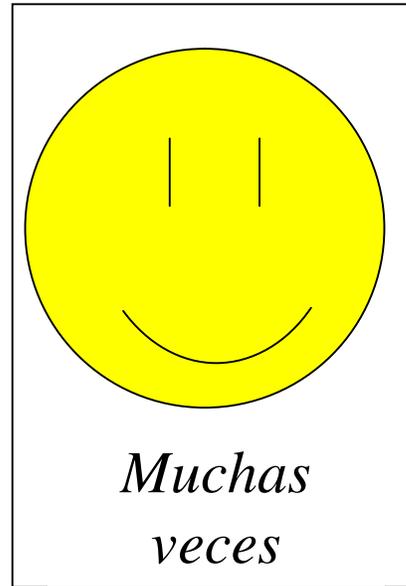


Tabla 1. Frecuencias, promedios y valores "t" de los reactivos.

Reactivo.	Siempre %	Muchas Veces %	Pocas Veces %	Nunca %	Missing	Media	Dst.	Altos	Bajos	t	N
1. Tus papás están orgullosos de ti.	57.8	18.7	21.2	2.3	0	3.3201	.8836	3.593	2.865	-5.82***	353
2. Eres una persona feliz.	49.0	24.9	24.6	1.4	0	3.2153	.8654	3.386	2.769	-4.53***	353
3. Consideras que eres una persona penosa.	22.1	20.1	41.6	16.1	0	2.4816	1.0087	2.806	1.788	-6.39***	353
4. Crees que es importante que la gente tome en cuenta tu opinión.	58.6	17.6	17.0	6.2	2	3.2934	.9633	3.683	2.621	-7.79***	351
5. Eres un miembro importante de tu familia.	69.4	15.3	12.2	2.8	1	3.5170	.8163	3.800	2.925	-6.82***	352
6. Eres una persona agresiva.	15.3	13.9	47.0	23.8	0	2.2068	.9740	2.537	1.846	-4.78***	
7. Tus papás te aceptan tal y como eres.	75.1	11.3	10.2	2.8	2	3.5954	.7866	3.892	3.024	-7.29***	351
8. Te sientes triste.	12.7	18.1	55.5	13.6	0	2.3003	.8597	2.596	1.903	-5.46***	353
9. Consideras que eres una persona cariñosa.	35.4	26.3	3.06	7.4	1	2.9006	.9748	3.194	2.519	-4.30***	352
10. Tus papás no te dejan tomar decisiones.	13.9	8.8	59.5	17.8	0	2.1870	.8881	2.683	1.560	-10.63***	353
11. Crees que es importante que la gente tome en cuenta tus sentimientos.	62.9	12.5	18.7	5.7	1	3.3295	.9693	3.632	2.621	-6.97***	352
12. Eres una persona inteligente.	23.8	28.0	43.6	4.5	0	2.7110	.8799	2.983	2.288	-4.98***	353
13. Consideras que eres una persona nerviosa.	28.9	16.4	42.8	11.9	0	2.6232	1.0265	2.966	2.230	-4.57***	353
14. A tus papás les puedes decir lo que piensas.	53.3	10.8	23.5	12.2	1	3.0540	1.1221	3.922	1.840	-19.22***	352
15. Sientes que tienes puros defectos	16.4	10.8	43.6	29.2	0	2.1445	1.0192	2.908	1.556	-11.20***	353
16. Consideras que eres una persona enojona.	31.2	12.5	46.2	10.2	0	2.6459	1.0290	3.159	2.250	-5.62***	353

Nota: Altos = cuartil (25%) más alto en la calificación total de la escala.

Bajos = cuartil (25%) más bajo en la calificación total de la escala.

Reactivo.	Siempre %	Muchas Veces %	Pocas Veces %	Nunca %	Missing	Media	Dst.	Altos	Bajos	t	N
17. Cuando alguien te hace enojar, le pegas.	29.2	10.8	37.1	22.9	0	2.4618	1.1378	3.161	1.932	-7.75***	353
18. Eres capaz de tomar decisiones por ti mismo.	29.5	14.4	32.0	24.1	0	2.4929	1.1509	2.975	1.647	-9.69***	353
19. Sientes que tus papás no te quieren.	11.0	10.8	29.5	48.4	1	1.8438	1.0077	2.515	1.077	-12.89***	352
20. A tus papás les gusta pasar tiempo contigo.	52.7	16.4	25.2	5.7	0	3.1615	.9911	3.491	2.903	-5.14***	353
21. Te portas bien en la escuela.	25.5	21.2	43.6	9.6	0	2.6261	.9692	2.951	2.230	-4.46***	353
22. Eres una persona floja.	8.5	8.5	52.1	30.9	0	1.9462	.8561	2.243	1.692	-4.31***	353
23. Tus papás respetan tus decisiones	43.6	15.6	29.5	11.3	0	2.9150	1.0864	3.617	2.048	-12.20***	353
24. Sientes que le caes mal a la gente.	13.9	12.5	49.0	23.8	3	2.1657	.9491	2.431	2.115	-2.14*	350
25. Sientes que tus papás te quieren.	69.4	11.9	13.9	4.2	2	3.4729	.8872	3.943	2.400	-14.18***	351
26. Cuando haces algo, todo te sale mal.	16.7	13.3	58.9	10.8	1	2.3608	.8854	2.892	1.897	-8.22***	352
27. Consideras que eres una persona miedosa.	15.9	8.5	42.2	33.4	0	2.0680	1.0258	2.613	1.557	-7.18***	353
28. Sientes que mereces que te pasen cosas malas.	8.2	5.9	31.7	54.1	0	1.6827	.9115	2.346	1.217	-8.87***	353
29. Consideras que tu cara es desagradable.	15.3	7.6	38.0	38.8	1	1.9943	1.0405	2.285	1.614	-6.04***	352
30. Tus papás te regañan por cualquier cosa.	21.2	9.3	37.4	31.4	2	2.2051	1.1074	3.404	1.300	-20.06***	351
31. Eres una persona divertida.	57.8	20.1	17.0	5.1	0	3.3059	.9277	3.453	2.884	-3.72***	353
32. Te gusta platicar con la gente.	53.0	19.5	19.3	7.6	2	3.1852	1.0014	3.572	2.487	-8.02***	351
33. Necesitas que tus papás tomen las decisiones por ti.	14.2	9.6	37.4	38.8	0	1.9915	1.0266	2.528	1.485	-7.65***	353
34. Cuando quieres platicar con tus papás no te ponen atención.	14.4	8.5	43.1	33.7	1	2.0369	1.0022	2.176	1.893	-1.73	352
35. Te choca tu forma de ser.	11.0	9.9	38.2	40.8	0	1.9122	.9716	2.755	1.234	-13.17***	353

