

I. INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

El autoconcepto ha sido objeto de estudio desde distintos campos del saber: filosófico, sociológico y psicológico. Las raíces remotas acerca de cómo se produce el propio autoconocimiento y cómo tal conocimiento afecta a la conducta, se encuentran en las especulaciones filosóficas de muchos autores; y los primeros psicólogos aceptaron su estudio como un legado. Precisamente, la elaboración, por parte de la psicología del constructo del “autoconcepto”, término acuñado en el siglo XX, representa un modo de acercamiento a la antigua cuestión filosófica de “¿quién soy yo?” (González & Tourón, 1994 citado en Jiménez, 2004).

En las últimas décadas se ha venido subrayando la importancia del autoconcepto en el bienestar subjetivo desde diferentes ámbitos de la psicología y esto ha contribuido para que el autoconcepto tenga un lugar central en la explicación del comportamiento humano (Tesser, Felson & Suls 2000). El interés por estudiar el autoconcepto se deriva de que las personas que se ven positivamente se conducen e interpretan el mundo de diferente manera a las que se ven de manera negativa, hay entonces una relación directa entre autoconcepto y conducta, pues en base al primero, las personas se forjan metas y estrategias. Así mismo, se reflejan variables personales, sociales, ambientales, intelectuales y afectivas (Jurado de los Santos, 1993).

Investigaciones realizadas en niños y adolescentes de Estados Unidos en 1991, señalaron que los sujetos con alto autoconcepto se diferencian de aquellos con bajo autoconcepto en su ajuste psicológico, autoestima, estabilidad emocional, seguridad, salud

mental, pensamiento más flexible, menos prejuicios y más aceptación de sí. También influye, la presencia corporal que cada individuo aporta a las relaciones sociales, por lo que es un factor determinante de las mismas que puede colaborar para alcanzar el éxito personal. Debido a que cada persona posee una imagen de su físico, que en parte, puede contrastar por sí mismo o bien a través de comparaciones con los demás. La presencia física tiene una repercusión social inevitable que se proyecta en poseer determinadas cualidades físicas que varían entre las culturas (Lugo, 2002).

Y es en la adolescencia, donde la imagen corporal es un factor importante, donde ocurren cambios biológicos universales (LeFrancois, 2001), además de describirse como un proceso de autodefinición, autodescubrimiento y autocreación (Bower, 1983), que es influido no sólo por cambios biológicos y psicológicos, sino por las interacciones con el entorno que a la vez afectan la forma de percepción del adolescente, debido a que es, en esta etapa donde la estructura de la personalidad sufre más cambios y empieza a volverse a través del tiempo algo más estable.

Es aquí donde se relaciona de manera importante el periodo de cambios continuos (adolescencia), la forma de percepción del sujeto (autoconcepto) y el aspecto de la ceguera, ya que todos estos, debido a la ausencia del sistema visual pueden producir un determinado "modelo" de evolución psicológica. En relación a esto, Bandura (1997), establece que el autoconcepto se puede medir teniendo una evaluación descriptiva de la gente, ya que las personas poseen diversas cualidades que se aplican a sí mismos.

Sin olvidar que el desarrollo de los seres humanos no termina en la adolescencia sino que continúa durante toda la vida del individuo; los adolescentes desarrollan la confianza de sí mismos de diferentes maneras y los que tienen más seguridad en cuanto a las

habilidades que pueden desarrollar, tienden a comprometerse más con metas o logros y las creencias globales del sí mismo (McCoach, 2002).

2. AUTOCONCEPTO

La confusión conceptual sobre el tema del autoconcepto, se puede apreciar en la proliferación de términos usados por los distintos autores, tales como conciencia de sí mismo, autoimagen, autopercepción, representación de sí, autoestima. No obstante el término utilizado, se refieren básicamente a los mismos contenidos. En términos generales, el autoconcepto es la percepción de sí mismo; de manera específica, son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social. Aunque los utilizados con mayor frecuencia son autoconcepto y autoestima, algunos autores (Hughes, 1984) reconocen la tendencia a utilizarlos como sinónimos; pero en líneas generales, se acepta que el autoconcepto engloba ambos aspectos.

El autoconcepto se considera una característica inherente al ser humano. Implica juicios que le permiten conocerse, reconocerse y definirse; esto es, forman parte de su conciencia de ser y estar. Debido a que se define desde diversos enfoques, se pueden utilizar diferentes términos como conocimiento de sí mismo, autoestima, imagen de sí mismo y autoconcepto de sí. La formación del autoconcepto se da fundamentalmente por la socialización entre el mundo de los padres y los iguales (Oñate, 1989).

Burns, (1990) afirma que, el autoconcepto es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que tiene el individuo respecto a si mismo. Es una experiencia subjetiva que la persona hace conocer a otros a través de informes verbales y de otras conductas

expresivas patentes. El autoconcepto implica considerar la conducta del individuo no sólo a través de la perspectiva de personas externas, sino también y desde la perspectiva interna o subjetiva del individuo, de cómo actúa y se comporta. De la manera en que percibe y construye el medio donde se desenvuelve y del cual su autoconcepto constituye el punto central en una construcción significativa y única en el individuo.

El autoconcepto, ha sido desde hace mucho tiempo un tema de interés para los psicólogos, pero es en la década de los ochenta que aparece como un legítimo constructo teórico al interior de la Psicología Clínica, y de la Psicología Educativa (Mori, 1989 citado en Ruíz, 2002).

Markus (1977 citado en Bower, 1983) menciona que el autoconcepto es una estructura cognitiva organizada que se forma a partir de la experiencia que uno tiene de sí mismo. Así como los individuos retienen nociones estereotipadas y generalizadas acerca de otras personas, también mantienen nociones estereotipadas de sí mismas. Y que el intento para organizar, resumir o explicar la propia conducta resulta en la formación de estructuras cognitivas acerca de sí mismo, a las que llama esquema del sí mismo u organización del sí mismo. Estas son generalizaciones cognitivas derivadas de la experiencia social del individuo. Esto distingue a personas con un esquema fuerte para autodefinirse, de aquellos que no lo poseen. Las primeras pueden procesar información de sí mismos con rapidez, predecir sus conductas futuras, resistir la información incongruente, y evaluar la relevancia de la misma información.

Sevilla (1991) define el autoconcepto como la percepción que se tiene de sí mismo, como un fenómeno social que está en moldeamiento constante, es el centro de la personalidad y es lo que lleva al ser humano a saber lo que es y lo que quiere ser, a

plantearse metas y a darle un sentido a su vida, no conformándose con sólo sobrevivir (citado en Tesser et al., 2000).

Se puede definir al autoconcepto como el conjunto de conceptos que se tienen acerca de uno mismo en términos de inteligencia, creatividad, intereses, aptitudes, rasgos conductuales y apariencia personal (Bruno, 1995). Esta imagen se encuentra determinada por la acumulación integradora de la formación tanto externa como interna, juzgada y valorada mediante la interacción de los sistemas de estilos y valores. La acumulación de información elaborada proviene de la coordinación entre lo que el sujeto ya dispone y lo nuevo que debe integrar. En consecuencia, González- Pineda, Núñez, González y García (1995 citado en Walker, 2005) afirman que el autoconcepto es una de las variables centrales del ámbito de la personalidad.

