

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

**FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**“AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON
ESPINA BÍFIDA”**

TESIS

ANGELA STEPHANIA COJTIN QUIÑONEZ

Carné 20840-08

La Antigua Guatemala, enero de 2013
Sede Regional de La Antigua Guatemala

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**“AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON
ESPINA BÍFIDA”**

TESIS

Presentada ante el Consejo de la Facultad de Humanidades
Por:

ANGELA STEPHANIA COJTIN QUIÑONEZ

Previo a optar el título de:
Psicóloga Clínica

En el grado académico de:
Licenciada

La Antigua Guatemala, enero 2013
Sede Regional de La Antigua Guatemala

AUTORIDADES UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

| | |
|---|------------------------------------|
| Rector | P. Rolando E. Alvarado López, S.J. |
| Vicerrectora Académica | Dra. Lucrecia Méndez de Penedo |
| Vicerrector de Investigación y Proyección | P. Carlos Cabarrús Pellecer, S.J. |
| Vicerrector de Integración Universitaria | P. Eduardo Valdés Barria, S.J. |
| Vicerrector Administrativo | Lic. Ariel Rivera Irías |
| Secretaría General | Licda. Fabiola de la Luz Padilla |

AUTORIDADES FACULTAD DE HUMANIDADES

| | |
|--|---------------------------------------|
| Decana | M.A. Hilda Caballeros de Mazariegos |
| Vicedecano | M.A. Hosy Benjamer Orozco |
| Secretaria | M.A. Lucrecia Elizabeth Arriaga Girón |
| Directora del Departamento de Psicología | M.A. Georgina Mariscal de Jurado |
| Directora del Departamento de Educación | M.A. Hilda Díaz de Godoy |
| Directora del Departamento de Ciencias de la Comunicación | M.A. Nancy Avendaño |
| Director del Departamento de Letras y Filosofía | M.A. Ernesto Loukota |
| Representante de Catedráticos | Lic. Ignacio Laclériga Giménez |
| Representante ante Consejo de Facultad | Licda. Melisa Lemus |

ASESOR

Licda. Mayra Cordero de Parada

REVISOR

Licda. Liza González

Antigua Guatemala, 26 de Octubre del 2012.

Distinguidos Miembros
Consejo de Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Campus Central

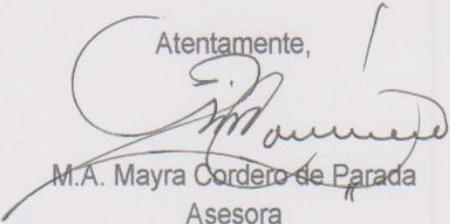
Estimados Señores:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el propósito de informarles que he revisado el Anteproyecto de Tesis, presentado por la estudiante de Psicología Clínica, **ANGELA STEPHANIA COJTIN QUIÑONEZ** quien se identifica con carné No. **20840-08**

Dicho trabajo versa sobre el **“AUTOCENCEPTO EN ADOLESCENTES CON ESPINA BÍFIDA”**. El trabajo cumple con los requisitos y disposiciones solicitadas por la Facultad de Humanidades, por lo que agradeceré se sirvan revisarlo y someterlo a su consideración para su aprobación.

Agradeciendo su atención a la presente, me es grato suscribirme de ustedes con muestras de mi consideración.

Atentamente,



M.A. Mayra Cordero de Parada

Asesora



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
Teléfono: (502) 24262626 ext. 2440
Fax: 24262626 ext. 2486
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16
Guatemala, Ciudad. 01016

FH/ap-CI-58-13

Guatemala,
08 de enero de 2013

Señorita
Angela Stephania Cojtin Quiñonez
Presente.

Estimada señorita Cojtin:

De acuerdo al dictamen favorable rendido por la Revisora Examinadora de la Tesis titulada: "**Autoconcepto en adolescentes con Espina Bífida**", presentada por la estudiante **Angela Stephania Cojtin Quiñonez**, carné No. **20840-08**, la Secretaria de la Facultad de Humanidades AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS, previo a optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Lcda. Lucrecia Arriaga Giron, M.A.
SECRETARIA DE FACULTAD



*ap
c.c.file

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la vida, sabiduría para adquirir nuevos conocimientos, fortaleza para poder enfrentarme a los obstáculos encontrados a lo largo del camino y sobre todo por permitirme culminar otra etapa más.

A la Virgen María:

Por ser mi intercesora ante Dios y por acompañarme en todo momento.

A mi hermano Pedro Saúl:

Por ser mi Ángel Guardián y mi inspiración al escoger una carrera que busca brindar a la población guatemalteca por medio de salud mental, una mejor calidad de vida y aún más para la población infanto - juvenil, que está necesitada de un entorno saludable.

A mis padres:

Por ser uno de los pilares más importantes en mi vida, por su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera y vida, por sus valiosas enseñanzas y por no dejarme perder la Fe en Dios.

A mis hermanos:

Por su apoyo incondicional así como por las experiencias compartidas, que me han llevado a ser quien soy.

A la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida:

Por abrirme las puertas y permitirme realizar el trabajo de campo en sus instalaciones y en especial a la Directora Ejecutiva Lucrecia Velásquez y a Mónica Guevara por su apoyo incondicional para que el estudio se llevara a cabo.

A los adolescentes y a sus padres:

Se les agradece el apoyo brindado para la elaboración del presente trabajo ya que sin su aporte, el estudio no se hubiera podido completar.

A los catedráticos y catedráticas de la URL:

Que me han compartido sus valiosos conocimientos a lo largo de la carrera y en especial a la Licda. Mayra Cordero de Parada, por asesorar mi trabajo de tesis y por su apoyo a lo largo de este proceso.

Por último a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para que este estudio se llevara a cabo.

DEDICATORIA

A Dios principalmente, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Y a mi hermano Pedro Saúl, por cambiar mi vida y enseñarme a jamás darme por vencida a pesar de que el camino se torne difícil.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| I. Introducción | 1 |
| 1.1 Autoconcepto | 10 |
| 1.1.1 Características del Autoconcepto | 13 |
| 1.1.2 Factores que determinan el autoconcepto | 16 |
| 1.1.3 Dimensiones del Autoconcepto | 17 |
| 1.2.4 Diferencias de autoconcepto según el sexo | 18 |
| 1.2.5 Diferencia entre autoconcepto y autoestima | 19 |
| 1.2 Espina Bífida | 20 |
| 1.2.1 Causas | 24 |
| 1.2.2 Efectos | 25 |
| 1.3 Adolescencia | 27 |
| 1.3.1 Principales teorías sobre la adolescencia | 28 |
| | |
| II. Planteamiento del Problema | 37 |
| 2.1 Objetivos | 38 |
| 2.2 Hipótesis | 39 |
| 2.3 Definición de las variables | 39 |
| 2.3.1 Definición conceptual | 39 |
| 2.3.2 Definición operacional | 40 |
| 2.4 Alcances y límites | 40 |
| 2.4 Aporte | 40 |
| | |
| III. Método | 42 |
| 3.1 Sujetos | 42 |
| 3.2 Instrumento | 42 |
| 3.3 Procedimiento | 43 |
| 3.4 Tipo de Investigación | 44 |
| 3.4.1 Diseño de investigación | 44 |
| 3.5 Metodología Estadística | 45 |

| | |
|---|-----------|
| IV. Presentación y Análisis de Resultados | 47 |
| V. Discusión de Resultados | 56 |
| VI. Conclusiones | 60 |
| VII. Recomendaciones | 62 |
| VIII. Referencias Bibliográficas | 64 |
| IX. Anexos | 69 |
| 9.1 Tablas de Frecuencia | 70 |
| 9.2 Procedimiento estadístico de la prueba t de Student | 77 |
| 9.3 Ficha técnica del test | 82 |
| 9.4 Hoja de respuestas test AF5 | 83 |
| 9.5 Hoja de calificación AF5 | 85 |
| 9.6 Guía de actividades para trabajar autoconcepto | |

RESUMEN

Autoconcepto hace referencia a las concepciones y percepciones que una persona tiene de sí misma, para cada persona la percepción es distinta. El autoconcepto forma parte importante en las etapas del desarrollo humano, pero algunas veces puede verse afectado en la etapa de la adolescencia debido a los cambios a nivel físico, psicológico y emocional; se espera que la autopercepción sea positiva en esta etapa, pero la influencia de factores, como el ambiente o enfermedades que causan algún daño permanente en el cuerpo de la persona la pueden volver negativa. En la actualidad se conoce todo lo concerniente a las enfermedades desde la perspectiva médica y la espina bífida no es la excepción. De esta condición, aún no se cuenta con la suficiente información a nivel psicológico, por lo que se desconoce como es la salud mental y más aún la percepción que tienen estos pacientes de sí mismos.

Por tal razón la presente investigación planteó como objetivo general conocer el autoconcepto de adolescentes de ambos sexos con espina bífida de las edades de 12 a 18 años de la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, la investigación se realizó con adolescentes que regularmente asisten a la Asociación antes mencionada y que accedieron a participar en el estudio de forma voluntaria. Para alcanzar los objetivos planteados se evaluó a los adolescentes, utilizando como instrumento de evaluación el Test AUTOCONCEPTO FORMA 5 (AF5) de García y Musitu (2009).

Para efectos de la investigación se empleó un diseño de tipo descriptivo, como metodología estadística y se aplicó la prueba t de student; la cual permitió determinar si hay diferencia significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres. Concluyendo después de haber efectuado los estudios correspondientes que no existe diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres. Fundamentado en las conclusiones, se aporta y recomienda la aplicación de una guía cuyo objetivo específico es el mejoramiento y fortalecimiento del autoconcepto en los adolescentes con espina bífida, de la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida de la Ciudad de Guatemala.

I. Introducción

El autoconcepto hace referencia a las concepciones y percepciones que una persona tiene de sí misma, en las diferentes áreas en las que se ve implicado, su formación comienza con la educación en el hogar, escuela, y círculos sociales finalizando al inicio de la adultez donde se espera que el individuo tenga definida su personalidad.

La percepción e interpretación es distinta para cada persona y algunas veces pueden verse afectadas en la adolescencia debido a los diversos cambios a nivel físico, psicológico y emocional, convirtiendo a esta etapa en tormentosa y difícil para el adolescente y las personas a su alrededor. En la adolescencia se atraviesa por una transición hacia la etapa adulta, además se está en búsqueda de su identidad y continúa con la formación física y psicológica de sí mismo, esta etapa involucra una autopercepción, es decir verse y sentirse bien con uno mismo y con los demás, lo esperado es que la autopercepción sea positiva, pero algunas veces la influencia de distintos factores, como el ambiente o enfermedades que causan algún daño permanente en el cuerpo de la persona la pueden volver negativa.

En la actualidad personas sin importar la edad, nivel socioeconómico, educativo, género u origen, padecen enfermedades que pueden llegar a causar un deterioro en el autoconcepto, afectando unas áreas más que otras, se han realizado muchos estudios médicos de estas enfermedades, para conocer su origen, sus síntomas y formas para prevenirla o curarla y la espina bífida no es la excepción, éstase conoce como una malformación congénita discapacitante; existen diferentes tipos de espina bífida, que a su vez tienen síntomas diferentes, aún no han encontrado una cura para este padecimiento, pero si tratamientos y formas para prevenirla; pero a nivel psicológico aún no se cuenta con la suficiente información, por lo que se desconoce como es la salud mental de dichos pacientes.

Por tal razón la importancia de realizar esta investigación, residió en ampliar el conocimiento del autoconcepto de los adolescentes, hombres y mujeres con espina bífida, para poder plantear medidas de prevención o de fortalecimiento en el autoconcepto del adolescente con dicho padecimiento.

El estudio se realizó en la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, con la población adolescente, que incluye hombres y mujeres de las edades de 12 a 18 años, con el objetivo de conocer su autoconcepto.

Actualmente se conoce la importancia de que la persona goce de salud mental para llevar una vida plena; así como los estudios se han incrementado en varias partes del mundo también en Guatemala y sus departamentos, se han realizado estudios acerca de temas de gran trascendencia para la psicología como lo es el autoconcepto. En estas investigaciones se ha observado y medido el autoconcepto, dando a conocer cómo es en las distintas situaciones de la vida y como se ve influenciado por los factores ambientales.

Estos estudios son de gran significación no solo para la psicología sino también para la población en general, ya que se ha determinado el alcance e influencia de la concepción y percepción personal, positiva o negativa en la vida diaria de los sujetos.

Como parte de los estudios guatemaltecos que resaltan la importancia del autoconcepto, Fuentes (2008), en su estudio Autoconcepto en el proceso de adaptación social de los adolescentes, menciona que éste es una parte importante en la vida integral de una persona, ya que una buena concepción y percepción de sí mismo significa salud mental, física y emocional, a largo plazo; lo cual fortalece la personalidad del sujeto y esto trae como resultado un buen desenvolvimiento dentro de un grupo social.

Su objetivo fue determinar la influencia que posee el autoconcepto en los adolescentes para su adaptación social; para lograr ésto aplicó la prueba AUTOPB-96 y el Cuestionario de Adaptación Bell para adolescentes, en donde los resultados obtenidos demostraron que, el autoconcepto si influye en el proceso de

adaptación social, sin embargo menciona que este no es determinante.

Por lo tanto concluye que hay adolescentes que pueden poseer un autoconcepto alto y una adaptación social no satisfactoria y recomienda llevar a cabo un proyecto, para concientizar y transmitir la importancia de una adecuada formación del autoconcepto en los adolescentes; brindando para ello información de los cambios físicos, emocionales y sociales que los mismos presentan en esa etapa de la vida, para que obtengan una mejor adaptación social.

Así como el autoconcepto es parte importante para una buena adaptación social, es primordial conocer que existen diversos factores tanto ambientales como sociales que influyen en su formación, es decir que el entorno y determinados grupos de personas con las que el ser humano se relaciona afectan de forma positiva o negativa en la formación del autoconcepto, uno de esos grupos es la familia.

Castillo (2008), con el fin de determinar la influencia que tiene la familia, en la formación del autoconcepto del niño, realizó un estudio con niños entre las edades de 11 a 14 años cursantes de sexto grado de primaria y sus padres, habitantes del departamento de Quetzaltenango, el cual reveló que tanto los niños como los padres, manejan un buen autoconcepto a nivel general pero en el aspecto emocional, el autoconcepto se encuentra deficiente.

Los padres ejercen una fuerte influencia en la formación del autoconcepto de los hijos, ya que es en la infancia donde se cimientan las bases de éste, para luego dar paso a la pubertad y adolescencia en donde el individuo busca una autoafirmación dentro del propio hogar y ambiente social, concluye. Al mismo tiempo recomienda llevar a cabo un plan psicoterapéutico, como propuesta para contribuir con los padres de familia e hijos para desarrollar un nivel alto en el área del autoconcepto emocional por medio de psicoterapia grupal.

En el estudio realizado por Ceballos (2009), en adolescentes que presentan tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), menciona, que los

TCA han cobrado auge en los últimos años, afectando el área física, intelectual y emocional, de las personas de todos los niveles socioeconómicos.

El estudio fue realizado con estudiantes de sexo femenino de 13 y 18 años de edad, de un Instituto Privado ubicado en la ciudad de Guatemala, en el que se encontró resultados distintos en las tres áreas que investigó.

En las adolescentes identificó que en el autoconcepto social, presentan buenas relaciones sociales; en el área académica resaltan los sentimientos de frustración e insatisfacción con las tareas escolares. En cuanto al autoconcepto familiar, destacan las malas relaciones con la familia nuclear en algunos de los casos y en cuanto al autoconcepto físico indica que éste suele estar influido por el desagrado de su cuerpo. Con todos éstos resultados concluyó que las adolescentes están conscientes de sus habilidades y al mismo tiempo que se exigen cierto grado de perfección en el área académica, social, familiar y física. Recomienda la necesidad de abrir un departamento de orientación para poder ayudar a las adolescentes a mejorar sus relaciones sociales, a tolerar la frustración y manejar el enojo, para ello propone un manual preventivo planteado por la autora y finaliza sugiriendo que las adolescentes estudiadas lleven un proceso terapéutico personal.

Madrigales (2012), en su investigación titulada Autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años, realizada con 50 adolescentes de sexo femenino, cuyo objetivo fue establecer el nivel de autoconcepto que presentan las adolescentes comprendidas entre las edades antes mencionadas, utilizó un instrumento estandarizado que mide las unidades de investigación del autoconcepto en sus contextos social, académico, emocional y familiar, concluyendo que el 42% de la población de adolescentes mujeres de las edades comprendidas entre 14 y 18 años maneja un autoconcepto medio. Recomienda llevar a cabo un programa de prevención.

Por su parte De León (2012), menciona que el trabajo infantil en Guatemala, es uno de los temas centrales en la discusión de la problemática social, pues la cantidad de población trabajadora se acrecienta día con día y señala de que el hecho de que los niños y niñas trabajen no es en sí lo perjudicial de la situación,

sino las condiciones en que se realiza.

La investigación Autoconcepto en niños trabajadores, fue llevada a cabo con el objetivo de determinar el concepto que el niño y niña trabajador tiene sobre sí mismos y los principales factores que lo determinan, para lograr esto, aplicó el test EPAI 95 a una población de 44 niños trabajadores pertenecientes a diversos centros educativos de la organización CEIPA (Centro Ecuménico de Integración Pastoral) de Quetzaltenango, esta organización es una proyección de la Iglesia Episcopal, cuyos programas se orientan hacia la niñez trabajadora, encaminados al cumplimiento de los derechos a la educación, salud y nutrición para los niños, niñas y adolescentes que trabajaban en las calles.

Los resultados obtenidos indican que existe un nivel bajo de autoconcepto en los niños y niñas trabajadores; concluyendo que los niños y niñas trabajadores carecen de un buen autoconcepto y enfatiza la necesidad de comprensión y socialización dentro de las familias, al mismo tiempo recomienda desarrollar actividades sociales, analíticas y reflexivas encaminadas a fortalecer la percepción de sí mismos.

Así como en Guatemala, en el extranjero se han realizado investigaciones sobre el autoconcepto; los estudios son parte fundamental y enriquecedora de los temas expuestos ya que son realizadas en ambientes y con una población diferente. Algunas investigaciones realizadas son publicadas en revistas electrónicas de las universidades, lo que contribuye a que la población se informe y tome en cuenta las conclusiones de los estudiosos.

Amezcuca y Pichardo (2000), en su estudio titulado diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes, profundizaron en el análisis de las diferencias de género existentes entre adolescentes respecto de sus niveles de autoconcepto.

Este trabajo fue realizado adoptando un modelo multidimensional. Para ello utilizaron una muestra de 1235 sujetos (684 hombres y 551 mujeres), cuyas edades oscilaban entre los once y catorce años, estudiantes de sexto primaria y

primer ciclo de la educación secundaria obligatoria (E.S.O.) en siete centros educativos de Granada, España, a quienes les fue evaluado el autoconcepto en las dimensiones académico, emocional, familiar, social, total y global, la percepción de los padres y de los profesores hacia el alumno, por medio de varios instrumentos.

Los resultados obtenidos revelan diferencias significativas entre sexos en tres dimensiones de las nueve evaluadas. Los hombres obtienen mayores niveles de autoconcepto global y emocional, mientras que las mujeres destacan en autoconcepto familiar. Concluyendo en que no existen diferencias significativas de género en autoconcepto social, autoconcepto total, académico general, académico percibido de los padres y académico percibido por los profesores.

Así mismo, De la Cruz, Enciso, Espinoza, Reymundo y Tamayo (2010), indican que existe relación entre personalidad y estrés con el autoconcepto en adolescentes. La investigación titulada Autoconcepto, personalidad y estrés en estudiantes de nivel secundario, fue realizada con una población de 172 alumnos de ambos sexos, cuyas edades eran de 13 y 17 años que cursaban entre segundo y quinto año de educación secundaria en una institución educativa nacional de Lima Perú. Se empleó la Escala de autoconcepto de Mc Daniel Piers, el inventario de personalidad de Eysenck (EPI) y de autovaloración del estrés de Melgoza; los resultados obtenidos muestran que existe correlación entre estrés y autoconcepto, por lo que concluyen que las variables autoconcepto y estrés se encuentran relacionadas de manera fuerte y altamente significativa en estudiantes adolescentes de ambos sexos.

Por su lado Fábrega (2010), en su estudio Autoconcepto en preadolescentes, tenía como objetivo determinar el status sociométrico que ocupan alumnos de 7º grado de una escuela primaria pública, a través del test Sociométrico de J. L. Moreno y la Escala de Autoconcepto Infanto-Juvenil de Piers-Harris. La muestra utilizada estaba conformada por dieciocho preadolescentes (11 varones y 7 mujeres) de 11 y 12 años que cursaban el 7º grado de primaria.

En base a los resultados obtenidos concluye que los preadolescentes rechazados

e ignorados por sus compañeros poseen un autoconcepto bajo en comparación a sus compañeros populares, quienes presentan niveles altos en el autoconcepto. Recomienda desarrollar distintos talleres en donde se trabajen las habilidades sociales, los recursos, las aptitudes, las fortalezas de estos chicos, para que logren el desarrollo y la potenciación de estos aspectos, y a la vez adquieran herramientas valiosas y efectivas, que les sirvan para lograr interrelaciones positivas con sus compañeros y logren una mejor integración social

En otra investigación, Salum, Aguilar y Reyes (2011), realizaron un estudio llamado Relevancia de las dimensiones del autoconcepto en estudiantes de escuelas secundarias de ciudad Victoria, México, con el objetivo de identificar la dimensión de mayor relevancia del modelo teórico de cinco dimensiones: académica, social, emocional, familiar y física, que conforman al autoconcepto general de los estudiantes. Fue realizado con 140 alumnos cursantes del tercer grado, ubicados en 22 Escuelas Secundarias, de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Los alumnos fueron evaluados con el Cuestionario AF5, en donde los resultados obtenidos permitieron sustentar que la dimensión familiar fue la que mejor explicó al autoconcepto general de los estudiantes con una varianza de 39.83%, el autoconcepto social con un 19.77%, el autoconcepto físico un 15.09%, el autoconcepto emocional un 13.67%, mientras que el autoconcepto académico representó un 11.62%.