<i>Reactivo.</i>	<i>Siempre %</i>	<i>Muchas Veces %</i>	<i>Pocas Veces %</i>	<i>Nunca %</i>	<i>Missing</i>	<i>Media</i>	<i>Dst.</i>	<i>Altos</i>	<i>Bajos</i>	<i>t</i>	<i>N</i>
36. Tus papás toman en cuenta tus opiniones.	43.6	13.0	30.0	13.3	0	2.8697	1.1206	3.776	1.786	-17.28***	353
37. Cuando tienes ganas de abrazar a alguien, lo haces.	33.1	12.5	34.8	19.5	0	2.5921	1.1397	3.020	2.216	-4.96***	353
38. Consideras que es importante que la gente respete tus decisiones.	71.7	10.5	11.3	6.2	1	3.4801	.9243	3.811	2.794	-6.51***	352
39. Crees que eres tonto (a).	8.5	6.5	40.8	44.2	0	1.7932	.8981	1.966	1.442	-3.55***	353
40. Tus papás te ayudan cuando tienes algún problema.	62.0	14.7	14.4	8.8	0	3.3003	1.0143	3.943	2.219	-13.52***	353
41. Eres una persona en la que se puede confiar.	59.2	17.6	18.7	4.2	1	3.3210	.9225	3.533	2.884	-4.49***	352
42. Eres alguien que vale mucho.	55.2	15.0	22.1	7.1	2	3.1909	1.0145	4.000	2.262	-17.82***	351
43. Tus papás te dicen cómo debes vestirme.	14.7	7.1	29.7	48.4	0	1.8810	1.0647	2.625	1.060	-14.84***	353
44. Eres bonita / Eres guapo.	33.7	17.8	34.3	14.2	0	2.7110	1.0799	3.154	2.157	-8.81***	353
45. Consideras que eres una persona rencorosa.	25.2	12.2	35.4	27.2	0	2.3541	1.1316	2.689	2.019	-3.61***	353
46. Te da pena decirle a la gente que la quieres.	41.6	12.5	21.5	24.4	0	2.7139	1.2364	3.303	1.891	-8.71***	353
47. Consideras que eres una persona aburrida.	14.4	9.1	27.5	49.0	0	1.8895	1.0722	2.252	1.634	-3.83***	353
48. Te portas mal en tu casa.	16.1	7.9	57.5	18.4	0	2.2181	.9296	2.784	1.897	-6.43***	353
49. Tus papás no te dejan salir con tus amigos y/o amigas.	14.7	14.2	42.5	28.3	1	2.1534	.9982	2.823	1.246	-15.30***	352
50. Eres una persona grosera.	14.7	11.6	49.0	24.6	0	2.1643	.9631	2.504	1.923	-3.82***	353
51. Eres capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	44.8	17.0	30.3	7.9	0	2.9858	1.0348	3.274	1.923	-8.46***	353
52. Consideras que eres una persona sincera.	46.5	19.5	26.6	7.4	0	3.0510	1.0128	3.294	2.653	-3.92***	353
53. Te quieres mucho.	71.1	11.0	12.2	5.7	0	3.4759	.9140	4.000	2.660	-12.47***	353

<i>Reactivo.</i>	<i>Siempre %</i>	<i>Muchas Veces %</i>	<i>Pocas Veces %</i>	<i>Nunca %</i>	<i>Missing</i>	<i>Media</i>	<i>Dst.</i>	<i>Altos</i>	<i>Bajos</i>	<i>t</i>	<i>N</i>
54. A tus papás les puedes decir lo que sientes.	38.8	14.4	30.3	15.9	2	2.7664	1.1324	3.757	1.608	-19.33***	351
55. Es difícil para ti tomar decisiones	16.7	14.2	53.3	15.3	2	2.3248	.9304	2.819	1.941	-7.05***	351
56. A tus papás no les interesa platicar contigo.	20.4	10.2	33.1	36.0	1	2.1506	1.1235	2.912	1.522	-11.24***	352
57. Tú decides qué quieres hacer en tu tiempo libre.	51.3	20.7	18.4	9.6	0	3.1360	1.0328	3.561	2.352	-8.65***	353
58. Tus papás te felicitan cuando haces algo bien.	65.4	11.6	15.6	7.4	0	3.3513	.9921	3.935	2.329	-13.78***	353
59. Sientes que eres una persona que no vale nada.	12.2	5.1	34.3	48.4	0	1.8102	.9947	2.510	1.121	-11.90***	353
60. Desobedeces a tus profesores (as)	11.0	7.6	44.5	36.8	0	1.9292	.9403	2.402	1.512	-6.05***	353
61. Eres fuerte.	39.1	17.8	35.7	7.4	0	2.8867	1.0162	3.371	2.157	-12.29***	353
62. Consideras que eres una persona desesperada.	30.3	12.2	39.4	17.8	1	2.5511	1.1031	2.924	2.000	-5.19***	352
63. Te llevas bien con las personas.	43.9	24.6	26.3	4.8	1	3.0795	.9455	3.454	2.379	-8.55***	352
64. Eres una persona seria.	25.2	13.0	43.1	18.4	1	2.4517	1.0611	2.722	1.865	-5.93***	352
65. Tus papás te apoyan cuando lo necesitas.	64.0	11.9	14.7	9.1	1	3.3125	1.0290	3.975	2.097	-16.20***	352
66. Eres importante para tus amigos y/o amigas.	39.7	15.9	29.2	15.0	1	2.8040	1.1215	3.236	2.126	-7.75***	352
67. Consideras que eres una persona importante.	45.6	20.7	24.6	8.5	2	3.0399	1.0246	3.252	2.500	-4.51***	351
68. Necesitas que tus papás te digan qué es lo que tienes que hacer.	18.1	13.6	43.9	24.4	0	2.2550	1.0212	2.715	1.750	-6.67***	353
69. Sientes que eres importante para tus papás.	66.0	13.0	14.2	6.8	0	3.3824	.9644	3.959	2.304	-15.25***	353
70. Eres una persona alegre.	59.2	15.6	19.3	5.7	1	3.2869	.9667	3.521	2.865	-3.99***	352
71. Tu cuerpo te desagrada.	13.6	9.1	30.6	46.7	0	1.8952	1.0460	2.211	1.473	-6.80***	353

Reactivo.	Siempre %	Muchas Veces %	Pocas Veces %	Nunca %	Missing	Media	Dst.	Altos	Bajos	t	N
72. Sientes que tus papás se avergüenzan de ti.	8.5	5.1	18.7	67.7	0	1.5439	.9287	2.111	1.022	-9.19***	353
73. Tus papás te rechazan cuando te acercas a ellos.	6.8	4.0	11.9	77.3	0	1.4023	.8543	2.070	1.000	-9.16***	353
74. Es difícil para ti, demostrarle a la gente tu cariño.	24.6	11.0	39.4	24.9	0	2.3541	1.1062	2.848	1.905	-6.00***	353
75. Sientes que nadie te quiere.	13.3	11.6	36.5	38.2	1	2.0000	1.0184	2.887	1.252	-14.50***	352
76. Es difícil para ti, platicar con personas que no conoces.	31.4	12.2	30.6	25.8	0	2.4929	1.1825	3.300	1.812	-10.08***	353
77. Sientes que eres una persona desagradable.	13.6	9.3	34.6	42.5	0	1.9405	1.0304	3.000	1.191	-16.89***	353
78. Tus papás son cariñosos contigo.	62.6	11.0	18.4	7.9	0	3.2833	1.0248	3.587	3.012	-4.88***	353
79. Eres una persona responsable.	47.3	19.5	27.5	5.7	0	3.0850	.9849	3.445	2.557	-5.86***	353
80. Cuando las cosas te parecen difíciles, no las haces.	11.9	10.8	52.7	24.6	0	2.0992	.9069	2.588	1.743	-6.21***	353
81. Cuando alguien te hace enojar, no dices nada.	17.0	11.9	32.6	38.5	0	2.0737	1.0872	2.747	1.540	-8.38***	353
82. Te aceptas tal y como eres.	70.3	11.6	9.9	8.2	0	3.4391	.9696	4.000	2.485	-13.42***	353
83. Tus papás valoran tus cualidades.	65.7	11.3	17.6	5.4	0	3.3739	.9544	3.918	2.548	-11.05***	353
84. Te gusta ser como eres.	68.6	9.9	15.9	5.7	0	3.4136	.9499	4.000	2.446	-15.08***	353
85. A tus papás no les importa lo que te pase.	17.0	7.1	17.3	58.1	2	1.8291	1.1461	2.684	1.245	-10.90***	351
86. Se te dificulta hacer nuevos amigos (as).	21.5	7.9	39.1	31.2	1	2.1989	1.1044	2.909	1.750	-7.70***	352
87. Tus papás se enojan contigo por cualquier cosa.	16.7	7.4	36.0	39.7	1	2.0114	1.0701	3.232	1.077	-21.27***	352
88. Obedeces a tus papás.	41.1	19.8	35.4	3.7	0	2.9830	.9563	3.382	2.205	-7.72***	353
89. Consideras que eres una persona tranquila.	34.6	13.0	33.4	19.0	0	2.6317	1.1433	2.857	2.346	-3.01**	353