El precursor de los estudios del autoconcepto fue William James (1890 citado en Jiménez, 2004), y de su trabajo deriva gran parte de lo que en la actualidad se escribe acerca del sí mismo. Este autor señala que se pueden distinguir dos dimensiones dentro del self (o persona), el sí mismo o Yo, como conocedor, pensador, agente de conducta; y el sí mismo o Mí, del que tenemos conocimiento, “la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo”.

Después González y Tourón, (1994 citado en Jiménez, 2004) desarrolló su idea del yo reflejado (looking glass self) que postula que el autoconcepto es un reflejo de las percepciones que uno tiene acerca de cómo aparece ante los otros. Destaca así la importancia de los grupos primarios y de las personas que el individuo aprecia, en la formación y desarrollo del autoconcepto. El autoconcepto, la opinión que uno tiene de sí mismo, es un factor importante de la personalidad, que sirve de pauta interpretativa y guía

de las experiencias vitales. Existen diversos aspectos de la persona que se hallan relacionados con el autoconcepto, como núcleo alrededor del que giran cualidades y experiencias.

Linch (1981), define el autoconcepto como un conjunto de reglas para procesar información que rige la conducta. Sugiere la existencia de aspectos evolutivos en su desarrollo y dirige su atención a las consecuencias afectivas negativas para el niño cuando las reglas acerca de sí mismo no son válidas. La frustración, ansiedad, agresión, y apatía pueden ligarse al autoconcepto. Epstein (1973), sostiene que el autoconcepto es una teoría del sí mismo, es una teoría que el individuo ha construido inadvertidamente como resultado de sus experiencias en el medio social (Linch 1981; Epstein, 1973 citados en McCoach, 2002).

El autoconcepto, constituye uno de los más importantes y significativos reguladores de la conducta humana (Suls & Greenwald citado en Ruíz, 2002). Debido a que, es de gran importancia para la experiencia vital de individuo, para su salud psíquica, su actitud hacia si mismo y hacia los demás, por lo tanto, para el desarrollo constructivo de su personalidad. El autoconcepto puede ser generalmente positivo o generalmente negativo. Si es generalmente positivo para que el individuo logre una adecuada adaptación, alcance felicidad personal y para un funcionamiento eficaz. Si la persona no posee un autoconcepto adecuado, no puede estar abierta a sus propias experiencias afectivas, especialmente a los aspectos desfavorables de su carácter. La autodeterminación o independencia afectiva son aspectos que también se ven afectados negativamente por la no posesión de un autoconcepto desarrollado (Villa & Auzmendi, 1999).

Los estudios que llevó a cabo el psicólogo investigador Stanley Coopersmith (citado por Bruno, 1995) sugiere que es en la infancia donde residen algunos de los antecedentes principales de la autoestima. Villa y Auzmendi (1999) mencionan que una persona con escasa autoestima no se muestra tal y como es ante los demás, sino que representa ante ellos los papeles que considera oportunos en cada momento. La falta de autoestima influye notablemente en el bienestar espiritual, en el propio nivel de satisfacción y, sobretodo, en la propia salud y capacidad psíquica. La posesión o no posesión de un autoconcepto fuerte influye tanto sobre la propia persona como sobre los demás. En la relación con los demás, el autoconcepto influye ya que una persona con un buen autoconcepto adopta menos actitudes de defensa, puede percibir la realidad con mayor autenticidad y puede aceptar a los otros con mayor facilidad. Su “Yo Real”, la forma en cómo se ve la gente a sí misma; y su “Yo Ideal”, cómo le gustaría verse a la persona, muestran menos discrepancias y gracias a ello se facilita el contacto con otros.

Woolfolk (1999), menciona que el autoconcepto se desarrolla en consecuencia de la constante evaluación que realiza el niño de sí mismo en situaciones diferentes como puede ser en la casa o en la escuela que son los contextos más importantes en el desarrollo del mismo. De acuerdo con Myers y Spencer (2001), el autoconcepto es un conjunto de conceptos internamente consistentes y jerárquicamente organizados; es una realidad compleja integrada por aspectos más concretos como lo son el aspecto físico, el social, el emocional y el académico. Estos autores, plantean que el autoconcepto es dinámico, ya que cambia con la experiencia integrando nuevos datos e información; se desarrolla a partir de experiencias sociales, especialmente con personas significativas para el individuo y es

necesario mantenerlo como una forma de adquirir integridad y seguridad; además de ser resultado de la experiencia y plantean que va cambiando a lo largo del ciclo vital.

Ríos (1994), define el autoconcepto como un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren al sujeto. Como ejemplo de estas percepciones, están las características, los atributos, las cualidades, los defectos, las capacidades, los límites y las relaciones que el sujeto reconoce como descriptivos de sí y que él percibe como datos de su identidad. De esta forma se puede decir que el sí mismo es la zona más íntima de la vida, en la cual desempeña un papel importante en la conciencia, en la personalidad y en el organismo.

DiCaprio (1985) postula que al describirnos a nosotros mismos, recurrimos a nuestro propio concepto del –yo-, que puede ser o no una representación exacta de nuestro yo real. En donde podemos tener una noción de lo que deseáramos ser, nuestra versión idealizada del yo, que se adapta como el yo real provocando conflictos internos y realizando una comparación entre los logros y los desempeños.

Para Bruno (1995) el autoconcepto se empieza a formar a muy temprana edad, tal vez en la etapa de los 18 meses a los 3 años. Es importante señalar que la calidad de las relaciones que ha tenido el niño desde su nacimiento, promueven el crecimiento y desarrollo de su autoconcepto, así como su capacidad cognitiva y su motivación de logro, por lo que plantea que el autoconcepto se va desarrollando a la par con el desarrollo del niño. Antes de la aparición del lenguaje el niño ya tiene una percepción de lo que está adentro y de lo que está afuera de sus fronteras corporales; esto lo logra explorando su medio y su cuerpo mediante los sentidos.

Como la valía del niño depende del sentimiento de seguridad, dado por la satisfacción de sus necesidades y de su aceptación emocional, se requiere que el niño logre percibirse

como un individuo genuinamente aceptado y valorizado por sí mismo. Esto se logrará dependiendo de las actitudes parentales de aceptación y valorización (Ibid). Ya que se ha visto que los padres que tienen un nivel positivo de autoconcepto tienen más probabilidades de crear familias sanas y nutridas, en contraste con aquellos padres con baja autoestima que sólo van a generar relaciones conflictivas expresado por Satir (1991 citado por Acevedo 2003).

Powell (1989) enumera diez signos que en su opinión, son manifiestos en quienes se aceptan a sí mismos, de manera auténtica los cuales son: Las personas que se aceptan a sí mismas son felices; Les resulta fácil relacionarse con los demás; Siempre están abiertas a ser amadas y elogiadas; Tienen el poder de ser realmente ellas mismas; Se aceptan tal como son en el momento presente; Son capaces de reírse de sí mismas con frecuencia y sin dificultad; Tienen la habilidad de reconocer y atender sus propias necesidades (físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales); Son independientes. Aquí se menciona que las personas extraen sus normas de su propio interior, no de los demás; Mantienen un buen contacto con la realidad; Son asertivos (derecho a los pensamientos propios y a elegir por sí mismos).