Se ha observado la importancia de realizar ejercicios físicos no solo para tener una buena salud física, sino también salud psicológica. El ejercicio es esencial no solo realizarlo en una clase de la escuela o colegio, sino también realizarlo fuera de estas instalaciones.

Hernández (2011), estudió el Autoconcepto de niños que realizan una actividad deportiva fuera de la escuela, determinó las diferencias que existen entre la concepción de los niños que practican una actividad deportiva y los niños que no realizan ninguna actividad. Éste fue realizado con 676 niños de primaria, de edades de 9 a 11 años, residentes de distintas colonias de Coyoacán, México, a

quiénes aplicó un cuestionario para conocer la actividad deportiva y una escala para conocer la autopercepción que tiene el niño en distintas áreas, entre ellas el área física, estudiante, amigo, hijo, emocional y moral. Se concluye que los niños que realizan actividad física fuera de las horas de clase tienen un mejor autoconcepto físico en comparación con los niños que no realizan actividad alguna, por lo que recomienda realizar diversos estudios, tanto para medir otras áreas en las que se ve involucrado el autoconcepto; como también estudiar más a fondo la deserción deportiva que encontró por parte de los estudiantes; todo ello para determinar su influencia en el autoconcepto y sus actitudes al realizar una actividad deportiva en edad escolar.

Otras investigaciones, evidencian la magnitud de tener un autoconcepto en buenas condiciones en el transcurso del desarrollo humano, para lograr una buena adaptación social, salud física y salud mental. Los test aplicados en las investigaciones sobre el autoconcepto, miden varias áreas y una de ellas es el área física, es decir si la persona se ve y se siente bien con su cuerpo.

Algunas veces el cuerpo de una persona puede presentar un deterioro o un daño no visible a simple vista para los demás, pero que de alguna forma u otra afecta la percepción física que tiene la persona de sí misma, lo cual la hace sentirse incomoda socialmente, los daños pueden ser el resultado de un golpe sufrido al practicar un deporte, por accidentes, o por un deterioro que surge desde antes del nacimiento, es decir que surge en el transcurso del desarrollo en el feto.

Durante el desarrollo del ser humano una de las primeras partes del cuerpo en desarrollarse es el sistema nervioso central; dentro de los primeros 25 y 28 días de gestación, se forma el tubo neural, la médula espinal y el cerebro; cuando en el tubo neural ocurre un mal desarrollo surge la espina bífida, una malformación congénita que afecta a hombres y mujeres por igual, y para la que no existe cura aún; pero que actualmente hay varias formas de prevenirla.

Por su lado Albores (2004), menciona que la espina bífida es un padecimiento que consiste en una malformación congénita que ocupa el segundo lugar en

malformaciones; en Guatemala esta condición afecta a uno de cada 150 niños nacidos. La investigación fue realizada con el objetivo de definir la espina bífida y los medios para prevenirla a través de un enfoque histórico, efectuada en hombres y mujeres de 18 a 40 años y con médicos especialistas para atender a pacientes con espina bífida. Entre las referencias históricas más relevantes que se encuentran documentadas, la autora menciona una que viene desde la antigüedad, e indica que en esos tiempos la espina bífida fue descrita por los pensadores del imperio romano, Aristóteles e Hipócrates, quienes mencionaron en sus estudios a pacientes que presentaban “una bolsa en la espalda” (p. 47), indica que desde esa época se describían como “anomalías congénitas transmitidas por la madre” (p. 47).

Además de describir las referencias históricas, también describe los tratamientos y los medios para prevenirla, y menciona que el principal medio para prevenir el padecimiento de espina bífida es a través del ácido fólico, señala que toda mujer en edad reproductiva debe ingerirlo, a través de una alimentación balanceada y un control prenatal constante. La investigación, recomienda involucrar al Ministerio de Salud y Educación para realizar una campaña publicitaria con el objetivo de educar a la población en general sobre las características de la espina bífida para contrarrestar la ignorancia existente sobre el tema.

De lo anteriormente expuesto, se puede inferir que tanto a nivel nacional como a nivel internacional, se han realizado investigaciones sobre los temas a tratar en este estudio. La mayoría de los estudios realizados abarca solamente el autoconcepto de algunas enfermedades, o los efectos emocionales que causan la espina bífida, pero no existen estudios que comprendan la percepción que la persona tiene de sí misma con espina bífida, en las distintas áreas que abarca el autoconcepto. Únicamente se cuenta con estudios acerca de los problemas emocionales causados por un efecto secundario de esta condición; y sobre el autoconcepto en adolescentes de una población sin ningún padecimiento físico o con adolescentes con algún otro tipo de discapacidad que no es la espina bífida. Sobre ésta, se conoce por los estudios médicos realizados, todo lo concerniente,

para una completa descripción de la misma.

Sobre el autoconcepto de los adolescentes únicamente se conoce el de algunas muestras, por lo que a nivel psicológico se trabaja con los adolescentes de forma generalizada.

Aún no se ha hecho la suficiente distinción del autoconcepto en las poblaciones que de alguna u otra forma son diferentes a los adolescentes promedio, por lo que se hace necesario conocer si los adolescentes con espina bífida presentan el mismo autoconcepto que los demás; esto para determinar en que áreas el autoconcepto es diferente, con el objetivo de proponer un mayor aporte psicológico que incluya dichos aspectos y poder brindar salud mental para éstos jóvenes.

1.1 Autoconcepto

Definición

Respecto al autoconcepto, Redondo, Galdó y García (2008), mencionan que se puede definir como el conocimiento que una persona tiene de sí misma como ser físico, social y psicológico.

Señalan que el autoconcepto es un conjunto de conceptos y juicios, referidos a uno mismo en diferentes aspectos: corporal, psíquico, conductual, moral y social.

Por otro lado Serrano (2002), indica que el autoconcepto es la capacidad que la persona tiene de responder a la pregunta “¿quién soy yo?”, que es lo específico del hombre, es decir la conciencia de sí mismo.

Señala que se necesita de los otros y la intensa relación social para saber “quiénes somos”, además se necesita de una confrontación casi diaria con la realidad para que el autoconcepto se estructure de una manera verdadera, operativa, flexible y adecuada.

Woolfolk (2006) citó a Hilgard, Arkinson y Arkinson (1979), quienes mencionaron que en psicología el autoconcepto se refiere a “la combinación de ideas,

sentimientos y actitudes que la gente tiene acerca de sí misma” (p. 71), señala que se podría considerar el autoconcepto como los intentos de explicarnos a nosotros mismos, de construir un esquema que organice nuestros sentimientos, impresiones y actitudes acerca de sí mismos, estas autopercepciones varían de una situación a otra y de una fase de la vida a otra. Al mismo tiempo, señala que el autoconcepto es una estructura cognoscitiva, las creencias acerca de quién cree ser “usted”.

Por otro lado Turk (2004), refiere que el autoconcepto es la serie de creencias y actitudes que la persona ha aprendido acerca de sí mismos, es la propia imagen e incluye las creencias positivas como las negativas respecto al valor como personas, capacidad y dignidad. Indica que el autoconcepto es una guía hacia un camino triunfador o perdedor en la vida.

El autoconcepto evoluciona a través de una autoevaluación constante en distintas situaciones, señala Woolfolk (2006); citando a Harter (1998), quien indica que los niños y adolescentes continuamente se preguntan “¿qué tan bien lo estoy haciendo?”, y ponderan las reacciones tanto verbales como no verbales de los individuos importantes para ellos, generalmente son los padres, los miembros de la familia, amigos, compañeros de escuela y profesores, para formular juicios.

Menciona que los niños pequeños suelen valorar el autoconcepto con base a su propia mejoría a lo largo del tiempo.

Por otra parte Turk (2004), indica que el autoconcepto lo forman las personas más importantes en la vida de las personas, es decir los padres, abuelos, hermanos, maestros y amigos; así mismo que un autoconcepto sano se desarrolla cuando las personas que rodean al individuo, lo tratan con dignidad, respeto, cuando lo escuchan, lo valoran y lo aceptan, cuando esto sucede, el individuo aprende a creer en él mismo cuando siente que los demás creen en su mérito y valor como ser humano.

Goñi (1998), referente a la formación y desarrollo del autoconcepto afirma desde una perspectiva cognitiva, que el autoconcepto va incrementando su contenido al paso del desarrollo, indicando que el individuo percibe de sí mismo más rasgos y mejor diferenciados; los que incluyen características físicas como psíquicas y sociales.

El contenido del autoconcepto se hace más comprensivo cuando se ofrece a los ojos del individuo una imagen más objetiva y realista de sí mismo, además se va produciendo una abstracción progresiva, que va de la autopercepción de los aspectos concretos a los generales.

Goñi (1998) cita a L'Ecuyer (Oñate, 1989), quien sintetizando otras aportaciones describió la evolución del Yo en seis fases.

- a) La primera desde 0 y 2 años, titulada como “la emergencia del Yo”, y comprende la formación de la imagen corporal, esto al dar por entendido que la percepción del Yo se deriva de la percepción del propio cuerpo.
- b) La segunda de 2 a 5 años, y es “la afirmación del Yo”, en la que se construyen bases reales del autoconcepto, es un proceso seguido a través del desarrollo del lenguaje y del uso del Yo y del Mí, en base a los efectos de la interacción social.
- c) La siguiente fase está entre los 5 y los 12 años, en la cual se produce la llamada “expansión del Yo” que coincide generalmente con el contacto de las experiencias escolares, la percepción y adaptación de nuevas formas de evaluar las competencias y aptitudes, así como de los nuevos intereses.
- d) La cuarta fase, va desde los 12 a los 18 años, titulada “la diferenciación del Yo”, en la que predomina la imagen corporal y la precisión en las diferenciaciones aparecidas durante la adolescencia. En esta se producen modificaciones en la autoestima, revisándose la propia identidad, aumentando la autonomía personal y dando lugar a nuevas percepciones del Yo, así como a nuevas ideologías.
- e) La penúltima fase se encuentra entre los 20 y 60 años, y se desarrolla “la Madurez del Yo”, algunos psicólogos interpretan esta fase como una

meseta en la evolución de la persona, y para otros es una etapa propicia para los cambios abundantes.

- f) La última fase se encuentra en edades de 60 y 100 años, en la que el “Yo longevo intensifica el declive general”, y deriva en un autoconcepto negativo, siendo también negativa la imagen corporal, debido a la disminución de las capacidades físicas. Se produce una pérdida de identidad, acompañada de baja autoestima y descenso de las conductas sociales. (p. 62-63)

Es probable señala el autor, que unos aspectos del autoconcepto cambien más que otros e incluso que algunos no cambien en absoluto.

1.1.1 Características del Autoconcepto

Musitu, García y Gutiérrez (1996), citan a Shavelson quien distinguió entre una autoestima académica y otra no-académica, indican que los componentes emocionales, sociales y físicos conforman el apartado no académico; así también señalan que los cuatro componentes de Shavelson (emocionales, sociales, físicos y académicos) representan el nivel secundario, considerándolo como “una posible representación de la organización jerárquica del autoconcepto”. (p. 2)

Musitu et al. (1996), hacen referencia a que en la cima de esta jerarquía se encuentra el autoconcepto global, éste dependerá de los componentes secundarios que estarán determinados por otros componentes de orden inferior, que representarán competencias más específicas.

Consideran que son siete las características fundamentales en la definición del autoconcepto global. Señalan que el autoconcepto puede considerarse como: organizado, multifacético, jerárquico, estable, experimental, valorativo y diferenciable.

Organizado

Una característica del autoconcepto, es que está organizado o estructurado. La gran diversidad de experiencias de un individuo constituyen las fuentes de datos sobre las que basa sus propias percepciones, para reducir la complejidad y multiplicidad de estas experiencias, una persona las cifra en formas más simples o categorías. Los sistemas particulares de categorización adoptados por el individuo, son en cierto modo un reflejo de su cultura particular. Las categorías representan una manera de organizar las propias experiencias y de darles significado.

Multifacético

Es la segunda característica. Las áreas en particular reflejan el sistema de categorización adoptado por un individuo concreto y/o compartido por grupos. El sistema de categorización incluye el colegio, la aceptación social, el atractivo físico y la habilidad, entre otros.

Jerárquico

Un tercer rasgo o característica es que la estructura multifacética del autoconcepto pudiera ser jerárquica en una dimensión de generalidad, es decir las distintas facetas del autoconcepto pueden formar una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, situado en la base de la jerarquía, hasta las percepciones generales, situadas en lo alto de la jerarquía.

Estable

Una cuarta característica es que el autoconcepto general es “estable”, sin embargo a medida que se desciende en la jerarquía del autoconcepto, éste va dependiendo cada vez más de situaciones específicas y así llega a ser menos estable. Además, los cambios en los niveles más bajos de la jerarquía están probablemente atenuados por los niveles más altos, haciendo al autoconcepto más resistente al cambio.

Para modificar la percepción general se requieren cambios en las situaciones específicas, en ocasiones con pocos nexos con el autoconcepto general.

Experimental

La quinta característica del autoconcepto es su aspecto experimental.

Los niños tienden a no diferenciarse de su medio ambiente; la diferenciación del Yo con el medio ambiente se inicia y desarrolla a medida que maduran y aprenden.

Las percepciones de los niños son globales, no diferenciados y de situación específica, a medida que los niños van construyendo conceptos, como los representados por las palabras “Yo” y “a mí”, también construyen conceptos para categorizar eventos y situaciones.

Valorativo

El carácter evaluativo corresponde a la sexta característica del autoconcepto; no solamente desarrolla el individuo una descripción particular o clase de situaciones, sino que también hace valoraciones de sí mismo en esas situaciones. Las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, tales como el “ideal” al que gustaría llegar y pueden hacerse comparándose patrones relativos, tales como

observaciones o valoraciones percibidas de otros significativos. La dimensión evaluativa varía en importancia y significación según los individuos y también según situaciones. Esta situación diferencial de la importancia de las distintas dimensiones evaluativas, probablemente depende de la experiencia pasada del individuo en una cultura particular, en una sociedad particular, etc.

Diferenciable

El autoconcepto es diferenciable de otros constructos, con los cuales está teóricamente relacionado. Según los autores en la séptima y última característica del autoconcepto, la concepción se haya influida por experiencias específicas. Por consiguiente, cuanto más íntimamente relacionado esté el autoconcepto con esas situaciones, mayor será la relación. (Musitu, García y Gutiérrez, 1996, pp. 2-5)

1.1.2 Factores que determinan el autoconcepto

Mingote y Requena (2008), indican cuatro factores que determinan las concepciones y percepciones de la persona.

La actitud o motivación

Es el motor de las acciones, la tendencia a reaccionar frente a situaciones tras evaluarlas positivas o negativas, es la causa que impulsa a la persona a actuar, por lo que es importante que la persona se plantee los porqués de sus acciones, para no dejarse llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.

El esquema corporal

Supone la idea que la persona tiene de su cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas y los sentimientos que se mantengan hacia sí mismos.

Las aptitudes

Son las capacidades que posee una persona para realizar algo de forma correcta, así también son las competencias que desarrolla a lo largo de la vida y que constituyen el saber hacer.

Valoración externa

Es la consideración o apreciación que hacen las demás personas hacia alguien más, los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, entre otros. (Mingote y Requena 2008 p.428)

1.1.3 Dimensiones del Autoconcepto

García y Musitu (2009) engloban el autoconcepto en 5 dimensiones:

Autoconcepto académico / laboral

Hace referencia a la percepción que la persona tiene de la calidad del desempeño de su rol como estudiante y como trabajador.

Autoconcepto social

Es la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales.

Autoconcepto emocional

Es la percepción del sujeto, de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana.

El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional y la segunda a situaciones más específicas, donde la persona implicada es de un rango superior.

Autoconcepto familiar

Se refiere a la concepción que tiene el individuo de su implicación, participación e integración en el medio familiar.

Autoconcepto físico

Hace alusión a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. (García y Musitu, 2009, pp. 19-20)

1.1.4 Diferencias de autoconcepto según el sexo

Carmena, Cerdan, Ferrandis y Vera (1989), mencionan que entre las diferencias psicológicas, que existen entre los sexos, se encuentra el autoconcepto.

Señalan que los hombres parecen sentir más confianza en situaciones de solución de problemas además de presentar un autoconcepto que incluye sentimientos de

gran eficacia personal. Así mismo los hombres dan menos muestra de indefensión aprendida que las mujeres.

En cuanto a la autoimagen de los hombres, mencionan que incluyen sentimientos de ser capaces de controlar o manipular el mundo externo, y se describen a sí mismos como más poderosos, ambiciosos y enérgicos que las mujeres, estas autodescripciones de los hombres, también incluyen conceptos de eficacia, iniciativa, gestión e instrumentalidad; todo esto es reflejo de un autoconcepto en el que la potencia y el dominio son componentes importantes.

Por el contrario las mujeres, se describen a sí mismas como más generosas, sensibles, consideradas, cuidadosas e interesadas por los otros; en el autoconcepto de las mujeres, resaltan más las relaciones interpersonales, la comunicación, la conservación de los valores sociales, la conservación de las relaciones humanas y la expresividad, con disminución de la competición y el dominio, señala Carmena et al. (p. 344).

1.1.5 Diferencia entre Autoconcepto y Autoestima

García y Musitu (2009), señalan que la delimitación conceptual del autoconcepto y de la autoestima no es clara, hasta el punto que ambos conceptos se utilizan indistintamente para referirse al conocimiento que el ser humano tiene de sí mismo. Citan a Shavelson, Hubner y Stanton (1976), quienes señalan que las afirmaciones descriptivas y evaluativas acerca de uno mismo se relacionan empíricamente, así también señalan que Watkins y Dhawan (1989) afirman que el autoconcepto y la autoestima se pueden diferenciar nítidamente.

La falta de claridad en la delimitación puede atribuirse a que gran parte de la investigación relativa al autoconcepto se ha refugiado en los aspectos evaluativos.

García et al. (2009), indican que varios autores coinciden en que el término autoconcepto incluye autodescripciones abstractas que se pueden diferenciar, al menos teóricamente, de las reflexiones sobre la autoestima, puesto que no implican necesariamente juicios de valor.

Así también citan a Musitu, Román y Gracia (1988), quienes indican que el término autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que son susceptibles de valoración y subjetivación.

El sujeto se autovalora según unas cualidades que provienen de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas indican García et al. (2009), además señalan que el concepto de autoestima se presenta como una conclusión final del proceso de autoevaluación; el sujeto tiene de sí mismo un concepto, si después pasa a autoevaluarse e integra valores importantes, se valora más o menos, es decir se infra o sobrevalora, por lo que tiene un nivel concreto de autoestima, por lo tanto la autoestima es el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo.

Citan también a Rosenberg (1979), quien señala que el autoconcepto es el producto de esta actividad reflexiva.

Es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como ser físico, social y espiritual; es “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto”

1.2 Espina Bífida

Definición

La International Federation for Spina Bifida and Hydrocephalus (IFSBH) (s.f.), menciona que éste es un defecto del tubo neural que se produce dentro de las primeras cuatro semanas del embarazo. El tubo neural es un canal estrecho que debe plegarse y cerrarse durante la tercera y cuarta semana del embarazo, para formar el cerebro y la médula espinal, de no ser así, da lugar a un daño permanente a la médula espinal y el sistema nervioso.

Señalan que los recién nacidos con espina bífida pueden tener una lesión abierta

en su columna vertebral, que produce un daño significativo a los nervios y la médula espinal.

Ricard y Martínez (2005), indican que “la mayoría de los defectos ocurren en el área lumbar inferior o sacra de la espalda”, es decir las áreas más bajas (p. 202).

Menciona que hay dos tipos de Espina Bífida:

- Espina Bífida Oculta y
- Espina Bífida Quística

Espina Bífida Oculta

Este tipo de espina bífida es una apertura en una o más vértebras de la columna espinal, sin ningún daño aparente a la médula espinal, es el tipo menos grave, señalan Ricardet al.

Al respecto la IFSBH (s.f.), explica que es una forma leve de espina bífida en la cual la médula espinal y las estructuras circundantes permanecen dentro del cuerpo, es decir no hay herniación ni desplazamiento de las meninges, pero los huesos de la espalda en la zona baja no se forman normalmente. Puede haber un parche peludo, un hoyuelo, o una marca de nacimiento sobre el área del defecto, otras veces, puede que no haya anomalías en la zona.

Por otro lado, de forma concreta Hübner, Ramírez y Nazer (2005), indican que en esta forma los arcos vertebrales no se han fusionado, además no hay herniación de las meninges y está cubierta de piel sana.

Hübner et al. (2005) refiriéndose a la frecuencia de este tipo, mencionan “que se presenta como hallazgo en el 10% de las personas aparentemente normales”, y esta se localiza en las vértebras L5 y S1. (p. 107)

Espina Bífida Quística

Ricard et al. (2005), mencionan que es el tipo más grave, la lesión suele apreciarse como un abultamiento, en forma de quiste, en la zona de la espalda afectada. Se distinguen varios tipos:

Lipomeningocele

La espina bífida lipomeningocele o lipomielomeningocele, para Hübner et al. (2005), es una forma más compleja de espina bífida oculta, y no quística.

Este síndrome, se manifiesta en distintas edades con trastornos sensitivos y motores en las extremidades, como trastornos de la función vesical rectal, con frecuencia se aprecian defectos en los pies, del tipo de “pie bot” o similares.

Del mismo modo, señalan que el tratamiento para este padecimiento es quirúrgico, no necesariamente en la edad de lactante mayor o preescolar, la reparación quirúrgica es compleja y la posibilidad de reanclaje medular en estos casos es alta por lo que puede requerir nuevas intervenciones en el futuro.

Meningocele

Para Ricard et al. (2005), este tipo de espina bífida genera una bolsa meníngea que contiene líquido cefalorraquídeo, este tipo tiene consecuencias menos graves, tanto en las funciones motoras como en las urinarias.