<i>Reactivo.</i>	<i>Siempre %</i>	<i>Muchas Veces %</i>	<i>Pocas Veces %</i>	<i>Nunca %</i>	<i>Missing</i>	<i>Media</i>	<i>Dst.</i>	<i>Altos</i>	<i>Bajos</i>	<i>t</i>	<i>N</i>
90. Te sientes orgullosa (o) de ti.	59.5	14.7	19.8	5.9	0	3.2776	.9782	4.000	2.359	-16.67***	353
91. Eres una persona mentirosa.	10.8	7.4	55.5	26.3	0	2.0255	.8771	2.252	1.788	-3.47***	353
92. A tus papás no les interesan tus sentimientos.	21.5	9.1	22.9	46.5	0	2.0567	1.1905	3.008	1.438	-12.20***	353

*** p<.001 **p<.01 *p<.05

NOTA: En las columnas de la prueba t los asteriscos significan: la tabla anterior contiene estadísticos principales de cada reactivo. A partir de los valores de t se decidirá dejar de lado a los reactivos con menor significancia, ya que no discriminan a los adolescentes que tienen alto autoconcepto, autoestima y relación con los padres y, aquellos que tienen bajo autoconcepto, autoestima y relación con los padres.

Tabla 1. Análisis Factorial de la Escala de Autoconcepto.

Reactivos	Factor 1 Conductual Agresivo.	Factor 2 Rechazo social.	Factor 3 Ético- moral	Factor 4 Físico	Reco- dificado
17. Cuando alguien te hace enojar, le pegas.	.706				
6. Eres una persona agresiva.	.691				
48. Te portas mal en tu casa.	.654				
50. Eres una persona grosera.	.605				
60. Desobedeces a tus profesores (as).	.534				
21. Te portas bien en la escuela.	-.462				*
16. Consideras que eres una persona enojona.	.426				
45. Consideras que eres una persona rencorosa.	.365				
26. Cuando haces algo, todo te sale mal.	.338				
24. Sientes que le caes mal a la gente.		.640			*
47. Consideras que eres una persona aburrida.		.611			*
66. Eres importante para tus amigos y/o amigas.		-.606			
31. Eres una persona divertida.		-.458			
39. Crees que eres tonto (a).		.451			*
57. Tú decides qué quieres hacer en tu tiempo libre.		-.402			
22. Eres una persona floja.		.315			*
88. Obedeces a tus papás.			.699		
79. Eres una persona responsable.			.570		
89. Consideras que eres una persona tranquila.			.473		
63. Te llevas bien con las personas.			.473		
91. Eres una persona mentirosa.			-.402		*
64. Eres una persona seria.			.349		
71. Tu cuerpo te desagrada.				.746	*
29. Consideras que tu cara es desagradable.				.480	
67. Consideras que eres una persona importante.				-.416	
12. Eres una persona inteligente.				-.388	
44. Eres bonita / Eres guapo.				-.343	
Valor propio.	7.488	2.847	2.738	1.588	
Porcentaje de Varianza.	13.61	5.17	4.97	2.88	
Alfa.	.7620	.6740	.6539	.6737	

Tabla 2. Análisis Factorial de la Escala de Autoestima.

Reactivo	Factor 1 Aceptación.	Factor 2 Rechazo.	Recodifi- cado.
84. Te gusta ser como eres.	.836		
82. Te aceptas tal y como eres.	.787		
90. Te sientes orgulloso (a) de ti.	.648		
42. Eres alguien que vale mucho.	.491		
53. Te quieres mucho.	.480		
15. Sientes que tienes puros defectos.		.643	
75. Sientes que nadie te quiere.		.674	
59. Sientes que eres una persona que no vale nada.		.559	
77. Sientes que eres una persona desagradable.		.520	
28. Sientes que mereces que te pasen cosas malas.		.459	
35. Te choca tu forma de ser.		.438	
Valor propio.	4.035	1.065	
Porcentaje de Varianza.	36.67	9.67	
Alfa.	.7604	.7002	

Tabla 3. Análisis Factorial de la Escala Relación con los Padres.

Reactivos	Factor 1 Aceptación- apoyo.	Factor 2 Comuni- cación.	Factor 3 Rechazo	Recodi- ficado.
78. Tus papás son cariñosos contigo.	.700			
65. Tus papás te apoyan cuando lo necesitas.	.659			
58. Tus papás te felicitan cuando haces algo bien.	.652			
69. Sientes que eres importante para tus papás.	.648			
83. Tus papás valoran tus cualidades.	.621			
40. Tus papás te ayudan cuando tienes algún problema.	.604			
25. Sientes que tus papás te quieren.	.565			
7. Tus papás te aceptan tal y como eres.	.534			
73. Tus papás te rechazan cuando te acercas a ellos.	-.521			*
1. Tus papás están orgullosos de ti.	.504			
72. Sientes que tus papás se avergüenzan de ti.	-.437			*
20. A tus papás les gusta pasar tiempo contigo.	.372			
14. A tus papás les puedes decir lo que piensas.		.687		
23. Tus papás respetan tus decisiones.		.685		
36. Tus papás toman en cuenta tus opiniones.		.591		
54. A tus papás les puedes decir lo que sientes.		.543		
30. Tus papás te regañan por cualquier cosa.			.785	
87. Tus papás se enojan contigo por cualquier cosa.			.722	
34. Cuando quieres platicar con tus papás, no te ponen atención.			.448	
19. Sientes que tus papás no te quieren.			.446	
Valor propio.	6.707	1.839	1.418	
Porcentaje de Varianza.	25.79	7.07	5.45	
Alfa.	.8635	.6574	.6557	

Análisis de Varianza.

Tabla 1. Valores de *t* para cada una de las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres por sexo.

<i>Dimensión</i>	<i>t</i> (g.l.= 351)	<i>Sig.</i>
Autoconcepto conductual agresivo.	-.425	.671
Autoconcepto de rechazo social.	-.088	.930
Autoconcepto ético – moral.	.441	.659
Autoconcepto físico.	-2.509	.013*
Autoestima de aceptación.	-1.272	.204
Autoestima de rechazo.	-2.130	.034*
Relación de aceptación – apoyo.	1.585	.114
Relación de comunicación.	2.533	.012*
Relación de rechazo.	1.819	.070

**p*<.05

Tabla 2. Valores de *F* para cada una de las dimensiones de autoconcepto, autoestima y relación con los padres por edad.

<i>Dimensión</i>	<i>F</i> (14,352)	<i>Sig.</i>
Autoconcepto conductual agresivo.	1.553	.091
Autoconcepto de rechazo social.	1.115	.343
Autoconcepto ético – moral.	1.526	.099
Autoconcepto físico.	1.566	.087
Autoestima de aceptación.	1.371	.165
Autoestima de rechazo.	1.535	.096
Relación de aceptación – apoyo.	2.241	.006**
Relación de comunicación.	2.302	.005**
Relación de rechazo.	1.339	.182

***p*<.01

Tabla 3. Valores de F para cada una de las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres por institución.