Ríos (1994) al respecto dice que, el autoconcepto es un conjunto de percepciones, creencias y actitudes que la persona realiza sobre si misma, y que influye considerablemente en el comportamiento; las percepciones pueden ser diferentes y alterarse dependiendo de la diversidad de situaciones a las que se enfrenta y de su capacidad para resolverlas satisfactoriamente, estas intervendrán notoriamente en su comportamiento en la medida que conserve la coherencia entre esas diferentes percepciones.

Tranché (2000), menciona que quiénes se aceptan, son independientes debido a que extraen las normas desde su propio interior, no de los demás; mantienen un buen contacto con la realidad, pueden disfrutar la vida tal y como es y no fantasean sobre lo que pudo haber sido. González (1987) muestra que existen varios modelos de autoconcepto:

- El primero se llama “Modelo Antiguo” cuyo punto de vista de análisis del autoconcepto es el más viejo y tradicional. En este modelo se ve al autoconcepto y al autoestima como unidimensional.
- “El modelo jerárquico” es una pirámide en la que se sugiere que el autoconcepto es una estructura multidimensional. La noción general de autoconcepto se encuentra en la cima de la pirámide, hay niveles intermedios y en la base se encuentran las nociones específicas.
- El “modelo taxonómico” también ve al autoconcepto como multifacético, sin embargo, señala que el hecho de cambiar un aspecto del autoconcepto no llevará al cambio de otro aspecto del mismo.
- Por último, el “Modelo Compensatorio” en el cual el autoconcepto tiene diferentes facetas, que se encuentran interrelacionadas, de manera que si se encuentra un autoconcepto bajo en un área, va a ser compensada por otra área que no tenga relación. Este es el modelo que se aplica a estudiantes con necesidades especiales.

2.1 Autoconcepto en el Adolescente

McKinney (1982), supone que el adolescente está logrando cierto sentido de estabilidad de su permanencia personal, que es la señal inequívoca de identidad, pero en ciertos casos como la de los adolescentes perturbados, la tarea no es tan sencilla. Erikson (1959, en

McKinney, 1982) ha constatado que hay muchos estilos anormales de respuesta al problema de difusión de identidad. Uno de estos estilos implica el desarrollo de una "identidad negativa".

Zimmerman, Copeland y Shope (1997 citados en LeFrancois, 2001) explican que, la baja autoestima esta vinculada con la depresión, la drogadicción, la delincuencia, el suicidio y el bajo aprovechamiento escolar.

Harter, (1990 en Branden 2001) define que el grado de importancia que un adolescente le da a aspectos particulares del sí mismo, y la apreciación de sus habilidades en esa área, son los fundamentos de su autoconcepto. Y al ser este un constructo multidimensional, en donde el individuo puede tener diferentes percepciones de su capacidad en diversas áreas del funcionamiento, es mayor que la mera suma de la percepción de las distintas áreas.

Apoyando lo anterior, Byrne (1996) afirma que el autoconcepto tiene múltiples dimensiones, la cual envuelve comparaciones internas y externas. Los adolescentes comparan su propio desempeño con el de sus pares, así como también su propio desempeño en otras áreas (citado por McCoach, 2002).

A partir de unos esquemas multidimensionales y conducidos a través de algunos años, se han realizado estudios en adolescentes que comprueban que las diferentes dimensiones internas del concepto de sí mismo pueden seguir procesos a lo largo de los años bien diferenciados. La organización del concepto de sí mismo podían modificarse hasta una edad muy avanzada (L'Écuyer, 1985).

Combs (1982) establece que el concepto positivo que tienen las personas de sí mismas es básico para el sentimiento de seguridad. La fe y la confianza en las habilidades personales llevan a la persona a funcionar efectivamente y ayuda a las personas a

desenvolverse en un ambiente diverso. Cuando no existe un nivel de sentimientos óptimos del ser, comúnmente están asociados con una motivación baja, con problemas de salud mental, particularmente con depresión. Los individuos con baja autoestima son influenciados por las opiniones y las preferencias de otras personas para tener una base de su autoconcepto comparado con otros individuos con alta autoestima (Marsh & Ayotte, 2003).

González (1987) señala que conforme los adolescentes progresan hacia identidades personales más coherentes, sus autoconceptos y conductas sociales relacionadas se vuelven más diferenciados. Durante este periodo del desarrollo son muchos los contradictorios que claman por su expresión. En relación con lo anterior, Fitts (1969) en la Escala de Autoconcepto de Tennessee, expone que la imagen que el individuo tiene de sí mismo influye de manera notable en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y el estado de su salud mental. Los sujetos que se ven a sí mismos como indeseables o “malos”, tienden a actuar conforme a esta idea. Los que tienen un autoconcepto irreal de sí mismo, enfocan la vida y a otras personas de manera irreal. Los que presentan autoconceptos desviados, actúan de manera desviada.

Investigaciones realizadas por Dosio (2002) en adolescentes españoles, los resultados obtenidos expresan que estos experimentan confusión al darse cuenta de que actúan de manera diferente en contextos diferentes, al igual que muestran preocupación por el descubrimiento de “su verdadero yo”. Tranché (2000) como aporte a lo anterior, enuncia que una persona que ha tenido un desarrollo de autoconcepto adecuado y positivo, estará en mejor posibilidad de participar de manera responsable en las diversas actividades sociales y de alcanzar un mayor nivel de felicidad, ya que este desarrollo adecuado influirá en la

imagen corporal, en el ambiente familiar y escolar, en la identidad sexual y en el grupo de iguales.

Así mismo, estudios realizados por García Pastor y García, J. (1991) en adolescentes españoles encontraron que existe una estructura multidimensional del autoconcepto en adolescentes y preadolescentes.

2.2. Autoconcepto y el Género

El rol de un adolescente, describe que pese a que los estereotipos han cambiado en los últimos quince años, aún así sigue existiendo patrones masculinos y femeninos, y sigue habiendo una presión social evidente sobre el niño, para que, mucho antes de que llegue a la adolescencia, se adapte a los papeles sociales propios de su sexo, de acuerdo con su edad. Los niños crecen en diversos tipos de familias, las cuales afectan su desarrollo (Bower, 1983).

Los resultados de estudios diversos realizados en por García Pastor y García, J. (1991) llegan a la conclusión de que existen claras diferencias de género en el autoconcepto, de forma que las niñas, particularmente después de los doce años, tienden a mostrar como grupo peor autoconcepto que los niños. Puede ser debido al papel que juega la mujer en la sociedad, el que contribuye a generar las mismas expectativas en las niñas y adolescentes que imitan esos modelos a medida que crecen.

3. ADOLESCENCIA

La adolescencia, es el lapso comprendido entre la niñez y la edad adulta. En la sociedad occidental comienza alrededor de los 12, 13 años y termina finalizando los 20 años (Papalia,

Wendkos & Duskin, 2001). Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por consiguiente por muchas razones, el periodo de la adolescencia evade toda definición exacta; en cuanto que es una etapa de transición entre la niñez y la plena madurez de la edad adulta, se apoya en la definición de estos periodos laterales para su propio esclarecimiento (McKinney, 1982).