Las meninges o cobertura protectora que rodea la médula espinal se han salido a través de una abertura en las vértebras, a un saco llamado “meningocele”. Las cubiertas o meninges de la médula espinal forman una protuberancia fuera de la columna vertebral, si no hay nervios en esta bolsa, son pocos los problemas asociados con este defecto, uno de los problemas que sufriría el paciente serían presentar problemas en el control urinario, refieren Ricard et al.

Por otro lado Hübner et al. (2005), mencionan que este tipo de herniación de las meninges es a través de un defecto óseo de la columna, en este tipo de espina bífida quística no se ve comprometida la médula espinal ni las raíces nerviosas.

El manejo médico que describen, es el quirúrgico, al igual que en la espina bífida occulta, y señalan que este tratamiento consiste en la reparación del defecto dural y muscular, con reposición en el canal raquídeo de las raíces nerviosas que con frecuencia se alojan en el saco herniado, y sobre el pronóstico de este caso mencionan que es excelente, ya que las personas con este tipo de espina bífida, mantienen una función neurológica normal.

Mielomeningocele

Esta es la forma más grave de espina bífida, señalan Ricard et al. (2005), en la cual una porción de la médula espinal sobresale a través de la espalda, además de contener el líquido cefalorraquídeo, el abultamiento contiene médula espinal y raíces raquídeas.

Ricard et al., también señalan que es la afectación más grave que comporta múltiples secuelas en los aparatos locomotor, urinario y digestivo, y mientras más cerca de la cabeza se encuentre la lesión, más graves son sus efectos; comúnmente viene acompañada de hidrocefalia.

Por otra parte Hübner et al. (2005), mencionan que este es el defecto de cierre del tubo neural más frecuente y clínicamente más severo, caracterizado por el compromiso del tejido nervioso de la médula espinal, sus raíces nerviosas, el hueso de la columna vertebral y los tejidos blandos que la cubren, piel y tejido subcutáneo.

Mencionan que la ubicación más frecuente de esta herniación es en la región lumbar, la que puede ser única o presentarse dos o tres simultáneamente a diferentes alturas de la columna.

Este tipo de espina bífida requiere intervención quirúrgica en los primeros días de vida, según Ricard et al. (2005), esto con el fin de evitar la infección y el deterioro de la médula y el tejido nervioso.

1.2.1 Causas

Referente a esto, la International Federation for Spina Bifida and Hydrocephalus (IFSBH) (s.f), argumenta que la causa exacta de la espina bífida se desconoce, aún no se ha descubierto qué interrumpe el cierre completo del tubo neural, causante del desarrollo de una malformación.

Mencionan que los científicos sospechan que la causa se debe a múltiples factores, entre estos los factores genéticos, nutricionales y ambientales.

Los estudios indican que la ingesta insuficiente de ácido fólico, la vitamina B común en la dieta de la madre, es un factor clave en la causa de espina bífida y otros defectos del tubo neural. Las vitaminas prenatales que se prescriben para la mujer embarazada típicamente contienen ácido fólico, así como otras vitaminas.

Ricard et al. (2005), por otro lado, coinciden en que la etiología se encuentra en el déficit de folatos (forma aniónica del ácido fólico) en el organismo de la madre en los momentos previos o inmediatamente posteriores a producirse el embarazo.

Al igual que la IFSBH, Ricard et al., están de acuerdo en que los factores genéticos predispondrían a un mayor riesgo de padecer espina bífida, si un niño nace con mielomeningocele, los siguientes hijos de esa familia, corren un riesgo más alto que el resto de la población en general de presentar dicha condición.

Los factores que podrían determinar el desarrollo de esta malformación por inducir un descenso en las reservas de folatos según Ricard et al., son:

- a. Medicamentos antiepilépticos
- b. Productos para la psoriasis o el acné
- c. Tratamiento con hormonas sexuales
- d. Ingesta de alcohol o drogas

- e. Dieta pobre en folatos u oligoelementos o hipertermia

Además de estos factores, existe una serie de factores adicionales, denominados factores de riesgo, los cuales son:

- a. Edad materna (se ve frecuentemente en madres adolescentes)
- b. Antecedentes de aborto anterior
- c. Orden del nacimiento (los primogénitos tienen un riesgo más alto)
- d. Estado socioeconómico (los niños nacidos en familias con nivel socioeconómico más bajo tienen un riesgo superior para desarrollar esta enfermedad)

Además de estos factores, en el Manual de Fisioterapia, Neurología, pediatría y fisioterapia respiratoria (2004), están incluidos factores ambientales exógenos (localización geográfica) y “el factor de riesgo de más peso”, la previa existencia de familiares afectados. (p. 334)

1.2.2 Efectos

Las señales nerviosas recorren la médula espinal, llevando la información entre el cerebro y cada una de las partes del cuerpo, señala Llorden (s.f.), cuando en un bebé la médula espinal no está formada completamente, no es posible enviar ni recibir señales de las partes del cuerpo que se encuentran más abajo del lugar en donde aparece la espina bífida, lo que da como resultado que algunos sistemas del cuerpo no puedan funcionar adecuadamente.

Existen tres áreas principales donde se presentan funciones anormales, señala Llorden, que son: el sistema nervioso central, el sistema urológico y el sistema músculo esquelético.

En la médula espinal, Llorden señala que la espina bífida afecta todo el sistema nervioso (el cerebro y la medula espinal), menciona que en el punto en donde

aparece la malformación se interrumpe el paso normal de las señales o impulsos nerviosos del cerebro a los nervios que van y vienen al resto del cuerpo, la persona que sufre de espina bífida no puede controlar los músculos que están controlados por los nervios afectados y generalmente tampoco hay sensación en la piel más debajo de la deformación.

Por otra parte menciona que algunos individuos pueden tener función muscular parcial o ciertas áreas de la piel en donde hay sensación más abajo del nivel donde se encuentra la malformación de la espina bífida. Esto se conoce como normalidad en la función o una función normal.

Llorden (s.f.), indica que prácticamente todos los individuos que nacen con espina bífida, también presentan anormalidades en el desarrollo del cerebro, en la mayoría de los bebés que sufren de espina bífida tipo mielomeningocele, se puede detectar la hidrocefalia por medio de pruebas de ultrasonido prenatales.

En cuanto a la vejiga y los riñones, Llorden menciona que los esfínteres están inervados por los nervios sacros (S2-S3-S4); por ello, la mayoría de los niños con espina bífida tienen incontinencia vesical y anal, la espina bífida mielomeningocele conlleva siempre una alteración funcional del tracto urinario, que con frecuencia afecta a la función renal, puede ser un problema en la retención urinaria y la incontinencia, en cuanto a la retención, se da por consecuencia de un mal vaciado vesical por falta de eficacia de la vejiga y/o por mala relajación del esfínter vesical y la incontinencia se debe al fallo del cierre uretral durante el llenado vesical y/o de la actividad anormal de la vejiga, esto supone un problema social grave que en la adolescencia suele acarrear una limitación de la integración en la sociedad.

Tanto la incontinencia como la retención vesical se tienen que controlar para evitar infecciones del tracto urinario y lesiones en los riñones indica Llorden (s.f.), para la incontinencia, el niño pequeño lleva un absorbente o pañal y cuando es mayor suele utilizar un colector, algunos niños utilizan una sonda permanente y otros una

derivación urinaria instaurada quirúrgicamente.

En la retención urinaria, la utilización del sondaje previene el reflujo, cuando el niño es pequeño, los padres realizan esta técnica y más adelante suele ser el mismo quien realiza el autosondaje.

Respecto a la solución de las alteraciones del aparato urinario y sus consecuencias Llorden, menciona que esto aportará al paciente no solo un mejor pronóstico desde el punto de vista orgánico y de calidad de vida, sino también una mejor integración social, escolar, laboral y familiar.

1.3 Adolescencia.

Gispert (2001), ve la adolescencia como una etapa en la que se agudizan los cambios, señalan algunos estudios sobre la misma, en donde las concepciones de los adultos sobre este período y las representaciones de los adolescentes han establecido a esta etapa, como un momento afectado por cambios biológicos, cognitivos y afectivos, que la convierten en una época tormentosa y difícil.

Sin embargo, en la actualidad la conflictividad propia de esta etapa no se ve igual que en décadas atrás, como ejemplo Gispert cita a Stanley Hall (s.f), quien escribió sobre las crisis de la adolescencia, guiado por la visión del conflicto de los años setenta.

Menciona que la concepción más actual es la que “la adolescencia no tiene por qué ser considerada como una etapa especialmente conflictiva” (p. 322); este enfoque se inspira en las aportaciones de la antropología cultural, que extienden su visión a la forma en la que viven los jóvenes de otras culturas, en su diferentes etapas de edad, muestran que el conflicto generacional no es una categoría social universal.

Señala que es posible encontrar adolescentes para quienes el período que están viviendo constituye un auténtico drama por la oposición que encuentran en los adultos a sus afanes de autonomía, mientras que para otros es una de las épocas más felices de su vida, ya que adquieren un grado de independencia y de comunicación con los adultos que antes no tenían.

Además indica que esta es una etapa de desequilibrio y tensión, concepción adquirida de los planteamientos realizados por el psicoanálisis, que ve a la adolescencia como una etapa de angustia y tensión y es por eso que es propensa a los desajustes psicológicos, mencionan que la causa de este estado se encuentra en el hecho que la adolescencia es la época del desarrollo de la fisiología sexual, que se caracteriza por la primacía del erotismo genital, lo que conlleva que se atravesase por un proceso de regresión, en la medida en la que se están reviviendo los conflictos edípicos infantiles, la forma de enfrentarse con esto, sea mediante la necesidad de resolverlos con una mayor independencia de los progenitores y un cambio en los lazos afectivos.

Gispert (2001), cita a Coleman (s.f.), como uno de los autores que más ha tratado la temática de la adolescencia, y menciona que sostiene que lo que origina estos desajustes es el brote de las pulsiones que tiene lugar durante la pubertad, por lo que consideran que se deshace el equilibrio psíquico alcanzado a finales de la infancia, lo cual ocasiona una conmoción interna y da a lugar a una vulnerabilidad de la personalidad.

Indica que la edad de inicio de la adolescencia se sitúa en la del inicio de la pubertad (8 y 12 años), pero no está claro el momento en que termina, aunque exponen que esta etapa finaliza cuando el individuo encuentra y acepta su propia identidad dentro de la sociedad adulta.

1.3.1 Principales teorías sobre la adolescencia.

Teoría consistente en la dinámica del desarrollo adolescente, Anna Freud

En lo que se refiere al trabajo realizado por Anna Freud; Malena (2009), menciona que ella se dedicó al estudio del período de la pubertad y su influencia en la estructuración del carácter, logrando profundizar la interpretación de la dinámica del desarrollo del adolescente. Anna Freud, investigó sobre el período de la niñez y la pubertad, teniendo en cuenta las relaciones del Yo, del Ello y del Superyó;

además creía que las funciones sexuales tienen una influencia psicológica directa en la personalidad y provoca un desequilibrio psíquico, produciendo en los adolescentes conflictos internos.

Según Malena (2009), el desequilibrio que produce los cambios de la adolescencia, incrementan las tendencias agresivas, la inclinación por el desorden, la suciedad y el exhibicionismo, indica que para Ana Freud en el comienzo de la pubertad, aparece un segundo Complejo de Edipo que provoca el mismo miedo que en el primero, es decir miedo a la castración en los varones y envidia del pene en las mujeres.

Anna Freud suponía que un equilibrio armonioso entre el Ello, el Yo y el Superyó es posible y lo demuestran la mayoría de los adolescentes normales, concluye en que los factores que influyen en los conflictos de la adolescencia son: las fuerzas de los impulsos instintivos determinados por procesos orgánicos, la capacidad del Yo para superar esas fuerzas o ceder ante ellas, dependiendo de esta disyuntiva del carácter y del Superyó, así como de la eficacia de los mecanismos de defensa del Yo, señala Malena.

Teoría de la Personalidad de Sigmund Freud

Sigmund Freud (1856 -1939) fundó el movimiento psicoanalítico, creador de la teoría psicosexual, que fue el primer acercamiento que señaló la importancia de la experiencia temprana para el desarrollo posterior (Berk 1999) (p.19).

Brennan (1999), referente a los estudios realizados por Sigmund Freud, menciona que él daba gran importancia al desarrollo del niño, porque aseguraba que los trastornos neuróticos que manifestaban los pacientes adultos, tenían su origen en experiencias infantiles. Así mismo señala que éste distinguió las etapas psicosexuales que se caracterizan por sus diferentes fuentes de gratificación determinadas por el principio del placer.

Boeree (1998) al igual que Brennan, indica que Sigmund Freud observó que en distintas etapas de la vida, hay partes de la piel que dan mayor placer, estas áreas fueron llamadas zonas erógenas.

Brennan (1999), señala que cada etapa del desarrollo psicosexual tiende a localizar la fuente principal de gratificación en determinada zona erógena; Sigmund Freud vio que los infantes obtenían placer a través de chupar, especialmente del pecho, un poco más tarde en la vida, el niño concentra su atención al placer anal de retener y expulsar, alrededor de los tres o cuatro años, el niño descubre el placer de tocarse sus genitales.

Más tarde, en la madurez sexual, experimenta un gran placer en las relaciones sexuales, además indica que Sigmund Freud se basó en estas observaciones postulando su teoría de los estadios psicosexuales, menciona Boeree.

Por su parte Aiken (2003), señala que Sigmund Freud creía que la personalidad humana se desarrolla a través de las etapas psicosexuales, las cuales definió así:

- La primera es la etapa oral, la cual se establece desde el nacimiento hasta alrededor de los 18 meses, y esta etapa finaliza hasta el año y medio de edad; los autores Boeree y Aiken concuerdan en que el foco del placer está, en la estimulación de la boca y labios, y las actividades favoritas del niño son chupar, morder y tragar.
- La siguiente es la etapa anal; Boeree (1998), señala que ocurre entre los 18 meses hasta los tres o cuatro años de edad y el foco del placer es el ano. Aiken, por su lado indica que el interés y el conflicto, en ésta etapa, se centra en la retención y expulsión de las heces, se da un pronunciado negativismo durante la etapa.
- Pasada la etapa anal se establece la etapa fálica, desde los tres hasta los siete años, la fuente primaria de gratificación son los genitales, durante ésta

etapa, se enfatiza el frotarse, tocarse y exhibirse, además se desarrolla el complejo de edipo, que consta de sentimientos sexuales hacia la madre y el disgusto hacia el padre, en niños varones de seis años de edad; en las niñas es disgusto con la madre por el amor del padre y es conocido como complejo de Electra.

- Al cabo de la etapa fálica, el niño entra en un periodo de latencia asexual que dura hasta la pubertad. Para que un niño prosiguiera con su desarrollo psicosexual, Sigmund Freud sostenía que después de la etapa fálica, en el período de latencia, el complejo de Edipo debe ser resuelto o reprimido, señala Aiken (2003).
- La última pero no menos importante es la etapa genital, Boeree, señala que empieza en la pubertad y representa el resurgimiento de la pulsión sexual en la adolescencia, dirigida más específicamente hacia las relaciones sexuales.

Por su parte Boeree (1998), concluye en que estas etapas constituyen una teoría de períodos que la mayoría de freudianos siguen al pie de la letra, por su contenido y las edades que comprenden.

Por su lado Aiken (2003), menciona que Freud fue uno de los primeros teóricos en reconocer que la privación y el conflicto en la niñez pueden tener efectos persistentes en la personalidad.

Además señala que la teoría de las etapas psicosexuales sostiene que la frustración y el conflicto en una etapa, afectan la estructura del carácter adulto, ocasionando una fijación o una regresión. Una fijación es un fracaso en el progreso psicosexual que va más allá de una etapa particular, y una regresión es un regreso parcial o completo a un patrón de conducta típico de una etapa anterior del desarrollo.

Teoría psicosocial de Erik Erikson

Erik Erikson (1902-1994), uno de los seguidores de Sigmund Freud que amplió la teoría psicoanalítica, enfatizando los resultados psicosociales del desarrollo.

Berk (1999), menciona que Erik Erikson es un neo-freudiano, creador de la teoría psicosocial, que resalta que las experiencias sociales de cada etapa freudiana no solo conducen a un Yo que media entre los impulsos del Ello y las demandas del Superyó, sino que también es una fuerza positiva en desarrollo. (p. 21)

Berk (1999), indica que Erik Erikson en su teoría psicosocial, enfatizó que las experiencias sociales de cada etapa freudiana no solo conducen a un Yo sitiado que media entre los impulsos del Ello y las demandas del Superyó, el Yo también es una fuerza positiva en el desarrollo. (p. 21)

En cada etapa, Berk, manifiesta que el individuo adquiere actitudes y habilidades que lo convierten en un miembro de la sociedad activo, y que las cinco primeras etapas de Erik Erikson son semejantes a las etapas de Sigmund Freud, pero éste no consideró importante limitar las tareas del desarrollo a la niñez, ya que para él éstas ocurrían a lo largo de toda la vida.

Berk, cita que Erikson enfatiza en su teoría los resultados psicosociales del desarrollo y que en cada etapa psicosexual, se resuelve un conflicto psicológico; si el resultado es positivo, el individuo adquiere actitudes y habilidades que le permiten contribuir de forma constructiva a la sociedad.

Las etapas psicosociales de la teoría del desarrollo de Erik Erikson que menciona Berk (1999) son:

Confianza básica versus desconfianza

Inicia desde el nacimiento hasta el año, en esta etapa los bebés obtienen un sentimiento de confianza, de que el mundo es bueno, esto si han sido

cuidados cálidamente y con interés

Autonomía versus vergüenza o duda

Empieza desde el año hasta los 3 años, en ésta etapa al tener los niños nuevas habilidades mentales y motoras, ya quieren elegir y decidir por ellos mismos. La autonomía es fomentada cuando los padres permiten una elección libre y no fuerzan o avergüenzan al niño.

Iniciativa versus culpabilidad

La tercera etapa de Erikson va desde los 3 hasta los 6 años, en esta etapa los niños experimentan con la clase de persona que pueden llegar a ser. La iniciativa es un sentido de ambición y responsabilidad, que se desarrolla cuando los padres apoyan el nuevo sentimiento de intención y dirección de su hijo; el peligro aparece cuando los padres piden demasiado autocontrol, lo que conlleva a desarrollar demasiada culpabilidad.

Laboriosidad versus Inferioridad

Comprende desde los 6 hasta los 11 años, es la etapa en la que el niño comienza a ir al colegio; en ésta etapa los niños desarrollan la capacidad para trabajar y cooperar con otros. La inferioridad se desarrolla cuando las experiencias negativas de la casa, la escuela, o con sus iguales conducen a sentimientos de incompetencia e inferioridad.

Identidad versus difusión de la identidad

Esta etapa comprende el período de la adolescencia, de los 13 a 20 años. El adolescente intenta responder a preguntas como: ¿quién soy? y ¿cuál es mi lugar en la sociedad?, en este periodo los valores elegidos y las metas

vocacionales, conllevan a una identidad personal duradera. Cuando el resultado es negativo, ocurre una confusión sobre los roles adultos futuros.

Intimidad versus aislamiento

Acontece en el período de la adultez temprana, de los 20 a los 35. En ésta etapa la gente joven se esfuerza por establecer lazos íntimos, debido a engaños anteriores, algunos individuos no pueden formar relaciones íntimas por lo que prefieren mantenerse aislados de los demás.

Creatividad versus estancamiento

Esta etapa se observa en la adultez media, de los 35 a los 60 años, se desarrolla la creatividad la cual significa dar a la generación siguiente, a través de la educación del niño, cuidar a otra persona, o trabajar productivamente. La persona que fracasa en este terreno, siente ausencia de un logro significativo.

Integridad del yo versus desesperación

Acontece en el período de la vejez, aproximadamente a los 60 años, hasta la muerte, en esta etapa final, los individuos reflejan el tipo de persona que han sido; la integridad resulta del sentimiento que ha valido la pena vivir la vida del modo en el que la han vivido. Las personas mayores que no están satisfechas con sus vidas, tienen miedo a la muerte. (Berk, 1999, p. 22)

Para finalizar Berk, cita que Erik Erikson señaló que el desarrollo normal debe ser entendido con relación a la forma de vivir única de cada cultura.

Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980), psicólogo y filósofo suizo, contribuyó al desarrollo de la teoría cognitiva del niño.

Berk (1999), menciona que la teoría comprensiva del desarrollo cognitivo de Piaget los niños construyen activamente el conocimiento mientras exploran el mundo, y este desarrollo tiene lugar en etapas.

Señala que el conocimiento que Jean Piaget tenía sobre biología, influyó en su perspectiva del desarrollo.

En la teoría de Jean Piaget, los niños atraviesan cuatro etapas de desarrollo, caracterizadas por maneras de pensar cualitativamente distintas.

Las etapas del desarrollo cognitivo de Piaget son:

Etapas Sensoriomotora

Inicia en el nacimiento hasta los 2 años, en este período los niños piensan actuar sobre el mundo con sus ojos, oídos y manos, dando como resultado, inventar maneras de resolver problemas sensoriomotores, como pulsar una palanca, para escuchar una caja de música, encontrar juguetes escondidos y poner objetos dentro y fuera de recipientes.

Etapas Preoperacional

Va desde los 2 a los 7 años, en esta etapa los niños preescolares utilizan símbolos para representar sus descubrimientos sensoriomotores anteriores; aparece el lenguaje y el juego de simulación, pero el pensamiento carece de las cualidades lógicas de las dos etapas siguientes.

Etapa Operacional Concreta

Inicia a los 7 años hasta los 11 años, en este período el razonamiento de los niños es lógico, los niños en edad escolar entienden que una cierta cantidad de agua o plastilina permanece igual, incluso después de que su apariencia cambie.

En esta etapa también organizan objetos en jerarquías de clases y subclases, sin embargo el pensamiento no es abstracto, como el del adulto.

Etapa Operacional formal

Se establece desde los 11 años en adelante, la capacidad de abstracción permite a los adolescentes razonar con símbolos que no se refieren a objetos en el mundo real, como matemáticas avanzadas, también pueden pensar sobre todos los posibles resultados del problema científico, no solo los más obvios. (Berk, 1999, pp. 27 y 28).