<i>Dimensión</i>	<i>F (2,352)</i>	<i>Sig.</i>
Autoconcepto conductual agresivo.	3.521	.031*
Autoconcepto de rechazo social.	.937	.393
Autoconcepto ético – moral.	.225	.799
Autoconcepto físico.	.423	.655
Autoestima de aceptación.	2.657	.072
Autoestima de rechazo.	1.538	.216
Relación de aceptación – apoyo.	2.969	.053
Relación de comunicación.	6.638	.001***
Relación de rechazo.	3.832	.023*

***p<.001 *p<.05

Tabla 4. Valores de F para cada una de las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres por tiempo.

<i>Dimensión</i>	<i>F (5,352)</i>	<i>Sig.</i>
Autoconcepto conductual agresivo.	.768	.573
Autoconcepto de rechazo social.	1.373	.234
Autoconcepto ético – moral.	3.838	.002**
Autoconcepto físico.	.645	.666
Autoestima de aceptación.	3.237	.007***
Autoestima de rechazo.	1.127	.346
Relación de aceptación – apoyo.	2.116	.063
Relación de comunicación.	2.643	.023*
Relación de rechazo.	1.690	.136

**p<.01 *p<.05

Análisis de Varianza (Univariado).

Tabla 5. Diferencias significativas halladas por sexo.

<i>Dimensión</i>	<i>F (1, 352)</i>	<i>Sig.</i>
Autoestima de aceptación.	6.578	.011*
Autoestima de rechazo.	4.638	.032*

*p<.05

Tabla 6. Diferencias significativas halladas por edad.

<i>Dimensión</i>	<i>F (14, 352)</i>	<i>Sig.</i>
Relación de aceptación – apoyo.	2.801	.001***
Relación de comunicación.	2.499	.002**

***p<.001 **p<.01

Tabla 7. Diferencias significativas halladas por institución.

<i>Dimensión</i>	<i>F (2, 352)</i>	<i>Sig.</i>
Autoconcepto conductual agresivo.	3.357	.036*
Relación de comunicación.	7.328	.001***
Relación de rechazo.	3.397	.035*

***p<.001 *p<.05

Tabla 8. Diferencias significativas halladas por tiempo.

<i>Dimensión</i>	<i>F (5, 352)</i>	<i>Sig.</i>
Autoconcepto ético – moral.	3.751	.003**
Autoestima de aceptación.	3.177	.008**
Relación de comunicación.	2.722	.020*

**p<.01 *p<.05

Tabla 1. Promedios y valores de t para cada una de las dimensiones del autoconcepto, autoestima y relación con los padres obtenidos para los grupos de CONFE y CAM.

Dimensiones	CONFE \bar{x}	CAM \bar{x}	t (g.l. = 68)	Sig.
Autoconcepto conductual agresivo.	2.0202	2.4190	-2.449	.017*
Autoconcepto de rechazo social.	3.1494	2.9702	1.164	.249
Autoconcepto ético – moral.	2.8485	2.8576	-.076	.940
Autoconcepto físico.	3.0273	2.9458	.516	.607
Autoestima de aceptación.	3.3455	3.1500	1.175	.244
Autoestima de rechazo.	2.9394	2.9826	-.270	.788
Relación de aceptación – apoyo.	3.0758	3.0573	.147	.883
Relación de comunicación.	2.8409	2.3513	1.535	.130
Relación de rechazo.	2.4886	2.6198	-1.057	.294

* $p < .05$

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Lucia Iglesias Cardona.

Nombre: Taller de teatro para adolescentes con deficiencia mental.

Objetivo General: Crear un espacio recreativo para los y las adolescentes con deficiencia mental que les ayude a fortalecer o mejorar su autoconcepto y autoestima.

Objetivos particulares:

- ∅ Lograr que las y los adolescentes a través del taller despierten su creatividad e inquietudes artísticas.
- ∅ Lograr que se establezca un ambiente de compañerismo y amistad entre las y los adolescentes.
- ∅ Crear un ambiente de confianza y lograr que ellos y ellas lo perciban, con la finalidad de que se sientan a gusto asistiendo al taller y muestren interés por las actividades que se realicen en él.
- ∅ Representación, por parte de las y los adolescentes, de una pastorela de Alejandro Casona.
- ∅ Lograr que, al finalizar el taller, las y los adolescentes se sientan mejor consigo mismos; y,
- ∅ mejoren o fortalezcan la percepción que tienen acerca de sí mismos.

Justificación.

En 1995, la Secretaría de Educación Pública (SEP) llevó a cabo, en acción conjunta con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Registro de Menores con Discapacidad. A través de éste se identificaron a más de 2 millones 700 mil niños y niñas (de 0 a 20 años) con algún signo de discapacidad en el país. De los cuales 126, 326 resultaron tener discapacidad mental (3, 201 residentes en el Distrito Federal).

Cabe destacar que, de estos 2.7 millones sólo 303, 000 reciben educación especial. En el informe anual 1995 – 1996 del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad¹ se señala que la ignorancia, el abandono, la superstición, la indiferencia y la falta de conciencia social han ocasionado que las y los niños que tienen debilidad visual, problemas de audición, de lenguaje, deficiencia mental, epilepsia, ceguera, síndrome de Down, parálisis cerebral y mudez, no reciban la atención especializada que necesitan (Garduño, 1996).

Sumado a este hecho, encontramos que la sociedad ofrece muy pocos espacios (tanto educativos, como artísticos, culturales, recreativos, deportivos, laborales) a los que puedan acceder libremente las personas con discapacidad mental.

Desgraciadamente el acceso al deporte, a la cultura física y a la recreación han estado restringidos para las personas con discapacidad. La relevancia que cobra la realización de actividades en dichos ámbitos, radica en el hecho de que representan un instrumento de desarrollo humano e integración familiar y social, son auxiliares importantes del cambio de actitud de la persona e influyen en su autovaloración y, en la expresión digna del yo digno de ser y estar en el mundo con los demás (CONVIVE, 1996).

Powell (1994) comenta que en los últimos años se han planeado programas para ayudar a los alumnos con deficiencia mental para que funcionen adecuadamente dentro de los límites que les impone su inteligencia. Sin embargo, comenta que los jóvenes con este problema tienen pocas posibilidades de ingresar en cursos y talleres, ya que los maestros consideran que no son lo suficientemente “brillantes” o capaces para realizar ciertas actividades.

Las personas con deficiencia mental han sido objeto de discriminación, rechazo y estigmatización desde hace muchos años atrás. Y aunque es cierto que, desde hace algunos años a la fecha, han surgido asociaciones, grupos y organizaciones civiles interesadas en luchar por los derechos de estas personas y brindarles así una mejor calidad de vida, también es cierto que aún existe una tendencia, en algunos sectores de la sociedad, en considerar que las personas con discapacidad

¹ Resulta importante señalar que éste fue el primer programa nacional, en la historia de nuestro país, destinado a promover la integración de las personas con discapacidad (tanto física como mental) a la dinámica social.

no son capaces de aprender nuevas cosas, ni de adquirir habilidades o destrezas como las personas “normales”.

Sin embargo, lo que se debe comenzar a tomar en cuenta es que al abrir o crear espacios recreativos, artísticos y culturales para estas personas, podemos ayudarlas a que expandan sus ámbitos de interacción y de aprendizaje. Lo cual puede llegar a tener un efecto positivo sobre su autoconcepto y autoestima.