La adolescencia, como fenómeno psicológico puede no ser común a todas las culturas, pero los cambios biológicos de este periodo son universales (LeFrancois, 2001). Este periodo puede describirse como un proceso de autodefinition, autodescubrimiento y autocreación (Bower, 1983). Es dentro de la unidad básica, la familia, donde buena parte del conflicto entre el mundo adolescente y el del adulto tienen lugar especialmente porque los padres son los adultos con quienes más contacto tienen los jóvenes. Estos patrones de conflicto generalmente empiezan en la adolescencia y rara vez se hacen evidentes antes de tiempo. Puede haber conflictos entre los padres y los niños, pero este conflicto no es tan intenso ni tan frecuente como el que se presenta en la adolescencia (Powell, 1985).

Educar a los adolescentes, afirma Alvy (1987) implica algo más que sólo protegerlos de su inmadurez; también comprende proporcionar los recursos y los cuidados básicos, guiar y respaldar su desarrollo (dándoles oportunidades de crecimiento intelectual, social, emocional y espiritual y fortaleciendo su autoestima) y defenderlos (respaldarlos y ayudarlos ante instituciones y grupos como las escuelas y los patrones) (citado en LeFrancois, 2001).

Según Damon y Hart, (1997) cuando los niños se convierten en adolescentes ocurren varios cambios dentro del sistema familiar y patrones de interacción, primeramente esos

cambios ocurren acompañando la maduración de las habilidades del adolescente, es importante que los padres contribuyan en la reconstrucción de la interacción familiar.

El periodo que denominamos adolescencia se caracteriza por un cambio biológico importante: el comienzo de la madurez sexual, que viene acompañada por la aparición de los caracteres sexuales secundarios (Mannoni, 1985).

La adolescencia es el período crítico, voluble, turbado al cual padres y adolescentes temen. Los padres porque ignoran las reacciones del hijo en ese período y cómo acercarse a él sin que se rebote y el propio adolescente porque teme el descontrol (Marsellach, 2001). Los adolescentes son responsables en parte de su propio bienestar, pero todavía están sujetos a la autoridad de los adultos y los adultos por su parte tienen que tomar sobre sí la responsabilidad total de sus hijos, los adolescentes se desenvuelven en un área menos bien definida de responsabilidad (McKinney, 1982).

Acevedo (2003), refiere que en ocasiones las experiencias infantiles desafortunadas en el lugar donde se desarrolle pueden causar sentimientos de inferioridad y pobre autoestima; y si estos son reforzados por patrones negativos de creencias, pueden crear auto-desvalorización que puede llegar a convertirse en la norma de vida de una persona.

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 como conservarlo en buenas condiciones, le acompañará siempre y podrá fiarse de él durante toda su vida. Tanto los adolescentes como sus familias pueden percibir los años que esta comprende como una época tormentosa y emocionalmente agresiva plagada de frecuentes enfrentamientos entre unos y otros. Sin

embargo, se ha puesto de manifiesto que a la mayoría de los adolescentes realmente les gustan sus padres y que creen que se llevan bien con ellos. Entonces, ¿por qué consideramos la adolescencia como una época difícil? Lo cierto es que en la adolescencia se produce un rápido desarrollo físico así como profundos cambios emocionales que, aunque pueden ser excitantes, pueden resultar confusos e incómodos tanto para el adolescente como para sus padres (Bruno, 1995).

De acuerdo con la postura de Bandura (1960 citado en McKinney, Fitzgerald & Strommen, 2000) de que la adolescencia no es un periodo tormentoso y que la perturbación de la adolescencia es un mito, tanto él como otros autores del aprendizaje social indican que la fase adolescente del desarrollo tiene cierta continuidad de aprendizaje social. Esto ofrece un marco para el estudio de la familia, siendo los padres los principales agentes de socialización durante la infancia y en cierto grado hasta la adolescencia.

Los adolescentes desean intentar nuevas cosas, pero cuando se encuentran en dificultades pueden reconocer que tienen poca experiencia para retroceder. Esto puede producir cambios rápidos en la confianza de sí mismos y en su conducta de forma que parezcan muy maduros un momento y muy infantiles en el siguiente (Ríos, 1994).

Es en este periodo de la vida, en que realmente se comienza a aprender sobre el mundo que rodea y a encontrar el lugar en él. Este aprendizaje implica el intentar nuevas experiencias, algunas de las cuales pueden resultar arriesgadas o incluso peligrosas. Se ha puesto de manifiesto que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos. En el transcurso de su adolescencia uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado

depresivo que puede no ser evidente para los demás, ni siquiera por sus familiares o amigos (McKinney et al., 2000).

Desde el punto de vista psicológico, hay un incremento de la afectividad sobre el psiquismo. Esto no sólo se hace presente en el ámbito familiar; las amistades cobran importancia y las actividades sociales se hacen prácticamente necesarias (Miranda, 1989). Todas las áreas del desarrollo convergen cuando los adolescentes enfrentan su principal tarea establecer una identidad como adultos (Horrocks, 1999).

Aunque la adolescencia puede ser percibida como una época difícil, el proceso de maduración que implica puede dar lugar a cambios positivos en la persona que faciliten la superación de los problemas del pasado (McKinney et al., 2000).

El encontrarse a sí mismos es una de las actividades propias de la adolescencia. Durante los múltiples cambios que están viviendo tienen que hacer una elección de los elementos que van a adoptar como propios y que a la larga van a determinar su estructura personal. Algunos individuos logran estabilizar su identidad asimilando los valores de su ambiente y comportándose de acuerdo con ellos (Craig, 1988).

La clase de objetivos que el adolescente se propone constituyen un indicio de lo que piensa de sí mismo, sin dejar de considerar el punto de vista de los demás. El adolescente toma el punto de vista de otros a un grado extremo. Está tan preocupado por la opinión de otros en cuanto a él, que frecuentemente pierde de vista su propia opinión. De ahí que muchas veces el adolescente entre en conflicto de identidad por no poder aunar lo que él quiere ser y lo que los demás esperan que sea (Miranda, 1989).

La mayoría de los adolescentes se muestran confundidos, impredecibles y hasta irresponsables, ya que tratan de librarse del dominio de los padres, pero sin saber como manejar su nueva libertad (Lewis & Feiring, 1992).

Coleman (1980) comenta que las complicaciones a las que se enfrenta el adolescente en su vida social son diversas y que pasa por diferentes etapas del desarrollo social, durante las cuales su papel personal aceptado y el que otros esperan de él son muy diferentes al que se encuentra desempeñando. Los individuos tratan de resolver sus problemas de identidad versus confusión del rol en la etapa adolescente.

Es por eso, que al adolescente cuyos padres le han ayudado en el proceso de alcanzar la autonomía o que ha logrado la independencia y la seguridad durante este periodo, tiene una mejor oportunidad para funcionar como individuo maduro. Una dificultad aquí es la de encontrar un punto medio entre el hecho de negarle al adolescente cualquier ayuda y ser protector y dominante en exceso (Fasick, 1994).

Hess (1965), realizó estudios con grupos de adolescentes, donde les pedían que se describieran a sí mismos y que dijeran como pensaban que sus padres los describirían. Los jóvenes sentían que sus padres los menospreciaban. Menciona que a medida que los adolescentes intenten definirse a sí mismos y avanzar hacia la autonomía, así como a establecer una identidad adulta, su tendencia a sobre estimar la suficiencia adulta puede convertirse en un estímulo útil.