Berk añade que en la etapa sensoriomotora, el desarrollo cognitivo comienza con el uso de los sentidos y los movimientos para explorar el mundo, estos patrones de acción se desarrollan en el pensamiento simbólico, pero ilógico en el preescolar de la etapa pre-operacional. En la etapa operacional concreta, la cognición se transforma en un razonamiento más organizado del niño en edad escolar y en la etapa operacional formal, el pensamiento se convierte en el sistema de razonamiento complejo y abstracto del adolescente y del adulto.

II. Planteamiento del problema

Durante el desarrollo, el ser humano va adquiriendo habilidades, conocimientos y nuevas relaciones sociales, además de una percepción y concepción de sí mismo, a ésta se le conoce como autoconcepto.

La percepción e interpretación que un niño, un adolescente y un adulto tienen de sí mismo es distinta, debido a los cambios físicos, psicológicos y emocionales que conllevan las distintas etapas de la vida por las que atraviesa el ser humano; los estudiosos de la psicología del desarrollo señalan que la etapa más tormentosa y difícil es la adolescencia, tanto para el adolescente como para las personas que se encuentran a su alrededor.

Durante esta etapa se continúa tanto con el desarrollo físico como con el psicológico, es decir su cuerpo adquiere diversos cambios, lo que involucra una autopercepción diferente de sí mismo y esto hace que se sienta bien o no con él y con los demás.

Es fundamental que el autoconcepto se encuentre en niveles adecuados para el buen funcionamiento de la persona en los diferentes ambientes en los que interactúa. Esto quiere decir que se debe sentir bien emocionalmente, con su físico, en casa con su familia, con sus amigos y en la escuela con los maestros y con el trabajo que desempeña, cuando esto no ocurre el autoconcepto se ve afectado, por lo que la percepción cambia de positiva a negativa.

Un adolescente se preocupa por verse y sentirse bien, creando un autoconcepto físico en buenas condiciones, pero algunas veces este se ve afectado, provocando que el autoconcepto se torne bajo, en la actualidad no importa la edad, status socioeconómico, género u origen, para que una gran mayoría de personas sufran de diversas enfermedades, ya sean crónicas o terminales, así como las ocasionadas por malformaciones congénitas, que de alguna u otra forma impiden la realización de las labores diarias, o necesidades fundamentales y las personas Guatemaltecas no son la excepción.

La espina bífida es un defecto del tubo neural (DTN) que transcurre generalmente durante el primer mes de embarazo, provocando problemas en la médula espinal, en las membranas que la recubren y en el cerebro.

No hay cura específica para dicha malformación, pero, si tratamientos, los que pueden incluir cirugía, medicinas y fisioterapia. Actualmente en investigaciones realizadas por Molina y Rodríguez (2008), “la espina bífida se considera que es una de las discapacidades más graves detrás de la parálisis cerebral, es decir es la segunda causa de discapacidad física en la infancia”.

Algunas clases de esta condición traen efectos secundarios para las personas que la padecen, vistos como crisis propias de este padecimiento y que afectan la forma de relacionarse, de interactuar y de percibir. Los adolescentes que tienen espina bífida, además de experimentar las crisis del desarrollo, sufren las crisis de la enfermedad. Por lo tanto se considera que afecta la forma en la que el joven se ve en ese momento, e influye la forma de sentirse tanto con el mismo como con los demás; desconociéndose así mismo la existencia o no de una diferenciación en cuanto a la autoimagen entre jóvenes de diferente sexo. Es por eso que en el presente estudio se pretendió conocer y analizar ¿cómo es el autoconcepto en estos jóvenes y si hay diferencia o no en el autoconcepto de los adolescentes de ambos sexos con espina bífida, que oscilan en las edades de 12 a 18 años?

2.1 Objetivos

Objetivo General

Conocer el autoconcepto de adolescentes de ambos sexos con espina bífida de las edades de 12 a 18 años de la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida.

Objetivos Específicos

- Medir el autoconcepto de los adolescentes con espina bífida comprendidos en las edades de 12 a 18 años, de la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida de la ciudad de Guatemala.
- Identificar si existe diferencia en el autoconcepto en adolescentes hombres y adolescentes mujeres.
- [Elaborar una guía con actividades para trabajar autoconcepto, en sus distintas dimensiones.](#)

2.2 Hipótesis

Hi: Hay diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres con espina bífida. $p < .05$

Ho: No hay diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres con espina bífida. $p > .05$

2.3 Definición de Las Variables

- Autoconcepto

2.3.1 Definición Conceptual

- **Autoconcepto**

Riso (2009) menciona que para la terapia cognitiva, el término autoconcepto suele referirse a la representación interna del yo. Es visto como un mosaico de las auto-representaciones que los individuos utilizan dentro de diversos dominios de vida, tales como la familia, el trabajo, la vida social y la recreación. El autoconcepto sería un término que incluiría los distintos autoesquemas.

2.3.2 Definición Operacional

Autoconcepto

La variable de estudio se operacionalizará por medio de la prueba psicométrica AF- 5, la cual mide el concepto de sí mismo en 5 áreas que son: Académica, social, emocional, familiar y física, en niños desde quinto de primaria hasta adultos.

2.4 Alcances y Límites

Con esta investigación se pretendió obtener información de adolescentes de una institución que trabaja con pacientes que padecen de espina bífida.

El estudio se realizó con el objeto de determinar cómo es y si hay diferencia o no en el autoconcepto de los adolescentes, hombres y mujeres.

Los adolescentes fueron los que asisten a tratamiento fisioterapéutico, pertenecientes a los departamentos de Guatemala, por lo tanto los resultados encontrados serán válidos únicamente para la muestra estudiada.

La institución seleccionada con la población que se encontró en el momento de hacer la investigación es la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida.

Una limitante es que se trabajó únicamente un porcentaje de la población adolescente que sufre espina bífida de ésta institución, ya que los sujetos son voluntarios.

2.5 Aporte

Se pretendió con está investigación enfatizar en la necesidad de la formación del autoconcepto apropiado en los adolescentes que padecen de espina bífida, para que tanto ellos como en la población guatemalteca en general conozca la

importancia y los beneficios que éste proporciona cuando se encuentra en niveles apropiados.

Así mismo determinar si existe una diferencia significativa en el autoconcepto de los adolescentes del sexo masculino y del femenino, para contribuir con la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida; ya que si éste es bajo, se planteará un programa para mejorarlo con una orientación psicológica.

La investigación pretendió al mismo tiempo aportar una guía, que apoye el fortalecimiento del autoconcepto de los jóvenes adolescentes que padecen esta condición; en la cual se incluya información sobre la importancia de contar con una autopercepción en condiciones adecuadas.

Este estudio también pretende servir de base para futuras investigaciones, en el área de psicología para colaborar en la salud mental de la población guatemalteca.

III. Método

3.1 Sujetos

El estudio se realizó en una institución dedicada a brindar fisioterapia a personas con espina bífida, ubicada en la zona 9 de la ciudad de Guatemala, con sujetos adolescentes, que asisten al tratamiento fisioterapéutico, entre las edades comprendidas de 12 a 18 años de sexo femenino y masculino, con un nivel socioeconómico medio.

Los sujetos de análisis para ésta investigación, será la población adolescente que voluntariamente acceda a participar en el estudio.

Tabla No. 1: Características de los sujetos voluntarios en el estudio.

| Sujeto | Edad | Sexo | Grado |
|---------------|-------------|-------------|-------------------------|
| 1 | 12 | Femenino | Sexto Primaria |
| 2 | 13 | Femenino | Quinto Primaria |
| 3 | 18 | Femenino | No estudia actualmente |
| 4 | 12 | Masculino | Tercero primaria |
| 5 | 16 | Masculino | Cuarto Bachillerato |
| 6 | 16 | Masculino | No estudia actualmente |
| 7 | 18 | Masculino | Quinto (Carrera) |
| 8 | 18 | Masculino | Actualmente trabajando. |

3.2 Instrumento

Se utilizó la prueba AF-5, AUTOCONCEPTO FORMA 5 de García y Musitu (2009), la cual fue diseñada y estandarizada en España en 1999, por los autores, para medir el autoconcepto de la población general. La validación del instrumento original se realizó en una muestra de 6.483 sujetos españoles de ambos sexos, 2859 varones y 3624 mujeres, con un rango de edad entre 10 y 62 años de edad.

La Escala consta de 30 ítems, expresados de manera comprensible para distintas edades y formaciones. Su aplicación puede ser individual o colectiva, y se puede evaluar a niños desde quinto primaria hasta adultos, el tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos aproximadamente.

Los ítems deben ser respondidos mediante un puntaje que va desde 1 a 99, de acuerdo a si la persona está o no de acuerdo con el enunciado planteado.

La prueba mide el autoconcepto en áreas, compuesta cada una por seis ítems, los que puntúan en dirección del autoconcepto positivo, que permite obtener el nivel total de autoconcepto sumando las puntuaciones directas de las cinco áreas.

Las áreas son:

- a) Autoconcepto académico/profesional
- b) Autoconcepto social
- c) Autoconcepto emocional
- d) Autoconcepto familiar
- e) Autoconcepto físico

3.3 Procedimiento

Para la realización de esta investigación se siguieron los siguientes pasos:

- Se solicitó permiso a las instituciones para realizar la investigación.
- Se acordó con la institución los días en los que se aplicaría el test de autoconcepto a los adolescentes, de acuerdo a los criterios establecidos para la muestra de estudio.
- Se administraron los test a los adolescentes voluntarios, en las instalaciones de la institución, en pequeños grupos de tres.
- Se calificó el AF-5 a través de las normas indicadas en el test.
- Se cuantificaron los resultados para la tabulación del mismo y respectivo procedimiento.
- Se analizaron los datos obtenidos en la realización de esta investigación.

- Se sugirieron recomendaciones y conclusiones acordes a los resultados obtenidos.
- Se elaboró un informe final del trabajo de investigación.
- Se diseñó un guía en la cual se incluye información sobre la importancia de contar con una autopercepción en condiciones adecuadas, para la institución beneficiada.

3.4 Tipo de Investigación

Se utilizó una investigación de tipo descriptiva que según Achaerandio (2001), examina sistemáticamente y analiza la conducta humana, personal y social en condiciones naturales y en distintos ámbitos. Abarca todo tipo de datos científicos recolectados, con el orden y tabulación de ellos, así como la interpretación.

Éste tipo de investigación busca la resolución de algún problema, alcanzar una meta del conocimiento, esclarecer lo que se necesita alcanzar y alertar sobre los medios o vías para alcanzar esas metas u objetivos. Comienza con el estudio y análisis de la situación presente.

3.4.1 Diseño de investigación

Hernández, Fernández y Baptista (2004), mencionan que los estudios transeccionales descriptivos, presentan un panorama de estado de una o más variables, en uno o más grupos, y que en ciertas ocasiones el investigador pretende realizar descripciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores. En el presente estudio se comparó el autoconcepto de los adolescentes hombres con el de mujeres, por lo que el tipo de diseño es de comparación de medias.(p. 288)

3.5 Metodología Estadística:

Para el siguiente estudio se siguieron los siguientes pasos para establecer si hay diferencia en el autoconcepto de los adolescentes.

1. Planteamiento de Hipótesis

Hi= Hay diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres con espina bífida.

Ho= No hay diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres con espina bífida

2. Establecer el nivel de confianza

Nc= 95%= 0.95

3. Prueba t de Student

Se realizó la prueba de t de Student para comprobar las hipótesis, Hernández et al., mencionan que la prueba t es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa a sus medias. (p. 539).

Para saber si el valor t es significativo, se aplicó la fórmula y se calcularon los grados de libertad, Hernández et al., mencionan que la prueba t se basa en una distribución muestral o poblacional de diferencia de medias, esta distribución se identifica con los grados de libertad, los cuales constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente, nos indican qué valor debemos esperar de t, dependiendo de los grupos que se comparan. (p. 540)

Pasos para llevar a cabo el nivel de medición de la variable de comparación.

1. Encontrar grados de libertad ó t crítica (tcrit.)

$$t_{crit} = (N1 + N2) - 2$$

2. Encontrar Error estándar de la Diferencia

$$\sigma_{dif} = \sqrt{\left(\frac{N_1 * S_1^2 + N_2 * S_2^2}{(N_1 + N_2) - 2}\right) * \left(\left(\frac{1}{N_1}\right) + \left(\frac{1}{N_2}\right)\right)}$$

3. Encontrar t observada (tob)

$$tob = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma_{dif}}$$

En Donde:

t = valor estadístico de la prueba t de Student.

\bar{x}_1 = valor promedio del grupo 1.

\bar{x}_2 = valor promedio del grupo 2.

s = desviación estándar.

σ_{dif} = Error estándar de la Diferencia

N_1 = tamaño de la muestra del grupo 1.

N_2 = tamaño de la muestra del grupo 2. (Psicología para estudiantes, s.f.)

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, tras la aplicación del test Autoconcepto Forma 5 (AF5) de García y Musitu (2009), a los adolescentes que asisten a la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, en la ciudad de Guatemala. Dichos resultados están distribuidos por género y área del autoconcepto.

Los resultados fueron agrupados y tabulados, haciendo uso del programa de procesamiento de datos de Microsoft Office Excel: mac 2008.

| TABLA No. 1: Autoconcepto Académico /Laboral | | | |
|---|----------------|-------------------|----------------|
| No. Sujeto | Mujeres | No. Sujeto | Hombres |
| 1 | 45 | 4 | 99 |
| 2 | 40 | 5 | 50 |
| 3 | 95 | 6 | 80 |
| | | 7 | 30 |
| | | 8 | 85 |

La tabla indica que de la muestra voluntaria, en su mayoría el autoconcepto académico/laboral de los varones no se ve afectado, es decir que la percepción que tienen de la calidad del desempeño de su rol, ya sea como estudiante o como trabajador es buena. Por el contrario de las mujeres evaluadas, predomina el puntaje bajo en ésta dimensión, lo cual indica que presentan una mala percepción hacia su desempeño en este ambiente.

| TABLA No. 2: Autoconcepto Social | | | |
|---|----------------|-------------------|----------------|
| No. Sujeto | Mujeres | No. Sujeto | Hombres |
| 1 | 93 | 4 | 70 |
| 2 | 95 | 5 | 50 |
| 3 | 35 | 6 | 60 |
| | | 7 | 99 |
| | | 8 | 85 |

La tabla anterior señala que en su gran mayoría tanto hombres como mujeres, tienen una buena percepción de su desempeño en las redes sociales, es decir que son capaces de crear una red social y tienen la facilidad para mantenerla y ampliarla. Los adolescentes que obtienen una puntuación media y baja, muestran dificultad a la hora de desempeñarse socialmente.

| TABLA No. 1: Autoconcepto Emocional | | | |
|--|----------------|-------------------|----------------|
| No. Sujeto | Mujeres | No. Sujeto | Hombres |
| 1 | 95 | 4 | 5 |
| 2 | 99 | 5 | 50 |
| 3 | 50 | 6 | 55 |
| | | 7 | 10 |
| | | 8 | 15 |

En los resultados obtenidos en el área emocional, podemos observar que en su mayoría la muestra presenta un autoconcepto emocional en rango de medio a bajo, es decir que la mayoría no tiene control de las situaciones y emociones que experimentan, por lo que responden de forma inadecuada y con nerviosismo a las situaciones a las que se enfrentan.

| TABLA No. 1: Autoconcepto Familiar | | | |
|---|----------------|-------------------|----------------|
| No. Sujeto | Mujeres | No. Sujeto | Hombres |
| 1 | 25 | 4 | 40 |
| 2 | 30 | 5 | 95 |
| 3 | 25 | 6 | 99 |
| | | 7 | 85 |
| | | 8 | 60 |

Podemos inferir en la tabla anterior que los adolescentes varones presentan un mejor autoconcepto familiar; es decir que la percepción que tienen de su implicación, participación e integración en el medio familiar es adecuada, por lo tanto presentan confianza y afecto hacía sus padres, así mismo se sienten felices en sus familias y están consientes de que sus familiares les ayudarían cuando lo necesitasen; al contrario de las mujeres, las cuales no presentan dicha percepción.

| TABLA No. 1: Autoconcepto Físico | | | |
|---|----------------|-------------------|----------------|
| No. Sujeto | Mujeres | No. Sujeto | Hombres |
| 1 | 30 | 4 | 99 |
| 2 | 97 | 5 | 70 |
| 3 | 70 | 6 | 97 |
| | | 7 | 95 |
| | | 8 | 85 |

La mayoría de los adolescentes practican uno o dos deportes, lo cual contribuye a que en su mayoría los adolescentes presenten un autoconcepto físico alto.

El autoconcepto alto quiere decir que los adolescentes se perciben físicamente agradables, se cuidan físicamente y que éstos adolescentes practican el deporte adecuadamente y lo realizan con éxito.

De los resultados anteriores se obtuvieron las tablas de distribución de frecuencias y datos estadísticos con lo que se realizó el análisis que sustenta el presente estudio.

Para efectos de este estudio se realizó una distinción por sexos y se indica que el grupo No. 1 está conformado por mujeres y el grupo No. 2 por hombres.

| TABLA No. 6: Datos descriptivos del autoconcepto de hombres | | | | | |
|---|-----------------------|--------|-----------|----------|--------|
| Estadístico | Académico/ laboral | Social | Emocional | Familiar | Físico |
| N | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Media | 63.2 | 74.6 | 29.5 | 78.2 | 88.7 |
| Varianza | 1269.2 | 16572 | 440 | 466.56 | 100.71 |
| Desviación estándar | 35.62 | 40.71 | 20.89 | 21.60 | 10.03 |
| Rango | 9 | 8 | 10 | 9 | 7 |
| Máximo | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 |
| Mínimo | 30 | 40 | 10 | 40 | 50 |

| TABLA No. 7: Datos descriptivos del autoconcepto de mujeres | | | | | |
|---|-----------------------|--------|-----------|----------|--------|
| Estadístico | Académico/ laboral | Social | Emocional | Familiar | Físico |
| N | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Media | 62.83 | 76.17 | 82.83 | 32.83 | 88.7 |
| Varianza | 689.4 | 688.4 | 556.2 | 22.4 | 821.8 |
| Desviación estándar | 26.3 | 26.2 | 23.6 | 4.7 | 28.7 |
| Rango | 10 | 10 | 10 | 10 | 8 |
| Máximo | 95 | 95 | 95 | 94 | 98 |
| Mínimo | 15 | 15 | 15 | 15 | 50 |

Las tablas N° 6 y N° 7 muestran los datos estadísticos descriptivos, por sexo y áreas del autoconcepto.

Los datos estadísticos anteriores permitieron la aplicación de la prueba t de Student, lo cual indica que se planteen las hipótesis.

Las hipótesis planteadas indican lo siguiente:

H1: Hay diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres con espina bífida.

Ho: No hay diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres con espina bífida.

Estadísticamente se presentan de la siguiente forma:

Hipótesis

H1 = $\mu_1 \neq \mu_2$

Ho = $\mu_1 = \mu_2$

Se estableció el nivel de confianza del 95% equivalente al 0.95

Nivel de confianza = 95% = 0.95

Al mismo tiempo el procedimiento señala que se proceda a buscar la t crítica que se comprobará con la t observada; permitiendo comprobar o no las hipótesis.

Grados de libertad o t crítica

tcrit = $(N_1 + N_2) - 2$

tcrit = $(3 + 5) - 2$

tcrit = 6

Para encontrar t observada se procedió a encontrar el error estándar de la diferencia, por área con la siguiente fórmula.

$$\sigma_{dif} = \sqrt{\left(\frac{N_1 * S_1^2 + N_2 * S_2^2}{(N_1 + N_2) - 2}\right) * \left(\left(\frac{1}{N_1}\right) + \left(\frac{1}{N_2}\right)\right)}$$

| TABLA No. 8: Error estándar de la diferencia | | | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Autoconcepto académico/ laboral | Autoconcepto Social | Autoconcepto Emocional | Autoconcepto Familiar | Autoconcepto Físico |
| 27.27 | 30.23 | 18.49 | 14.56 | 16.2 |

La tabla anterior señala los resultados del error estándar de la diferencia, presentando diferentes resultados en las 5 áreas del autoconcepto.

Se procedió a buscar las t observadas por área, utilizando la formula siguiente.

$$t_{ob} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma_{dif}}$$

| TABLA No. 9: Resultados de t observada | | | | |
|--|---------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| Autoconcepto académico/laboral | Autoconcepto Social | Autoconcepto Emocional | Autoconcepto Familiar | Autoconcepto Físico |
| -0.1 | 0.052 | 2.88 | -3.12 | -1.4 |

La tabla anterior señala los resultados de t observada, haciendo la respectiva comparación con el resultado obtenido en t crítica el cual es de 6, se puede decir que **tob < tcrit**, (tob es menor que tcrit).

Esto indica que por los resultados obtenidos en t observada, correspondientes al autoconcepto por área de los adolescentes asociados a la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, es menor a t crítica, lo que permite aceptar la hipótesis nula, con un nivel de confianza del 95%, indicando que no hay diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres con espina bífida.