Se ha llegado a comprobar, mediante experiencias con niños con necesidades especiales, que la creación de espacios recreativos y artísticos donde se brinda al niño un trato diferente al que ha recibido hasta ese momento (que con frecuencia ha sido de rechazo, compasión o, muchas veces también, de sobreprotección por parte de los padres) favorece el desarrollo de sus capacidades creativas y personales, lo cual trae como consecuencia el establecimiento de vínculos sociales más adecuados. A través del trabajo creativo se ha encontrado un medio para su aceptación y valoración, así como un camino para lograr su integración social (Proyecto C.A.S., 1998).²

De esta forma, podemos ver que la creación de dichos espacios para las personas con deficiencia puede traer, sobre todo para ellas, consecuencias muy positivas.

Por esta razón, propongo la creación de un espacio artístico – recreativo (*taller de teatro*) para las y los adolescentes con deficiencia mental; en el cual, además de enseñarles ciertas cosas sobre la actuación (movimiento corporal, gestos, expresión de emociones, entonación de la voz, etc.) se tiene planeado que ellos realicen una representación de una obra corta (una pastorela de Alejandro Casona). Complementariamente a esto, se tiene planeado realizar una serie de dinámicas grupales (una durante cada sesión) con la finalidad de que las y los adolescentes se relacionen entre sí y puedan disfrutar un rato de esparcimiento y de diversión, lo cual puede ayudar a establecer o reforzar lazos de amistad. Aparte de esto, también se tiene planeado dedicar un determinado tiempo (al final de cada sesión) para que las y los adolescentes platicuen de algún tema que les interese, esto con el propósito de hacerles sentir que en ese espacio pueden encontrar a alguien que desea escucharlos, que se preocupa por ellos y que, en la medida de lo posible, puede ayudarlos u orientarlos.

² Proyecto C.A.S., es un equipo integrado al Centro de Investigación, Formación y Actualización Educativa A. C. El cual tiene una propuesta pedagógica que propone incorporar a los Centros de Atención Múltiple y a la escuela regular. Dicha propuesta tiene como objetivo, dentro de la atención a la diversidad, identificar y promover el desarrollo de los talentos y habilidades excepcionales de todos los niños.

Es así que, la duración del taller será de mes y medio (doce sesiones). Se tiene planeado realizar dos sesiones por semana (martes y jueves); la duración aproximada de cada sesión será de tres horas (16:00 a 19:00 hrs.).

Claro que, para la realización de este taller se espera contar con la autorización y el apoyo por parte de las autoridades tanto de la Dirección General de Educación Especial como del Centro de Atención Múltiple No. 82.

Aparte se espera contar con el apoyo de los padres para reunir el vestuario y crear una pequeña escenografía. Esto con la finalidad de que estén cerca de sus hijos (as), estén enterados de lo que se realiza en el taller y, que las y los adolescentes sientan que sus papás se interesan por ellos y por lo que hacen.

Dirigido a: Adolescentes con deficiencia mental que asistan al Centro de Atención Múltiple No. 82.

Evaluación.

Para evaluar el efecto logrado por el taller sobre la autoestima y el autoconcepto de las y los adolescentes se realizará observación participante (en cada sesión) y entrevistas no estructuradas.

- ◆ Observación participante. Este método se caracteriza por el hecho de que el observador toma, en algún grado, el papel de un miembro de un grupo determinado y participa en sus actividades. Una de las ventajas que presenta este método consiste en que el observador, al formar y ser reconocido como parte del grupo, puede acceder a ciertos comportamientos y conversaciones espontáneas y casuales, a través de las cuales se puede obtener información relevante acerca de aquello que se desea conocer (Selltiz, 1965). Se tienen contemplados a manera de una pequeña guía los siguientes puntos: se observarán las expresiones verbales emitidas por las y los adolescentes con deficiencia mental referentes a lo que piensan acerca de sí mismos, la forma en la que se refieren hacia su propia persona, las características o rasgos que se atribuyen a sí mismos (as); las expresiones verbales emitidas por las y los adolescentes referentes a la forma en cómo se sienten consigo mismos, si se sienten a gusto con su

forma de ser o si sienten que son personas desagradables, si consideran que son personas valiosas, importantes o si sienten que son personas que no valen nada y que nadie las quiere. La información obtenida a través de la observación, la cual se realizará en cada una de las sesiones, se registrará en un diario de campo.

- ◆ Entrevista no estructurada. Este tipo de entrevista se caracteriza por el hecho de que ni las preguntas que realiza el investigador ni las respuestas permitidas al interrogado están predeterminadas. En la entrevista no dirigida o no estructurada la función del entrevistador consiste en exhortar a la persona entrevistada para que platique acerca de un determinado tema, el cual será propuesto con un mínimo de guía o preguntas. Entre las ventajas que presenta la aplicación de este tipo de entrevista nos encontramos con que facilita la expresión de opiniones, sentimientos, creencias y actitudes, ya que la persona entrevistada goza de una mayor libertad para expresar lo que piensa y siente; además de que le permite al entrevistador acceder a un comportamiento más espontáneo, ya que éste no determina en ningún momento cómo se debe comportar o qué debe decir o sentir el entrevistado (Selltiz, 1965). Se tienen contemplados a manera de una pequeña guía los siguientes puntos: cuáles son las características que, a consideración de cada una de las y los adolescentes, los describen mejor; cuáles son las características o rasgos que creen no poseer pero que desearían tener; cómo se sienten consigo mismos, si las características que se atribuyen los hacen sentirse bien o mal consigo mismos y con lo que son; si consideran que son personas valiosas e importantes o sienten que son personas poco o nada valiosas; si cambiarían algo de su persona y, si pudieran hacerlo, qué cambiarían. Las entrevistas a las y los adolescentes se realizarían durante las últimas sesiones del taller.

Cartas Descriptivas.

Sesión		Fecha		Lugar	
1ª		15 de Octubre		Centro de Atención Múltiple 82.	
Hora	Nombre de la actividad	Objetivos específicos	Procedimiento de la dinámica	Ayudas y materiales.	
16:00 - 16:30	Presentación	*Propiciar el conocimiento de los miembros del grupo.	A través de la dinámica denominada "la red" cada una y uno de las y los adolescentes se presentarán ante el grupo, incluyendo al facilitador.	Salón amplio, alfombra, pelota pequeña.	
		*Presentación del taller.	El facilitador explicará al grupo las actividades que, en general, se realizarán en el transcurso de las sesiones y los objetivos del taller.	Salón, pizarrón, gises.	
16:30 - 16:45	Dinámica de grupo: "Llegó el correo".	*Romper el hielo. *Ejercitar los sentidos a través de la actividad lúdica de los integrantes del grupo.	Todos los participantes estarán sentados a excepción del facilitador quien tendrá que decir, por ejemplo, "llegó el correo para todos los que traen tenis". Y todos aquellos que lleven tenis tendrán que cambiar de lugar, el facilitador ocupa un lugar y aquél que quede sin silla dará la próxima instrucción.	Salón amplio, sillas.	
16:45 - 17:30	Introducción al teatro	*Informar sobre el tipo de actividades que se realizarán en el taller.	El facilitador explicará a los participantes las diversas actividades relacionadas con el teatro que se llevarán a cabo en el taller (ejercicios corporales, expresión de emociones y sentimientos, lectura de obras, representaciones, etc.).	Salón, alfombra.	
		*Discusión en el grupo sobre el teatro y la actuación.	El facilitador expondrá algunos datos interesantes acerca del teatro y de la actuación. Se invitará a las y los adolescentes a que participen y expresen su percepción y opinión que tienen acerca de la actuación y el teatro.	Salón, alfombra, pizarrón, gises de colores.	
17:30- 17:45	Realización de ejercicios	*Calentamiento	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón, alfombra.	
17:45- 18:15	Lectura	*Despertar el interés por la lectura.	El facilitador comenzará con la lectura de una obra e invitará a algunas (os) de los adolescentes para que participen y lean también.	Salón, alfombra, cuentos, libros.	
18:15- 18:40	Plenario	*Comentarios finales.	Las y los participantes expresarán sus comentarios y opiniones acerca de lo que aprendieron y experimentaron en la sesión. Y, si así lo desean, podrán sugerir la lectura de una obra.	Salón, alfombra.	
18:40- 19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, dudas, etc.	Los participantes podrán discutir en grupo sobre algún tema que les interese.	Salón, alfombra.	