La percepción que el adolescente pueda tener de su entorno social, estará relacionada o dependerá de la consistencia con la que el medio le brinde un apoyo social a través del tiempo; las experiencias que dan lugar a dicha percepción se desarrollan desde las primeras relaciones sociales que el individuo tiene, con personas muy cercanas, desde su

nacimiento. Es por eso que, el beneficio del apoyo social es el de promover la salud y la adaptación al mantener una autoconcepción positiva (Baumrind, 1971).

Por encima de todo, es una época en que el ajuste personal, presente y futuro se relacionan estrechamente con el éxito social y con la habilidad para desempeñar el papel social que el individuo desea (Hollander, 1964 citado por Horrocks, 1986).

Breton (1972) menciona que existen evidencias significativas de que las experiencias que tenga el adolescente, tanto en su familia como en su grupo de pares, van a ser determinantes para poderse desenvolver con un máximo potencial en la vida adulta y motivación de logro. También que la percepción del apoyo social puede desarrollarse inicialmente de experiencias interpersonales y pueden, por lo tanto, estar estrechamente vinculados con el comportamiento de apoyo como resultado de la consistencia de las interrelaciones en el medio ambiente (Breton, 1972 citado por Siddique & D'Arely, 1984). Conger y Petersen (1984) indicaron que la adolescencia comienza en biología y termina en cultura.

Retomando lo anterior, Amezcua y Fernández de Haro (2000), dan énfasis a la importancia en las debilidades y enfermedades reales que dan como resultado una baja autoestima. El desarrollar sentimientos de inadecuación e insuficiencia produce sentimientos de inferioridad. Esto es algo inevitable durante las experiencias infantiles de cualquier individuo. Este autor considera que existen tres condiciones antecedentes que pueden tener consecuencias en el desarrollo de la autoestima. La primera son las inferioridades orgánicas y las diferencias en tamaño y fuerza. La segunda, son conductas de aceptación, apoyo y aliento de los padres y amigos cercanos. El tercero, se refiere a los efectos destructivos de la indulgencia exagerada.

4. DISCAPACIDAD

El concepto de discapacidad ha sido recientemente revisado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), como consecuencia de la necesidad de ajustar los procedimientos de diagnóstico a las nuevas realidades, aquí se expone una breve revisión de la evolución que este concepto ha tenido desde la primera clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM).

El tema de la discapacidad, y concretamente su definición, ha suscitado y suscita numerosos debates, que ponen sobre la mesa cuestiones como la igualdad, la justicia social, la marginación, la opresión, la participación, por citar algunas, en este contexto resulta de especial relevancia, el papel protagonista de las propias personas con discapacidad y el esfuerzo de los organismos internacionales por superar lastres históricos relacionados con la definición de la discapacidad incorporando la propia percepción de las personas afectadas. La OMS en 1980 (citado en Insero, 1986), delimitó el significado y tipos de: deficiencia, discapacidad y minusvalía, a partir de la necesidad de considerar no solo la enfermedad sino las consecuencias de ésta en todos los aspectos de la vida de la persona, ampliando la concepción inicial basada exclusivamente en el modelo médico, que se puede resumir en la secuencia: etiología → patología → manifestación, a una secuencia que abarque las consecuencias de la enfermedad y que se puede resumir: enfermedad → deficiencia → discapacidad → minusvalía.

Por lo que Cáceres, (2004) de acuerdo a estas premisas generales, considera los siguientes significados para los referidos términos:

- Deficiencia: dentro de la experiencia de la salud se define como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser

temporal o permanente y en principio solo afecta al órgano. Que según esta clasificación podrán ser: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión, viscerales, músculo esqueléticas, generalizadas, sensitivas y otras deficiencias.

- **Discapacidad:** es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad.
- **Minusvalía:** viene definida como toda situación desventajosa para una persona concreta, producto de una deficiencia o de una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus de la persona en relación con sus propias expectativas o las del grupo al que pertenece, representa la socialización de una deficiencia o discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas del universo del individuo. Las minusvalías se clasifican de acuerdo a seis grandes dimensiones en las que se espera demostrar la competencia de la persona y que se denominan roles de supervivencia, por lo que las minusvalías podrán ser: de orientación, de independencia

física, de la movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y otras.

Por tanto y según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (citado en OMS, 2001): Discapacidad es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

El término Discapacidad para el INEGI (2000), es la limitación o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como consecuencia de una deficiencia física o mental. Se consideran 5 tipos de discapacidad: motriz, auditiva, del lenguaje, visual y mental. En cuanto a la discapacidad visual la consideran como la pérdida total de la capacidad de ver, así como debilidad visual en uno o ambos ojos. En el censo realizado por el INEGI (2000), en los Estados Unidos Mexicanos según información obtenida, la población de discapacitados es de 2, 241,193 personas ya sea por causas de nacimiento, enfermedad, accidentes, edad avanzada, u otras causas. En el mismo censo los datos obtenidos en cuanto a la población de Hombres con alguna discapacidad es de 943, 717 y en el caso de las mujeres es de 851,583 personas. En el rango de edad de 10 a 14 la población es de 102, 181 de los cuáles 56, 135 son hombres y 46, 046 mujeres; y en el de 15 a 19 años, la población es de 91, 396 personas, de los cuáles 51, 552 son hombres y en el caso de mujeres son 39,844. La población con discapacidad visual es de 26%, siendo la segunda causa quedando por debajo de la discapacidad motriz con un 45%.

5. INIDENTES

Desde principios del S. XIX existe una falta de precisión en el empleo de términos referidos a personas con impedimentos visuales o ciegas. La inconsistencia en el uso de términos por médicos, psicólogos y educadores puede ser característica de actitudes profesionales o culturales, de diferentes conceptos entre las varias disciplinas y también de los roles divergentes que se asigna a cada disciplina. Estos roles y actitudes divergentes reflejan la confusión que resulta de la falta de acuerdo, aun al referirse a las personas con problemas visuales. La lista de palabras que se incluye ilustra la variedad de términos utilizados durante los últimos ciento cincuenta años para describir la disminución visual (López. 2001):

- ceguera médica disminuido visual
- ceguera funcional incapacitado visual
- ceguera congénita impedido visual
- ciego parcial limitado visual

Las palabras -disminuido visual- se usan ampliamente en la actualidad para identificar a la persona que tiene una alteración en la estructura o funcionamiento de la visión - el ojo - cualquiera que sea la naturaleza o extensión de la misma. Este término ha tenido éxito porque la alteración crea una limitación que dificulta el aprendizaje que se puede lograr a través de la vista (Rodríguez, 2001).

Debido a que la visión se nos ofrece como el testigo inapelable del mundo, ocupa un lugar insustituible en nuestras relaciones con las personas y las cosas. Sin embargo, la ausencia o la deficiencia de la visión pueden limitar, pero no impedir la construcción

psicológica, cognitiva y social adecuada del ser humano (Rosa & Ochaíta, 1993, citada en López, 2001).

Una persona es ciega, no sólo en los casos en que la visión se ha perdido por completo (ceguera total), sino en todos aquellos en que la disminución de la capacidad visual tiene la suficiente magnitud para impedir el desarrollo normal de la persona en sus quehaceres diarios (Oftalmología Aplicada, OPS; Prieto, 1994 citado en López, 2001).

La ceguera es un tipo de deficiencia sensorial que va desde un continuo de trastornos relativamente leves hasta una discapacidad visual total (Rosa & Ochaíta, 1993, citada en López, 2001). La OMS define la ceguera como la incapacidad para distinguir tres dedos a una distancia de tres metros. Esta norma fue emitida para incluir las diferentes formas de ceguera (total, legal, por disminución de agudeza visual, por disminución del campo visual) (Ibid).