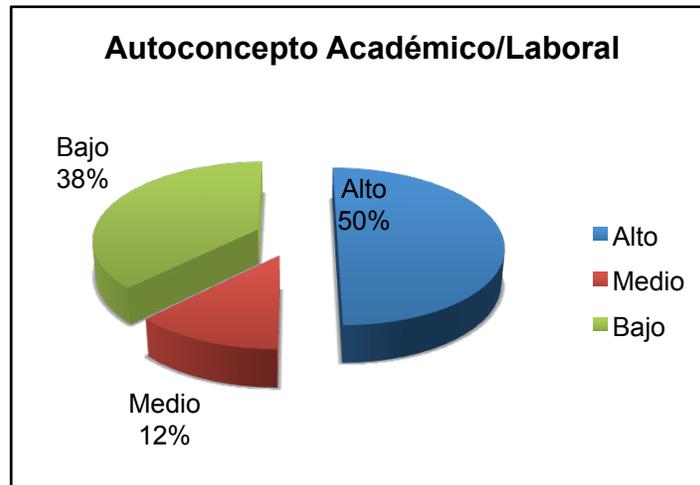
Los puntajes obtenidos por cada adolescente fueron en sí trascendentales para la presente investigación, es por eso que a continuación se incluye un cuadro con los puntajes obtenidos en el test de Autoconcepto por cada sujeto.

| Tabla No. 10 Puntajes del test de Autoconcepto obtenidos por sujeto | | | | | |
|---|----------------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| Sujeto | Autoconcepto Académico / Laboral | Autoconcepto Social | Autoconcepto Emocional | Autoconcepto Familiar | Autoconcepto Físico |
| 1 | 45 | 93 | 95 | 25 | 30 |
| 2 | 40 | 95 | 99 | 30 | 97 |
| 3 | 95 | 35 | 50 | 25 | 70 |
| 4 | 99 | 70 | 05 | 40 | 99 |
| 5 | 50 | 50 | 50 | 95 | 70 |
| 6 | 80 | 60 | 55 | 99 | 97 |
| 7 | 30 | 99 | 10 | 85 | 95 |
| 8 | 85 | 85 | 15 | 60 | 85 |

La tabla anterior indica los puntajes obtenidos por los adolescentes con espina bífida de la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, en el test de autoconcepto AF5, en las distintas dimensiones que presenta el test, en donde se observan puntajes bajos, medios y altos en cada dimensión.

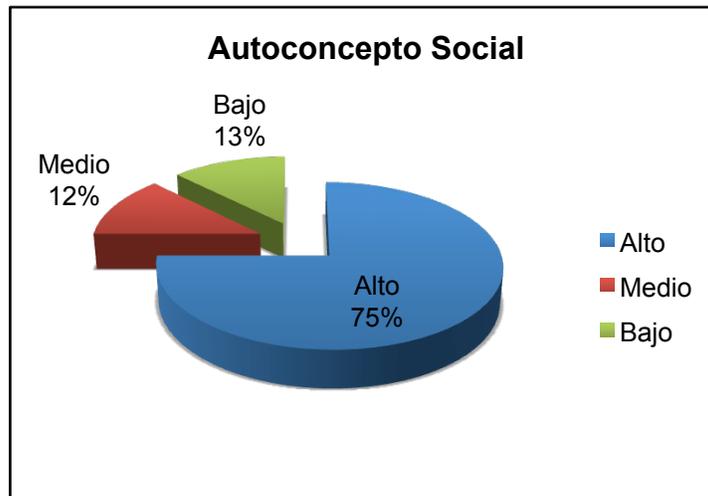
Para finalizar se obtuvo el porcentaje representativo al nivel de autoconcepto.

GRÁFICA No. 1: Porcentaje de autoconcepto académico/ laboral



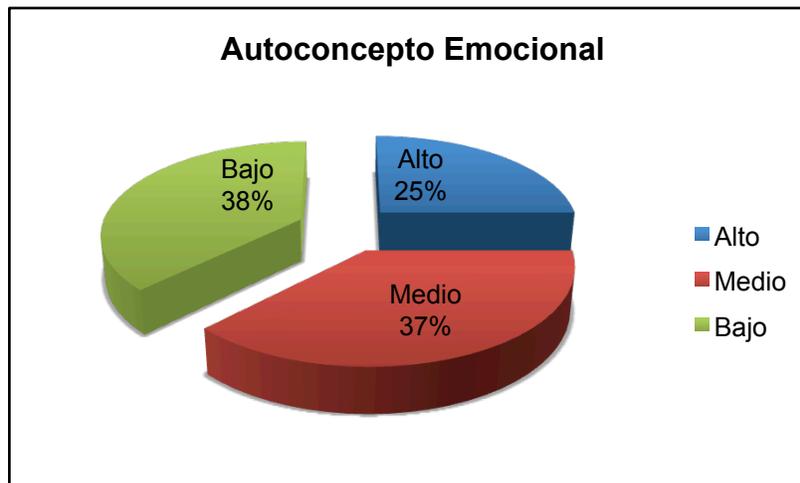
La gráfica anterior indica que el 50% de los adolescentes poseen un autoconcepto académico/ laboral alto, mientras que el 12% y 38% tienen un autoconcepto medio y bajo, respectivamente.

GRÁFICA No. 2: Porcentaje de autoconcepto social



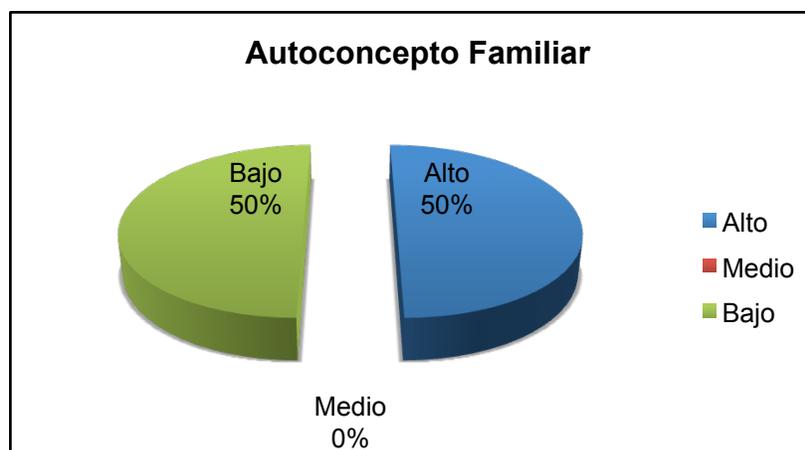
En los resultados del autoconcepto social podemos observar que el 75% de los adolescentes con espina bífida cuentan con una percepción alta, mientras el 12% con una percepción media y el 13% con un autoconcepto bajo.

GRÁFICA No.3: Porcentaje de autoconcepto emocional



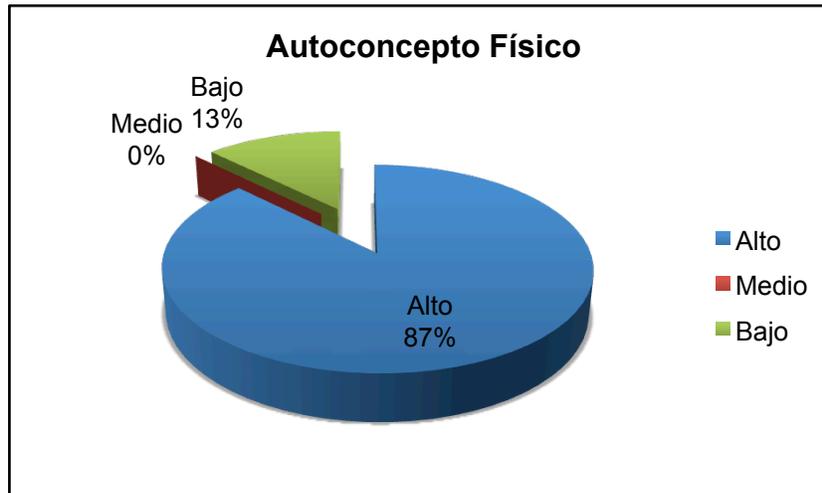
En lo que se refiere a autoconcepto emocional, se puede observar en la gráfica que un 25% de adolescentes con espina bífida posee esta percepción en niveles altos, mientras 37% y 38% de la población, lo poseen en niveles medio y bajo respectivamente.

GRÁFICA No. 4: Porcentaje de autoconcepto familiar



Los porcentajes en el autoconcepto familiar indican que el 50% de la población adolescente posee un autoconcepto alto mientras el otro 50% de la población tienen un autoconcepto bajo.

GRÁFICA No. 5: Porcentaje de autoconcepto físico



Los resultados en el autoconcepto físico indican que el 87% de la población adolescente con espina bífida presenta un nivel alto de su percepción en esta área y sólo un 13% poseen está en niveles bajos.

V. Discusión de Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo principal la evaluación de adolescentes hombres y mujeres, que asisten a la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, en la ciudad de Guatemala y que de forma voluntaria accedieron a participar en el estudio para conocer cómo es el autoconcepto en éstos jóvenes y conocer si existe una diferencia en este sentido en los adolescentes de ambos sexos con espina bífida, que oscilan en las edades de 12 a 18 años.

El autoconcepto, que Redondo, Galdó y García (2008), definen como el conocimiento que una persona tiene de sí mismo en los aspectos físico, social y psicológico. Se puede observar a través de 5 áreas: el autoconcepto académico laboral, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico.

La muestra estuvo conformada por el 62% de sujetos adolescentes del sexo masculino y el 38% de sujetos adolescentes del sexo femenino; los datos obtenidos en las pruebas demuestran resultados diferentes para cada uno de ellos.

El autoconcepto en el ambiente académico/laboral se refiere a la percepción, sentimientos y valoración de cualidades específicas que el sujeto tiene para el contexto académico o laboral.

En el trabajo de campo y los resultados obtenidos, se hizo notorio que los adolescentes con espina bífida, debido a esta condición han tenido que abandonar los estudios, dedicarse al trabajo o irse a otros países a realizarse exámenes médicos o han tenido que estudiar en casa; por lo que en las adolescentes se observa que tienden a ser perfeccionistas en su trabajo y estudio, presentan malos sentimientos acerca de su trabajo en la escuela, así como también sienten que los educadores perciben su desempeño de forma negativa; de igual manera se encontró éste resultado en 2 de los 5 varones.

El autoconcepto social, para García y Musitu (2009), es la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales, influyendo las experiencias, sentimientos y actitudes que tienen los adolescentes en este ámbito. Ésta definición la indican en el test aplicado a estos adolescentes, gracias a esta prueba, se pudieron obtener los resultados del trabajo de campo que indican que el 75% de los adolescentes presentan una buena percepción de sí mismos socialmente; tomando en cuenta las investigaciones anteriores realizadas en Guatemala; como la de Ceballos (2009), en la que evaluó el autoconcepto en adolescentes que presentan tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de sexo femenino de 13 y 18 años de edad, indicando que en lo que se refiere al autoconcepto social presentan buenas relaciones sociales; encontrándose que ésta condición es igual en su mayoría en los adolescentes que padecen de espina bífida.

Así mismo Ceballos (2009), refiere que en el autoconcepto familiar de las adolescentes, destacan las malas relaciones con la familia nuclear; ahora bien en éste estudio se logró concluir que en su mayoría, los adolescentes con espina bífida, el 50% presenta una percepción adecuada de su participación e integración en el medio familiar.

En el estudio realizado por Madrigales (2012), quien evaluó el autoconcepto en adolescentes de sexo femenino entre las edades de 14 a 18 años de Fundaniñas, Mazatenango, con el afán de establecer el nivel de autoconcepto que presentan las adolescentes, concluye que las adolescentes presentan un autoconcepto medio, debido a los resultados obtenidos en la prueba, que mide el autoconcepto social, académico, emocional y familiar.

Al igual que la prueba que aplicó Madrigales (2012), el AF5 de García y Musitu (2009), también evalúa el área emocional, en donde las jornadas de estudio reflejaron que en los adolescentes con espina bífida evaluados, el 38% presenta un autoconcepto emocional bajo, lo que indica que su estado emocional y sus respuestas hacia situaciones específicas, no son las adecuadas; además evalúa el

autoconcepto físico. Los resultados encontrados en los adolescentes con este padecimiento demuestran que el 87% presenta un autoconcepto físico en buenas condiciones, indicándonos que los adolescentes perciben de forma adecuada tanto su aspecto físico como su condición física. Es importante destacar que la mayoría de los adolescentes practican deportes como la natación o el tenis, entre otros, lo cual contribuye a aumentar su autoconcepto de una buena percepción física. Mientras que Ceballos (2009) en su estudio, señala que las adolescentes con Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), presentaron un autoconcepto físico bajo.

Los resultados del estudio estadístico para comparar el autoconcepto de hombres y mujeres adolescentes con espina bífida, demuestran que no hay ninguna diferencia, por lo que se ha rechazado la hipótesis nula.

Al observar los resultados que obtuvieron Ceballos (2009) y Madrigales (2012), en sus estudios realizados a diferentes poblaciones adolescentes, se puede deducir que no hay diferencia en el autoconcepto de los adolescentes que tienen espina bífida; los estudios guatemaltecos anteriormente citados concluyen que los adolescentes presentan un nivel medio probablemente debido a que diferentes áreas del autoconcepto se ve afectada para cada sujeto, así también se puede inferir que los adolescentes con espina bífida, presentan un autoconcepto en donde se ve afectado en unas áreas o dimensiones más que otras, tanto para hombres como para mujeres.

Así mismo, estos autores señalan la importancia de implementar programas, talleres, o abrir departamentos de orientación enfocados al fortalecimiento del autoconcepto en los adolescentes, ya que cuando se logra fortalecer la percepción que tienen de sí mismas las personas, se obtienen mejores resultados en las distintas actividades y entornos en los que se desenvuelven.

Finalmente en base a la necesidad del fortalecimiento del autoconcepto en sus diversas áreas, se diseñó una guía para el fortalecimiento del autoconcepto, como

una herramienta, con el objeto de ser implementada por los padres de los adolescentes asociados a la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida.

VI. Conclusiones

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye lo siguiente:

- La percepción que los adolescentes con espina bífida tienen sobre la calidad del desempeño de su rol, ya sea como estudiante o como trabajador, se encuentra afectada en un 50% de la población adolescente voluntaria y el otro 50% presenta un autoconcepto en buenas condiciones en el área académico/laboral.
- En el autoconcepto social, el 75% de los adolescentes presentan una percepción adecuada de su desempeño al relacionarse socialmente, es decir cuentan con la facilidad para crear, mantener y ampliar su red social, así como también poseen cualidades que los impulsa a relacionarse de forma adecuada; probablemente se califican como alegres y amigables, entre otras.
- El 75% de la población adolescente se observa con un puntaje de medio a bajo en la percepción que tienen de su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas; esto significa que no tienen control de situaciones y emociones, por lo que responden de forma inadecuada y con nerviosismo a los diferentes momentos que atraviesan en su vida, lo contrario sucede con el otro 25% de la población.
- En el autoconcepto familiar, el 50% de los adolescentes tienen una percepción buena acerca de su implicación, participación e integración en el ámbito familiar; ésto se refiere a que los adolescentes en su mayoría varones tienen confianza y afecto hacía sus padres, se sienten felices en sus familias y están concientes de que recibirán apoyo por parte de ellos cuando la requieran y necesiten; mientras que el otro 50% presentan un autoconcepto familiar bajo, es decir no presentan dicha percepción.

- La mayoría de adolescentes asisten a lugares en donde puedan practicar un deporte a su elección, lo cual contribuye a que el 87% de la población presente un autoconcepto físico en buenas condiciones, indicando que los sujetos se perciben físicamente agradables, se cuidan físicamente y practican con éxito el deporte.
- Se concluye que el autoconcepto en los adolescentes con espina bífida asociados a la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida de la ciudad de Guatemala, no se diferencia según el género, debido a que no presenta una diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de hombres y mujeres.
- Tras obtener los procesos numéricos obtenidos por cada adolescente en el test de Autoconcepto AF5, se puede concluir que todos presentan un autoconcepto de medio a bajo.

VII. Recomendaciones

- Se recomienda la implementación de la guía propuesta por la presente investigación, con el fin de fortalecer el autoconcepto de los adolescentes con espina bífida.
- Fortalecer el autoconcepto del área educativa para los adolescentes que estudian y laboral para los adolescentes que trabajan, realizando las actividades que les traen agrado y de las que no, disfrutarlas igual.
- Trabajar el área social, motivando a los adolescentes para que se involucren en actividades sociales de su agrado, en donde se tome en cuenta su participación, se involucren con más jóvenes de sus edades y puedan dar un aporte positivo a la sociedad guatemalteca.
- Por medio de “premios”, tanto emocionales como una felicitación y materiales como un chocolate o dulce, reforzar cada vez que se haya obtenido un logro personal que se tenga al día, esto con el objetivo de fortalecer a la persona emocionalmente, se recomienda realizarlo todos los días.
- Realizar actividades en familia en donde se tome en cuenta las opiniones y decisiones del adolescente, para fortalecer la percepción que tiene de su participación e implicación en el medio familiar.
- Programar actividades que impliquen deporte, tanto en familia, amigos o en la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, para promover una salud emocional y salud y bienestar físico.
- Que los padres o tutores tomen el liderazgo para realizar las actividades propuestas en familia, para contribuir y mejorar la salud mental en la familia.

- Involucrar a padres de familia o tutores en talleres de autoconcepto, con el objeto de hacerlos partícipes de la necesidad e importancia de contar con un autoconcepto en buenas condiciones.
- Recibir orientación psicológica, con la psicóloga de la Asociación o en un lugar de preferencia para contar con una salud mental en buenas condiciones.
- Continuar con las investigaciones acerca del autoconcepto en centros especializados en atender a adolescentes con algún padecimiento.

VIII. Referencias Bibliográficas

Achaerandio, L. (2001), *Iniciación a la práctica de la investigación*, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación* (11 a. Ed.). México, México: Pearson Educación.

Albores, N. (2004). *La espina bífida y los medios para prevenirla a través de un enfoque histórico*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Amezcuca, J., y Pichardo, M. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes, *Anales de la Psicología*, 16 (2), 207-214. Recuperado de. <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/7961/1/Diferencias%20de%20genero%20en%20autoconcepto%20en%20sujetos%20adolescentes.pdf>

Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente* (4 a. Ed.). Madrid, España: Prentice Hall Iberia.

Boeree. (1998). *Psicología online*. Recuperado el 30 de abril de 2012, de Psicología online: <http://www.psicología-online.com/ebooks/personalidad/freud.htm>

Brennan, J. (1999). *Historia y sistemas de la psicología* (5 a. Ed ed.). México, México: Pearson.

Carmena, G., Cerdan, J., Ferrandis, A., y Vera, J. (1989). *Niveles de desarrollo de la población infantil al acceder al ciclo inicial*. Madrid, España: Centro de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: CIDE (p. 344)

Castillo, T. (2008). *Familia formadora* en el autoconcepto del niño. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.

Ceballos, A. (2009). *Autoconcepto en adolescentes que presentan tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

De la Cruz, M., Enciso, W., Espinoza, G., Reymundo, M., y Tamayo, K. (2010). Acta estudiantil de investigaciones psicológicas de la Universidad Villareal: Autoconcepto, personalidad y estrés en estudiantes de nivel secundario. En J. Figueroa (Ed.). 1, pág. 55. Lima: Universidad Villareal. Recuperado el día 27 de abril de <http://www.e-ducarte.com/estudiantes.pdf>

De León, Z. (2012)., *Autoconcepto en niños trabajadores*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.

Fábrega, L. (2010). *Autoconcepto en preadolescentes*, Tesis inédita, Universidad del Aconcagua, Argentina. Recuperado de <http://ebookbrowse.com/gdoc.php?id=306868267&url=32250ec8e7ca34c4b444472091a95ec8>

Fuentes, F. (2008). *Autoconcepto en el proceso de adaptación social de los adolescentes*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.

García F., y Musitu, G. (2009) *Autoconcepto Forma 5, AF5*. (3a. Ed). Madrid, España: TEA Ediciones

Gispert, C. (2001). *Psicología del niño y del adolescente*. Barcelona, España: Oceano. (pp.322-325)

Goñi, A. (1998). *Psicología de la educación sociopersonal* (2 a. Ed ed.). España, España: Fundamentos. [versión electrónica]. Consultado el día 26 de abril de 2012 de http://books.google.com.gt/books?id=x7wycVReN1cC&printsec=frontcover&dq=Psicolog%C3%ADa+de+la+Educaci%C3%B3n+Sociopersonal&hl=es&sa=X&ei=IzqoT_SbMce62wXS28imAg&ved=0CDYQ6AEwAA#v=onepage&q=Psicolog%C3%ADa%20de%20la%20Educaci%C3%B3n%20Sociopersonal&f=false (pp. 62-63)

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación* (3 a. Ed ed.). México, D.F., México: McGraw-Hill Interamericana. (pp. 539-540)

Hernández, J. (2011). *Autoconcepto de niños que realizan una actividad deportiva fuera de la escuela*. Tesis inédita, Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperada el día 26 de julio de 2012 de http://132.248.67.65:8991/F/EDDPA7YHCFAEALGB26M2FELLR425LKBXKPAKCIT2NPJ8C13RN901330?func=full-setset&set_number=585465&set_entry=000001&format=999

Hüber, M., Ramírez, R. y Nazaer, J. (2005). *Malformaciones congénitas* (1 a. Ed ed.). Santiago de Chile, Chile: Editorial Universitaria S.A. [versión electrónica]. Recuperado el día 26 de abril de 2012 de: <http://books.google.com.gt/books?id=MJgNtR4DKsYC&pg=PA107&dq=Espina+Bífida&hl=esv=onepage&q=EspinaBífida&f=false> (pp. 107-109)

International Federation for Spina Bifida and Hydrocephalus. (s.f.). Recuperado el 26 de abril de 2012, de International Federation for Spina Bifida and Hydrocephalus: <http://www.ifglobal.org/en/spina-bifida/bif/what-is-spina-bifida>

Llorden, D. (s.f.) "*La EspinaBífida: Respuestas a sus preguntas*. (Homepage). Recuperado el 27 de abril de 2012 de http://www.serrehabilitacion.com.ar/pato_esp.html

Malena. (2009, febrero). Anna Freud y la adolescencia. *Teoría consistente en la dinámica del desarrollo adolescente, Anna Freud*. Recuperado el día 27 de abril de 2012 de <http://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/ana-freud-y-la-adolescencia>.

Manual de Fisioterapia. Modulo II. Neurología, Pediatría y Fisioterapia Respiratoria. (2004). España, España: Editorial MAD, S.L. Recuperado el 26 de abril de 2012 de: <http://books.google.com.gt/books?id=AvkOxq3CdbYC&pg=SL20-PA333&dq=Espina+Bífida&hl=es - v=onepage&q=Espina Bífida&f=false> (pp. 334-338)

Madrigales, C. (2012). *Autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años, estudio realizado en fundaniñas Mazatenango*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.