Sesión		Fecha		Lugar	
2ª		17 de Octubre		Centro de Atención Múltiple 82.	
Hora	Nombre de la actividad	Objetivos específicos	Procedimiento de la dinámica	Ayudas y materiales.	
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "Iglesias y sacramentos"	*Ejercitar los sentidos a través de actividades lúdicas de los integrantes del grupo.	Se harán equipos de tres personas, dos de ellas se colocarán frente a frente, alzarán los brazos y se tomarán de las manos (simulando una iglesia), el otro participante se colocará dentro de la iglesia en cuclillas. Cuando el facilitador grite "sacramentos" todos los que se encuentren en cuclillas cambiarán de iglesia y, cuando grite "iglesias" todos los que estaban tomados de la mano cambiarán de lugar y de pareja; aquél que se quede sin iglesia o sin pareja pasará al centro para dar una nueva orden.	Patio amplio.	
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.	
16:45-18:15	Lectura.	*Lograr que los participantes se interesen en la lectura.	El facilitador comenzará leyendo algún fragmento de una obra o cuento; posteriormente propondrá que alguien más lea para el grupo.	Salón amplio, alfombra, cuentos, libros.	
		*Enfatizar la importancia del tono de voz.	El facilitador explicará al grupo la importancia que tiene el tono de voz que se utilice al leer para expresar una determinada emoción o sentimiento.	Salón amplio, alfombra, cuentos, libros.	
18:15-18:40	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus opiniones y comentarios acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.	
		*Comentarios finales.	Se escucharán sugerencias por parte de los participantes.	Salón amplio, alfombra.	
18:40-19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, dudas, preferencias, sentimientos, etc.	Las y los participantes tendrán este espacio para platicar y conversar en grupo sobre aquellas cosas o temas que les interesen e inquieten.	Salón amplio, alfombra.	

Sesión		Fecha		Lugar	
3ª		22 de Octubre		Centro de Atención Múltiple 82.	
Hora	Nombre de la actividad	Objetivos específicos	Procedimiento de la dinámica	Ayudas y materiales.	
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "¡Ven acá!"	*Propiciar el acercamiento entre cada uno de los miembros del grupo. *Promover el esparcimiento mediante juegos de humor.	Se dividirá al grupo en dos equipos iguales y se alinearán uno frente al otro. Un grupo es sorteado para comenzar, un miembro de este equipo tendrá una bandera y gritará (señalando a un miembro del equipo oponente) "¡Ven acá!". El participante que haya sido señalado deberá ir hasta donde está la persona que lo llamó sin reír, ni sonreír, mientras los oponentes intentan hacerlo reír diciéndole bromas, haciendo gestos, etc. Si él consigue llegar serio recibirá la bandera y volverá a su lugar desde donde señalará a un miembro del equipo oponente quien tendrá que repetir lo que hizo él. Quien sonría o se ría quedará fuera del juego.	Patio amplio, una bandera.	
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.	
16:45-18:15	Lectura.	*Lograr que los participantes se interesen en la lectura.	El facilitador comenzará leyendo algún fragmento de una obra o cuento aplicando lo que se explicó la sesión pasada. Posteriormente propondrá que otros participantes lean para el grupo.	Salón amplio, alfombra, cuentos, libros.	
		*Enfatizar la importancia de los gestos.	El facilitador explicará al grupo la importancia de los gestos; con ayuda de los participantes se irá interpretando el significado (es decir, las emociones y sentimientos expresados) de diferentes gestos.	Salón amplio, alfombra, cuentos, espejo.	
18:15-18:40	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus opiniones y comentarios acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.	
		*Comentarios finales.	Se escucharán las posibles sugerencias realizadas por los participantes.	Salón amplio, alfombra.	
18:40-19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, sentimientos, dudas, etc.	Las y los adolescentes podrán en este espacio expresar sus dudas, sentimientos, inquietudes acerca de algún tema de interés.	Salón amplio, alfombra.	

Sesión		Fecha		Lugar	
4ª		24 de Octubre		Centro de Atención Múltiple 82.	
<i>Hora</i>	<i>Nombre de la actividad</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Procedimiento de la dinámica</i>	<i>Ayudas y materiales.</i>	
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "Buscando compañero".	*Ejercitar los sentidos a través de actividades lúdicas de los integrantes del grupo.	Los participantes formarán dos círculos, uno interior y otro exterior, de manera que queden formadas varias parejas. El facilitador dará órdenes tales como "las manos sobre los hombros", "de espaldas las parejas", etc., y en el momento que diga "frente a frente" todos deberán cambiar de pareja. El facilitador tratará de encontrar pareja, el jugador que quede solo pasará a dar las órdenes.	Patio amplio.	
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.	
16:45-18:15	Lectura.	*Lograr que los participantes se interesen en la lectura.	El facilitador leerá en voz alta un fragmento de una obra o cuento. Posteriormente propondrá que otros participantes lean para el grupo.	Salón amplio, alfombra, cuentos, libros.	
		*Aplicar lo que se ha visto en sesiones anteriores.	El facilitador leerá un pequeño fragmento de una obra integrando lo que se ha visto acerca del tono de voz y los gestos. Posteriormente otros participantes leerán en voz alta aplicando lo que han aprendido.	Salón amplio, alfombra, cuentos, espejo.	
		*Enfatizar la importancia del lenguaje no verbal.	El facilitador retomará lo que se ha visto en sesiones pasadas, explicará lo que es el lenguaje no verbal y la importancia que tiene el tono de la voz, los gestos y los movimientos corporales para la expresión de diferentes sentimientos y emociones.	Salón amplio, alfombra, ayudas visuales (fotos, recortes).	
18:15-18:40	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus comentarios y opiniones acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.	
		*Comentarios finales.	Este espacio estará dedicado a las sugerencias propuestas por los participantes.	Salón amplio, alfombra.	
18:40-19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, sentimientos, dudas, etc.	Las y los participantes podrán platicar acerca de los temas que les interesen e inquieten.	Salón amplio, alfombra.	