De acuerdo con las estimaciones hechas hasta 1990, por la Organización Mundial de Salud, se calculaba que había en el mundo aproximadamente 38 millones de ciegos. Si a éstos se suman los sujetos con visión subnormal, la cifra alcanzaba los 110 millones de personas con discapacidad visual. Actualmente, se estima que existen 180 millones de personas con incapacidades visuales (Organización Mundial de la Salud, 2000). De éstas entre 40 y 45 millones de personas son consideradas ciegas. Alrededor del 60% de los ciegos residen en África, China e India. Dependiendo del lugar y de las causas de la ceguera, su prevalencia oscila entre 0.3 y 1.4% de la población. En América Latina y el Caribe, la prevalencia de la ceguera es de alrededor de 0.5% (23 millones de personas), de los cuales el 57% es debido a las cataratas. Del total mundial de ciegos, 22 millones tienen 60 ó más años de edad, 12 millones tienen entre 45 y 49 años, 2.4 millones entre 15 y 44

años y 1.4 millones son menores de 15 años (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1995 citado en López, 2001).

La persona ciega, es aquella que tiene sólo percepción de luz sin proyección o aquellas que carecen totalmente de visión (Faye, 1970). Desde el punto de vista educacional, el ciego es el que aprende mediante el sistema Braille y no puede utilizar su visión para adquirir ningún conocimiento, aunque la percepción de la luz pueda ayudarle para sus movimientos y orientación. Se considera que la visión es el mediador entre todas las otras informaciones sensoriales, estabilizando la interacción del niño con su medio. Mucho de lo que la mayoría de los niños aprenden accidentalmente se logra a través del sentido de la vista. Por esta razón el uso más eficiente de cualquier tipo de capacidad visual es importantísimo para un disminuido visual. La progresión en la secuencia del aprendizaje es semejante en todos los sentidos. En los niños disminuidos visuales, sin embargo, puede ser necesaria mayor atención a niveles específicos y un determinado tipo de aprendizaje, ya que como se ha dicho anteriormente, mucho se descansa en el sentido de la visión. Ahora veremos cada uno de los niveles en los cuales la secuencia y naturaleza del tipo de aprendizaje del desarrollo del niño ciego se debe utilizar (López, 2001).

5.1 Adolescentes Invidentes

Como ya se mencionó, la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios físicos y psicológicos -afectivos, sociales y cognoscitivos - muy importantes. Se dan cambios en la imagen corporal de los muchachos y muchachas a los que acompañan transformaciones no menos importantes en la personalidad, en la motivación así como en las relaciones afectivas y sociales. Precisamente por todos los cambios que se producen en esta etapa del

desarrollo, tanto las creencias populares como la mayor parte de las teorías psicológicas sobre la adolescencia coinciden en afirmar que se trata de un período proclive a los conflictos personales (Marsh & Ayotte, 2003).

A pesar de la importancia que, sin duda ha de tener esta etapa en el desarrollo de los invidentes son muy escasos los trabajos que de forma rigurosa, estudian la incidencia de la ceguera en las relaciones afectivas y sociales de los adolescentes. Para Scholl (1987 citado en Rodríguez, 2001), la ceguera puede impedir que el adolescente siga o imite las pautas de su grupo y, en consecuencia, la integración dentro del mismo. De acuerdo con Rodríguez (2001), los problemas de aceptación de la propia imagen, de integración en el grupo y de relaciones con el otro sexo suelen ser mayores para las chicas que para los chicos. Por otra parte, el desarrollo intelectual que se produce durante esta etapa permite a los invidentes reflexionar sobre su propio problema lo cual puede llevarles a rechazar su propia imagen, a no relacionarse con los muchachos del otro sexo y, en consecuencia, a no integrarse en grupos adolescentes.

Al igual que se decía en el apartado anterior, sobre la adolescencia se han dedicado los mayores esfuerzos en los últimos años al estudio del desarrollo y aprendizaje cognoscitivo y no tanto a los aspectos afectivos y sociales. No se ha encontrado en la bibliografía investigaciones que analicen profundamente las características de personalidad de los adolescentes con deficiencias visuales severas, sus motivaciones o sus posibles dificultades en las relaciones afectivas y sociales, así como la percepción de cada uno de ellos al atravesar por este periodo en su vida en relación con la su autoconcepto (Ibid).

5.2 Investigaciones realizadas en Adolescentes Invidentes y Videntes

Distintas investigaciones realizadas en España se han interesado por conocer el funcionamiento social de los alumnos deficientes visuales escolarizados en centros ordinarios y de los diversos factores implicados en el mismo (modalidad del apoyo, actitudes y comportamiento del profesor tutor, etc.). Uno de los trabajos más complejos, en cuanto a variables consideradas, procedimientos de evaluación utilizados y muestra implicada ha sido el desarrollado por Díaz-Aguado (1994 citado en Dosio, 2002). En este estudio se analizaron diversas variables asociadas a la interacción social en muestras de alumnos integrados en centros ordinarios y de otros escolarizados en centros específicos para deficientes visuales. Concretamente, se han analizado aspectos como la competencia social, la percepción de la adaptación socio-emocional, las actitudes intergrupales videntes-invidentes y la integración social de los alumnos ciegos en el grupo de compañeros videntes.

Se analizan a continuación los hallazgos de estudio más directamente relacionados con la integración social de los alumnos deficientes visuales que asisten a centros no específicos. En primer lugar, los resultados alcanzados respecto a las actitudes hacia la integración indican que los alumnos ciegos o deficientes visuales que asisten a centros educativos ordinarios se muestran más favorables hacia la integración escolar que los niños que asisten a centros específicos. Las respuestas de los adolescentes revelan un patrón de resultados ligeramente diferente. Las diferencias en las actitudes ante la integración no son significativamente diferentes respecto a chicos no integrados, sin embargo, la experiencia de integración parece asociarse a una disposición mucho mejor para actuar con videntes.

La situación que ocupa el alumno deficiente visual en aulas de integración ha sido estudiada también por otros autores. Así, Checa y Ato (1995 citado en Dosio, 2002) encontraron patrones similares de resultados a los informados por Díaz-Aguado, concretamente su estudio pretendió conocer la percepción que del niño ciego tienen sus compañeros de aula (y viceversa) en una muestra de estudiantes de distintos niveles educativos. En este trabajo, en el que se utilizó el sociograma como procedimiento de evaluación, se puso de relieve que si bien los niños ciegos son menos elegidos para tareas que sus compañeros videntes, lo son en la misma medida para juegos y no son rechazados ni para juegos ni para tareas. Al igual que en el trabajo comentado anteriormente, en este estudio se constató una mejor integración social en los indicadores evaluados en los niños ciegos, respecto a los que conservaban resto visual.