Mingote, J., y Requena, M. (2008) *El malestar de los jóvenes: contextos, raíces y experiencias*. España. España: Editorial Días de Santos.

Molina, J. yRodriguez, J. (2008). Día Internacional de la Espina Bífida. *Jano* . Recuperado el día 26 de abril de 2012 de http://www.jano.es/jano/actualidad/ultimas/noticias/dia/internacional/espina/bifida/_f-11+iditem-4812+idtabla-1

Musitu G. García, F. y Gutiérrez M. (1996) AUTOPB-96. Quetzaltenango, Guatemala. Instituto de Psicología y Antropología de Quetzaltenango. Universidad Rafael Landívar

Prueba T de Student para datos no relacionados, muestras independientes, (s.f.) Recuperado de http://www.raydesign.com.mx/psicoparaest/index.php?option=com_content&view=article&id=233:t-student-dnr&catid=52:pruebas para&Itemid=61

Redondo, C., Galdo, G., y García, M. (2008). *Atención al adolescente*, España, España: Santander. PUbliCan, Ediciones de la Universidad de Catabria. Recuperado el día 16 de abril de 2012 de http://books.google.com.gt/books?id=uqJt5tN3sDYC&pg=PA129&dq=Atencion+al+adolescente&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q=Atencion%20al%20adolescente&f=false

Ricard, F., y Martínez, E. (2005). *Osteopatía y Pediatría*. [Versión electrónica]. Recuperado el día 26 de abril de 2012 de http://books.google.com.gt/books?id=jV8D_GlbVKYC&pg=PA202&dq=espina+b%C3%ADfida&hl=es&cd=3#v=onepage&q=espina%20b%C3%ADfida&f=false

Riso, W. (2009), *Terapia Cognitiva* [Versión electrónica]. Recuperado el día 29 de marzo de 2012 de <http://books.google.com.gt/books?id=Tfrv49F8IAC&pg=PA90&dq=autoconcepto&hl=es&sa=X&ei=HVNdT4XOF8WCtgfUmomGDA&ved=0CCwQ6AEwADgU#v=onepage&q=autoconcepto&f=false>

Salum, A., Aguilar, R., y Reyes, C. (2011). Autoconcepto en estudiantes de escuelas secundarias de ciudad Victoria, Tamaulipas, México, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), recuperado el día 15 de marzo de 2012 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art14.pdf>

Serrano, M. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI*. (2a Ed.) [versión electrónica]. Recuperado el 27 de abril de 2012 de <http://books.google.com.gt/books?id=VxHx8drjxOUC&pg=PA109&dq=Autoconcepto&hl=es#v=onepage&q=Autoconcepto&f=false>

Turk, B. (2004). *Entendiendo a los adolescentes*. [versión electrónica]. Recuperado el 28 de abril de 2012 de <http://books.google.com.gt/books?id=2oEVrOedco0C&pg=SA2-PA136&dq=autoconcepto&hl=es#v=onepage&q=autoconcepto&f=false>

Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa*. [versión electrónica]. Recuperado el 27 de abril de 2012 de <http://books.google.com.gt/books?id=PmAHE32RuOsC&pg=PA71&dq=autoconcepto&hl=es#v=onepage&q=autoconcepto&f=false> (pp.71-72)

IX. ANEXOS

TABLAS DE FRECUENCIA

| TABLA No. 10: Autoconcepto académico/laboral en Hombres | | | | | |
|--|----------|-----------|------------|-------------|------------|
| Punteo | f | Xm | xm2 | fxm2 | fxm |
| 30 - 38 | 1 | 34 | 1156 | 0 | 0 |
| 39 - 47 | 0 | 43 | 1849 | 0 | 0 |
| 48 - 56 | 1 | 52 | 2704 | 2704 | 52 |
| 57 - 65 | 0 | 61 | 3721 | 0 | 0 |
| 66 - 74 | 0 | 70 | 4900 | 0 | 0 |
| 75 - 83 | 1 | 79 | 6241 | 6241 | 79 |
| 84 - 92 | 1 | 88 | 7744 | 7744 | 88 |
| 93 - 101 | 1 | 97 | 9409 | 9409 | 97 |
| Total | | | | 26317 | 316 |
| Media | 63.2 | | | | |
| Varianza | 1269.2 | | | | |
| Desviación estándar | 35.62 | | | | |

| TABLA No. 11: Autoconcepto académico/laboral en mujeres | | | | | |
|--|----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | xm2 | fxm | fxm2 |
| 15 - 24 | 0 | 19.5 | 380.2 | 0 | 0 |
| 25 - 34 | 0 | 29.5 | 870.2 | 0 | 0 |
| 35 - 44 | 1 | 39.5 | 1560.25 | 39.5 | 1560.3 |
| 45 - 54 | 1 | 49.5 | 2450.25 | 49.5 | 2450.3 |
| 55 - 64 | 0 | 59.5 | 3540.25 | 0 | 0 |
| 65 - 74 | 0 | 69.5 | 4830.25 | 0 | 0 |
| 75 - 84 | 0 | 79.5 | 6320.25 | 0 | 0 |
| 85 - 94 | 0 | 89.5 | 8010.25 | 0 | 0 |
| 95 - 104 | 1 | 99.5 | 9900.25 | 99.5 | 9900.3 |
| Total | | | | 188.5 | 13910.9 |
| Media | 62.83 | | | | |
| Varianza | 689.4 | | | | |
| Desviación estándar | 26.3 | | | | |

Las tablas anteriores No. 11 y No. 12, nos muestran la distribución de frecuencias del autoconcepto académico / laboral, la primera representa los datos de los adolescentes de sexo masculino y la segunda de las adolescentes de sexo femenino, con espina bífida de la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, en donde se puede observar la frecuencia de punteos y datos estadísticos, que muestran que el punteo medio obtenido por los adolescentes hombres es de 63.2 con una desviación estándar de 35.62, mientras que en las mujeres el punteo medio obtenido es de 62.83 con una desviación estándar de 26.3

| TABLA No. 12: Autoconcepto social en Hombres | | | | | |
|---|----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | fxm | xm2 | fxm2 |
| 40 - 48 | 0 | 44 | 0 | 1936 | 0 |
| 49 - 57 | 1 | 53 | 53 | 2809 | 2809 |
| 58 - 66 | 1 | 62 | 62 | 3844 | 3844 |
| 67 - 75 | 1 | 71 | 71 | 5041 | 5041 |
| 76 - 84 | 0 | 80 | 0 | 6400 | 0 |
| 85 - 93 | 1 | 89 | 89 | 7921 | 7921 |
| 94 - 102 | 1 | 98 | 98 | 9604 | 0 |
| Total | | | 373 | | 19615 |
| Media | 74.6 | | | | |
| Varianza | 1657.2 | | | | |
| Desviación estándar | 40.71 | | | | |

| TABLA No. 13: Autoconcepto social en Mujeres | | | | | |
|---|----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | xm2 | fxm | fxm2 |
| 15 - 24 | 0 | 19.5 | 380.25 | 0 | 0 |
| 25 - 34 | 0 | 29.5 | 870.25 | 0 | 0 |
| 35 - 44 | 1 | 39.5 | 1560.25 | 39.5 | 1560.3 |
| 45 - 54 | 0 | 49.5 | 2450.25 | 0 | 0 |
| 55 - 64 | 0 | 59.5 | 3540.25 | 0 | 0 |
| 65 - 74 | 0 | 69.5 | 4830.25 | 0 | 0 |
| 75 - 84 | 0 | 79.5 | 6320.25 | 0 | 0 |
| 85 - 94 | 1 | 89.5 | 8010.25 | 89.5 | 8010.3 |
| 95 - 104 | 1 | 99.5 | 9900.25 | 99.5 | 9900.3 |
| Total | | | | 228.5 | 19470.9 |
| Media | 76.17 | | | | |
| Varianza | 688.4 | | | | |
| Desviación estándar | 26.2 | | | | |

Las tablas No. 12 y No.13, nos enseñan los resultados obtenidos en la distribución de frecuencias del autoconcepto social en adolescentes de sexo masculino y femenino, respectivamente, mostrando que en los hombres el punteo medio en esta dimensión es de 74.6 con una desviación de 40.71.

Por el contrario en las mujeres el punteo medio obtenido es de 76.17, con una desviación de 26.2.

| TABLA No. 14: Autoconcepto Emocional en Hombres | | | | | |
|--|----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | fxm | xm2 | fxm2 |
| 5 - 14 | 2 | 9.5 | 19 | 90.25 | 180.5 |
| 15 - 24 | 1 | 19.5 | 19.5 | 380.25 | 380.25 |
| 25 - 34 | 0 | 29.5 | 0 | 870.25 | 0 |
| 35 - 44 | 0 | 39.5 | 0 | 1560.25 | 0 |
| 45 - 54 | 1 | 49.5 | 49.5 | 2450.25 | 2450.25 |
| 55 - 64 | 1 | 59.5 | 59.5 | 3540.25 | 3540.25 |
| 65 - 74 | 0 | 69.5 | 0 | 4830.25 | 0 |
| 75 - 84 | 0 | 79.5 | 0 | 6320.25 | 0 |
| 85 - 94 | 0 | 89.5 | 0 | 8010.25 | 0 |
| 95 - 104 | 0 | 99.5 | 0 | 9900.25 | 0 |
| Total | | | 147.5 | | 6551.25 |
| Media | 29.5 | | | | |
| Varianza | 440 | | | | |
| Desviación estándar | 20.89 | | | | |

| TABLA No. 15: Autoconcepto Emocional en Mujeres | | | | | |
|--|----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | xm2 | fxm | fxm2 |
| 15 - 24 | 0 | 19.5 | 380.25 | 0 | 0 |
| 25 - 34 | 0 | 29.5 | 870.25 | 0 | 0 |
| 35 - 44 | 0 | 39.5 | 1560.25 | 0 | 0 |
| 45 - 54 | 1 | 49.5 | 2450.25 | 49.5 | 2450.3 |
| 55 - 64 | 0 | 59.5 | 3540.25 | 0 | 0 |
| 65 - 74 | 0 | 69.5 | 4830.25 | 0 | 0 |
| 75 - 84 | 0 | 79.5 | 6320.25 | 0 | 0 |
| 85 - 94 | 0 | 89.5 | 8010.25 | 0 | 0 |
| 95 - 104 | 2 | 99.5 | 9900.25 | 199 | 19800.6 |
| Total | | | | 248.5 | 22250.9 |
| Media | 82.83 | | | | |
| Varianza | 556.2 | | | | |
| Desviación estándar | 23.6 | | | | |

Las tablas No.14 y No.15, nos muestran los resultados obtenidos en el autoconcepto emocional, tanto en hombres como en mujeres, se observan los punteos medios obtenidos en esta área.

| TABLA No. 16: Autoconcepto Familiar en Hombres | | | | | |
|---|----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | fxm | xm2 | fxm2 |
| 40 - 48 | 1 | 44 | 44 | 1936 | 1936 |
| 49 - 57 | 0 | 53 | 0 | 2809 | 0 |
| 58 - 66 | 1 | 62 | 62 | 3844 | 3844 |
| 67 - 75 | 0 | 71 | 0 | 5041 | 0 |
| 76 - 84 | 0 | 80 | 0 | 6400 | 0 |
| 85 - 93 | 1 | 89 | 89 | 7921 | 7921 |
| 94 - 102 | 2 | 98 | 196 | 9604 | 19208 |
| Total | | | 391 | | 32909 |
| Media | 78.2 | | | | |
| Varianza | 466.56 | | | | |
| Desviación estándar | 21.60 | | | | |

| TABLA No. 17: Autoconcepto Familiar Mujeres | | | | | |
|--|-------------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | xm2 | fxm | fxm2 |
| 15 - 24 | 0 | 19.5 | 380.25 | 0 | 0 |
| 25 - 34 | 2 | 29.5 | 870.25 | 59 | 1740.25 |
| 35 - 44 | 1 | 39.5 | 1560.25 | 39.5 | 1560.25 |
| 45 - 54 | 0 | 49.5 | 2450.25 | 0 | 0 |
| 55 - 64 | 0 | 59.5 | 3540.25 | 0 | 0 |
| 65 - 74 | 0 | 69.5 | 4830.25 | 0 | 0 |
| 75 - 84 | 0 | 79.5 | 6320.25 | 0 | 0 |
| 85 - 94 | 0 | 89.5 | 8010.25 | 0 | 0 |
| Total | | | | 98.5 | 3300.5 |
| Media | 32.83333333 | | | | |
| Varianza | 22.4 | | | | |
| Desviación estándar | 4.7 | | | | |

En el autoconcepto familiar, los datos resultado de la distribución de frecuencia se observan en la gráfica No.16 para los hombres y en la gráfica No. 17 para las mujeres, datos como el punteo medio, desviación estándar y varianza, los cuales son diferentes para ambos sexos.

| TABLA No. 18: Autoconcepto físico Hombres | | | | | |
|--|----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | fxm | xm2 | fxm2 |
| 50 - 57 | 0 | 53.5 | 0 | 2862.25 | 0 |
| 58 - 65 | 0 | 61.5 | 0 | 3782.25 | 0 |
| 66 - 73 | 1 | 69.5 | 69.5 | 4830.25 | 4830.25 |
| 74 - 81 | 0 | 77.5 | 0 | 6006.25 | 0 |
| 82 - 89 | 1 | 85.5 | 85.5 | 7225 | 7225 |
| 90 - 97 | 2 | 93.5 | 187 | 8742.25 | 17484.5 |
| 98 - 105 | 1 | 101.5 | 101.5 | 10302.25 | 10302.25 |
| Total | | | 443.5 | | 39842 |
| Media | 88.7 | | | | |
| Varianza | 100.71 | | | | |
| Desviación estándar | 10.03 | | | | |

| TABLA No. 19: Autoconcepto Físico Mujeres | | | | | |
|--|----------|-----------|------------|------------|-------------|
| Punteo | f | xm | fxm | xm2 | fxm2 |
| 50 - 57 | 0 | 53.5 | 0 | 2862.25 | 0 |
| 58 - 65 | 0 | 61.5 | 0 | 3782.25 | 0 |
| 66 - 73 | 1 | 69.5 | 69.5 | 4830.25 | 4830.25 |
| 74 - 81 | 0 | 77.5 | 0 | 6006.25 | 0 |
| 82 - 89 | 1 | 85.5 | 85.5 | 7225 | 7225 |
| 90 - 97 | 2 | 93.5 | 187 | 8742.25 | 17484.5 |
| 98 - 105 | 1 | 101.5 | 101.5 | 10302.25 | 10302.25 |
| Total | | | 443.5 | | 39842 |
| Media | 88.7 | | | | |
| Varianza | 821.8 | | | | |
| Desviación estándar | 28.7 | | | | |

Los resultados que se obtuvieron en la distribución de frecuencias del autoconcepto físico, tanto de hombres como de mujeres, se exponen en las tablas No. 18 y No. 19.

En ambas tablas se puede visualizar los punteos medios iguales en ambos sexos, pero con una desviación estándar diferente para ambos.

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO DE LA PRUEBA t DE STUDENT

Autoconcepto Académico Laboral

Datos

Mujeres

$$N1 = 3$$

$$\text{Desviación estándar} = (26.3)^2 = 691.70$$

$$\text{Media} = 62.83$$

Hombres

$$N2 = 5$$

$$\text{Desviación estándar} = (35.62)^2 = 1268.8$$

$$\text{Media} = 63.2$$

Error estándar de la diferencia

$$\sigma_{dif} = \sqrt{\left(\frac{N1 * S1^2 + N2 * S2^2}{(N1 + N2) - 2}\right) * \left(\left(\frac{1}{N1}\right) + \left(\frac{1}{N2}\right)\right)}$$

$$\sigma_{dif} = \sqrt{((3*691.70) + (5*1268.8)) / (3+5)-2 * ((1/3) + (1/5))}$$

$$\sigma_{dif} = 27.27$$

$$t_{ob} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma_{dif}}$$

Encontrar t observada

$$t_{ob} = (62.83 - 63.2) / 27.27$$

$$t_{ob} = -0.01$$

Autoconcepto Social

Datos

Mujeres

$$N1 = 3$$

$$\text{Desviación estándar} = (26.2)^2 = 686.4$$

$$\text{Media} = 76.17$$

Hombres

$$N2 = 5$$

$$\text{Desviación estándar} = (40.71)^2 = 1657.3$$

$$\text{Media} = 74.6$$

Error estándar de la diferencia

$$\sigma_{dif} = \sqrt{\left(\frac{N1 * S1^2 + N2 * S2^2}{(N1 + N2) - 2}\right) * \left(\left(\frac{1}{N1}\right) + \left(\frac{1}{N2}\right)\right)}$$

$$\sigma_{dif} = \sqrt{((3*686.4) + (5*1657.3)) / (3+5)-2 * ((1/3) + (1/5))}$$

$$\sigma_{dif} = 30.23$$

Encontrar t observada

$$tob = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma_{dif}}$$

$$tob = (76.17 - 74.6) / 30.23$$

$$tob = 0.052$$

Autoconcepto Emocional

Datos

Mujeres

$$N1 = 3$$

$$\text{Desviación estándar} = (23.6)^2 = 556.9$$

$$\text{Media} = 82.83$$

Hombres

$$N2 = 5$$

$$\text{Desviación estándar} = (20.98)^2 = 440.16$$

$$\text{Media} = 29.5$$

Error estándar de la diferencia

$$\sigma_{dif} = \sqrt{\left(\frac{N1 * S1^2 + N2 * S2^2}{(N1 + N2) - 2}\right) * \left(\left(\frac{1}{N1}\right) + \left(\frac{1}{N2}\right)\right)}$$

$$\sigma_{dif} = \sqrt{((3*556.9) + (5*440.16)) / (3+5)-2 * ((1/3) + (1/5))}$$

$$\sigma_{dif} = 18.49$$

Encontrar t observada

$$tob = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma_{dif}}$$

$$tob = (82.83 - 29.5) / 18.49$$

$$tob = 2.88$$

Autoconcepto Familiar

Datos

Mujeres

$$N1 = 3$$

$$\text{Desviación estándar} = (4.7)^2 = 22.1$$

$$\text{Media} = 32.83$$

Hombres

$$N2 = 5$$

$$\text{Desviación estándar} = (21.60)^2 = 466.56$$

$$\text{Media} = 78.2$$

Error estándar de la diferencia

$$\sigma_{dif} = \sqrt{\left(\frac{N1 * S1^2 + N2 * S2^2}{(N1 + N2) - 2}\right) * \left(\left(\frac{1}{N1}\right) + \left(\frac{1}{N2}\right)\right)}$$

$$\sigma_{dif} = \sqrt{((3*22.1) + (5*466.56)) / (3+5)-2 * ((1/3) + (1/5))}$$

$$\sigma_{dif} = 14.56$$

Encontrar t observada

$$tob = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma_{dif}}$$

$$tob = (32.83 - 78.2) / 14.56$$

$$tob = -3.12$$

Autoconcepto físico

Datos

Mujeres

$$N1 = 3$$

$$\text{Desviación estándar} = (28.7)^2 = 823.7$$

$$\text{Media} = 82.83$$

Hombres

$$N2 = 5$$

$$\text{Desviación estándar} = (10.03)^2 = 100.6$$

$$\text{Media} = 29.5$$

Error estándar de la diferencia

$$\sigma_{dif} = \sqrt{\left(\frac{N1 * S1^2 + N2 * S2^2}{(N1 + N2) - 2}\right) * \left(\frac{1}{N1} + \frac{1}{N2}\right)}$$

$$\sigma_{dif} = \sqrt{((3*823.7) + (5*100.6)) / (3+5)-2 * ((1/3) + (1/5))}$$

$$\sigma_{dif} = 16.2$$

Encontrar t observada

$$tob = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma_{dif}}$$

$$tob = (66.17 - 88.7) / 16.2$$

$$tob = -1.4$$

FICHA TÉCNICA DEL TEST

Nombre: Autoconcepto Forma 5 (AF5)

Autores: Fernando García y Gonzalo Musitu

Características de administración

Forma de administrarse: individual o colectiva

Duración: 15 minutos aproximadamente

Aplicación: Alumnos de quinto y sexto grado de Educación Primaria Obligatoria (EPO), Educación Secundaria Obligatoria (ESO), bachiller, universitarios y adultos no escolarizados en el momento de la aplicación.

Instrucciones para la aplicación

Se le pide al evaluando leer cuidadosamente cada una de las frases que se presentan y contestar con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase; si está de acuerdo, contestará con un valor alto, por el contrario si está muy poco de acuerdo, elegirá un valor bajo. Según el valor, debe anotarlo en la hoja de respuestas.

Nombre y apellidos _____ Sexo VARÓN MUJER
Centro _____ Curso _____
Edad Fecha de aplicación - -
DÍA MES AÑO

Nº 265

AF5

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Por ejemplo, si una frase dice «La música ayuda al bienestar humano» y Vd. está muy de acuerdo, contestará con un valor alto, como por ejemplo el 94. Vea cómo se anotaría en la Hoja de respuestas.

«La música ayuda al bienestar humano»..... 94

Por el contrario, si Vd. está muy poco de acuerdo, elegirá un valor bajo, por ejemplo el 9, y lo anotará en la Hoja de respuestas de la siguiente manera:

«La música ayuda al bienestar humano»..... 09

No olvide que dispone de muchas opciones de respuesta, en concreto puede elegir entre 99 valores. escoja el que más se ajuste a su criterio.

RECUERDE, CONTESTE CON LA MÁXIMA SINCERIDAD

PUEDEN VOLVER LA HOJA Y COMENZAR

NOTA: Se han redactado las frases en masculino para facilitar su lectura.
Cada persona deberá adaptarlas a su propio sexo.



Autor: G. Musitu y F. García.