Sesión		Fecha		Lugar	
5ª		29 de Octubre		Centro de Atención Múltiple 82.	
Hora	Nombre de la actividad	Objetivos específicos	Procedimiento de la dinámica	Ayudas y materiales.	
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "Las naranjas".	*Desarrollar la habilidad para trabajar en grupo, propiciando la cooperación y el acercamiento entre los miembros del grupo.	Se formarán cuatro equipos; los miembros de cada equipo deberán formar un círculo, uno de ellos deberá colocar una naranja en su cuello y la pasará a uno de sus compañeros sin tocar la naranja con la mano. Así sucesivamente deberán pasarla de un compañero a otro. Si en algún momento la naranja cae se deberá comenzar desde el principio.	Patio amplio, cuatro naranjas.	
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.	
16:45-18:00	Lectura.	*Aplicar lo aprendido en sesiones anteriores.	Los participantes leerán en voz alta algún fragmento de una obra teniendo en cuenta que el tono de voz, los gestos y los movimientos corporales ayudan a expresar diferentes sentimientos y emociones.	Salón amplio, alfombra, cuentos, libros.	
		*Realización de una pequeña representación.	Se dividirá al grupo en cuatro equipos; a cada uno de ellos se les repartirá un guión acerca de una situación que tendrán que representar ante el grupo.	Salón amplio, alfombra, ropa, accesorios.	
18:00-18:20	Repartición de papeles.	*Relato breve de la trama de la obra a representar.	El facilitador comentará brevemente al grupo la trama de la pastorela de Alejandro Casona que se representará al finalizar el taller (en el mes de diciembre).	Salón amplio, alfombra, copia de la obra.	
		*Asignación de los papeles.	Se repartirán los papeles y se dará a cada quien el guión que deberán aprenderse.	Salón amplio, alfombra, copias de la obra.	
18:20-18:40	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus comentarios y opiniones acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.	
		*Comentarios finales.	En este espacio los participantes podrán expresar sus sugerencias.	Salón amplio, alfombra.	
18:40-19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, sentimientos, dudas, etc.	Los participantes podrán utilizar este espacio para platicar y conversar acerca de aquello que les inquieta, les preocupa o les interesa.	Salón amplio, alfombra.	

Sesión 6ª		Fecha 5 de Noviembre	Lugar Centro de Atención Múltiple 82.	
Hora	Nombre de la actividad	Objetivos específicos	Procedimiento de la dinámica	Ayudas y materiales.
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "Palmadas".	*Ejercitar los sentidos a través de las actividades lúdicas de los integrantes del grupo.	Uno de los participantes saldrá fuera del salón, mientras otro participante esconde un objeto dentro del salón. El objeto debe enseñarse al participante que sale antes de esconderlo. Ya que se ha escondido, el participante que salió entrará al salón y deberá buscar el objeto; cuando se encuentre lejos los demás participantes darán palmadas muy suaves y, a medida que se acerque al objeto las palmadas deberán ser más fuertes. Cuando se encuentre el objeto, otro participante saldrá para repetir la actividad con otro objeto.	Salón amplio, sillas.
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.
16:45-18:15	Lectura.	*Recordar y aplicar lo que se ha visto en sesiones anteriores.	Las y los participantes recordarán y expresarán lo que han aprendido hasta el momento y, lo aplicarán al leer en voz alta el fragmento de una obra.	Salón amplio, alfombra, cuentos, pizarrón, gises de colores.
		*Comenzar con la lectura de la pastorela.	Se realizará la primera lectura de la pastorela de Alejandro Casona; cada una y uno de los participantes leerán la parte que les corresponde (dependiendo de su personaje).	Salón amplio, alfombra.
18:15-18:40	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus opiniones y comentarios acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.
		*Comentarios finales.	El facilitador escuchará las sugerencias realizadas por parte de los participantes.	Salón amplio, alfombra.
18:40-19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, sentimientos, dudas, etc.	En este espacio, las y los adolescentes podrán tratar en grupo temas que les interesen e inquieten.	Salón amplio, alfombra.

Sesión		Fecha		Lugar	
7ª		7 de Noviembre		Centro de Atención Múltiple 82.	
<i>Hora</i>	<i>Nombre de la actividad</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Procedimiento de la dinámica</i>	<i>Ayudas y materiales.</i>	
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "Monitos".	*Promover el esparcimiento de los integrantes del grupo, mediante juegos de chasco o de humor.	Las y los participantes se sentarán en el piso, con las piernas cruzadas, formando un círculo. El facilitador señalará a la persona que comenzará el juego, ésta realizará cinco veces seguidas el movimiento que ella decida en relación con su compañero de la derecha (por ejemplo, tocarle la nariz, hacerle cosquillas, etc.). Esta acción deberá repetirla cada participante con su compañero de la derecha hasta llegar al compañero que inició la actividad. Quien se ría o hable será excluido del juego.	Salón amplio, alfombra.	
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.	
16:45-18:15	Lectura.	*Continuar con la lectura de la pastorela.	Se realizará una lectura de la pastorela, teniendo en cuenta y aplicando lo que se ha aprendido en sesiones pasadas sobre el tono de voz, los gestos y los movimientos corporales.	Salón amplio, alfombra.	
18:15-18:40	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus opiniones y comentarios acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.	
		*Comentarios finales.	Los participantes realizarán, en caso de que lo deseen, sugerencias al facilitador.	Salón amplio, alfombra.	
18:40-19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, sentimientos, dudas, etc.	Las y los adolescentes en este espacio podrán externar sentimientos, inquietudes, dudas, preocupaciones, etc. El facilitador escuchará, tomará notas y tratará de apoyarlos y ayudarlos en lo posible.	Salón amplio, alfombra.	

Sesión		Fecha		Lugar	
8ª		12 de Noviembre		Centro de Atención Múltiple 82.	
Hora	Nombre de la actividad	Objetivos específicos	Procedimiento de la dinámica	Ayudas y materiales.	
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "Vestirse y desvestirse".	*Desarrollar la habilidad para trabajar en grupo, propiciando el acercamiento del grupo.	Se dividirá al grupo en dos equipos, cada uno de ellos hará una fila. El primer miembro de cada equipo recibirá las prendas que deberá vestir (un pantalón, una camisa, un abrigo, un sombrero). Cuando el facilitador dé la señal los primeros participantes irán a sentarse a una silla (que se pondrá al frente de cada equipo) y deberán ponerse la ropa, dar una vuelta al salón, regresar a la silla, quitarse la ropa y dársela al siguiente compañero. Y así sucesivamente, hasta que todos los miembros del equipo participen.	Salón amplio, sillas, dos pantalones, dos camisas, dos abrigos, dos sombreros.	
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.	
16:45-18:15	Lectura.	*Continuar con la lectura de la pastorela.	Las y los participantes continuarán leyendo el guión de su personaje correspondiente, aplicando lo que se vio en las sesiones anteriores.	Salón amplio, alfombra.	
18:15-18:40	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus opiniones y comentarios acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.	
		*Comentarios finales.	El facilitador escuchará las sugerencias realizadas por parte de los participantes.	Salón amplio, alfombra.	
18:40-19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, sentimientos, dudas, etc.	En este espacio, las y los adolescentes podrán tratar en grupo temas que les interesen e inquieten.	Salón amplio, alfombra.	

Sesión 9ª	Fecha 14 de Noviembre	Lugar Centro de Atención Múltiple 82.		
<i>Hora</i>	<i>Nombre de la actividad</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Procedimiento de la dinámica</i>	<i>Ayudas y materiales.</i>
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "Zapatería".	*Desarrollar la noción de juego en equipos y la buena actitud en la competencia entre grupos.	Cada uno de los participantes se quitará un zapato; ya que todos lo hayan hecho se formará una pila (zapatería) en un extremo del salón. Se dividirá al grupo en dos equipos, los cuales deberán colocarse en el extremo contrario de donde se encuentra la zapatería. Cuando el facilitador dé la señal un miembro de cada equipo saldrá cojeando a buscar su zapato, se lo tendrán que poner y regresar corriendo al punto de partida para que el próximo compañero salga y repita la actividad. Quedarán descalificados aquellos que lleguen con el zapato sin atar o con un zapato que no sea el suyo.	Salón amplio, alfombra.
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.
16:45-18:15	Lectura.	*Continuar con la lectura de la pastorela.	Las y los participantes continuarán realizando la lectura del guión de cada uno de los personajes.	Salón amplio, alfombra.
		*Comenzar con la representación de los personajes.	Se comenzará a imaginar los escenarios y a ensayar la obra, las y los participantes deberán estar atentos para saber cuándo entra cada personaje.	Salón amplio, alfombra.
18:15-18:40	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus opiniones y comentarios acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.
		*Comentarios finales.	Los participantes expresarán sus sugerencias al facilitador.	Salón amplio, alfombra.
18:40-19:00	Discusión de un tema libre.	*Expresión de inquietudes, sentimientos, dudas, etc.	En este espacio, las y los adolescentes podrán tratar en grupo temas que les interesen e inquieten y, podrán externar sentimientos y opiniones.	Salón amplio, alfombra.