García Pastor y García Jiménez (1991), utilizando también el análisis sociométrico señalan asimismo que en la muestra estudiada, el estatus socio-afectivo del alumno (popular, rechazado, ignorado o controvertido) varía en relación con la situación de interacción, bien sea ésta de trabajo o de juego. En definitiva, los datos relativos a la integración social de alumnos ciegos en aulas ordinarias revelan que los alumnos que estudian en centros ordinarios manifiestan actitudes positivas hacia la integración escolar y conocen las estrategias para relacionarse con sus compañeros. Sin embargo, los alumnos con deficiencia visual muestran muchas más "iniciativas" para contactar con sus compañeros que las que reciben por parte de éstos. Por último, la situación social de los alumnos deficientes visuales parece ser más favorable para alumnos sin resto visual y estar en relación con el tipo de interacción que realizan (juego o tarea) con sus compañeros.

La investigación realizada por Caballo, Verdugo y Delgado (2000) que se presenta a continuación forma parte de un estudio más amplio en el cual se realizó previamente una evaluación de las habilidades sociales de alumnos ciegos y con deficiencia visual. La evaluación se llevó a cabo a través de un sistema comprensivo y multimodal en el que se utilizaron distintas fuentes de información y distintos instrumentos (autoinformes, informes de los padres, informes de los profesores y observación sistemática en el ambiente natural).

Aunque todavía es necesario realizar más estudios para comprender en profundidad las dificultades con que los niños con deficiencia visual se encuentran para el desarrollo de su competencia social, las investigaciones realizadas hasta el momento concluyen que el desarrollo social de las personas con deficiencia visual cursa de modo diferente al de las personas videntes, y se han identificado numerosos y complejos factores que pueden estar influyendo en esa diferencia. Ya desde la más temprana infancia, determinadas conductas o bien carencias conductuales, tanto del niño con deficiencia visual como de los cuidadores, parecen influir en el desarrollo social del niño. Se ha demostrado que la ceguera y la deficiencia visual grave pueden influir de forma negativa en el establecimiento del vínculo de apego seguro con los cuidadores (Burns, 1990). Tröster y Branbring (1992) observaron que, comparados con los bebés videntes, los bebés ciegos presentaban un repertorio de expresiones faciales más limitado y de menor responsividad, por lo que a menudo existen fallos en la interpretación y en la misma comunicación (Kekelis & Andersen, 1984). Odom (1983), como resultado de estas limitaciones en la interacción temprana, los niños con deficiencia visual pueden tener problemas para establecer relaciones posteriormente con otras personas. De hecho, se ha demostrado la existencia de una estrecha asociación entre la relación establecida con los cuidadores en la infancia y la competencia social posterior

con los iguales (Tröster & Branbring 1992; Kekelis & Andersen, 1984; Odom, 1983; Liberman, 1977 citados en Burns 1990).

Por otro lado, el déficit en habilidades sociales de las personas con deficiencia visual se ha relacionado ampliamente con la ausente o limitada imitación visual, a través de la cual se aprenden muchos comportamientos sociales (Raver, 1987 citado en Branden, 2001). Esta limitación para imitar visualmente no sólo afecta al aprendizaje de formas de relación, sino que influye de forma negativa en capacidades necesarias para llevar a cabo interacciones sociales satisfactorias y significativas.

García y Cabezas (1998), hablan de la relación con el autoconcepto, la autoestima y otras variables de los alumnos con necesidades educativas, y en particular de los alumnos con deficiencias visuales, explican que existen múltiples evidencias en la literatura científica de los últimos años, que obligan a considerar a los alumnos con Dificultades de Aprendizaje (DA) y los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) en general, como sujetos de riesgo a la hora de sufrir perturbaciones en el desarrollo personal y social.

Parece por tanto, que la existencia de minusvalías o déficit y la existencia de fracaso escolar como consecuencia de ellas o no, son indicadores de posibles desajustes en el desarrollo del autoconcepto y de la competencia social. Los alumnos con NEE son desde este punto de vista, candidatos a fracasar en el desarrollo del autoconcepto y en sus relaciones sociales. Rogers y Saklofske (1985), describen que las características afectivas de los niños con deficiencias presentan peores autoconceptos, locus de control más externo y menores expectativas de éxito académico. En este mismo sentido, existen otros estudios que muestran resultados en los que se encuentran evidencias de problemas en el estatus

sociométrico, niveles bajos de autoconcepto y estilos atribucionales concretos asociados a bajo rendimiento y/o dificultades de aprendizaje (Tesser et. al., 2000).

En la investigación enmarcada como paradigmática realizada por Gimeno Sacristán (1976) expuesta en el libro -Autoconcepto, sociabilidad y rendimiento escolar- distinguida por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) con el Premio Nacional de Investigación, se describen las relaciones entre el autoconcepto, el estatus sociométrico y el rendimiento escolar, esta es una de las principales, en otras múltiples investigaciones realizadas en España que ponen en relación variables socio-afectivas con el éxito escolar y/u otros déficit psíquicos y/o sensoriales.

Y es que el autoconcepto, permite de alguna manera resumir el sentimiento general de bienestar de una persona, y esto los hace atractivos para la investigación. Por lo que se revela como una de las variables fundamentales de muchos trabajos de investigación quizá porque como dice López (1996, en García Gómez 1999) sea una de las variables fundamentales del desarrollo personal y social de los individuos; de tal forma, que niveles significativamente bajos en esta variable llevan indefectiblemente a generar (se plantea una relación de causalidad circular) problemas en las relaciones con los demás, problemas de rendimiento escolar, sentimientos de incompetencia para realizar determinadas actividades de la vida cotidiana y en definitiva, un sentimiento de infelicidad y autodesprecio que invade a toda la persona.

En relación a esto, Isaacson y Kailes (1981) encuentran niveles de autoestima significativamente más bajos en alumnos deficientes físicos integrados que en alumnos normales. En el terreno de las deficiencias visuales (DV), Jervis (1959), y Munich y Ledwith (1965) encuentran en sus investigaciones que los niños y adolescentes ciegos se describen

de forma extrema (más importancia a lo que las personas piensan o digan de ellos). En unas áreas presentan niveles muy bajos de autoconcepto y en otras, parece que para compensar, niveles extremadamente altos. Tratándose de este mismo déficit, Coker (1979) compara el autoconcepto y el rendimiento de alumnos DV escolarizados unos en centros ordinarios (escuelas normales) y otros en residencias específicas (especiales para DV), los resultados obtenidos, indican puntuaciones significativamente favorables a los alumnos de residencias específicas (citados en Marsellach, 2001).

Por el contrario Ruíz y Esteban (1996), señalan que el autoconcepto en personas ciegas (debido a la falta de referencias visuales) muestran autopercepciones que son en algunos aspectos significativamente diferentes a las mostradas por las personas videntes. Estos autores señalan que, en general, las autopercepciones de los ciegos son muy interioristas, es decir, se centran en su propia persona en sus cualidades y defectos, en sus aspiraciones, en sus sentimientos, en sus intereses y en sus capacidades, dejando un poco de lado la valoración de sí mismos en comparación con los aspectos físicos del cuerpo, con los objetos que les rodean y que poseen, con sus relaciones con los otros y con su capacidad de adaptación al medio (citados en García Pastor & García, 1991).

Autores como Díaz-Aguado (1995) y Rosa y Ochaita (1993 citados en García & Cabezas, 1998), han señalado relaciones entre la deficiencia visual y diversos problemas en el desarrollo de la autoestima y de las competencias sociales. En este sentido, Arraez (1996) señala que el hecho de que los alumnos con graves deficiencias visuales encuentren dificultades para participar en las actividades físicas y lúdico-deportivas de los centros escolares en los que se encuentran integrados, imposibilita un adecuado desarrollo de sus capacidades motrices básicas, condiciona la posterior adquisición y desarrollo de

habilidades y destrezas, y lo que es peor incide de manera negativa en la conformación de un autoconcepto equilibrado.