Copyright © 1999 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

CONTESTE DE 1 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA

| | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Hago bien los trabajos escolares (profesionales) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Hago fácilmente amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Tengo miedo de algunas cosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Soy muy criticado en casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Me cuido físicamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Soy una persona amigable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Muchas cosas me ponen nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Me siento feliz en casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Me buscan para realizar actividades deportivas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Trabajo mucho en clase (en el trabajo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Es difícil para mí hacer amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Me asusto con facilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Mi familia está decepcionada de mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Me considero elegante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Mis superiores (profesores) me estiman | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Soy una persona alegre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Me gusta como soy físicamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Soy un buen trabajador (estudiante) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Me cuesta hablar con desconocidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Mis padres me dan confianza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Soy bueno haciendo deporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Tengo muchos amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Me siento nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | Me siento querido por mis padres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | Soy una persona atractiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN QUEDARÁ INVALIDADA

**POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA
CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS**

AF5

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|----|
| 1 | Hago bien los trabajos escolares (profesionales)..... | | | | | 1 |
| 2 | Hago fácilmente amigos..... | | | | | 2 |
| 3 | Tengo miedo de algunas cosas..... | | | | | 3 |
| 4 | Soy muy criticado en casa..... 100 - | | | | | 4 |
| 5 | Me cuido físicamente..... | | | | | 5 |
| 6 | Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador..... | | | | | 6 |
| 7 | Soy una persona amigable..... | | | | | 7 |
| 8 | Muchas cosas me ponen nervioso..... | | | | | 8 |
| 9 | Me siento feliz en casa..... | | | | | 9 |
| 10 | Me buscan para realizar actividades deportivas..... | | | | | 10 |
| 11 | Trabajo mucho en clase (en el trabajo)..... | | | | | 11 |
| 12 | Es difícil para mí hacer amigos..... 100 - | | | | | 12 |
| 13 | Me asusto con facilidad..... | | | | | 13 |
| 14 | Mi familia está preocupada de mí..... 100 - | | | | | 14 |
| 15 | Me considero elegante..... | | | | | 15 |
| 16 | Mis superiores (profesores) me estiman..... | | | | | 16 |
| 17 | Soy una persona alegre..... | | | | | 17 |
| 18 | Cuando es mayor me dicen algo me pongo muy nervioso..... | | | | | 18 |
| 19 | Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas..... | | | | | 19 |
| 20 | Me gusta como soy físicamente..... | | | | | 20 |
| 21 | Soy un buen trabajador (estudiante)..... | | | | | 21 |
| 22 | Me cuesta hablar con desconocidos..... 100 - | | | | | 22 |
| 23 | Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior)..... | | | | | 23 |
| 24 | Mis padres me dan confianza..... | | | | | 24 |
| 25 | Soy bueno haciendo deporte..... | | | | | 25 |
| 26 | Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador..... | | | | | 26 |
| 27 | Tengo muchos amigos..... | | | | | 27 |
| 28 | Me siento nervioso..... | | | | | 28 |
| 29 | Me siento querido por mis padres..... | | | | | 29 |
| 30 | Soy una persona atractiva..... | | | | | 30 |

DIMENSIONES

| | | | | | | | PD | Canil |
|----------------------|------------------------------|-------|---|--|---|--|----|-------|
| Acad./LABORAL | 1 + 6 + 11 + 16 + 21 + 26 = | | + | | + | | + | |
| SOCIAL | 2 + 7 + 12 + 17 + 22 + 27 = | | + | | + | | + | |
| Emocional | 3 + 8 + 13 + 18 + 23 + 28 = | 500 - | + | | + | | + | |
| FAMILIAR | 4 + 9 + 14 + 19 + 24 + 29 = | | + | | + | | + | |
| Físico | 5 + 10 + 15 + 20 + 25 + 30 = | | + | | + | | + | |

GLOSARIO

1. Autoconcepto

Son las concepciones, percepciones y valoraciones que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto persona.

2. Autoestima

Es la valoración que realizamos de nosotros mismos, basada en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido recogiendo a lo largo de la vida

3. Autoconcepto Académico / Laboral

Es la percepción que la persona tiene de la calidad del desempeño de su rol como estudiante y como trabajador

4. Autoconcepto Emocional

Es la percepción que tiene la persona de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas

5. Autoconcepto Familiar

Se refiere a la concepción que tiene el individuo de su implicación, participación e integración en el medio familiar.

6. Autoconcepto Físico

Hace alusión a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física.

7. Autoconcepto Social

Es la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales

8. Espina Bífida

Es una malformación congénita del tubo neural, que se caracteriza porque uno o varios arcos vertebrales posteriores no han fusionado correctamente durante la gestación y la médula espinal queda sin protección ósea.

9. Espina Bífida Oculta

Es una forma leve de espina bífida en la cual la médula espinal y las estructuras circundantes permanecen dentro del cuerpo, es decir no hay herniación ni desplazamiento de las meninges, pero los huesos de la espalda en la zona baja no se forman normalmente.

10. Espina Bífida lipomeningocele

La espina bífida lipomeningocele o lipomielomeningocele, es una forma más compleja de espina bífida oculta y no quística.

11. Espina Bífida meningocele

Tipo de espina bífida que genera una bolsa meníngea que contiene líquido cefalorraquídeo, este tipo tiene consecuencias menos graves, tanto en las funciones motoras como las urinarias.

12. Espina Bífida Mielomeningocele

Esta es la forma más grave de espina bífida, en la cual una porción de la médula espinal sobresale a través de la espalda, además de contener el líquido cefalorraquídeo, el abultamiento contiene médula espinal y raíces raquídeas.

13. Personalidad

Es un constructo psicológico que se refiere al conjunto dinámico de características de una persona

14. Pie de Bot

También conocido como pie zambo o talipes equinovarus, es una deformidad congénita del pie que afecta a los huesos, los músculos, los tendones y los vasos sanguíneos y puede presentarse en uno o en ambos pies. Habitualmente, el pie tiene un aspecto corto y ancho y el talón apunta hacia abajo mientras la parte delantera está girada hacia adentro.

15. Tuvo neural

Es un canal estrecho que debe plegarse y cerrarse durante la tercera y cuarta semana del embarazo, para formar el cerebro y la médula espinal, de no ser así, da lugar a un daño permanente a la médula espinal y el sistema nervioso.



GUÍA DE ACTIVIDADES

PARA TRABAJAR AUTOCONCEPTO.

Angela Stephania Cojtin Quiñonez

Introducción

El autoconcepto es una parte importante en la vida del ser humano, debido a que contribuye no solo con la formación de la autoestima y personalidad de la persona, sino que al tener ésta percepción en buenas condiciones, el sujeto tiene una adaptación conveniente, felicidad personal y un funcionamiento eficaz.

Es por eso que el propósito de la guía que se presenta a continuación es fortalecer el autoconcepto de los adolescentes con espina bífida, para que cuenten con una autoestima, adaptación y funcionamiento eficaz, felicidad personal y una personalidad adecuada.

La guía que a continuación se presenta, está dirigida a padres de hijos con espina bífida miembros de la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida, pero no se descarta que sirva para una orientación respecto al autoconcepto a todos (as) los (as) guatemaltecos con esta condición.

ÍNDICE

Presentación

Objetivo General

Objetivos Específicos

Formación del autoconcepto en el individuo

Dimensiones del autoconcepto

Medidas que como padres los ayudarán a mejorar el autoconcepto de sus hijo

Actividades

Autoconcepto Educativo/laboral

Autoconcepto Emocional

Autoconcepto Físico

Autoconcepto Social

Autoconcepto Familiar

Anexos

PRESENTACIÓN

Según Redondo, Galdó y García (2008), el autoconcepto se puede definir como el conocimiento que una persona tiene de sí misma como ser físico, social y psicológico, además señalan que éste es un conjunto de conceptos y juicios, referidos a uno mismo en diferentes aspectos: corporal, psíquico, conductual, moral y social.

Considerando la importancia que tiene el autoconcepto en la autoestima y personalidad de la persona, a través de esta guía se les brindan actividades de fácil aplicación, las cuales parten de lo simple a lo complejo; dirigido a los padres de los adolescentes con espina bífida socios de la Asociación Guatemalteca de Espina Bífida.

La guía presenta actividades sugeridas, así como también el listado de materiales a utilizar en cada una de ellas. La misma, está diseñada para ser trabajada de manera interactiva, para lograr desarrollar aprendizajes por medio de vivencias individuales, en pareja o grupales. En esta guía las actividades que se presentan deben realizarse en familia.

OBJETIVO GENERAL

Brindar actividades para fortalecer el autoconcepto en los adolescentes con espina bífida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Adquirir un nuevo conocimiento de sí mismo que permita mejorar y fortalecer el autoconcepto en sus diferentes dimensiones.

Contribuir en el fortalecimiento del autoconcepto tanto en los adolescentes como en todos los integrantes de su familia

Formación del autoconcepto en el individuo

Su formación comienza con la educación en el hogar, escuela, y círculos sociales, finalizando al inicio de la adultez donde se espera que el individuo tenga definida su personalidad.

Dimensiones del Autoconcepto

El autoconcepto se engloba en 5 dimensiones o áreas:

- **Autoconcepto académico / laboral**

Hace referencia a la percepción que la persona tiene de la calidad del desempeño de su rol como estudiante y como trabajador.

- **Autoconcepto social**

Es la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales.

- **Autoconcepto emocional**

Es la percepción del sujeto, de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana.

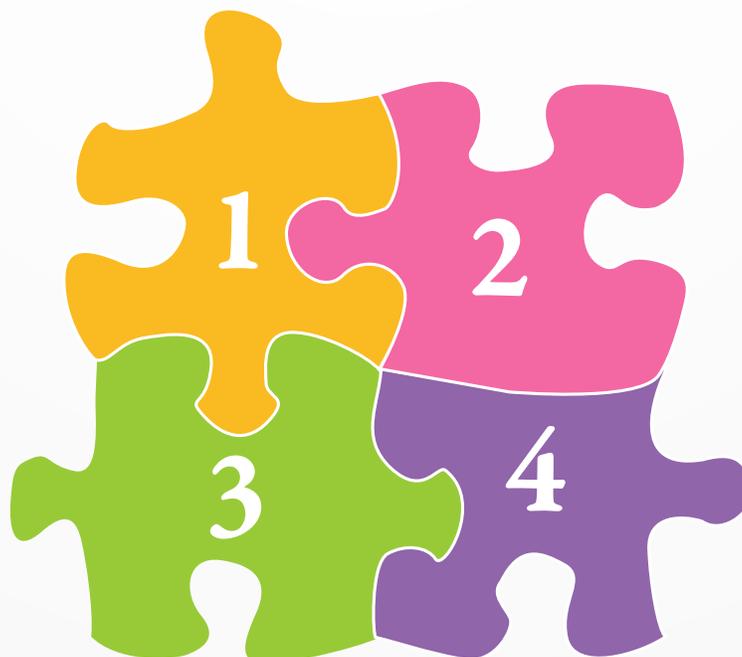
El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional y la segunda a situaciones más específicas, donde la persona implicada es de un rango superior.

- **Autoconcepto familiar**

Se refiere a la concepción que tiene el individuo de su implicación, participación e integración en el medio familiar.

- **Autoconcepto físico**

Hace alusión a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física.



Medidas que como padres los ayudarán a mejorar el autoconcepto de sus hijos:

Bindar amor incondicional: Su hijo (a) tiene que saber que se le quiere por ser quien es, además de que su conducta, sus éxitos o fracasos, no harán que le dejen de querer. Esto hace que se sientan seguros y que no tengan ansiedad por no valer lo suficiente.

Reforzarle: Halagar sus logros y comentarle su importancia para elevar su confianza en sí mismo. Hacer siempre comentarios positivos sobre las acciones buenas que haya realizado.

Ayudarle a conocerse: Su hijo (a) debe ser consciente de los logros que consigue y de sus habilidades para que se sienta más seguro y orgulloso acerca de las cosas que es capaz de hacer, es por eso que debe animarle a pensar sobre sí mismo y sus características como persona y ayudarle a no tener miedo de sus limitaciones.

Escuchar: Dedicar un tiempo a escuchar con atención y paciencia a sus hijo, ellos deben sentir que son comprendidos y aceptados, así que pida aclaraciones siempre que las necesite e intente ponerse en su lugar. Organice su tiempo para tener siempre un rato que pueda dedicar a hablar con su hijo.



No etiquetar: No le diga a su niño que es bueno o malo, tonto o listo... Es mejor que ponga ejemplos de la conducta particular y no generalizar. En lugar de decirle “Eres malo. Siempre lo rompes todo”, es mejor decir “Has roto este jarrón. ¿Qué ha pasado?”. Poner ejemplos concretos permite que el niño comprenda mejor qué conducta quieres que cambie y aprenda hacerlo en lugar de sentirse culpable.

No sobreproteger: No le de a su hijo las soluciones a sus problemas a menos que él las pida. Deje que sea él mismo quien intente buscarlas. Usted como padre debe estar a su lado por si le necesita pero debe dejar que sea él, el responsable de sus decisiones.

Expresión de sentimientos: Impedir que muestre lo que siente con frases como “los niños no lloran” o “los demás se van a reír de ti si te pones así”, evitan que su hijo se exprese sentimentalmente, al contrario él debe expresar sus sentimientos, incluyendo los negativos, por lo que se le debe enseñar a expresarlos adecuadamente.

Toma de decisiones: Deje que su hijo participe en decisiones comunes como a dónde ir el fin de semana o qué hacer para divertirse una tarde. Esto hará que él (ella) note que su opinión es tomada en cuenta y que se sienta orgulloso y responsable.

ACTIVIDADES:

Sugerencias Generales:

- La persona que se encargará de motivar y retroalimentar cada actividad debe ser un adulto, preferiblemente los padres de familia.
- Si ninguno de los participantes del grupo se ofrece de voluntario, el adulto encargado deberá comenzar y servir de ejemplo para que los demás lo hagan.

AUTOCONCEPTO EDUCATIVO/LABORAL

Los niños de cinco años o menos, saben que cosas hacen bien. Los niños de más edad e incluso los adultos, son menos seguros al respecto, pues ya conocen a otros que hacen las cosas mejor que ellos.

LAS COSAS QUE HAGO BIEN

Objetivo: Recordar todas aquellas cosas buenas que puedan hacer.

Materiales: Hojas con líneas, lapiceros, un lugar bien iluminado y con mobiliario.

Encargado: Padre de Familia

Desarrollo:

1. Una persona adulta deberá colocar en las hojas de cada miembro de la familia el título: "AQUÍ ESTÁN LAS COSAS QUE HAGO BIEN"
2. A continuación se reparten las hojas a cada integrante.
3. Escribir 10 cosas que en mi trabajo o en la escuela hago bien.
4. Luego cada miembro deberá de leer lo que escribió a los demás.
5. Es condición indispensable que los padres se hagan responsables de brindar la respectiva retroalimentación:
 - 5.1 Primero agradecerle por ser el primer miembro en participar y leer su hoja.
 - 5.2 Segundo debe cuestionarle si le fue difícil escribir que cosas hace bien.
 - 5.3 Tercero debe preguntarse como se sintió al realizar la actividad.
 - 5.4 Cuarto debe animarlo.



ME SIENTO ORGULLOSO

Objetivo: Afirmar su valor personal y la confianza en sí mismo y en los demás.

Materiales: Ninguno.

Encargado: Padre de familia

Desarrollo:

1. La persona encargada pide que se sitúen en círculo o semicírculo.
2. Seguidamente explica en qué consiste: "Uno tras otro irán diciendo: <<Me siento orgulloso de... >>, expresando una cualidad o destreza personal.
3. Después de cada intervención se pide a los presentes que confirmen lo dicho por el compañero, indicando algún hecho que demuestre la verdad de lo declarado".



Indicaciones

- Solicitar energía y decisión para expresarse con plena confianza en su valía personal.
- Solicitar también que los otros sepan corroborar al compañero, apoyándole.
- Dejar unos minutos de silencio para pensar.
- Al momento de empezar la exposición, el moderador debe pedir voluntarios que aporten su testimonio que valide lo dicho al que acaba de hablar.

Y así se sigue sucesivamente. Conviene animar la intervención de los sujetos que no aportan su opinión de apoyo al compañero.

- Si no hubiere validaciones, el adulto encargado puede aportar la suya personal.
- Termina la sesión el encargado, agradeciendo la sinceridad de todos.

NO PUEDO – NO QUIERO

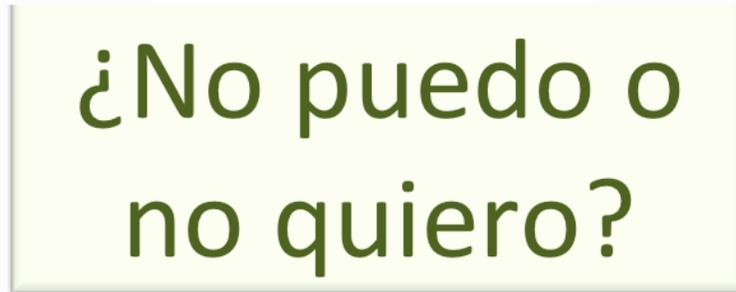
Objetivo: Darse cuenta de las cosas que en no puede hacer y de las cosas que no quiere hacer

Material: 2 hojas por persona, numeradas a 10, la primera con el título No puedo y la segunda con el título no quiero. Lapiceros

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. Sentados en circulo y de forma individual completar las frases de la hoja 1, con el título NO



PUEDO, con actividades que no puedan realizar en los estudios o trabajo, por ejemplo:
No puedo estudiar, porque no se me queda

2. Seguidamente, después de terminada la hoja 1, escribir en la hoja 2 todas las frases escritas con anterioridad, a excepción del no puedo, esta vez escribir no quiero antes de cada frase. Ejemplo: No quiero estudiar, porque no se me queda.
3. Ahora de forma personal, leer y meditar las dos hojas, siempre diciendo el “no puedo o el no quiero”, según corresponda.
4. En grupo discutir como se sintieron al realizar este ejercicio e indicar si encontraron alguna diferencia al hacerlo.
5. Finalizar la actividad animando a los presentes a siempre pensar las actividades que no pueden o no quieren hacer.

Indicaciones

- Cuando sea la actividad personal de meditación, escoger un lugar sin distractores ni interrupciones, cada integrante en un lugar diferente.
- Un adulto encargado agradecerá y animará a los integrantes del grupo a socializar su sentimiento hacia la actividad.

MI ESPEJO

Objetivo: Identificar los logros personales obtenidos a lo largo de la vida.

Material: Hojas 120 grs., lápices, crayones, marcadores, revistas, tijeras, goma.

Encargado: Padre de familia

Desarrollo:

1. En la hoja 120 grs., y de forma individual, representar con dibujos o recortes de revista, los logros (académicos y/o laborales) que hayan obtenido a lo largo de la vida.
2. Seguidamente, después que todos hayan terminado, el adulto encargado de la actividad deberá pedir que de forma voluntaria "compartan lo que realizaron"



Indicaciones

- El adulto encargado agradecerá y animará a los integrantes del grupo a socializar el trabajo realizado.

PROYECTO DE VIDA

Objetivo: Visualizar las metas que se pretenden alcanzar personalmente en la vida.

Material: Hojas con formato de flechas

Encargado: Padre de familia

Desarrollo:

1. Repartir a los integrantes del grupo una hoja en la que se observa flechas de forma ascendente. En ellas deberán plasmar las metas que desean alcanzar y cómo planean alcanzarlas.
2. Posteriormente cada uno deberá compartir una de las metas que desea alcanzar y cómo lo realizará.
3. Finalizar la actividad motivando a los participantes a ir tras sus metas.



AUTOCONCEPTO EMOCIONAL



FELICIDAD, TRISTEZA

Objetivos: Conocer que situaciones llevan a experimentar felicidad o tristeza.

Materiales:

Hojas con el formato de felicidad y tristeza

Lápices

Crayones

Marcadores

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. Sentados en círculo, se le entrega una hoja de cada emoción a cada participante.
2. En la parte de arriba de la hoja 1 y de forma individual dibujar una situación en la que haya sido feliz.
3. En la parte de debajo de la hoja, escribir las situaciones que lo hay llevado a experimentar felicidad.
4. En la segunda hoja y en la parte de arriba dibujar una situación que le haya causado tristeza.
5. En la parte de abajo, escribir las situaciones que lo ponen triste.
6. Después de que todos hayan terminado de dibujar, de forma voluntaria y reunidos en grupo, se pregunta como se sintieron realizando el ejercicio y se les pide que indiquen una de las situaciones que los llevan a tener esas emociones.



MÁSCARAS EMOCIONALES

Objetivos: Profundizar en el autoconocimiento
Identificar las distintas emociones y sentimientos

Materiales:

- Cartulinas blancas
- Hojas de papel bond
- Papel construcción
- Pegamento
- Tijeras
- Lápices de colores
- Crayones
- Pegamento

Encargado: Padre de familia



Desarrollo

1. El adulto encargado debe explicar que todas las personas tenemos una forma característica de reaccionar cuando nos sentimos ofendidos, amenazados o asustados. Estas formas varían de una persona a otra y pueden darse de diferentes maneras.
2. Entregar a cada participante una hoja con el listado de reacciones, pedirles que la revisen y de forma individual subrayar aquellas reacciones que consideren se parecen a como actúan en esos momentos difíciles.
3. Después de que todos hayan terminado de identificar la manera como responden en esas circunstancias de dificultad, deben fabricar una mascara que se parezca a como respondieron que se comportan.
4. Para finalizar la actividad, pregunte a cada participante
 - a. ¿Cómo se sintieron haciendo la mascara?
 - b. Pídales que cada uno señale las 3 reacciones que más usan en orden de importancia
 - c. Pídales que señalen las 3 reacciones que más les molesta que usen los demás.