Sesión 10ª		Fecha 19 de Noviembre	Lugar Centro de Atención Múltiple 82.	
<i>Hora</i>	<i>Nombre de la actividad</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Procedimiento de la dinámica</i>	<i>Ayudas y materiales.</i>
16:00-16:30	Dinámica de grupo: "La serpiente".	*Desarrollar la creatividad ejercitando su imaginación, así como sus habilidades físicas, enfatizando el trabajo de grupo.	Se dividirá al grupo en dos equipos. Cuando el facilitador dé la señal de inicio, cada uno de los equipos deberá comenzar a construir una serpiente lo más larga posible, anudando la ropa que lleven puesta. El equipo que haga la serpiente más larga es el que gana.	Salón amplio.
16:30-16:45	Realización de ejercicios.	*Calentamiento.	Todos los miembros del grupo realizarán ejercicios de calentamiento.	Salón amplio, alfombra.
16:45-18:15	Lectura.	*Continuar con la lectura de la pastorela.	Las y los adolescentes continuarán con la lectura del guión de cada uno de los personajes.	Salón amplio, alfombra.
		*Representación de personajes.	Se irá trabajando en la representación de cada uno de los personajes. El facilitador irá observando y guiando a los participantes. Se hará lo posible por comenzar a crear el ambiente, incorporando alguna parte del vestuario y accesorios (muebles, objetos, etc.).	Salón amplio, alfombra, accesorios, vestuario.
18:15-18:30	Plenario.	*Expresión de comentarios y opiniones.	Los participantes expresarán sus opiniones y comentarios acerca de las actividades realizadas, de lo que han aprendido y experimentado en la sesión.	Salón amplio, alfombra.
		*Comentarios finales.	Esta vez, las y los participantes dirán lo que aprendieron y la experiencia que les deja el taller.	Salón amplio, alfombra.
18:30-19:00	Despedida.	*Despedida entre los miembros del grupo.	En este espacio, las y los adolescentes se despedirán de sus compañeros. Se les pedirá que imaginen que tienen que irse lejos y que nunca más volverán a ver a sus compañeros, así que en ese momento tendrán la oportunidad de expresarles a sus compañeros (en forma personal) aquello que quieren y tengan deseos de decirles.	Salón amplio, alfombra.

En las sesiones 11 y 12 (programadas para el 21 y 26 de noviembre respectivamente) se realizarán los ensayos de la obra, con vestuario y la mayor parte de los accesorios posibles. La representación de la pastorela se realizaría el 6 de diciembre en el patio del CAM, a la cual las y los adolescentes podrán invitar a sus familiares y amigos.

Consideraciones finales.

Se espera que a través de este taller de teatro se pueda incidir positivamente sobre el autoconcepto y la autoestima de las y los adolescentes con deficiencia mental. Ya que, no solamente se está procurando enseñar algunas cosas sobre el teatro y la actuación, sino que también, con esta propuesta, se les está procurando ofrecer un espacio recreativo, lúdico (con las dinámicas de grupo) para que se diviertan y se relacionen con sus compañeras (os), un espacio donde puedan hablar de lo que sienten, de lo que piensan, donde puedan externar sus dudas e inquietudes. Además de que con la representación de la pastorela, se espera demostrar que las personas no por el hecho de que tengan deficiencia no pueden ser capaces de realizar este tipo de actividades, sino que al contrario a través de las actividades artísticas pueden encontrar una vía para expresarse, para desarrollarse y realizarse como personas y seres humanos, sintiéndose bien consigo mismos y creyendo en sus capacidades y potenciales.

* A S O C I A C I O N E S .

5a. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA OMPD, A. C.

Congreso 20
Col. Tlalpan C.P. 14000
D. F., Tlalpan Tel. 55 13 12 91

ACEPTAR A. C. CENTRO DE ADAPTACIÓN PARA NIÑOS.

Club Deportivo Pachuca 27
Col. Villa Lázaro Cárdenas C.P. 14370
D. F., Tlalpan. Tel. 55 94 57 43

ADELANTE NIÑO DOWN, A. C.

Latacunga 893
Col. Lindavista C. P. 07300
D. F., Gustavo A. Madero Tel. 55 86 72 73

ALTERNATIVAS DE COMUNICACIÓN PARA NECESIDADES ESPECIALES A. C.

Comercio y Administración 29
Col. Copilco Universidad C. P. 04360
D. F., Coyoacán Tel. 56 58 93 09

APAC. ASOCIACIÓN PRO PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL I. A. P.

Dr. Arce 104
Col. Doctores C. P. 06720
D. F., Cuauhtémoc Tel. 55 88 99 29

ASILO PARA NIÑOS DÁVALOS CÁRDENAS I. A. P.

Palma 35, 2º piso
Col. Centro C. P. 06000
D. F., Cuauhtémoc Tel. 55 10 21 45

ASOCIACIÓN DE DAMAS VOLUNTARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA I. A. P.

Insurgentes sur 3700
Col. Insurgentes Cuicuilco C. P. 04530
D. F., Coyoacán Tel. 56 06 66 06

ASOCIACIÓN DE PADRES PARA EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO "EL NIÑO OCULTO".

Portón 46
Col. Jardines del sur C. P. 16050
D. F., Xochimilco Tel. 56 76 67 96

ASOCIACIÓN FE – ESPERANZA Y AMOR EN PRO DEL DEFICIENTE MENTAL.

Prosperidad "A" 33
Col. Campestre Aragón C. P. 07530
D. F., Gustavo A. Madero Tel. 57 57 21 66

ASOCIACIÓN MEXICANA DE MEDALLISTAS PARALÍMPICOS SOBRE SILLA DE RUEDAS.

Av. del Peñón 280

Col. Revolución C. P. 15460

D. F., Venustiano Carranza Tel. 57 89 00 20

ASOCIACIÓN MEXICANA PRO – EDUCACIÓN Y REHABILITACIÓN DE CIEGOS Y DÉBILES VISUALES.

Av. Francisco del Paso y Troncoso 398 E – C, D – 2

Col. Jardín Balbuena C. P. 15900

D. F., Venustiano Carranza Tel. 55 52 60 38

ASOCIACIÓN MEXICANA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL AUTISMO.

Calzada San Buenaventura 86

Col. Belisario Domínguez C. P. 14080

D. F., Tlalpan Tel. 55 73 49 55

ASOCIACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ PARA NIÑOS DÉBILES MENTALES P.

Avenida Revolución 534 101

Col. San Pedro de los Pinos C. P. 03800

D. F., Benito Juárez Tel. 55 16 26 28

ASOCIACIÓN PARA LOS DERECHOS DE PERSONAS CON ALTERACIONES MOTORAS.

Murillo 28

Col. Nonoalco Mixcoac C. P. 03700

D. F., Benito Juárez Tel. 55 63 19 13

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL (C. R. E. E.) IZTAPALAPA.

Guerra de Reforma s/n, esquina Eje 5 sur o Leyes de Reforma

Col. Leyes de Reforma

D. F., Iztapalapa Tel. 56 94 01 13, 56 94 98 26

CONFEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL A. C. (CONFE).

Carretera México – Toluca 5218

Tel. 52 92 13 40, 52 92 13 92