Con respecto a la adolescencia, a pesar de no ser un periodo de tensión y de aflicción para todos y cada uno de los individuos, ciertamente es el periodo durante el cual el individuo establece su propia identidad (McKinney, 1982). En relación a esto, De la Rosa y Díaz (1991) postulan que hay cinco dimensiones importantes del autoconcepto:

- La física o consideraciones respecto al cuerpo: en donde se incluye la atractividad, la salud, las habilidades y funcionamiento del organismo;
- La dimensión social: se refiere a la percepción que uno tiene de sus interacciones y el grado de satisfacción o no satisfacción procedentes de las mismas;
- La emocional: proporciona una fotografía de los sentimientos y emociones que el individuo experimenta en el día a día, como consecuencia de sus éxitos y fracasos, interacciones sociales y consecución de los objetos vitales;
- La ocupacional: hace mención al funcionamiento del individuo en su trabajo, ocupación o profesión y abarca tanto la situación del estudiante como del trabajador, funcionario, profesionista, etc.
- La ética: hace mención al aspecto de congruencia o no congruencia con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una dada cultura dada.

Como quiera que se le defina, el periodo de la adolescencia es una fuente de gran interés para los adultos y para los adolescentes mismos. La conducta adolescente, como la

conducta en general, es el resultado de las fuerzas culturales, sociales, biológicas y físicas que actúan sobre el individuo al mismo tiempo que interactúan entre sí (Powell, 1985).

Tranché (2000) indica que, debido a que los adolescentes juegan un papel muy importante dentro de la sociedad en la que se encuentran inmersos y que al paso de los años serán la base de la misma, de aquí surge la importancia de todo estudio o investigación que se haga sobre esta etapa del desarrollo humano, con la finalidad de entenderlos cada vez mejor para ayudarlos a tener un sano desarrollo físico y emocional. El modo en que la condición de discapacidad visual afecta el comportamiento de los individuos en su relación con el entorno, con sus pares y con el propio autoconcepto es algo evidente.

Además se ha comprobado que las personas con baja autoestima se quejan de padecer nerviosismo, bajo apetito e insomnio, son más sensibles a la crítica y a la burla y tienden a sentirse más solos, debido a la incomunicación que ven obligados a mantener con los demás por miedo a ser descubiertos de su debilidad. Así los niños que se perciben como intrínsecamente valorados en su hogar por lo que son y por cómo son, muestran una mayor independencia tanto en la escuela como en el hogar, plantean menos exigencias a adultos, expresan sus sentimientos y pensamientos libremente y reflejan un mayor control emocional (Lugo, 2000).

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudios llevados a cabo por Stanley Coopersmith (citado por Bruno, 1995), Villa y Auzmendi (1999), Dosio (2002), ponen de manifiesto que la inadaptación en el periodo adolescente, puede conducir a problemas en la vida adulta. Entre los recursos internos que posee el adolescente, el autoconcepto es uno de las más importantes para afrontar las dificultades y

los cambios de este periodo. Por lo que es considerado como un conjunto de rasgos, imágenes y sentimientos que el sujeto reconoce como parte de sí mismo, influenciado por el medio y organizado de modo más o menos consistente.

El autoconcepto hace referencia al sentimiento general de valía que tienen las personas sobre si mismas. Un bajo autoconcepto va unido a estrategias de afrontamiento inadaptadas y/o problemas emocionales y conductuales. El autoconcepto, comienza a formarse en las edades más tempranas, y es el resultado de numerosas interacciones sociales y culturales, es en la adolescencia temprana donde suele producirse una disminución de este.

La relación existente entre el autoconcepto y el género en los adolescentes es por demás importante, no solo por la representación biopsicosocial (Amezcuca & Fernández, 1998) del sujeto, sino por la manifestación de la relación entre estas dimensiones (autoconcepto-género), que va a reflejar el modo en que desempeñe su rol de género, ya sea masculino o femenino al socializar en las diferentes etapas de la vida.

Una gran parte de los jóvenes supera esta etapa llegando a ser adultos saludables, pero la prevalencia de problemas emocionales aumenta de manera considerada en la adolescencia, pudiendo ocasionar dificultades en el funcionamiento psicosocial del adolescente a corto y largo plazo. Aunado a esto la discapacidad demuestra el carácter imperfecto, vulnerable, limitado y cambiante de la corporalidad, espacio de encarnación de placer, el miedo y el dolor.

Como consecuencia, la población discapacitada es definida material y simbólicamente como problema, ya que el autoconcepto es una conciencia de lo que –somos-, de lo que queremos ser y de lo que queremos que los demás vean en nosotros. Es la vista, quien

juega un rol fundamental en el desarrollo de este autoconcepto, ya que ningún otro sentido permite a las personas autoperibirse.

Si se tiene en cuenta la variable género, las jóvenes adolescentes tienen al menos el doble de riesgo de experimentar problemas emocionales, manteniéndose dichas diferencias en la edad adulta. Estas diferencias parecen estar relacionadas con imágenes corporales más negativas y menores niveles de autoestima en los varones (Villarreal, 2001).

Existe una serie de características que dan una importancia relevante a las variables propuestas para esta investigación:

- El autoconcepto, es un aspecto fundamental en la personalidad, que sirve de pauta interpretativa y guía de las experiencias vitales.
- En la adolescencia se establecen los procesos de autodefinición, autodescubrimiento.
- El incremento de personas invidentes especialmente en edades más tempranas.

Además de factores importantes como, el hecho de que:

- Son reducidas las investigaciones realizadas en los invidentes, y los pocos estudios han sido principalmente en adultos y en poblaciones fuera de México.
- El que los invidentes puedan interactuar con mayor facilidad con su entorno puede reducir los efectos psicológicos negativos que conllevan la ceguera (en este caso) u otra discapacidad.
- Además de aportar información útil, con el fin de establecer las necesidades y el desarrollo óptimo de los adolescentes, el autoconcepto, los contrastes en una población de igual edad en circunstancias diferentes, así como el género.

En base a lo expuesto, la investigación a realizar busca conocer si existen diferencias en el autoconcepto entre adolescentes videntes e invidentes, así como las diferencias del autoconcepto en relación con el género.

6.1 Objetivos

Generales: El propósito en esta investigación es comparar el autoconcepto en adolescentes, videntes e invidentes y las diferencias que surgen con el género.

Específicos:

- Se pretende conocer si existen diferencias en el autoconcepto en adolescentes invidentes y videntes.
- Se pretende conocer si existen diferencias en el autoconcepto con respecto al género.

6.2 Hipótesis

1. Las adolescentes mujeres videntes tendrán un mayor puntaje en el autoconcepto global que las adolescentes mujeres invidentes.
2. Los adolescentes hombres videntes tendrán un mayor puntaje en el autoconcepto global que los adolescentes hombres invidentes.
3. Los adolescentes hombres invidentes tendrán un mayor puntaje en el autoconcepto global que las adolescentes mujeres invidentes.
4. Los adolescentes hombres videntes tendrán un mayor puntaje en el autoconcepto global que las adolescentes mujeres videntes.