EL SEMAFORO

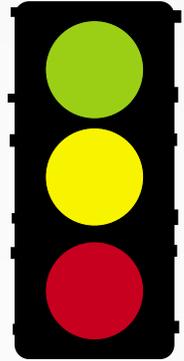
Objetivos: Aprender a controlar los sentimientos

Materiales

Hojas con el formato de círculos del semáforo

Lápices o lapiceros

Encargado: Padre de familia



Desarrollo

1. Sentados en círculo, se le entrega una hoja a cada participante.
2. Se comienza la actividad preguntándoles ¿Cómo reaccionan cuando se enfadan o enojan? y ¿Por qué se enojan o enfadan?, esto deberán escribirlo en una hoja.
3. Seguidamente se les pregunta ¿Qué es lo mejor que pueden hacer cuando se enfadan?
4. Indicarles que el color de los círculos mide la reacción que va teniendo según la respuesta que se le pedirá:
 - Verde: conducta aceptable.
 - Amarillo: Precaución ante la conducta.
 - Rojo: Alto, tu conducta es inaceptable.
5. Se le pide a todos los participantes que en un pedazo de hoja escriban una situación que crean que enojaría a algún miembro de los presentes.
6. A continuación el adulto encargado, dobla los papelitos y los hecha en una bolsa, los revuelve y cuando estén bien revueltos
7. Un participante deberá responder como reacciona ante la situación que el encargado leyó en el papel.
8. El resto de los participantes deberá valorar su reacción en función de:
 - Si se ha parado a pensar e intentar razonar mostrarán el círculo verde
9. Complicarle el caso, (el mismo caso escrito en el papel)
 - Si dice algo que indique que se empieza a enfadar, mostrarán el círculo amarillo de ¡precaución!
 - Si dice que a esta situación, reacciona de forma agresiva (grita, golpea, llora), mostrarán el círculo rojo de ¡Alto! Y entre todos dirán como debería de intentar reaccionar en este caso o en similares.

LA VEJIGA EMOCIONAL



Objetivo: Fomentar la introspección de parte de los participantes

Materiales:

- 1 vejiga color blanco para cada participante
- 1 marcador para cada participante

Encargado: Padre de familia

Desarrollo:

1. Distribuya una vejiga a cada participante. Pídales inflarlas y hacerles un nudo.
2. A continuación con el marcador cada uno de los participantes debe dividir la vejiga por la mitad.
 - a. En una de las mitades deben escribir las dificultades y cosas malas de sus vidas.
 - b. En la segunda mitad, escribir las cosas bellas y gratificantes de sus vidas
3. A continuación deben compartir lo que hayan realizado en sus vejigas.
4. Por último cada uno debe decidir que hacer con sus vejigas.

Indicaciones

- Pueden usar palabras o dibujos, siempre siguiendo lo indicado.
- Enfatize los planes a futuro, hágalos ver que hay más momentos agradables que momentos desagradables o dolorosos, por último subraye la idea de que hay más y mejores cosas es perándolos.

ADIOS A LOS MIEDOS

Objetivos: Poner fuera los miedos de cada uno, restarle poder a los miedos a través de su expresión.

Materiales

- Hojas en blanco
- Cartulina
- Papelitos de colores
- Pegamento
- Tijeras
- Lápices de colores

Encargado: Padre de familia



Desarrollo

1. Señalar que es bueno expresar los temores, los miedos, las tristezas, las angustias como una forma de liberar el espíritu, la mente. Cuando hablamos de esos sentimientos quedamos más libianos, más tranquilos. Cuando compartimos esos temores, otras personas nos pueden ayudar a ver esas situaciones de otra forma y nos daremos cuenta que muchos temores solo están en nuestra imaginación.
2. Entregarle a cada participante una hoja en blanco y pedirles que dibujen su mayor miedo (cosa, animal, situación, persona que le temen)
3. Socializar el dibujo, contándole a los demás a qué o a quién le temen
4. Juntos como familia buscarle una solución al miedo.

AUTOCONCEPTO FÍSICO

SOY UNICO/A

Objetivos: Reconocerse como ser único e irrepetible

Ser consciente de los aspectos más positivos de la propia realidad física, personalidad y carácter

Materiales: Hojas, lápices

Encargado: Padre de familia



Desarrollo

1. Realiza una breve redacción con el título "SOY ÚNICO/A". Podría comenzar así: "Quiero hablar hoy sobre alguien que no tiene igual, que es irrepetible y único, es decir, les voy a hablar de mí..."

ADIVINA QUIÉN ES

Objetivo: Reconocer que somos diferentes unos de otros.

Materiales: Hojas, lapicetos

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. Cada participante escribirá su nombre en una tarjeta, una vez reunidos todos los nombres de los alumnos del grupo, se revuelven y reparten.
2. Seguidamente se colocan en círculo, cada uno leerá para sí el nombre que le haya tocado y dirá características físicas del compañero en cuestión, intentando que adivinen la identidad del mismo.
3. Si no consiguen adivinar, puede hacer imitaciones sobre sus actitudes o peculiaridades.
4. Se seguirá el mismo proceso hasta identificar a todos los participantes.



CUIDO MI PERSONA

Objetivo: Apreciar las cualidades físicas.

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. Establecer normas de higiene y cuidados personales que considere necesarios tanto por dignidad personal como para favorecer el bienestar y la aceptación de todos en el grupo.
2. Individualmente, cada integrante debe elaborar una ficha de autocontrol sobre “Cuido mi persona”, con las normas que tanto individual como grupalmente consideren las necesarias y adecuadas.
3. Evaluarlo luego de una semana.
 - a. ¿Qué les pareció evaluar su higiene?
 - b. ¿Qué les gustaría cambiar?



LO ESENCIAL DE UNA PERSONA

Objetivo: Considerar la importancia del cuidado personal y la apariencia física

Reconocer que lo más auténtico de la persona radica en su interior.

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. Leer “El Principito” de Antoine de Saintexupery.
2. Un encargado formulará las siguientes preguntas de reflexión
3. ¿Qué quiere decir el zorro cuando habla de crear lazos?
4. ¿Qué significado tienen las palabras que el Principito dirige a las rosas?
5. ¿Qué quiere decir el zorro cuando habla de los ojos y de los ojos del corazón?
6. ¿Con qué ojos hemos de observarnos para conocernos, utilizando el lenguaje del zorro?
7. ¿Con qué ojos nos solemos mirar habitualmente?
8. ¿Cómo podremos descubrir cualidades?



SOY ASÍ Y SOY CAPAZ

Objetivos: Aceptarse y confiar en sí mismo.

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. A cada participante proporcionarle una hoja con las historias de Diego, María, Tito, Ricardo y Pepa.
2. A continuación se le pide a cada participante que piense que está en la situación de Diego, María, Tito, Ricardo o Pepa. Preguntarles
 - a. ¿Cuál te parece la solución (es) más adecuadas?
 - b. ¿Qué es lo que tú harías?
3. Deben hacer corresponder cada problema o situación con la solución adecuada.
4. Compartir las soluciones o actitudes que según su criterio resultan adecuadas para afrontar cada uno de los problemas.



AUTOCONCEPTO SOCIAL

LUCHA DE OPUESTOS

Objetivos: Vivenciar cómo nos sentimos ante los impedimentos que encontramos en la vida diaria y cómo reaccionamos ante esos impedimentos.

Vivenciar el sentimiento cuando es uno el que pone el impedimento.

Encargado: Padre de familia



Desarrollo

1. Hacer dos filas, una en frente de la otra, de manera que cada cual tenga un compañero o compañera, cara a cara.
2. La fila A va a decirle a su compañera/o de la fila B, "Yo quiero", a lo que B responderá simultáneamente "No te doy", esto durante un minuto aproximadamente.
 - a. Luego A le dice a B "yo se" y B responderá "Tu no sabes"
 - b. Por último A le dice a B "Yo puedo" y B responderá "Tu no puedes"
 - c. Una vez terminada esta ronda, cambian.
3. Se pregunta a los participantes cómo se sintieron cuando afirmaban y cuando negaban.
¿Cuál de los dos roles fue más fácil para ellos/as, los de afirmar o los de negar?

ÉSTE (A) SOY YO CUANDO ME RELACIONO

Objetivos: Conocer la forma en la que nos relacionamos con los demás.

Materiales

- Hojas en blanco
- Lápices
- Crayones
- Marcadores

Encargado: Padre de familia



Desarrollo:

1. Sentados en círculo, se le entrega una hoja a cada participante, con el titular "éste soy yo cuando me relaciono con los demás" .
2. En la parte de arriba de la hoja y de forma individual dibujar una situación en la que haya interactuado con alguien más que no sea familiar.
3. En la parte de debajo de la hoja, escribir qué es lo que más le gusta de relacionarse con los demás.
4. Después de que todos hayan terminado de dibujar y de escribir, de forma voluntaria y reunidos en grupo, se les pide que compartan lo que dibujaron y lo que escribieron.
5. Para finalizar la actividad pedirle que califique de 1 a 10 su nivel de satisfacción al interactuar con los demás.
6. Si se califican con un numero menor a 5, motivarlo a que identifique que situaciones le ponen incomodo al interactuar con los demás y buscar solución para acabar con esa insatisfacción.

COMO RESOLVER PROBLEMAS

Objetivos: Conocer cuál es la forma en la que generalmente se resuelve un problema

Materiales

- 1 hoja con líneas por participante
- Lapiceros

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. Pedirle a cada participante que plantee un problema que le causa preocupación en este momento y pedirle que lo anote en la hoja
2. A continuación deben seguir los siguientes pasos:
 - a. Darse cuenta de que hay un problema: Los sentimientos negativos indican que hay un problema (ira, preocupación, tristeza)
 - b. Pensar y decidir cuál es el problema: Párese y piense, salga de la situación (física y mentalmente) y decida cuál es el problema.
 - c. Decida un objetivo: ¿Qué desea de esa situación?
 - d. Piense en la mayoría de soluciones posibles
 - e. Piense en las consecuencias de cada solución (lo que ocurriría si las intentase)
 - f. Escoja la mejor solución
 - g. Haga un plan paso a paso para llevar a cabo la solución.
 - h. Intente la solución.
3. Luego de terminar el ejercicio, preguntarle a cada uno como se sintieron haciendo el ejercicio
4. Después de poner en práctica la solución preguntarles como les fue con la solución escogida, si les fue bien, felicítelos y animelos a buscar más soluciones de esta manera, si les fue mal animelos a que intenten realizar de nuevo el trabajo anterior.



LO QUE TE QUIERO DAR

Objetivo: Conocer la capacidad y habilidad personal para dar y recibir.

Materiales

Hojas blancas
Papel de colores
Marcadores
Crayones
Lápiz
Pegamento
Tijera

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. En círculo, cada uno debe hacer un dibujo para la persona que este a lado derecho de donde está sentado. El dibujo lo puede hacer según su preferencia.
2. El dibujo debe ir enfocado a algo simbólico que le quiera dar al otro. Ejemplo: Paciencia, alguna frase significativa, etc.
3. Después de terminar el dibujo se lo debe de dar a la otra persona.
4. Para finalizar la actividad se les debe preguntar a los participantes ¿Cómo se sintieron cuando se les dio la primer instrucción? ¿Qué les pareció la actividad?



BOMBARDEO POSITIVO

Objetivo: Enviar mensajes positivos a los de nuestro alrededor.

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. El encargado motiva al grupo y presenta la dinámica. Indica cómo para la mayoría de las personas tanto dar como recibir afecto son cuestiones difíciles.
2. Las personas del grupo pasaran una por una y se coloca al centro, para que sea el foco de atención, todos los demás dirán los sentimientos positivos que sienten por ella. Ella solo los escucha.
3. Para finalizar se les pide que por favor indiquen como se sintieron al estar en el centro del círculo.



Indicaciones

- Él /a que va hablando se coloca delante de la persona que está al centro, cara a cara con él y le da la mano o le agarra el brazo y le mira a los ojos.
- Es bueno que todos digan algún sentimiento positivo hacia la otra persona
- Se debe insistir en que sean mensajes auténticos y sinceros

AUTOCONCEPTO FAMILIAR

EL RELOJ



Objetivo: Identificar la distribución del tiempo y actividades que realizan individual y en familia

Materiales

- 3 hojas blancas por participante
- Lápices

Encargado: Padre de familia

Desarrollo

1. En una hoja escribir todas las actividades que hacen en una semana individualmente
2. En la segunda hoja escribir todas las actividades que realizan en familia.
3. A continuación clasificar las dos listas en categorías como: recreación con amigos, recreación en familia, de aseo y limpieza, de cuidado de los niños, de trabajo, de transporte, etc.
4. Luego pasar a cada participante una hoja donde deberá dibujar un gran círculo y dividirlo en partes según la cantidad de tiempo que le dedica en la semana a cada categoría de actividades
5. En grupo conversar sobre la distribución del tiempo.
6. Plantee las siguientes preguntas:
 - a. ¿Cuánto tiempo de la semana le dedica a... (trabajar, transporte, cocinar, las tareas de los niños, etc.)?
 - b. ¿Qué diferencia ve en los relojes de los otros participantes ?
 - c. ¿Qué cambios realistas le gustaría hacer?
 - d. ¿Con que otra persona de la familia podría contar para hacer esos cambios?

RESPONDIENDO PREGUNTAS DIFÍCILES

Objetivo: Identificar los temas que les ha costado o creen que les c

Materiales

- Tablero
- Papelitos
- Hojas
- Lápices



Desarrollo

1. Imprimir el tablero y los papelitos
2. En el grupo debe haber un set de cartas o papelitos con preguntas y un tablero.
3. Cada participante debe ir sacando un papelito por turno, leer la pregunta y definir en qué sector del tablero la ubicaría y por qué.
4. Una vez que se acaben los papelitos, el grupo debe anotar qué temas o preguntas quedaron en cada casillero del tablero.
5. A continuación se comenta libremente sobre qué opinan de los resultados.
 - a. Enfocarse en las preguntas que quedaron en la casilla “no me atrevo a conversarlo” y ayude a los participantes a buscar alternativas para poder abordar estos temas.

RECONSTRUYENDO MI HISTORIA

Objetivo: Contactar con recuerdos, imágenes y vivencias de su infancia para posibilitar la reflexión acerca de la historia familiar.

Materiales

Ninguno

Encargado: Padre de familia



Desarrollo

1. Para motivar la actividad se puede leer el siguiente texto:
 - a. Los invito a hacer un viaje en el tiempo, un viaje que parte de la sala de un cine o un teatro donde vamos a ver la película de nuestras vidas. Imaginen que están en un cine, mirando la pantalla que está en blanco. Poco a poco comienzan a verse imágenes actuales de ustedes. Se ven en su casa, actuando como en un día normal de su vida o haciendo lo que acostumbra hacer en la semana.
 - b. Suavemente, esas imágenes se van transformando en escenas de cuando eras más joven, con unos cinco años menos. ¿Cómo era tu vida en ese tiempo? Pausa
 - c. Vas a ir más lejos... unos diez años atrás (pausa). Mírate cómo eras, con quiénes estabas, qué cosas hacías hace diez años.
 - d. Vamos a detenernos ahí por un momento, a mirar con más detalles esta escena que vemos en la pantalla del cine. ¿Cómo es la imagen que ves?, ¿Qué edad tienes?, ¿Cómo eres físicamente?, ¿Con quién estas?, ¿Dónde vives?, ¿Qué haces?... ¿Qué sensación, sentimiento, imagen, sonido, aroma u olor, te surgen al recordar este momento de tu infancia?
 - e. Se debe dar un tiempo para que los participantes graben estas imágenes en su memoria.
 - f. “Vean ahora a sus padres o a los adultos que los han cuidado, cuidaron y criaron. ¿Quiénes son esas personas? ¿Cómo se sienten al lado de ellas? ¿Qué sentimientos les producen?
 - g. Dar un tiempo para que los participantes graben estas imágenes en su memoria.
 - h. Por último “invitarlos a que poco a poco vayan volviendo al presente y vean en la pantalla del cine la escena de la sala nuevamente, y a medida que quieran, vayan abriendo los ojos.”
 - i. Una vez que abran los ojos, estiren todo el cuerpo como si se estuvieran levantando en la mañana.
2. Para terminar la actividad preguntar como se sintieron

No Puedo

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

No Quiero

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Éste soy yo cuando estoy feliz

Las cosas que me hace feliz son...

Instrucciones:

En la parte de arriba, dibuja un momento o situación en la que hayas experimentado felicidad. ¡Recuerda, como lo realices estará bien!

En la parte de abajo escribe las situaciones que te hacen feliz.

Éste soy yo cuando estoy Triste

Las cosas que ponen triste son...

Instrucciones:

En la parte de arriba, dibuja un momento o situación en la que hayas experimentado tristeza. ¡Recuerda, como lo realices estará bien!

En la parte de abajo escribe las situaciones que te ponen triste.

Recorta los círculos y pegalos en un cartón

Pegales una paleta en la parte de atrás.



¡Precaución!



¡Aceptable!



¡Alto!

Soy Así y Soy Capaz

| Problema | Situación | Actitud/solución |
|---|-----------------------------------|--|
| Ricardo está gordito | Se encuentra feo e inútil | 1. Creer que no puedo hacer nada 2. Tomar un producto milagroso 3. Hacer caso de mis amigos y padres que me encuentran bien tal y como estoy 4. Procurar hacer ejercicio |
| Diego ha vuelto a suspender las evaluaciones | Está triste | 5. Pensar que soy así y cuidar mi aspecto 6. Tomar unas pastillas, que según dicen hacer discurrir 7. Trabajar más 8. Pedir ayuda a un amigo, padre o profesor 9. Pensar que yo tengo la culpa 10. Procurar ir siempre limpio |
| En casa de María todo son broncas y gritos porque sus padres no se llevan bien | Está preocupada | 11. Ayudar y ser amable 12. Buscar bronca para que se enteren de quién soy yo 13. Ocuparme personalmente de mis cosas (vestidos, calzado, orden) 14. Acostarme a dormir no queriendo saber nada 15. Irme por ahí y olvidarlo |
| Tito no tiene amigos | No se divierte | 16. Creer que no puedo hacer nada 17. Pensar que soy así y que puedo resultar agradable 18. Procurar ir siempre bien arreglado 19. Intentar por todos los medios parecerme a mi artista favorito |
| Los padres de Pepa siempre están fuera. Ella no cuida su aspecto. Todos le huyen. | Se siente abandonada, no se cuida | 20. Consolarme comiendo |

Éste soy yo cuando me relaciono con los demás

Anexo No. 7

Lo que más me gusta cuando me relaciono con los demás es:

Instrucciones:

En la parte de arriba, dibuja un momento o situación en la que te estes relacionando o interactuando con los demás. ¡Recuerda, como lo realices estará bien!

En la parte de abajo escribe que es lo que te gusta cuando te relacionas con alguien más.

PROYECTO DE VIDA METAS

Meta _____

Cómo planeo alcanzarla _____



TABLERO

| | |
|--|---|
| <p>PREFIERO NO RESPONDER</p> | <p>BUSCARÍA MÁS INFORMACIÓN Y RESPONDERÍA</p> |
| <p>PODRÍA RESPONDER SIN PROBLEMAS</p> | <p>LE PEDIRÍA A OTRO QUE RESPONDA POR MI</p> |



| | | |
|---|--|---|
| ¿CÓMO LLEGA LA SEMILLA DEL HOMBRE A LA GUATITA DE LA MUJER? | ¿POR QUÉ A ALGUNAS COMPAÑERAS SUS PAPÁS LES PEGAN? | ¿POR QUÉ ALGUNAS PERSONAS SE EMBORRACHAN? |
| ¿QUÉ SIGNIFICA SER HOMOSEXUAL? | ¿ES MALA LA MASTURBACIÓN? | ¿POR QUÉ ALGUNOS HOMBRES LE PEGAN A SUS ESPOSAS? |
| ¿POR QUÉ LA JUANITA TIENE UN BEBE SINO TIENE MARIDO? | ¿POR QUÉ MI HERMANITO TIENE PENE Y YO NO? | ¿QUÉ SIGNIFICA LESBIANA? |
| ¿DÓNDE ESTÁ DIOS? | ¿QUÉ ES EL SIDA? | SI LAS DROGAS SON MALAS ¿POR QUÉ LA GENTE LAS PRUEBA? |



| | | |
|--|--|---|
| ¿CÓMO SE CONTAGIA EL SIDA? | ¿QUÉ HACEN UN NIÑO Y UNA NIÑA CUANDO ESTÁN POLOLEANDO? | ¿POR QUÉ HAY PAPÁS QUE SE SEPARAN? |
| ¿QUÉ SON LAS DROGAS? | ¿POR QUÉ MIS PAPÁS NO CONVERSAN? | EN LA TELE DIJERON QUE UNA MAMÁ ABANDONÓ A SU HIJO, ¿PORQUÉ PASA ESO? |
| ¿POR QUÉ A ESE NIÑO LE DICEN DROGADICTO? | ¿CÓMO NACÍ YO? | ¿CÓMO NACEN LOS NIÑOS? |
| ¿CUÁNDO PUEDO YO TENER UN HIJO? | SI VEO A MI HIJO O HIJA TOCÁNDOSE SUS GENITALES, QUÉ HAGO EN ESA SITUACIÓN | ¿DÓNDE SE VA LA GENTE DESPUÉS QUE SE MUERE? |



| | | |
|--|--|--|
| <p>¿POR QUÉ HAY GENTE QUE ROBA?</p> | <p>¿POR QUÉ NUNCA TIENES TIEMPO PARA JUGAR CONMIGO?</p> | <p>¿POR QUÉ YO NO PUEDO ESCUCHAR ALGUNAS CONVERSACIONES?</p> |
| <p>¿POR QUÉ LOS PAISES TIENEN GUERRAS?</p> | <p>¿POR QUÉ YO TENGO QUE HACER LAS CAMAS Y MI HERMANO NO?</p> | <p>¿POR QUÉ LA MAMÁ TIENE QUE HACER LAS COSAS DE LA CASA DESPUÉS DEL TRABAJO Y MI PAPÁ NO?</p> |
| <p>¿POR QUÉ SIEMPRE EL PRESIDENTE ES HOMBRE?</p> | <p>La pregunta más difícil que me han hecho mis hijos fue:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |
| <p>¿POR QUÉ LA PROFESORA DICE QUE LOS HOMBRES NO PODEMOS LLORAR?</p> | <p>La pregunta más difícil que me han hecho mis hijos fue:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |