



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE MÉXICO**



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

***“RESILIENCIA Y AUTOESTIMA EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y
MOTRIZ”***

TESIS

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

PRESENTA

VILLASEÑOR BARRÓN KARLA IVONNE

No. DE CUENTA: 0742389

ASESOR:

DRA. NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ FUENTES

TOLUCA, MÉXICO,

MARZO DE 2017

DEDICATORIAS

EL PRESENTE TRABAJO ES FRUTO DE MUCHO ESFUERZO DEDICACIÓN Y COMPROMISO, ADEMÁS DE QUE ME HA PERMITIDO CUMPLIR UNO DE LOS SUEÑOS MÁS IMPORTANTES DE MI VIDA, POR LO CUAL SE LO DEDICO:

A mi madre:

Por su aliento y sabios consejos que me guiaron siempre hacia delante.

A mi padre:

Por su fe y confianza que siempre me brindo.

A mis hermosos hijos:

Por sus sonrisas y el sacrificio de cederme sus momentos de esparcimiento para poder dedicarme al estudio.

A mi esposo:

Por su apoyo, comprensión y amor incondicional, por ser mi compañero de vida y mi complemento.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia a Dios por los obstáculos, dificultades y demás pruebas que puso en mi camino con el objetivo de enseñarme lo fuerte que puedo llegar a ser.

A la Dra. Norma Ivonne, por embarcarme en esta increíble travesía y enseñarme sin palabras que no hay mejor recompensa que el esfuerzo individual.

A la Mtra. Martha Torres, porque considero que la gratitud es una virtud en el ser humano, le agradezco la confianza y acompañamiento.

Al Dr. Sergio González, por la amabilidad comprensión y tiempo que dedico a este proyecto.

A cada uno de los niños que participaron en la investigación, por sus sonrisas, esfuerzo e interés.

A los directores del CAM, por abrirme las puertas de cada aula y permitirme trabajar con cada uno de los niños.



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 06

Fecha: 23/01/2015

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	KARLA IVONNE VILLASEÑOR BARRÓN		
Licenciatura	PSICOLOGIA	N° de cuenta	0742389 Gen: 2010B-2015A
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	"RESILIENCIA Y AUTOESTIMA EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y MOTRIZ"		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. NORMA IVONNE GONZALEZ ARRATIA LOPEZ FUENTES		19/04/16
COASESOR ASESOR EXTERNO (Sólo si aplica)			

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	MTRO. SERGIO GONZALEZ ESCOBAR	19/04/16 	25/10/16 	04/Nov/2016
REVISOR	MTRA. MARTHA ADELINA TORRES MUÑOZ	 19/04/16	 2/05/16	 14/10/16

Derivado de lo anterior, se le AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	MTRA. en PSIC. NORMA SUSAN ROSALES CANIZO		04/Noviembre/16



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
TITULACION



CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Karla Ivonne Villaseñor Barrón Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título "Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz", por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México, manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Facultad de Ciencias de la Conducta para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, México, a los 20 días del mes de Diciembre de 2016.

Karla Ivonne Villaseñor Barrón
Nombre y firma de conformidad

ÍNDICE

Resumen	9
Introducción	10
Marco Teórico	14
Capítulo I. Resiliencia	14
Aproximaciones teóricas de la Resiliencia	14
Concepto de Resiliencia	20
Características de las personas resilientes	23
Resiliencia en el niño	24
Resiliencia en la familia	26
Factores de riesgo y de protección en el niño	28
Factores de riesgo en el niño	29
Factores de protección en el niño	30
Capítulo II. Autoestima	33
Concepto de autoestima	33
Desarrollo de la autoestima	35
Características de los individuos con alta autoestima	38
Características de los individuos con baja autoestima	40
Autoestima y discapacidad	43
Capítulo III. Discapacidad	45
Concepto de discapacidad auditiva	45
Etiología de la discapacidad auditiva	46
Implicaciones y características diferenciales de niños con discapacidad auditiva	46
Concepto de discapacidad motriz	47
Clasificación de la discapacidad motriz	50
Etiología de la discapacidad motriz	51

Método	52
Planteamiento del problema	52
Objetivo general	53
Objetivos específicos	54
Tipo de estudio	54
Hipótesis de Investigación	54
Variables	54
Participantes	55
Instrumentos	56
Diseño de investigación	57
Procedimiento	57
Análisis estadístico	57
Resultados	59
Discusión	71
Conclusiones	73
Sugerencias	74
Referencias Bibliográficas	75
Anexos	81

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos descriptivos medias y desviación estándar del CAM	59
Tabla 2. Datos descriptivos medias y desviación estándar por sexo	60
Tabla 3. Niveles de resiliencia de acuerdo al CAM	62

Tabla 4. Niveles de resiliencia de acuerdo al sexo.	64
Tabla 5. Niveles de autoestima de acuerdo al CAM	66
Tabla 6. Niveles de autoestima de acuerdo al sexo	68
Tabla 7. Correlación entre resiliencia y autoestima	70
Grafico 1. Niveles de resiliencia de acuerdo al CAM	62
Grafico 2. Niveles de resiliencia de acuerdo al sexo.	65
Grafico 3. Niveles de autoestima de acuerdo al CAM	67
Grafico 4. Niveles de autoestima de acuerdo al sexo	69

RESUMEN

Cuando un nuevo ser es concebido, en su mayoría de veces las expectativas de los que lo rodean son positivas, se espera lo mejor para el, entre esto tener salud, esta ilusión se pierde cuando reciben la noticia de que posee una enfermedad a la que no se le vislumbra un buen pronóstico como es el caso de una discapacidad que sin dudarlo se convierte en una tragedia, entonces las expectativas de desarrollo de ese niño y su propia vida se ven truncas. Ante ello los padres no saben cómo actuar, que hacer y sobre todo como tratar a su hijo; y solo se preocupan por satisfacer las necesidades básicas de supervivencia que para ellos son fundamentales, sin darse cuenta que la parte emocional y sobre todo expresar y manifestar con sus actitudes el amor, cariño y la necesidad de que su hijo se desarrolle lo mejor posible y así proporcionarle una excelente calidad de vida es en realidad lo más importante que requiere un niño más aún si este presenta una discapacidad. Es por eso que el objetivo de la presente investigación es identificar la relación que existe entre resiliencia y autoestima en niños con discapacidad motriz y auditiva.

Este se cubrió a través de la ejecución de un estudio descriptivo, no probabilístico de tipo intencional con una muestra de 67 niños que asisten al CAM N° 6 Y 47, ubicados en el Municipio de Lerma , Estado de México. Para ello se utilizaron dos cuestionarios aplicados de manera individual estos son: Cuestionario de Resiliencia (Gonzalez Arratia 2011) y Cuestionario de Autoestima para Niños (IGA-2011).

Habiendo finalizado la aplicación se llegó a la conclusión de que los niños que acuden a la escuela y tienen más desarrollado el factor de trabajo intelectual presentan mayor resiliencia; además de que los hombres poseen alto nivel de resiliencia mientras que las mujeres poseen nivel bajo. En la variable psicológica autoestima las mujeres poseen nivel alto y los hombres reportaron un nivel bajo, lo que explica que no en todas las dimensiones de resiliencia y autoestima hay relación significativa.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida, existen muchos factores que intervienen en el desarrollo de las personas, en cualquier ámbito en que estas se relacionen, pueden resaltar experiencias agradables que favorecen el bienestar emocional, pero también existir aquellas que se caracterizan por generar cierta dificultad para salir adelante.

En este sentido, existe un creciente interés en los últimos años por el estudio de la capacidad que pueden tener algunos individuos cuando están expuestos a situaciones difíciles y que logran superar e incluso salir fortalecidos a pesar de la adversidad. Por lo que se analizan las implicaciones de promover el desarrollo de la resiliencia en lugar de prevenir daños específicos, como una forma de mejorar las condiciones de vida en el periodo de la infancia y adolescencia que son grupos particularmente vulnerables para la salud. Esto ha hecho que desde diferentes ámbitos se estudien las variables que influyen en una mejora de la calidad de vida de las personas.

La condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona, poniendo en juego distintos mecanismos que le permiten adaptarse a la nueva situación y aprender a vivir con restricciones importantes que requieren un esfuerzo para realizar una vida normalizada (Suria, 2012).

Lo que habrá que cuestionarse es que determina que una persona tenga las características para afrontar de manera positiva las adversidades que se le presentan en su vida y como a pesar de tener una discapacidad logran salir adelante. Se considera discapacidad a toda persona que padezca una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, motora, sensorial o mental que, en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su adecuada integración social o laboral (Sánchez, Cantón & Sevilla, 1997). Mientras que la discapacidad auditiva se refiere a las deficiencias en las funciones o estructuras del sistema auditivo y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real,

sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas y en cuanto al niño con discapacidad motriz son las deficiencias en las funciones o estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuro-musculotendinoso y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas (Bautista, 2002).

De acuerdo con las características que pueden manifestarse en niños con discapacidad y al concepto de Resiliencia que se origina en la constatación de que algunas personas resisten mejor que otras a los avatares de la vida, la adversidad y la enfermedad; existen investigaciones sobre Resiliencia que se han orientado en gran medida a la labor clínica e investigadora, la cual ha llevado a conocer lo que le ocurre al niño como individuo y en relación con su entorno: su mundo interior, la transformación de debilidades en fortalezas, la supervivencia de ambientes de pobreza y el mejoramiento de las condiciones de vida (Melillo, Suarez & Rodríguez, 2008).

Rutter (1987) desde el enfoque ecológico menciona que no basta con apuntalar la Resiliencia de los niños y familias en riesgo para que puedan superar las condiciones desfavorables, también hay que empeñarse en modificar esas condiciones que los perjudican y pone de relieve, que para comprender y fomentar los mecanismos de protección se debe atender a la interacción de lo que ocurre dentro de la familia con lo que acontece en los ámbitos políticos, económicos, sociales y raciales en que prosperan o mueren los individuos y sus familias.

Dentro de las investigaciones sobre Resiliencia se estudio primeramente su riesgo y estrés, y su estrecha relación con la autoestima, es por ello que se considera importante el nivel de autoestima para determinar su grado de relación con la Resiliencia, ya que en las investigaciones se ha identificado que a mayor autoestima, se tiene mayor capacidad de recuperación frente a las adversidades (Melillo y Suarez, 2004). Por lo que para la presente investigación se consideran las variables de

resiliencia y autoestima. En este sentido, la autoestima es una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo, interna en cuanto al valor que le atribuimos a nuestro yo y externa se refiere al valor que creemos que otros nos dan (González-Arratia, 2001).

De acuerdo a lo anterior, es importante enfocarse en las teorías en las que se piensa que la resiliencia tiene bases teóricas como lo son la psicología positiva y el existencialismo.

La psicología positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman 2005). Lo que se busca es un cambio positivo, que genere un enfrentamiento a la adversidad, esto con la concepción de que el ser humano es capaz de transformar la experiencia traumática en aprendizaje y crecimiento personal, tema central en siglos de literatura, poesía, filosofía (Vero, Carbelo y Vecina, 2006).

En torno al existencialismo, Frankl (1992) explico que es un modelo encaminado a fomentar la educación del individuo hacia la responsabilidad, los valores trascendentes y orientar hacia el sentido abierto al cambio o evolución, siendo su meta satisfacer las necesidades de las personas.

Asimismo, Frankl menciona que cuando alguien se enfrenta a una situación inevitable, insospechable, siempre que tiene que enfrentarse a un destino que es imposible cambiar, por ejemplo una enfermedad incurable, es entonces cuando se le presenta la oportunidad de cumplir el sentido más profundo, el del sufrimiento. Porque lo que más importa de todo es la actitud que se tome hacia el sufrimiento, la actitud al cargar con el sufrimiento. Estas aportaciones contribuyen al sustento y éxito que puede tener esta temática beneficiosa para la vida de las personas. y justifica la presente investigación

que tiene como objetivo determinar el grado de relación que existe entre resiliencia y autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz.

MARCO TEORICO

CAPITULO I. RESILIENCIA

Aproximaciones teóricas de la Resiliencia

En este apartado, se retomaran algunas teorías en las que la resiliencia tiene sus bases, entre ellas se encuentra el existencialismo, el cognoscitivismo y la psicología positiva, teorías centradas en el individuo y en la explicación de su conducta.

El enfoque existencialista tiene sus orígenes en los siglos XIX y XX, generado del pensamiento filosófico europeo de Kierkegaard (padre del existencialismo) y sus colaboradores Heidegger y Sartre.

Sartre (1999) define a la existencia como cualquier entidad que puede tener una existencia real o ideal. La existencia es para Kierkegaard ante todo lo existente, el existente humano. Se trata de aquel cuyo ser consiste en la subjetividad, es decir, en la pura libertad de elección. Existir significa tomar una decisión última con respecto a la absoluta trascendencia divina.

En torno al existencialismo Frankl (1992) afirma que es un modelo encaminado a fomentar la educación del individuo hacia la responsabilidad y los valores trascendentes y orientar hacia el sentido abierto al cambio o evolución, su meta es satisfacer las necesidades de la personas.

El principio del existencialismo es que el hombre es el único que no es tal y como él se concibe, sino tal como él se quiere, y como se concibe después de la existencia, como se quiere después de este impulso hacia la existencia; el hombre no es otra cosa que lo que el se hace Sartre (1999).

El primer paso del existencialismo es poner a todo hombre en posesión de lo que es, y asentar sobre él la responsabilidad total de su existencia, debido a ello, la autorrealización no es suficiente, ya que la existencia humana se sostiene en la autotrascendencia, por lo que Balcázar, Delgadillo, Gurrola, Mercado y Moysèn (2003) distinguen algunos puntos de vista en común del enfoque humanista y existencialista:

- Ven la realidad de un individuo como el producto de las percepciones únicas del mundo de esa persona.
- Los individuos tienen la capacidad de hacer elecciones libres y son responsables de sus propias decisiones.
- La integridad de las personas es muy importante.
- Las personas tienen la capacidad de convertirse en lo que deseen, de satisfacer sus capacidades y de llevar vidas más adecuadas para ellas.

El pensamiento de Frankl dirigido por dicha visión filosófica, le ayudó a sobrevivir y fue el que más tarde expuso en sus obras. Si un hombre en ningún momento deja de considerarse humano, aun cuando haya naufragado, sabrá que hasta en la situación más desesperada cuenta con alternativas que, por mínimas que sean, pueden contribuir a su salvación. Tratará de arribar a tierra firme, consciente de que el azar y los hechos contingentes de los cuales no es responsable; como el sufrimiento, la culpa y la muerte la triada trágica como él la llama, forman parte también de la existencia (Balcázar, Delgadillo, Gurrola, Mercado y Moysèn, 2003).

Una descripción que sustenta la resiliencia, es la siguiente: la voluntad de sentido debe ser entendida como la motivación humana básica, es lo que permite dar un sentido a la vida y va más allá de la búsqueda del placer.

El sentido no se inventa ni se enseña, es único para cada persona, el sentido de la vida puede ser descubierto al realizar valores de tres dimensiones:

1) Valores de la creación: o lo que el ser humano da al mundo en forma de trabajo, creación, transformación, desarrollo, entre otras.

2) Valores de experiencia: o lo que el ser humano recibe del mundo gratuitamente en forma de experiencia.

3) Valores de actitud: la postura que el ser humano toma ante aquellas situaciones irreparables, irreversibles o fatales.

Cuando alguien se enfrenta a una situación inevitable, insospechable, siempre que tiene que enfrentarse a un destino que es imposible cambiar; se le presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo, el sufrimiento. Porque lo más importa es la actitud que se toma hacia el sufrimiento, la actitud de cargar con ese sufrimiento (Frankl, 1991).

Otro enfoque que ha tenido un aporte importante dentro de la psicología, es el cognoscitivismo que se centra en el estudio del hombre analizando los procesos psicológicos como atención, memoria, percepción, pensamiento, entre otros que llevan al individuo a emitir cierta conducta.

Durante los años 1940 y 1950 Lazarus contribuye con su conocimiento inclinándose por lo que es el afrontamiento aplicándolo principalmente al área clínica, con el objetivo de desarrollar recursos adaptativos.

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Shontz (1975, citado por Lazarus y Folkman, 1986) menciona que cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o a una incapacidad

procederá de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento. La primera etapa es la de shock, que aparece cuando la crisis ocurre sin previo aviso, se manifiesta un sentimiento de distanciamiento y algunas veces lucidez. Seguido de esto, se presenta una fase de encuentro, un periodo intenso en el que el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización. A esto le sigue la tercera fase, la retirada, que parece corresponder a la negación. El proceso de afrontamiento incluye un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación/evitación.

Mechanic (1974) parte de una perspectiva socio-psicológica y menciona tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos de las demandas externas.

En este sentido se utiliza el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo para negar tanto el hecho como su implicación, para actuar como si lo ocurrido no nos importara y no tener que aceptar lo peor. Mientras que el afrontamiento dirigido al problema engloba ampliamente una serie de estrategias; la resolución del problema implica un objetivo un proceso dirigido al entorno y también incluye las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

De esta manera algunos autores sostienen que uno de los retos para la psicología en los últimos años es dedicar trabajo al estudio de los aspectos positivos de la experiencia humana, entender y fortalecer aquellos factores que permiten prosperar a individuos, comunidades y sociedades, para mejorar la calidad de vida y con esto prevenir las patologías que surgen de condiciones de vida adversas.

Es así como Seligman (2005), propone el termino de psicología positiva y la define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología.

Por lo que es importante mencionar que la psicología positiva no es un movimiento filosófico, espiritual o humano a través de métodos dudosamente establecidos. Como tampoco es un ejercicio de autoayuda, ni mucho menos un método mágico para alcanzar la felicidad. La psicología positiva no debe ser confundida en ningún caso con una corriente dogmática, que pretende atraer adeptos o seguidores y en ningún caso debe ser entendida fuera de un riguroso contexto profesional (Vera, 2006).

La psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención para lo cual es importante la comprensión de algunos aspectos referidos en el concepto, que poseen relación con el estudio de la resiliencia. Estos son: fortalezas, emociones positivas, bienestar, optimismo y felicidad.

Las fortalezas son rasgos o características psicológicas que se presentan en situaciones distintas a través del tiempo y sus consecuencias suelen ser positivas. Poner en práctica una fortaleza provoca emociones positivas auténticas y actúan como barreras contra la enfermedad, entre estas se encuentra el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para fluir, entre otras (Seligman y Christopher, 2000, citados por Contreras y Esguerra, 2006).

El bienestar es una dimensión subjetiva y general, compuesta por dos facetas básica, una centrada en los aspectos afectivos-emocionales y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos; se refieren a los estados de ánimo del individuo y a la evaluación de satisfacción que hace el individuo de su propia vida, respectivamente. (Cuadra y Florenzano, 2003).

Para Seligman (2000), las emociones positivas pueden centrarse en el futuro, presente o pasado. Respecto al futuro, están el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza; las relacionadas con el presente son la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer, y la experiencia óptima, que incluye felicidad,

competencia percibida o interés intrínseco por la actividad realizada. Sobre el pasado las emociones positivas incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad. Estos tres aspectos emocionales son distintos y no se hallan necesariamente relacionados (Contreras y Esguerra, 2006).

Las emociones positivas amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales de las personas, los hacen más perdurables y acrecientan las reservas a las que se puede recurrir cuando presentan amenazas u oportunidades. Por ello cuando las personas experimentan tales emociones o sentimientos positivos se modifican sus formas de pensamiento y acción.

El optimismo es un rasgo de disposiciones que parece mediar entre los aspectos externos y su interpretación personal, rasgo que varía en su magnitud (Cuadra y Florenzano, 2003). Peterson considera que el optimismo involucra componentes cognoscitivos, emocionales y motivadores. Cuanto más existe en la vida una persona más optimista se vuelve.

Felicidad se le denomina también al bienestar subjetivo experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas. Lo central es entonces la propia evaluación que la persona hace de su vida (Diener, 2000, citado por Cuadra y Florenzano, 2003).

De acuerdo a lo que refieren los autores, los profesionales de la salud mental deben centrarse en establecer principios resilientes, con el fin de poder contribuir al desarrollo de las potencialidades y recursos de las personas para salir adelante a pesar de la adversidad, tal como menciona González (2005) y no sumergirlas únicamente en los traumas, trastornos y consecuencias negativas, como se hace desde años atrás.

Concepto de Resiliencia

En los últimos años el ser humano se enfrenta a cambios constantes y drásticos, a exigencias, conflictos, frustraciones, inseguridad y delincuencia. En un contexto como este surge el cuestionamiento, de cómo el ser humano logra superar la adversidad y más aún logra que esta sea una experiencia de aprendizaje y crecimiento. En este sentido Melillo, Suarez y Rodríguez (2008) plantean que el constante enfrentamiento a eventos negativos, propicia que el ser humano se haga más fuerte, tomando conciencia de sus propias fortalezas lo cual le permite adquirir mayor confianza en sí mismo.

De esta manera Infante (2001, en Melillo y Suarez, 2001) explica que las investigaciones acerca de la resiliencia, han logrado reconceptualizar y modificar la percepción acerca del ser humano, al lograr verlo como un ser con recursos y potencialidades en el mismo y en su entorno y no solo como un sujeto con enfermedades y riesgos. Es por eso que la resiliencia ha sido definida desde varias perspectivas.

Rodríguez (2008) menciona que la resiliencia es un concepto fácil de entender, difícil de definir y más aún, de medir. El término original de la resiliencia proviene del campo de la física y se refiere a la resistencia de los materiales a la deformación. Su origen latino proviene del verbo *resilo*, que significa saltar hacia atrás, rebotar, repercutir. En la actualidad el significado es más amplio y por tanto complejo. El concepto de resiliencia fue retomado por Werner y Smith (1989) que observaron que existían personas que pese a la adversidad que habían vivido lograban sobreponerse; otras se quedaban inmersas y afectadas por la adversidad. La diferencia que existía entre estas personas, la llamo resiliencia.

Para Henry (1999) el concepto de resiliencia fue creado por la necesidad de explicar cómo niños en circunstancias muy problemáticas lograban tener un desarrollo adecuado sin mostrar consecuencias negativas o desfavorables. El autor también

menciona que la resiliencia permite una adaptación exitosa, un funcionamiento positivo y el desarrollo de competencias.

Manciaux (2003) refiere que la resiliencia es más que la resistencia y más amplia que la adaptabilidad. La resistencia ocasionada al experimentar un evento crítico, es solo el primer paso que conlleva la resiliencia (Glanfrancesco, 2003). En este sentido, Rodríguez (2008) agrega que al hablar de resiliencia se debe tomar en cuenta el elemento creativo para dar nuevas respuestas y abrir posibilidades de solución y enriquecimiento personal.

Diversas opiniones giran en torno a la resiliencia, por lo que los investigadores han creado varios conceptos que presentan como elementos comunes, que el sujeto se enfrente a una adversidad o riesgo, la resistencia hacia estos, y un crecimiento personal derivado de esta situación. Asimismo, la diferencia entre los conceptos de resiliencia, radica en que algunos autores lo plantean como una capacidad, otros como habilidad y algunos otros como resultado. Por tanto, la necesidad de realizar una revisión de algunos significados que se le han dado al concepto de resiliencia. En primer lugar, se analizarán las definiciones que la consideran como una capacidad.

La definición propuesta por Manciaux (2003) sostiene que la resiliencia es la capacidad que posee una persona o grupo que permite el desarrollo adecuado y la proyección hacia el futuro a pesar de condiciones difíciles. La definición de Walsh (2003) también rescata elementos importantes que no se encuentran en otras definiciones, ya que menciona que debe conducir a fomentar la capacidad para luchar vivir y amar plenamente. Con una concepción similar, Mansour (1998) menciona que un sujeto resiliente después de superar la adversidad regresa fácilmente a un nivel de bienestar subjetivo igual o superior al que tenía antes del suceso negativo.

Para comprender la resiliencia como una capacidad, se debe considerar que el desarrollo de la resiliencia se va formando en un proceso ascendente en el nivel de dominio. En relación a esto, Manciaux (2003) menciona que la resiliencia no es

absoluta ni estática, el lograr su desarrollo, no asegura que permanezca durante otras etapas de la vida del individuo. Este autor, define dicha noción, como una capacidad que resulta de un proceso dinámico; la resiliencia no significa contar con una protección total ni jamás estar en riesgo. En este sentido, Cyrulnik (2001) afirma que la resiliencia no es algo fijo, se va modificando de acuerdo al momento, circunstancias e índole y gravedad de la situación.

A continuación se revisaran las conceptualizaciones que han definido a la resiliencia como el proceso o resultado de la interacción de elementos personales y sociales.

Gruhl (2009) sostienen que la resiliencia es el reflejo de las fuerza externas que posee el individuo para afrontar la adversidad y salir fortalecido de ella; se puede considerar como el repertorio de capacidades, estrategias y atributos con los que cuenta el individuo y que se activan cuando se presenta una crisis. Además explica la resiliencia únicamente a través de los recursos personales que sin duda son indispensables, pero que innegablemente están mediados por factores sociales y ambientales.

La resiliencia es una capacidad, resultado de la interacción entre el individuo, con sus experiencias, desarrollo, habilidades, personalidad y su entorno sociocultural y político (Manciaux 2003). Este autor también menciona que una de las primicias referentes a la resiliencia, es que es desarrollada en diferentes grados por los individuos, es decir, hay personas que aprenden y resisten más de las situaciones adversas que otras. Por su parte González-Arratia (2011) que esta además de presentarse en diferentes grados también se da en diferentes momentos y por eso menciona que es una capacidad relativa. En resumen los autores coinciden en considerar a la resiliencia como un proceso que se forma a partir de la interacción del individuo y el entorno, condicionada por situaciones de vida y del ambiente.

En conclusión, la resiliencia es un concepto difícil de definir ya que son muchos los elementos a considerar y las definiciones aportadas; sin embargo se podría considerar como el resultado del proceso de interacción entre factores que propician una capacidad dinámica y relativa y que al fomentarla podría constituir una forma de intervención.

Características de las personas Resilientes

De acuerdo con Munist, Santos, Kotliarenco, Suarez, Infante y Grotberg (1998) existen atributos identificados como los más apropiados de un ser resiliente, entre ellos están los siguientes:

Competencia social: los niños y adolescentes resilientes responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; además son activos, flexibles y adaptables aun en la infancia. Este componente incluye cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo, demostrar empatía y afecto, comunicarse con facilidad y tener comportamientos prosociales.

Resolución de problemas: incluye la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales. Los estudios hechos con personas resilientes encuentran repetidamente la presencia de capacidades para la resolución de problemas en la infancia.

Autonomía: se refiere al sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de factores del entorno.

Sentido de propósito y de futuro: está relacionado con el sentido de autonomía y el de la eficacia propia, así como la confianza de que uno puede tener algún grado de control sobre el ambiente.

A continuación se enumeran acciones concretas más evidentes y fundamentales que se pueden observar en personas resilientes:

1. Lograr objetivos a pesar de la situación.
2. Mantenerse competente a pesar de la situación.
3. Superar situaciones pasadas.

Grotberg y Cols (citados por Molina, Martínez, Pandolfi, Penroz y Díaz, 2001) refieren que existen características que favorecen el desarrollo de la resiliencia las cuales son:

- ❖ Ambiente facilitador: incluye acceso a la salud, educación, bienestar, apoyo emocional, reglas y límites familiares, estabilidad escolar y del hogar, entre otros.
- ❖ Fuerza intrapsíquica: incluye la autoestima el control de impulsos, sentirse querido y la empatía.
- ❖ Habilidades interpersonales: incluye el manejo de situaciones, la solución de problemas y la capacidad de planeamiento.

Una persona, para salir adelante desarrolla modificaciones psicológicas de adaptación; el factor más notable en el comportamiento resiliente es sobrevivir al trauma, ya que la persona puede sentirse liberado y comportarse de una manera más optimista permitiéndole pensar en la resolución.

Resiliencia en el niño

Se considera a un niño resiliente cuando se enfrenta a la adversidad, de forma socialmente aceptable y en los límites normales de su funcionamiento conductual, social y/o cognitivo (Glicken, 2006).

Debido a que la resiliencia es una capacidad que se desarrolla a través del tiempo y de la interacción del individuo y su entorno, Melillo (2008) menciona que las características esenciales que presentan niños y adolescentes para desarrollar esta capacidad son introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad, autoestima y pensamiento crítico.

De acuerdo con las investigaciones (Mandleco & Peery, 2000; Garmezy, Masten & Tellegen, 1984) coinciden en tres categorías principales que poseen los niños resilientes: 1) atributos y predisposiciones personales, 2) un ambiente familiar cálido y de apoyo y 3) sistemas de apoyo fuera del hogar.

Manciaux (2003) refiere un estudio longitudinal, realizado en el Centro Internacional de la Infancia, donde se estudiaron a familias en condiciones socioeconómicas similares de precariedad. Sin embargo algunos niños de estas familias tuvieron un desarrollo y resultados escolares significativos mejores a los niños de otras familias con una situación similar. De acuerdo a este estudio, lo que generó esta diferencia fueron las cualidades de la madre para organizar la vida familiar, el presupuesto, capacidades educativas, el intercambio afectivo y la alimentación de los niños. El autor refiere que estas madres son resilientes y funcionan como ejemplos de resiliencia para sus hijos lo que propicia que a su vez posean mayor resiliencia.

En consecuencia, un niño resiliente puede responder inconscientemente a diferentes eventos de estrés, dependiendo del grado y tipo de evento. Algunos niños, a pesar de ser resilientes pueden mostrarse vulnerables hacia ciertos riesgos o daños físicos o psíquicos (Luthar, 1993). Este mismo autor encontró que niños que habían sufrido maltrato, lograban tener una conducta apropiada y resultados escolares positivos, a pesar de esto los menores mostraban signos de depresión.

Los niños en muchas ocasiones no reciben servicios de tratamiento ya que por ellos mismos encuentran la forma de salir adelante, a su vez los tratamientos

tempranos después del trauma podrían inferir con el proceso de resiliencia (Glicken, 2006).

Resiliencia en la familia

Existe una visión de la familia, que con el tiempo ha ido evolucionando pues en gran medida es subjetiva y esta filtrada por los valores profesionales, la experiencia familiar personal y las normas culturales. Además, la familia, el grupo de pares, la escuela o profesión, así como los sistemas sociales más amplios, pueden considerarse una sucesión de contextos de competencia social insertos unos en otros, que sirven de redes para el sostén de la familia.

Por ello Walsh (2004) menciona que la expresión resiliente familiar designa los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional. Por lo cual el fin de la resiliencia familiar es ofrecer un marco positivo que oriente las intervenciones para fortalecerla a medida que resuelve sus dificultades.

Walsh (citado por Melillo y Suarez, 2003) observa que, en las relaciones es muy importante que las personas lleguen a:

- ❖ Reconocer los problemas y limitaciones que hay que enfrentar
- ❖ Comunicar abierta y claramente acerca de ellos.
- ❖ Registrar los recursos personales y colectivos existentes
- ❖ Organizar y reorganizar las estrategias y metodologías tantas veces como sea necesario, revisando y evaluando los logros y pérdidas.

Este enfoque procura comprender la manera en que las familias son capaces de sobrevivir y regenerarse pese a soportar un estrés abrumador, así como dejar de considerar los daños que provoca una familia para examinar como enfrenta la adversidad.

De acuerdo con Walsh (2004) los procesos fundamentales para la resiliencia son los siguientes:

Sistemas de creencias de la familia:

- Dotar de sentido a la adversidad
- Perspectiva positiva
- Trascendencia y espiritualidad

Patrones de organización:

- Flexibilidad
- Conexiones
- Recursos sociales y económicos

Procesos comunicativos:

- Claridad
- Expresión emocional franca
- Resolución colaborativa de problemas

Algunas características que se han detectado de las personas y relaciones de las familias que han logrado salir delante de grandes crisis desde Melillo y Suarez (2003) son:

1. Capacidad de innovación, de creación, de adaptación para enfrentar lo nuevo aprovechando todo lo que trae como enseñanza.

2. Capacidad para superar impotencias y obstáculos, no dándose fácilmente por vencido, habilidad para estimular a los más quebrados, sin abandonarlos.

3. Capacidad de aprovechar y generar recursos, de construir definiciones colectivas de límites, pautas, roles, objetivos, necesidades y estrategias.

4. Capacidad de proyectarse en el tiempo y anticipar otro momento en que la situación haya cambiado, es decir, de experimentar sensaciones de esperanza.

Estas potencialidades existen en todas las familias, pero solo algunos de los integrantes las ejercen principalmente madres o abuelas, la cuestión es que existan para que el modelo pueda replicarse y ejercer mejor con la maduración de los individuos y el paso del tiempo. Por ello es necesario el fortalecimiento de la madre y la familia en la resiliencia para un mejor desarrollo con su hijo.

De esta manera, las familias se enfrentan a tres tipos de tareas vitales: básicas, de desarrollo y azarosas; estas tareas básicas tienen tanto aspectos instrumentales-prácticos como afectivos (Rollandy, 2000).

Factores de Riesgo y de Protección en el niño

La resiliencia es un proceso dinámico en tanto que se activa ante el riesgo y se explica su desarrollo o ausencia en términos de factores de protección y de riesgo. Rutter (1987) sugiere que no se hable de factores protectores o de riesgo, ya que algún elemento que en un momento es de riesgo en otro puede ser favorable, se considera un dualismo entre vulnerabilidad-recurso; lo que un día es un elemento de vulnerabilidad otro es de fortaleza. Esta concepción resulta interesante, no obstante, no considerándose como determinantes o estáticos, es más sencillo para su explicación dividirlos en factores de riesgo y de protección, con la reserva de que estos factores pueden ser dinámicos.

Mandleco y Perry (2000) trataron de englobar el constructo mencionando que la resiliencia se compone de cuatro dimensiones: patrones de disposición, situacionales, relacionales y fisiológicos que se combinan en el entorno.

Factores de riesgo en el niño

Los factores de riesgo son el reflejo de la adversidad. La adversidad es aquella que daña, puede dañar o lo que se piensa puede dañarnos, esto significa que la adversidad puede o no ser real, pero que el individuo la perciba como algo que puede ocasionar daño. Por tanto los factores de riesgo pueden incidir en cuestiones biológicas, psicológicas y sociales (Simpson, 2008).

Es el resultado de la estrecha relación individuo-ambiente y tienen un rol activo. El individuo, especialmente el niño, no es un receptor pasivo de los diferentes estímulos, sino que modela la incidencia de ellos a través de la conducta, en este se mezclan componentes genéricos, psicológicos, sociales y situacionales (Simpson, 2008).

Los factores de riesgo pueden ser intrínsecos o externos al individuo, la clasificación que propone Glanfrancesco (2003) es la siguiente:

1. Situación familiar perturbada (abuso, ausencia de uno o ambos padres, abandono prolongado, adicciones, incesto, violencia, trastornos psiquiátricos).
2. Factores sociales y ambientales (pobreza, mala alimentación, ambiente de riesgo, escasos recursos).
3. Problemas crónicos de salud (del niño o de su familia).
4. Amenazas vitales (terremotos, inundaciones, guerras).

Simpson (2008) menciona otra agrupación para los factores de riesgo: 1) factores biológicos, que son los similares a los problemas crónicos de salud, que abarcan la desnutrición, enfermedades graves, las consecuencias de las adicciones y enfermedades infecciosas; 2) factores psicológicos, aquellos que son un riesgo para la personalidad o en lo afectivo-emocional, moral y social; 3) factores sociales que incluyen a las amenazas vitales, situación familiar perturbada, y todos los elementos referentes a lo social, cultural, político y económico.

Sin embargo, la amenaza que representan estos factores de riesgo depende de más elementos, la situación individual, familiar y social. Así como el significado y percepción que le otorgue el individuo a estos eventos.

Factores de protección en el niño

Para el desarrollo adecuado del niño, son necesarias ciertas condiciones biológicas, socioafectivas y socioculturales. Los factores protectores funcionan como amortiguadores entre la situación de estrés y la respuesta que genera el individuo. (Tie, Brid, Davies, Hoven, Cohen, Jensen & Goodman, 1998). En este sentido, Mejía (2008) sugiere que estos factores reducen la posibilidad de que las situaciones de riesgo generen resultados negativos. Los factores son tanto fuerzas internas como externas que permiten la resistencia y superación de la crisis.

Los factores de protección, pueden ser intrínsecos o no al niño. Glanfrancesco (2003) propone la siguiente forma de agrupación:

- Recursos personales: CI elevado, habilidad de resolución de problemas, capacidad de planificación, uso de estrategias de afrontamiento, sensación de eficacia personal, comprensión de sí mismo, habilidades sociales, empatía, humor, capacidad para buscar ayuda, control interno, alta autoestima, apego asegurado y uso de mecanismos de defensa.

- Recursos en la familia: Mantener una buena relación con al menos uno de los padres o con un miembro de la familia cercana, quien posee expectativas elevadas pero reales hacia los niños y que le adjudique responsabilidades a los menores (Manciaux, 2003).

- Recursos ambientales: Apoyo social fuera del núcleo familiar, tutores o ejemplos de resiliencia (padres, maestros, amigos, terapeutas) con quien establezca una relación con un vínculo fuerte, constructivo, de confianza y comprensión que le ayuden a crecer.

Uno de los factores psicológicos relacionados con la resiliencia es el sentido de vida; el saber que la vida espera algo de los individuos, genera que el ser humano logre superar cualquier adversidad y fortalecerse a través de esta, Melillo et al. (2008) sostienen que cuando un hombre conoce el porqué de su vida, es decir, encuentra una razón por la cual vivir, no importan los cómo, el saber que uno es valorado y que tiene cosas que aportar, genera una mayor resiliencia. Rodríguez (2008) refiere que hay personas que padecen un empobrecimiento subjetivo, el cual no posee una relación exclusiva o lineal con la pobreza, es más bien, la sensación de estar desprotegido o frágil ante las situaciones. En este sentido Castells (1999 en Melillo, et al., 2008) menciona que la subjetividad va de la mano de la identidad, debido a que es un proceso de construcción activo para el sujeto, donde sus acciones pensamientos y actitudes modifican la situación, la resiliencia es la capacidad del individuo que le permite salir triunfante de un evento desafortunado y aprender del mismo.

Por lo tanto, la resiliencia se puede considerar como una capacidad que se desarrollara al ser estimulada y enriquecida a través de factores que la promuevan como la habilidad de resolución de problemas, el apoyo, la autoestima, entre otros.

La resiliencia también se fomenta cuando el sujeto responde de forma favorable hacia el estrés, esto tiene una repercusión positiva en el niño resiliente formando factores que predecirán el ajuste adecuado a situaciones de alto bajo riesgo. Uno de

estos factores es la autoestima ya que es considerada un elemento importante para el desarrollo de la resiliencia, sin embargo, al ser resilientes y afrontar una adversidad, esta se verá fortalecida (Tiet, 1998).

CAPITULO II. AUTOESTIMA

En el presente capítulo se abordará la imagen y amor a sí mismo que cada una de las personas se tienen y como esto se proyecta hacia los que le rodean.

Concepto de Autoestima

De todas las relaciones que entabla el ser humano en la vida, ninguna es tan importante como la relación con uno mismo, ya que esta relación y juicio que se hace sobre la propia persona afecta el propio núcleo de la existencia.

La autoestima es aquello que sentimos pensamos y manifestamos acerca de nosotros mismos; es la forma en que nos valoramos o estimamos, y esta valoración procede de los sentimientos, pensamientos y comportamientos respecto a como nos vemos a nosotros mismos y como nos ven los demás en las distintas áreas: personal, social, familiar y escolar (Hernández, 2002).

Para Satir (1995) es el valor que cada individuo da así mismo; el amor y respeto que tiene hacia si mismo y que es independiente de la forma como los demás la perciben.

Por otro lado González-Arratia (2001) define autoestima como una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de si mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo. Interna en cuanto al valor que le atribuimos a nuestro yo y externa se refiere al valor que creemos que otros nos dan.

Esta última definición se considera más completa para definir la autoestima debido a que había una estructura cognitiva porque se parte de investigarla como significado y que considera el si mismo como una estructura cognitiva que tiene su origen en la experiencia.

En este sentido otro elemento importante dentro de la definición es la cuestión social en la que Oñate (1989, citado en González Arratia, 2001) explica que adquirimos la imagen de nosotros mismos en contraste a como nos veamos a los demás, o a partir de lo que nos dicen que somos. El si mismo aparece como producto de la interacción social y se convierte en una especie de introyección según la cual los demás nos perciben (Arieti, citado en González Arratia 2001).

La autoestima al ser un sentimiento valorativo del propio ser, dependerá en gran medida también del ambiente familiar, social y educativo en el que se está y los estímulos que se presenten y al ser un concepto integral conviene explicar la importancia dentro del desarrollo humano.

Por lo que la autoestima es la experiencia fundamental de que se puede llevar una vida significativa y al mismo tiempo cumplir sus exigencias. Mas concretamente se puede decir que la autoestima es:

- a) La confianza en la capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida.
- b) La confianza en el derecho a triunfar y a ser felices: al sentimiento de ser responsables, de ser dignos y tener derecho a alcanzar y gozar de los esfuerzos.

El hecho de sentirse competente, valioso y digno de ser amado proporciona los recursos necesarios para amar a los demás; por el contrario, al sentirse devaluado se tiende a buscar personas que incluso maltratan por la creencia de ser merecedor de ese maltrato (Branden,1999 citado en Gonzalez Arratia 2011).

Uno de los valiosos y duraderos regalos que los padres, hermanos, amigos, maestros y todas aquellas que viven y conviven con los niños en un sentido positivo de

sí mismos. Sin este los niños crecen negativos, dependientes ansiosos, reservados, inferiores y mas proclives a aceptar salidas fáciles a los problemas cotidianos.

La importancia de la autoestima radica en que las personas se sientan bien consigo mismos, logren establecer amistades, traten a los demás con sensibilidad, celebren la diversidad y acepten cambios (Feldman, 2003).

La autoestima es crucial ya que todo ser humano la necesita independientemente del género, edad, cultura, trabajo y objetivos en la vida ya que impulsa a las personas cumplir metas personales y a la aceptación de ellos mismos. Es una parte fundamental para que el hombre alcance plenitud y autorrealización, en la salud física y mental, productiva y creativa, es decir, la plena expresión de sí mismo (Jaimez, 2003)

El amor a si mismo y la aceptación que conlleva tiene un lugar en la persona y el complemento de ello parte de la aceptación hacia los demás. También la forma de cómo se sienten las personas influye en el cómo se actúa en el ambiente que lo rodea; un niño con autoestima alta respetara a sus mayores a sus pares y a su ambiente, por el contrario un niño con autoestima baja reflejara un comportamiento desafiante y agresivo. Sin embargo los niños no nacen con sentimientos positivos o negativos de ellos mismos, esto lo aprenden de las experiencias que viven y del valor que les represente cada una de ellas.

Desarrollo de la Autoestima

El proceso de desarrollo de la autoestima es dinámico y comienza al mismo tiempo que nace el sujeto, a principio se presenta en una forma reactiva a consecuencia de los limites biológicos y cognitivos de la infancia, se desarrolla paulatinamente a través de la interacción del sujeto con los otros y con el mismo, tendiendo a lograr mayor estabilidad durante la etapa escolar y la adolescencia (Esquivel, 2003).

Madrazo (2004) señala que el sentimiento del valor propio surge de los primeros intercambios de afecto entre el recién nacido y su madre y las formas tempranas de cuidados físicos lo proveen de un contexto de actividad placentera mutua entre él y sus padres por eso se puede considerar que un precursor de la autoestima es el tener sentimientos corporales agradables como el sentirse apapachado, acariciado, mirado, así como también afectos de agrado y un vivido interés asociado a intercambios amorosos.

Para el entendimiento del desarrollo de la autoestima es importante revisar a L Ecuver (1985) que hace referencia a este proceso desde los inicios de la vida.

Desde los 0 a los 5 años de edad se comprende la formación de una imagen corporal entendiendo que la percepción del yo deriva de la percepción del propio cuerpo, la formación del yo, en la que se construyen las frases reales del autoconcepto, proceso seguido a través del desarrollo del lenguaje y uso del yo y del mi sobre la base de los efectos de la interacción social.

De los 5 a los 12 años de edad se produce una expansión del yo considerando el contacto de las experiencias escolares y las percepciones y adaptaciones de nuevas formas de evaluar los intereses.

Las características de autoestima a lo largo de la vida continúan hasta la tercera edad, sin embargo solo se mencionan las características de ella dentro de la niñez debido al interés propio de la investigación.

Como se mencionó la autoestima se forma desde etapas tempranas de la vida y sigue su curso en las posteriores. En la medida en que el ser humano crece y se puede ver en forma más realista y se comprometen consigo mismos es posible fortalecer y desarrollar una autoestima positiva (McKay, Fanning, 1994).

Si el niño desde que nace es tratado con exigencia, demandas y por unos padres lejanos esto repercutirá en el desarrollo de sentimientos de inseguridad, mientras que el caso de ser tratado por padres afectivos y que estimulan las experiencias agradables se desarrollaran sentimientos de seguridad y confianza.

Según Mussen, Conger y Kagan (1982, citado en González Arratia, 1996) existen cuatro factores relevantes que contribuyen al desarrollo de la autoestima.

- El primero es la cantidad de respeto, aceptación e interés que un individuo recibe de las personas que son importantes para el, así nos evaluamos como somos evaluados.
- El segundo es la historia de triunfos y status que se alcanza, generalmente los triunfos brindan reconocimiento.
- El individuo busca autoestima únicamente en las áreas que personalmente son significativas.
- Control y defensa que son capacidades individuales para definir un evento con consecuencias e implicaciones negativas de tal manera que disminuya su valor.

Por otro lado Coopersmith (citado en González Arratia, 1996) propone las siguientes variables como determinantes de la autoestima: éxito, valores, aspiraciones y defensas. Asimismo señala como aspectos que contribuyen a la formación de la autoestima de los individuos los siguientes:

- Haber recibido aceptación, respeto, preocupación por parte de las personas significativas.
- Los éxitos y status alcanzados.
- Los valores y aspiraciones del sujeto.
- La habilidad para defender la autoestima ante la devaluación.

Es decir, las personas con un autoestima alta se criaron bajo condiciones de aceptación, definición clara de reglas y respeto; son afectivas, equilibradas y competentes, capaces de acciones creativas e independientes, son socialmente hábiles y capaces de tratar con situaciones y de mandas externas de una manera directa.

La autoestima puede ser afectada por experiencias diarias, así como por todo lo que la rodea; en el hogar, con el esposo, hijos, padres, hermanos.

Cuando la autoestima es afectada puede aumentar o disminuir según sea la experiencia y el valor que le atribuya la persona. Conviene explicar cuáles son las características de una autoestima alta y una baja autoestima.

Características de los individuos con alta autoestima

Las personas con este tipo de autoestima se sienten dignas de la estima de los demás. La autoestima alta no significa un estado de éxito total, consistente en reconocer sus propias limitaciones, capacidades, habilidades y confianza en la naturaleza interna (Branden, 1998; Rodríguez Pellicer y Domínguez, 1998, citado en González Arratia, 2001).

El niño con autoestima alta actuara independiente, asumirá responsabilidades, afrontara nuevos retos con entusiasmo, estará orgullosos de sus logros, demostrara sentimientos y emociones.

Una persona con autoestima alta se siente importante. Por lo general, los individuos con autoestima positiva, explican Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1998), poseen las siguientes características:

1. Hace amigos fácilmente.
2. Muestra entusiasmo en las nuevas actividades.
3. Es cooperativo y siguen las reglas si son justas.

4. Puede jugar solo o con otros niños.
5. Le gusta ser creativo y tiene sus propias ideas..
6. Demuestra estar contento, lleno de alegría y habla con otros sin esfuerzo.
7. Se siente libre y que nadie lo amenaza.
8. Dirige su vida hacia donde cree conveniente, desarrollando habilidades que hagan posible esto.
9. Aprende y se actualiza para satisfacer las necesidades del presente.
10. Acepta su sexo y lo relacionado con el.
11. Se relaciona con el sexo opuesto en forma sincera y duradera.
12. Ejecuta su trabajo con satisfacción, lo hace bien y aprende a mejorar.
13. Se gusta a si mismo y gusta de los demás.
14. Se aprecia y respeta a si mismo y a los demás.
15. Tiene confianza en si mismo y en los demás.
16. Se percibe como único.
17. Conoce, respeta y expresa sus sentimientos y permite que lo hagan los demás.

El niño con autoestima alta actuara independientemente, asumirá sus responsabilidades, afrontara nuevos retos con entusiasmo, estará orgulloso de sus logros, demostrara amplitud de emociones y sentimientos, tolerara bien la frustración y se sentirá capaz de influir en forma positiva en otros (Marsellach, 1998 citado en González Arratia 2011). Además los niños tienen mayores habilidades para correr riesgos, aprender de resultados y seguir adelante (Sher, 2000 citado en González Arratia 2011).

En este sentido Coopersmith (1967, citado por Branden, 1995) señala cinco condiciones asociadas a una alta autoestima en los niños:

1. El niño experimenta una total aceptación de los pensamientos, sentimientos y el valor de su propia persona.

2. El niño funciona en un contexto de límites bien definidos, que son justos, no opresores y negociables. Por consiguiente, experimenta una sensación de seguridad, tiene una base clara para evaluar su comportamiento, por lo que cumple las reglas y las normas comúnmente.

3. El niño experimenta respeto hacia su dignidad como ser humano, los padres no utilizan la violencia, humillación o el ridículo para controlar y manipular. Los padres toman en serio las necesidades y deseos del niño independientemente de que puedan satisfacerlos o no. Como expresión de esta actitud general, los padres tienden menos a la disciplina punitiva y se centran más en lo positivo que en lo negativo.

4. Los padres tienen normas elevadas y altas expectativas respecto del comportamiento y del rendimiento, y las transmiten de forma respetuosa, benévola y no expresiva; se reta al niño a que sea lo mejor que puede ser.

5. Los propios padres tienden a tener un alto nivel de autoestima. Son modelos de eficacia personal y respeto hacia sí mismos. El niño ve ejemplos vivos de lo que debe aprender.

Características de los individuos con baja autoestima

Las personas con autoestima baja ofrecen un cuadro desalentador: se sienten aisladas, indignas de amor, incapaces de expresarse o defenderse y demasiado débiles para afrontar sus deficiencias, pasivas, socialmente no participativas, constantemente preocupadas, susceptibles a las críticas, sienten que se ahogan en sus propios problemas, rehúyen a las interacciones sociales que podrían confirmarles las supuestas incompetencias a este grupo de personas se les puede presentar una considerable cantidad de enfermedades psicosomáticas (González Arratia, 2011).

Una autoestima baja implica también que muchas personas piensan que no valen nada, el individuo carece de respeto por sí mismo. El autorretrato es

desagradable y se desearía que fuera distinto de lo que es. Un concepto negativo parece levantar defensas en las relaciones tanto ante sí mismo, como ante los demás, Branden (1998) explica que estas personas se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento. Viven bajo la sensación amenazante de que realmente no son valiosas y con una miopía interior de deformación que se identifica por aspectos negativos de sí mismas.

Las personas con baja autoestima piensan que no valen nada o valen muy poco; esperan ser pisoteadas, menospreciadas por los demás, tienen falta de confianza en sí mismas y se abstienen de expresar ideas, toman un papel pasivo en el grupo escuchando más que participando, son criadas bajo condiciones de rechazo, inseguridad y falta de respeto, llegando a creer que no tienen recursos, sintiéndose aisladas, sin amor, incapaces de expresarse y siendo completamente pasivas y complacientes con los demás, presentan una marcada preocupación por sus problemas, lo que conduce a disminuir las posibilidades de establecer relaciones amistosas de apoyo (Gonzalez- Arratia 2011).

Las características físicas de los individuos con baja autoestima son: apretón de manos muy suave, voz débil, apariencia desalineada, postura encorvada, ojos sin brillo, semblante habitualmente tenso e inhabilidad para mirar de frente. Los rasgos más comunes son: demasiado sensibles, tímidos, usan mascararas como el orgullo, jactanciosos, desesperados por recibir atención, necesidad de dominar las conversaciones, perfeccionistas y convulsivos. Y entre las características psicológicas se encuentran: ansiosos, vacilantes e inseguros, sentidos de insuficiencia, piensan que son perdedores, que no sirven para nada, son celosos, envidiosos, desconfiados, se desprecian a sí mismo y a los demás, tienen una capacidad compulsiva por satisfacer a los demás, anhelos irreprimibles de dinero, poder y prestigio, necesidad de caer bien y ser aceptados, con gran necesidad de amar y de ser amados. (Branden, 1998).

En este mismo sentido, Adler puntualizó que los sentimientos de inferioridad pueden producir baja autoestima, señala tres antecedentes que pueden tener una influencia negativa en esta, que son:

1. Inferioridad orgánica, que serían las deficiencias físicas (amputación de un miembro, padecimientos lumbares que impidan realizar algún movimiento, entre otros).
2. Con la aceptación, el apoyo y el estímulo de sus padres, las personas con inferioridad pueden compensar estas debilidades y aumentar su autoestima, sin tal apoyo, son seres amargados.
3. Sobreindulgencia: los niños demasiado protegidos y mimados llegan a tener un valor irreal y no pueden tener relaciones sociales maduras.

Según González Arratia (2011) de las características del niño con autoestima baja se pueden destacar las siguientes:

- a) Usa sus prejuicios.
- b) Dirige su vida hacia donde otros quieren que vaya y se empeña en permanecer estático.
- c) Se estanca, no acepta la evolución.
- d) Tiene problemas para relacionarse con el sexo opuesto.
- e) Ejecuta su trabajo con insatisfacción, no lo hace bien ni aprende a mejorarlo.
- f) Se disgusta a si mismo y le desagradan los demás.
- g) Se desprecia y humilla a los demás.
- h) Desconfía de si mismo y de los demás.
- i) No conoce sus sentimientos, los reprime o deforma, no acepta la expresión de sentimientos.
- j) Dice entre otras cosas: “no puedo hacer nada bien”, “no quiero intentarlo”, “se que no lo puedo hacer”, “se que no voy a tener éxito”, “quisiera ser otra persona”.

Sin embargo esta forma de devaluación no es casual, tiene su origen en el interior de la familia, ya que en la medida en que se desarrolle el afecto y muestras de cariño entre los integrantes de la familia, se desarrollara el autoestima y el éxito en las demandas requeridas de la capacidad de cada niño.

Autoestima y discapacidad

La autoestima es uno de los recursos personales más consistentes en estudios longitudinales y transversales relacionados con la resiliencia en niños y adolescentes (Afifi y MacMillan, 2011), mostrando en algunas investigaciones ser una de las variables más valiosas para diferenciar adolescentes vulnerables de aquellos resilientes (Dumont y Provost, 1999), o bien, que explican en mayor grado la resiliencia (Demb, 2005).

Según refieren Bertrán, Noemí y Romero (1998), se ha observado un alto nivel de autoestima en niños de características resilientes, lo que se ha asociado, además, a comportamientos adaptativos como una mayor autonomía y una actitud activa en la resolución de conflictos, así como una mayor motivación de logro. Según estos autores, desde la infancia una persona puede desarrollar una autoestima sólida en la medida en que crece sintiéndose querido, valioso y capaz, lo que se pone a prueba en momentos en que debe enfrentar situaciones difíciles o conflictos severos y prolongados (Bertrán et al., 1998).

Por otra parte, a nivel psicosocial se destacan en los estudios y revisiones sobre la resiliencia la importancia de las relaciones familiares del adolescente con y entre los padres por sobre otros tipos de relaciones, es decir, con pares u otros adultos significativos. De esta forma Fergus y Zimmerman (2005) en su revisión señalan que a través de la mayoría de los factores de riesgo en adolescentes como el consumo de sustancias, el comportamiento sexual y la conducta violenta, los factores asociados a los padres parecen ser particularmente importante en ayudar a los jóvenes a ser resilientes. En la misma línea, la calidad de la interacción de la familia ha sido descrita como uno de los factores protectores externos al sujeto de mayor importancia

(Florenzano y Valdés, 2005). Si bien es esperable que los procesos de diferenciación e individuación por los que transita el adolescente generen conflictos por el cuestionamiento que él realiza de las normas del grupo familiar (Melillo, 2007; Munist y Suárez Ojeda, 2004; Munist et al, 1998), una dinámica familiar adecuada y unos padres sensibles y empáticos con los procesos del adolescente, permiten el desarrollo integral y satisfactorio de las potencialidades del joven (Florenzano y Valdés, 2005; Wolnitzky et al., 1989).

CAPITULO III. DISCAPACIDAD

Concepto de discapacidad auditiva

Los niños con discapacidad auditiva enfrentan dificultad para adquirir el lenguaje. El lenguaje es una forma de conceptualizar el mundo, entenderlo y explicarlo; también, uno de los medios que nos permiten adquirir conocimientos e información acerca de nuestras experiencias y de los demás.

Alvarez 2002, define la discapacidad auditiva como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para percibir a través de la audición los sonidos del ambiente y dependiendo del grado de pérdida auditiva, los sonidos del lenguaje oral, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona. Respecto de las barreras, éstas son de distinto tipo, entre las más frecuentes se pueden encontrar:

- La cercanía o distancia de las fuentes auditivas. Si los sonidos son débiles o distantes, se presentará dificultad para su discriminación.
- La interferencia de sonidos de distinto tipo. Cuando los lugares presentan mucho ruido ambiental se tendrán dificultades para captar los mensajes.
- Las dificultades asociadas al lenguaje oral o escrito. Si una persona posee una pérdida auditiva severa o profunda y sólo se usa como forma de comunicación el lenguaje oral y/o no se la mira al hablar se estará dificultando su comprensión generalizada de lo que ocurre en el contexto.

Como se aprecia en esta definición, el déficit auditivo, no depende únicamente de las características físicas o biológicas del niño o niña, sino que se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de este déficit personal con un contexto ambiental desfavorable.

Etiología de la discapacidad auditiva

Las dificultades auditivas pueden deberse a diferentes causas. Desde un punto de vista general, éste déficit se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano por alguno de los siguientes factores:

- Hereditarios: se trata del factor que presenta menor incidencia de todos.
- Prenatales: Rubéola, uso de alcohol, drogas o medicamentos ototóxicos por parte de la madre embarazada.
- Perinatales: durante o cercanos al parto: bajo peso de nacimiento, golpes, caídas y traumas durante el parto.
- Postnatales: Meningitis, otitis media mucosa recurrente con daño de tímpano, traumas acústicos producidos por golpes o exposición a ruidos de fuerte intensidad y en forma permanente (Alvarez, 2002).

Implicaciones y características diferenciales de niños con discapacidad auditiva

La deficiencia auditiva, además de la incapacidad o disminución de la audición, va a suponer en el niño una serie de consecuencias que estarán condicionadas por factores tan diversos como la edad de aparición de la deficiencia auditiva, el grado de pérdida auditiva, el nivel intelectual del sujeto, la existencia de restos auditivos, la colaboración e implicación familiar, la rehabilitación realizada (Silvestre, 1998).

Con mucha frecuencia se comete el error de creer que todos los deficientes auditivos son iguales y que su problema se centra únicamente en su pérdida auditiva, cuando en realidad el problema es mucho más complejo y es el desarrollo integral del sujeto el que se ve afectado de una manera global.

Según Silvestre, (1998) las implicaciones que pueden aparecer como consecuencia de una deficiencia auditiva, serán más o menos significativas en función

del grado de pérdida auditiva, si bien este planteamiento nunca se corresponderá totalmente con la realidad, debido a los factores anteriormente expuestos.

➤ **Implicaciones de la deficiencia auditiva leve (20-40 dB)**

- El lenguaje del niño no se verá afectado y solo aparecerán pequeñas alteraciones fonéticas.

- Presentará dificultad para percibir la voz baja o sonidos lejanos de baja intensidad.

- Pueden ser alumnos dispersos, con baja atención.

- En muchos casos la deficiencia auditiva es transitoria, como consecuencia de un proceso infeccioso.

➤ **Implicaciones de la deficiencia auditiva moderada (40-70 dB)**

- Puede existir un lenguaje empobrecido con problemas de articulación y de movilidad del paladar, lo que supondrá una nasalización excesiva y una intensidad de voz inestable.

- Se pueden presentar alteraciones fonéticas y prosódicas de importancia así como alteraciones estructurales en la sintaxis.

- Presentarán problemas para percibir una conversación normal.

- Pueden presentar aislamiento social y dificultades comunicativas, alterando en ocasiones su integración en el grupo de clase.

- Pueden aparecer problemas en el seguimiento del curriculum, debido a su dificultad para comprender adecuadamente las explicaciones y a su pobreza de vocabulario.

- Se puede producir algún retraso en el aprendizaje y dominio de la lecto-escritura.

➤ **Implicaciones de la deficiencia auditiva severa (70-90 Db)**

- El ritmo articulatorio y los elementos prosódicos del lenguaje están alterados.
- Percibirá únicamente sonidos intensos, con dificultad en las frecuencias altas.
- Presentará graves problemas en la comprensión y expresión del lenguaje oral.
- Se presentarán problemas para estructurar adecuadamente el lenguaje tanto oral como escrito.
- Será necesaria una adecuada adaptación protésica.
- Los problemas de aislamiento e interacción social se incrementan.
- En la mayoría de los casos será necesario utilizar la lectura labial, para compensar su dificultad comprensiva.

➤ **Implicaciones de la deficiencia auditiva profunda o sordera (más de 90 dB)**

En pérdidas auditivas profundas o sordera, las consecuencias derivadas de la deficiencia, son muchas y repercuten en aspectos tan importantes como el desarrollo cognitivo, el desarrollo socioafectivo, la comunicación, la personalidad.

De acuerdo con lo que refiere el autor la principal consecuencia que se presenta en una persona sorda es su dificultad para comunicarse con el mundo que le rodea y de ella se van a derivar el resto de implicaciones. Estas son tan amplias y afectan a tantas áreas, que sería muy extenso su desarrollo, por lo que nos centraremos en los aspectos más relevantes

Concepto de discapacidad motriz

Un punto de partida para adentrarse en la concepción de la discapacidad motriz consiste en explicar qué es la motricidad y su importancia en el desarrollo de todo ser humano. Por lo tanto la motricidad es todo aquello relativo al movimiento corporal; todos los actos que realiza una persona tienen como base el movimiento del cuerpo: caminar, comer, hablar, cortar leña, saludar a alguien o echar tortillas. Aunado a esto, cuando se trata de movimientos que tienen una finalidad (si camino es porque quiero ir a algún lugar), por lo general se emplea el término psicomotricidad, que articula lo cognitivo, lo afectivo y lo sensorial que siempre está ligado a cada acción y expresión humana. (Ministerio de Educación Nacional, 2006).

Bajo estas premisas, se define a la discapacidad motriz como:

La alteración del aparato motor que dificulta o imposibilita el desarrollo de capacidades que permitan participar en actividades propias de la vida cotidiana como estar de pie, caminar, desplazarse, tomar y manipular objetos con las manos, hablar, hacer gestos, entre otras acciones que requieren movimiento y control de la postura corporal. La alteración es causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso, del sistema muscular y de los sistemas óseo-articular o de una interrelación de los tres sistemas, lo cual dificulta o imposibilita la movilidad funcional de algunas de las partes del cuerpo. (Bonals, 2007).

Según (Palacios, 2008), desde una perspectiva social y cultural, es posible afirmar que la discapacidad motriz no solo es consecuencia de las características físicas o biológicas de las personas. Desde el modelo social de la discapacidad, esta es una condición que se genera a partir de la interacción de las dificultades personales en un contexto sociocultural desfavorable. En consecuencia y de acuerdo con este modelo, la discapacidad motriz se define como:

Las dificultades que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana y surgen como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas y las barreras presentes en los contextos en el que despliegan su proyecto de vida.

Clasificación de la discapacidad motriz

En el movimiento del cuerpo humano intervienen los huesos y las articulaciones que dan soporte a nuestro cuerpo y permiten que algunas partes giren o se extiendan, mientras otras quedan fijas, tal es el caso del hombro, que permite que el brazo suba, baje o rote. También intervienen los músculos, ellos son el motor del movimiento al contraerse y relajarse, tal como sucede cuando se cierra o abre la mano para agarrar o soltar un objeto. Finalmente, el sistema nervioso central interviene dando las órdenes a través de breves impulsos eléctricos para que los músculos realicen una acción, por lo que, cuando éste muestra alteraciones para la realización de movimientos voluntarios, ya sean éstas generales o específicas, la actividad física de una persona se encontrará limitada (OEA, 2003).

La discapacidad motriz y las alteraciones que desencadena pueden organizarse en dos grandes grupos, según sus características y las causas que las originan:

- a) Trastornos motores
- b) Trastornos neuromotores

Los trastornos motores son aquellas alteraciones que provocan en el individuo dificultades para realizar total o parcialmente movimientos como caminar, correr, jugar o escribir debido a un mal funcionamiento del sistema óseo, articular y/o muscular. Los trastornos neuromotores son alteraciones causadas por daño en el sistema nervioso central (una o varias lesiones que ocurren antes o después del nacimiento en diferentes zonas del encéfalo y de la médula espinal) antes de que éste concluya su desarrollo y

se caracteriza principalmente por la inhabilidad de controlar completamente las funciones del sistema motor (puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntario, y/o trastornos de postura o movilidad del cuerpo) (Ministerio de Educación Nacional 2006).

En este último grupo puede haber alteraciones como retraso motor, deformidad física, problemas de tipo perceptual, problemas auditivos, así como alteraciones en el desarrollo social y emocional (CNDH, 2002).

Estos trastornos pueden deberse a diferentes factores como: alteraciones durante el proceso de gestación, factores hereditarios (transmitidos de padres a hijos) o factores adquiridos en la etapa post-natal. Su detección es una tarea interdisciplinaria a través de un diagnóstico temprano realizado por diferentes especialistas como el neurólogo, el médico fisiatra y el pediatra, quienes deliberan y conciertan acciones oportunas que favorecen el desarrollo de la niña o el niño con discapacidad motriz.

Etiología de la discapacidad motriz

Como se mencionó en párrafos anteriores, la discapacidad motriz puede deberse a diferentes causas y se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano por alguno de los siguientes factores:

- Factores congénitos: Se definen como las alteraciones que se producen durante el proceso de gestación. Ejemplo: malformaciones congénitas (espinas bífidas, amputaciones, agenesias, tumores, parálisis cerebral, entre otras).
- Factores hereditarios: Son aquellos que se transmiten de padres a hijos, tales como la distrofia muscular de Duchenne o la osteogénesis imperfecta.
- Factores adquiridos en la etapa post-natal: Son los traumatismos, infecciones, anoxia, asfixia, parálisis cerebral o accidentes vasculares, entre otros, que se adquieren durante el desarrollo.

MÉTODO

Planteamiento del problema

La discapacidad presenta tal grado de diversidad que su estudio resulta difícil y complejo, dada las diversas formas de definirla, de clasificarla y de las causas que la originan.

Así, en el censo del 2000 se definió a las discapacidades de tipo motriz, como la limitación proveniente de una alteración o deficiencia músculo-esquelética que se refieren a la incapacidad de las personas para moverse o caminar, a las dificultades para mantener posturas de disposición del cuerpo o para las habilidades manipulativas como agarrar y sostener objetos. También se consideraron las dificultades para mover algún segmento del cuerpo como consecuencia de daño neurológico; se incluyó las secuelas de traumatismos, las de poliomielitis y lesiones medulares, entre otras. Por lo que esta discapacidad concentra el mayor número de personas del resto de los tipos de discapacidad en la mayoría de los países; en el caso de México sucede lo mismo, 45 de cada cien personas con discapacidad son de tipo motriz, lo que ubica a este tipo de discapacidad como la más importante del país por el monto de población que concentra (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013)

Mientras que la discapacidad auditiva se refiere a la falta o reducción de la habilidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del mecanismo auditivo. La pérdida de la audición puede variar desde la más superficial hasta la más profunda, a la cual comúnmente se le llama sordera.

De acuerdo con los resultados del censo del 2000, gran parte de las personas con discapacidad auditiva eran adultos mayores (55.5%), sólo 16.2% tuvieron su origen al nacer y 38.2% por edad avanzada, de modo que se puede concluir que en la mayoría de los casos, la discapacidad se presentó durante el transcurso del Ciclo de vida, sin

alterar de manera significativa sus prácticas reproductivas y de pareja; en el caso de las mujeres con discapacidad auditiva el promedio de hijos fue de 4.6 por mujer. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013)

Por las características de ambas discapacidades los niños pueden estar en riesgo por lo que resulta interesante investigar su capacidad de Resiliencia ante la situación en la que viven, así como el nivel de Autoestima con el que cuentan para salir de las adversidades que se le presentan día con día.

Por otro lado resulta indispensable tener una comprensión clara de lo que es la autoestima, y como afecta en especial el desarrollo del niño; los niños no nacen con sentimientos positivos o negativos de ellos mismos, esto lo aprenden de las cosas que le suceden, es decir, de la experiencia. La autoestima es el conjunto de sentimientos y pensamientos que se tienen acerca de si mismo, inculcados por los demás. Lo más importante es que la forma en como nos sentimos influye en como actuamos. En el caso de los niños, la forma en cómo se sienten repercutirá en cómo actúan consigo mismos y con los demás (González- Arratia, 2001).

Con base en lo anterior se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la relación entre Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz?

¿Existirán diferencias estadísticamente significativas entre Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz?

Objetivo general

Determinar el grado de relación que existe entre la Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de Resiliencia y Autoestima que presentan los niños con discapacidad auditiva y motriz.

Examinar si existen diferencias entre Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz.

Tipo de estudio

La investigación es de corte cuantitativo, se trabajó con un estudio de tipo correlacional que pretende recabar información de manera independiente sobre las variables de Resiliencia y Autoestima.

Estudio correlacional: Asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández, Fernández y Baptista 2010). El propósito de este estudio es conocer la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en familia donde pueden existir dos, tres o múltiples variables.

Hipótesis de investigación

Existirá relación estadísticamente significativa entre Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz.

Variables

➤ Definición conceptual

Resiliencia: propiedad natural o estrategia comportamental construida y desarrollada que te permite o te lleva a recuperar un estado de paz o equilibrio que se

tenía antes de una situación de tensión, conflicto o miedo (Valdez Medina y González Arratia, 2008).

Autoestima: es una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo, interna en cuanto al valor que le atribuimos a nuestro yo y externa se refiere al valor que creemos que otros nos dan (González-Arratia, 2001).

➤ **Definición operacional**

Resiliencia: Fue medida a través del cuestionario de Resiliencia de González Arratia (2011) el cual es un instrumento de autoinforme que evalúa la resiliencia por medio de tres factores: factores protectores internos, factores protectores externos y empatía. Este instrumento consta de 32 reactivos en escala tipo Likert con cinco opciones (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre).

Autoestima: Fue medida a través el Cuestionario de autoestima para niños (IGA-2000) que evalúa la autoestima a través de seis factores: yo, familia, fracaso, trabajo intelectual o autoestima académica, existo y afectivo-emocional. El instrumento es de autoinforme y consiste en 25 reactivos con cuatro opciones de respuesta.

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, conformada por 67 niños con discapacidad auditiva y motriz que asisten a los CAM N° 6 Y 47, ubicado en el municipio de Lerma, cuya edad oscila entre los 8 y 15 años de ambos sexos. Para lo cual se incluirá el consentimiento informado por parte de los padres.

Es importante mencionar que los criterios de inclusión en ambas discapacidades fueron, que los niños pudieran tener una comunicación asertiva, específicamente en la

discapacidad auditiva, que contaran con aparatos auditivos o bien que su edad, rehabilitación y desarrollo escolar permitieran la escucha y entendimiento de cada uno de los reactivos.

Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron, fueron el de resiliencia y autoestima, con la finalidad de que estas variables sean medidas de la misma forma y se pueda establecer la relación.

Cuestionario de resiliencia

El cuestionario de resiliencia para niños diseñado por González-Arratia (2011), mide la resiliencia como un constructo multidimensional que se refiere a la interacción entre los atributos internos y externos del sujeto que le posibilitan superar la adversidad.

El instrumento consta de 32 reactivos agrupados en tres dimensiones, que son: 1) factores protectores internos, explora las habilidades que posee el sujeto para solución de problemas, 2) factores protectores externos, evalúa los recursos del entorno con los que cuenta el individuo y 3) empatía evalúa el comportamiento altruista y prosocial. La escala de respuestas es tipo Likert que incluye cinco opciones: siempre, la mayoría de las veces, indeciso, algunas veces y nunca. Los tres factores explican el 37.82% en la varianza y presentan un alpha de Cronbach total de .9192.

Cuestionario de Autoestima para niños (IGA-2011)

El cuestionario de autoestima para niños, creado por González- Arratia (2011) evalúa la estructura como un constructo multidimensional que se refiere a la evaluación interna y externa del yo. Este contiene 25 reactivos, divididos en seis factores que son : 1) yo, se refiere a los reactivos que tratan acerca de sí mismo; 2) familia, evalúa la percepción y valor que presenta el niño de sí mismo, a través de lo que percibe de su familia; 3) fracaso, se refiere a la percepción que tienen de sí mismo ante experiencias

de fracaso; 4) trabajo intelectual o autoestima académica, la autoevaluación que hace el sujeto de sí mismo respecto al ámbito escolar; 5) éxito, evalúa si el sujeto se siente capaz de lograr lo que se propone y cómo percibe el éxito y 6) afectivo-emocional, explora la parte afectiva, si el niño se considera como una persona de valor y significativa para los otros.

La respuesta se da en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta: 4= Siempre, 3= La mayoría de las veces, 2= Algunas veces, 1=Nunca. La evaluación genera tres categorías: alta, media y baja autoestima.

Los seis factores explican el 28.5% de la varianza y presentan un alpha de Cronbach total de 0.8090.

Diseño de la investigación

Se trabajó con un diseño no probabilístico de corte transversal de tipo correlacional. El cual de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) consiste en recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Procedimiento

Se acudió a los CAM N^o 6 Y 47, ubicados en el municipio de Lerma, para la aplicación de los instrumentos a niños con discapacidad auditiva y motriz. Los cuestionarios constan el primero de 32 y 25 reactivos. La aplicación se realizó en una sola sesión de forma individual. En un tiempo estimado de 60 minutos, si el niño tuvo dificultad para leer el reactivo, se le apoyo para leerlo y marcar la respuesta.

Análisis estadístico

- Se realizó un análisis estadístico descriptivo para obtener la media y desviación estándar.

- Se obtuvieron los niveles de las dos escalas, tanto de resiliencia como de autoestima.
- Se realizó un análisis comparativo a través de la T de Student, con la finalidad de comparar el grado de resiliencia y autoestima que poseen los niños con discapacidad.
- Se realizó un análisis de correlación de Pearson.
- Se consideró la prueba de hipótesis con un nivel de significancia de $P=.05$.

RESULTADOS

Con el objetivo de comprobar la distribución de cada una de las variables evaluadas se llevó a cabo un análisis descriptivo, en la Tabla 1 se especifican las medias y desviación estándar de las respuestas dadas por los niños con discapacidad en cada una de las dimensiones; en la que se observa que el total de resiliencia, total de autoestima, factor empatía, yo, familia, trabajo intelectual y éxito en el CAM 6 (niños con discapacidad motriz) se encuentran por arriba del CAM 47 (niños con discapacidad auditiva). Mientras que en el factor interno, fracaso y afectivo emocional los niños que asisten al CAM 47 están por arriba, sin embargo en el factor externo se encuentran a la par ambos CAM. (ver tabla 1).

Tabla 1
Datos descriptivos medias y desviación estándar de CAM

VARIABLE	CAM 1		CAM 2	
	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
TOTAL RESILIENCIA	119,20	14,85	118,80	9,14
TOTAL AUTOESTIMA	58,00	7,36	57,66	8,15
FACTOR INTERNO	48,26	7,84	50,06	4,19
FACTOR EXTERNO	42,93	5,66	42,93	4,25
FACTOR EMPATIA	28,00	3,89	25,80	2,98
YO	12,53	2,03	12,26	1,79
FAMILIA	12,26	2,31	12,20	1,93
FRACASO	10,20	1,78	10,53	2,13
TRABAJO INTELECTUAL	10,20	1,26	9,86	1,18
ÉXITO	6,66	1,17	6,33	1,11
AFFECTIVO EMOCIONAL	6,13	1,40	6,46	2,06

Con el objetivo de comprobar si existían diferencias en cuanto a la resiliencia y autoestima en cada una de las dimensiones, entre hombres y mujeres, se obtuvo la media y desviación estándar por sexo, en la Tabla 2 se puede observar que los hombres son más resilientes, se encuentran mejor en el factor interno, factor externo, empatía, yo, familia, trabajo y éxito; mientras que las mujeres se encuentran con mayor autoestima, y menor nivel en el fracaso y mejor nivel afectivo emocional.

Tabla 2

Datos descriptivos medias y desviación estándar por sexo.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES	
	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
TOTAL RESILIENCIA	122,56	12,46	114,92	10,72
TOTAL AUTOESTIMA	57,62	7,20	58,07	8,38
FACTOR INTERNO	51,00	5,31	47,07	6,75
FACTOR EXTERNO	43,93	5,40	41,78	4,19
FACTOR EMPATÍA	27,62	4,06	26,07	2,86
YO	12,50	2,15	12,28	2,01
FAMILIA	12,37	2,15	12,07	2,09
FRACASO	10,18	1,72	10,57	2,20
TRABAJO INTELECTUAL	10,12	1,31	9,92	1,14
ÉXITO	6,62	1,08	6,35	1,21
AFECTIVO EMOCIONAL	5,81	1,51	6,85	1,87

Respecto al resultado del análisis comparativo a través de la T de Student, los resultados obtenidos fueron que de acuerdo al grado de significancia, el factor externo, trabajo y éxito son las dimensiones que desarrollan los niños con más incidencia de acuerdo a su grado de resiliencia y autoestima respectivamente.

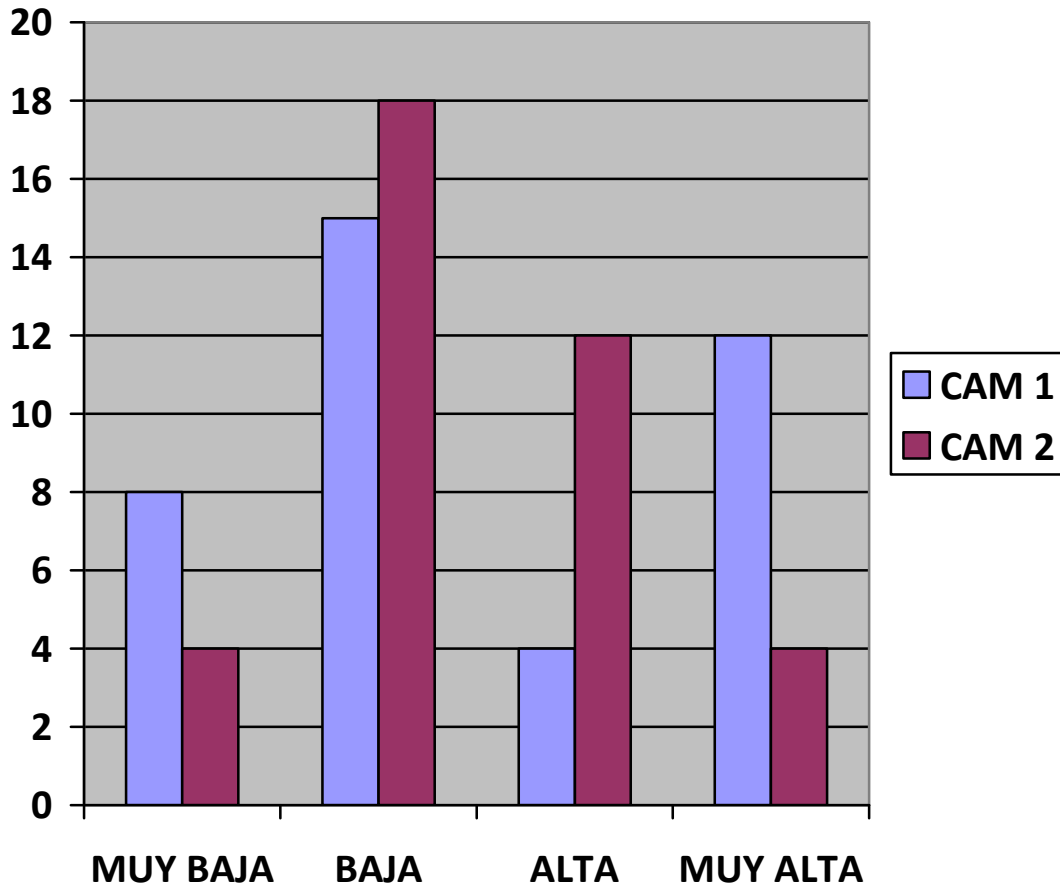
En cuanto a la descripción de la muestra de niños por CAM y de acuerdo a los niveles de cada escala, se procedió a obtener los niveles de resiliencia, obtenidos a partir del puntaje total del cuestionario de resiliencia, mismo que se dividió en muy baja, baja, alta y muy alta, como se presenta en la tabla a continuación (tabla 3).

Los puntos de corte, entre los niveles se realizaron a través de los percentiles obtenidos en las respuestas de los sujetos, el nivel muy bajo se encuentra en rango de 97 a 106, el bajo de 107 a 119, el alto de 120 a 131 y el muy alto de 132 a 148, la mayoría de los niños se encuentra en el nivel bajo con una frecuencia de 33, de los cuales 18 niños estudian en el CAM 2.

Tabla 3
Niveles de resiliencia de acuerdo al CAM

	FRECUENCIA	
	CAM 1	CAM 2
Muy baja	8	4
Baja	15	18
Alta	4	12
Muy alta	12	4

En este sentido, en el siguiente grafico se aprecian con más detalle las diferencias en cada CAM de acuerdo al nivel de resiliencia que presenta cada niño.

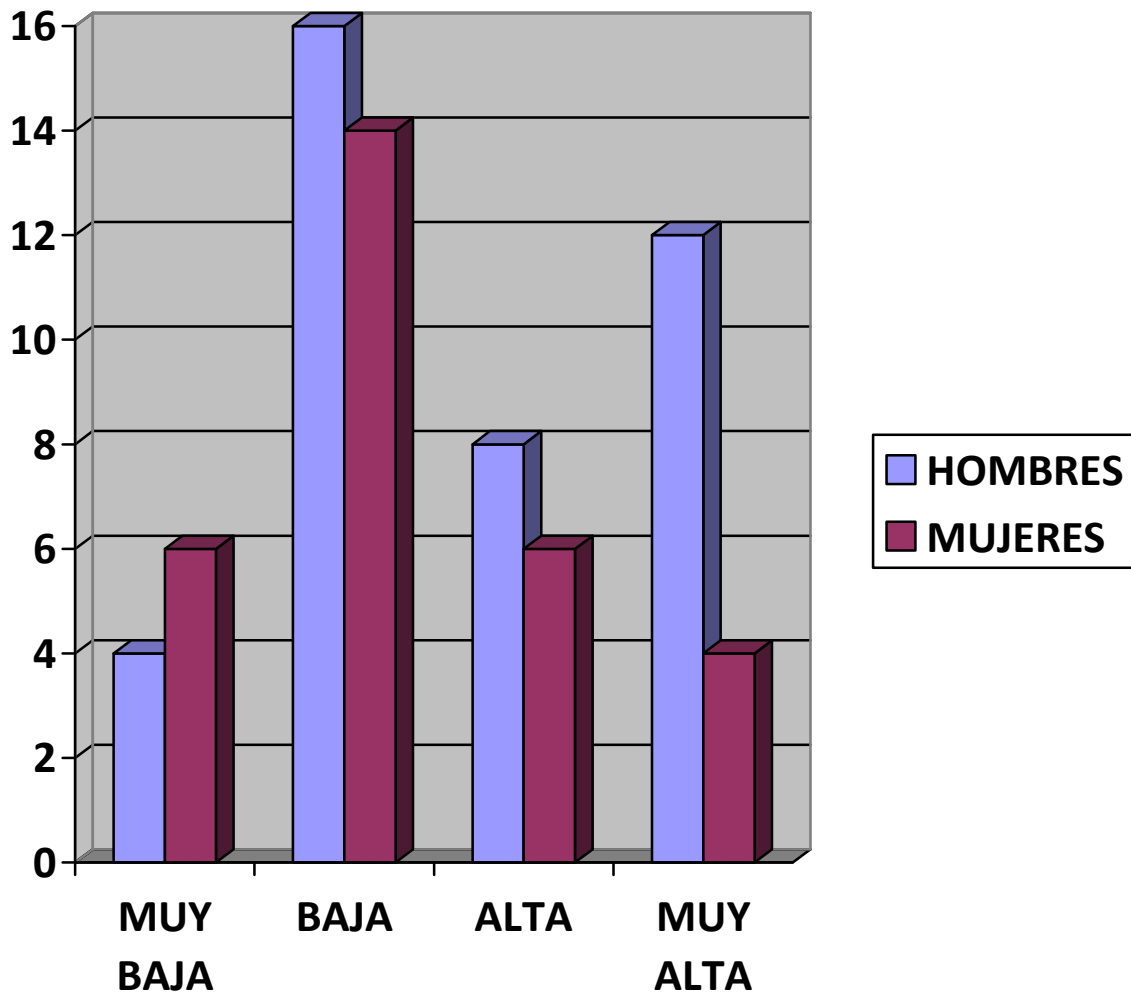


También se realizó un análisis del nivel de resiliencia que tuvo cada niño de acuerdo al sexo, en la Tabla 4 se puede observar que solo cuatro hombres tiene muy baja el nivel de resiliencia y en el nivel muy alto se encuentran doce niños, mientras que en el caso de las mujeres seis presentan muy baja resiliencia y solo cuatro de ellas obtuvo el nivel muy alto. Es importante mencionar que en el nivel bajo se encuentran por igual número hombres y mujeres.

Tabla 4
Niveles de resiliencia de acuerdo al sexo

	FRECUENCIA	
	HOMBRE	MUJER
Muy baja	4	6
Baja	14	14
Alta	8	6
Muy alta	12	4

El siguiente grafico representa las frecuencias de cada nivel de resiliencia de acuerdo al sexo siendo hombres 1 y mujeres 2.

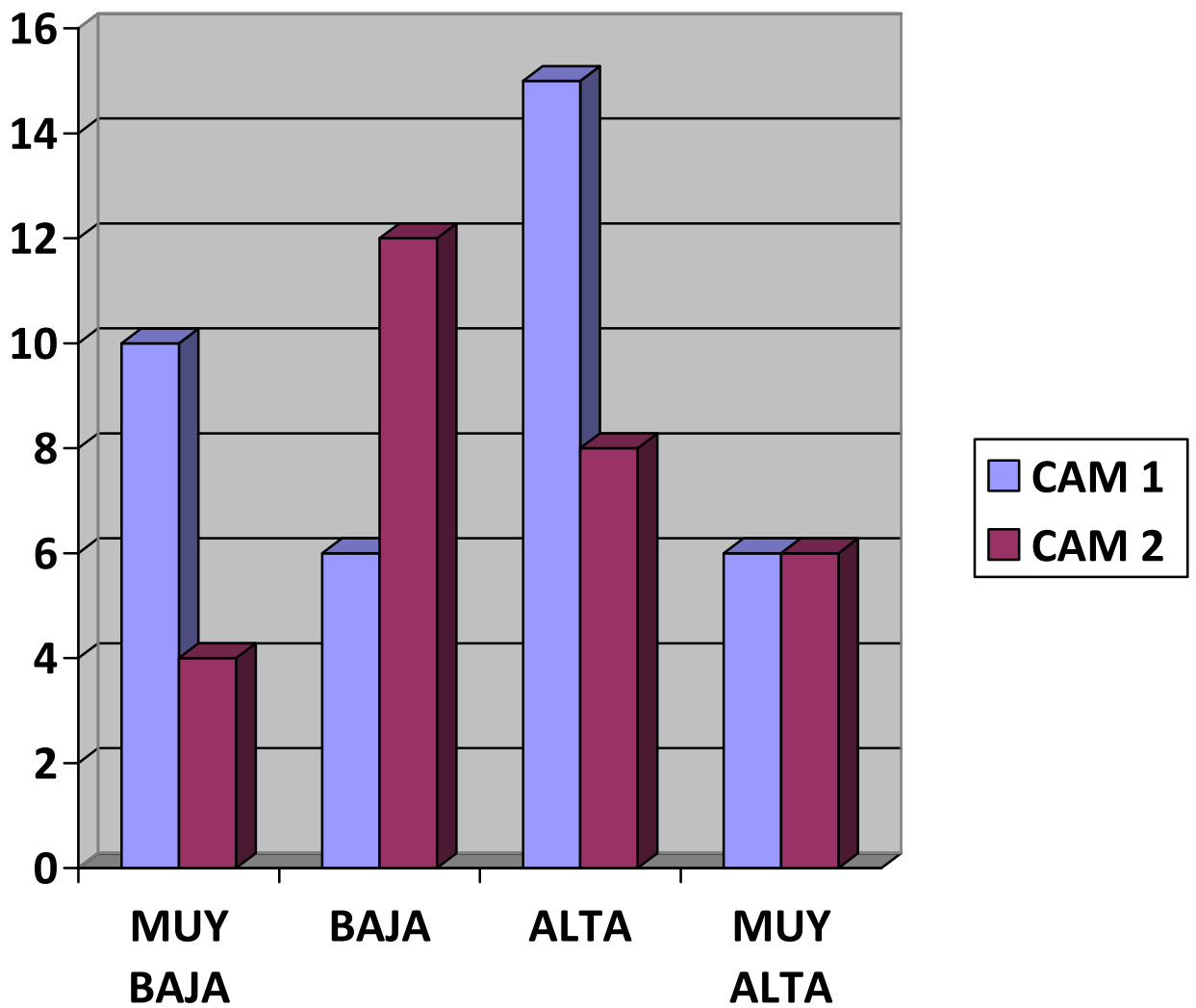


Respecto a la variable autoestima, las respuestas reportadas por los sujetos respecto al CAM donde estudian, se agruparon con base en los percentiles para obtener cuatro niveles de autoestima muy baja, baja, alta y muy alta. Los rangos abarcan los siguientes puntajes: muy baja de 46 a 50, baja de 51 a 58, alta de 59 a 65 y muy alta de 66 a 73. En la tabla 5 se puede observar que el nivel que posee mayor representatividad dentro de la muestra es en el CAM 1 en el nivel muy bajo con una frecuencia de 10 seguido del nivel alto con frecuencia de 15. El nivel con menor frecuencia fue muy alta, mientras que el nivel muy alto se encuentra por igual frecuencia en ambos CAM.

Tabla 5
Niveles de autoestima de acuerdo al CAM

	FRECUENCIA	
	CAM 1	CAM 2
Muy baja	10	4
Baja	6	12
Alta	15	8
Muy alta	6	6

El siguiente grafico representa lo descrito anteriormente sobre el nivel de autoestima de acuerdo al CAM en el que estudian los niños.

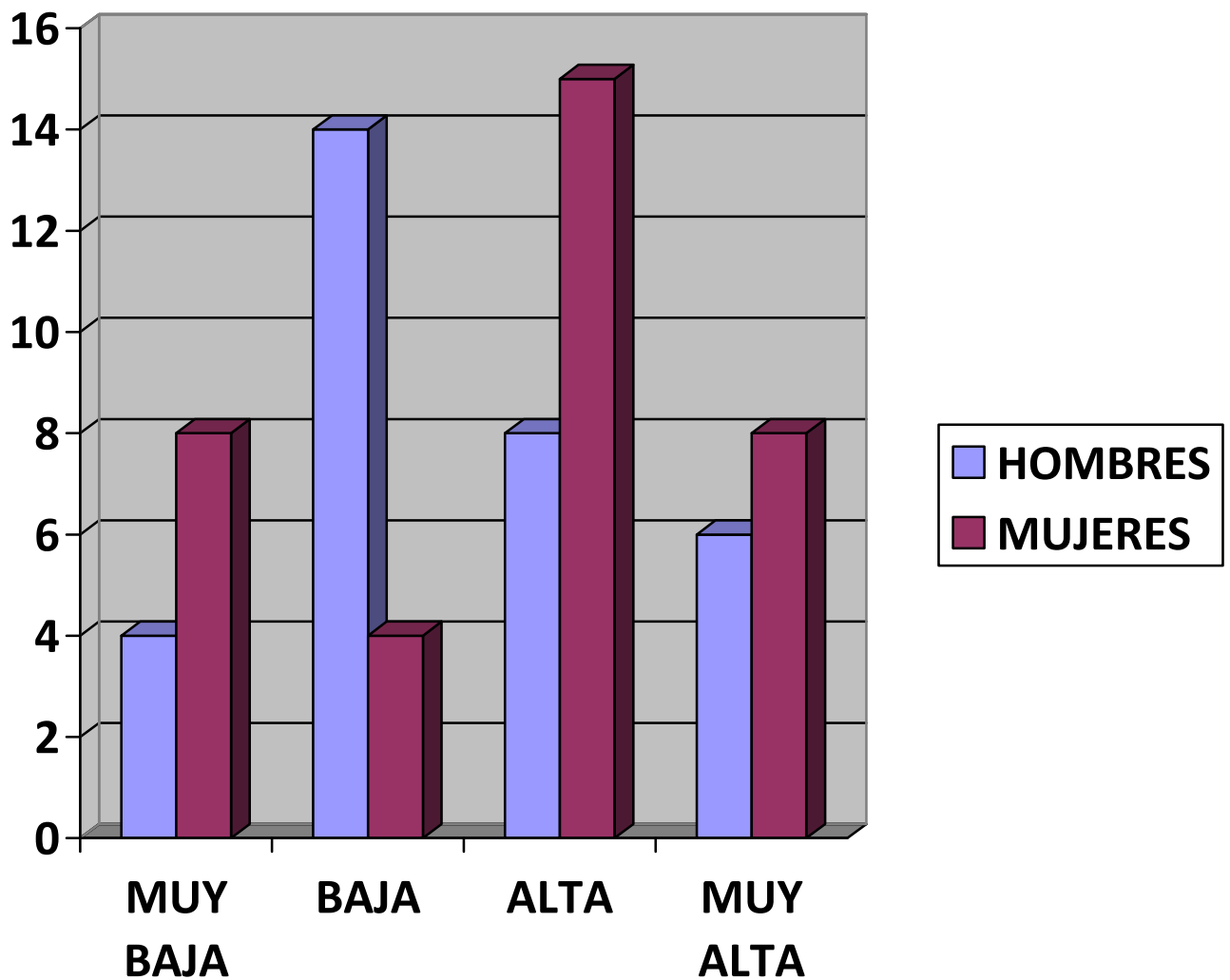


De acuerdo a los datos obtenidos respecto al nivel de autoestima por sexo, en la tabla 6 se puede identificar que catorce hombres presentaron nivel bajo y solo cuatro mujeres se encuentran en este nivel, mientras que en el nivel alto son quince mujeres y ocho hombres.

Tabla 6
Niveles de autoestima de acuerdo al sexo

	FRECUENCIA	
	HOMBRES	MUJERES
Muy baja	4	8
Baja	14	4
Alta	8	15
Muy alta	6	8

El siguiente grafico representa la frecuencia que obtuvieron los hombres y las mujeres en cada uno de los niveles de autoestima.



Para comprobar la asociación entre autoestima y resiliencia se efectuó una correlación de Pearson, en donde se encontró que solo existe relación positiva y significativa en el total de resiliencia y la variable trabajo intelectual, es decir, a mayor responsabilidad,

inteligencia, compromiso y dedicación en la escuela los niños presentan mayor resiliencia.

Tabla 7
Correlación entre resiliencia y autoestima

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 TOTALRESILIENCIA											
2. TOTALAUTOESTIMA	,271										
	,147										
3.FACTORINTERNO	,841**	,352									
	,000	,057									
4.FACTOREXTERNO	,843**	,138	,497*								
	,000	,466	,005								
5.FACTOREMPATIA	,759**	,114	,418*	,610**							
	,000	,549	,022	,000							
6.YO	,302	,833**	,252	,230	,266						
	,105	,000	,180	,222	,155						
7.FAMILIA	,148	,819**	,187	,095	,045	,656**					
	,435	,000	,324	,617	,815	,000					
8.FRACASO	,175	,798**	,274	,126	-,059	,637**	,479**				
	,356	,000	,143	,508	,757	,000	,007				
9.TRABAJO	,372*	,683**	,407*	,162	,325	,520**	,497**	,492**			
	,043	,000	,025	,394	,080	,003	,005	,006			
10.EXITO	,208	,721**	,245	,117	,114	,530**	,586**	,524**	,336		
	,271	,000	,192	,538	,548	,003	,001	,003	,069		
11. AFECTIVO	,095	,661**	,296	-,086	-,078	,360	,414*	,435*	,369*	,408*	
	,619	,000	,113	,652	,683	,050	,023	,016	,045	,025	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

Para dar respuesta a las preguntas planteadas se realiza un análisis de los datos sustentados desde la teoría en dos apartados, resultados de muestra en resiliencia y autoestima. Los resultados se presentan en este orden: media y desviación estándar de cada dimensión, niveles de resiliencia de acuerdo al CAM, niveles de resiliencia por sexo, niveles de autoestima de acuerdo al CAM, niveles de autoestima por sexo y correlación entre resiliencia y autoestima.

Respecto a la media de cada dimensión se identificó que los hombres son más resilientes que las mujeres mientras que estas cuentan con mejor autoestima que los hombres. La asociación positiva entre la resiliencia y el trabajo intelectual se comprobó y se explica con lo que mencionan autores como Melillo, Suarez y Rodríguez (2008) y González Arratia (2011). En diversos estudios se ha considerado a la autoestima como un factor protector que hace al sujeto más fuerte (Masten, 2001). La autoestima elevada es una capacidad importante para incrementar la fortaleza del individuo (Mandleco & Peery, 2000).

El factor afectivo emocional y la resiliencia no reportan relación. Esto se explica porque la resiliencia es un proceso de raíz cognitiva a pesar de que posee elementos afectivos. Garmezy (1993) menciona que la resiliencia es un proceso cognitivo, la capacidad intelectual y la forma que esta es utilizada es uno de los elementos esenciales para un comportamiento resiliente.

La relación existente entre resiliencia y factor trabajo intelectual, se puede explicar a través de lo mencionado por González Arratia y Valdez (2006), quienes manifiestan que la resiliencia ayudara a identificar los recursos, habilidades, fortalezas y posibilidades del sujeto y de su entorno, con esto el niño podrá fortalecer sus áreas de oportunidad y utilizar al máximo sus áreas de fortaleza lo que permite ser aplicado, comprometido,

responsable e identificarse como inteligente. En este caso la escuela se ve como una vía de apoyo, superación y movilidad social (Silas, 2008).

De acuerdo con lo obtenido entre el nivel de cada una de las variables psicológicas y el sexo, se encontró que los hombres son más resilientes que las mujeres, mientras que las mujeres son más afectivas y por consiguiente su nivel de autoestima se encuentra más alto que los hombres, esto concuerda con lo que menciona los autores, ya que la autoestima es uno de los recursos personales más consistentes en estudios relacionados con la resiliencia en niños y adolescentes (Afifi y MacMillan, 2011), muestran en sus investigaciones ser una de las variables más valiosas para diferenciar adolescentes vulnerables de aquellos resilientes (Dumont y Provost, 1999), o bien, que explican en mayor grado la resiliencia (Demb, 2005).

Sin embargo, respecto a Bertran, Noemi y Romero (1998), quienes afirman que se ha observado un alto autoestima en niños con características resilientes, lo que se ha asociado además a comportamientos adaptativos; ya que desde la infancia una persona puede desarrollar una autoestima sólida en la medida en que crece sintiéndose querido, valioso y capaz, lo que se pone a prueba en momentos en que debe enfrentar situaciones difíciles o conflictos severos o prolongados como es el caso de una discapacidad; por lo que de acuerdo a los resultados de esta investigación los niños con discapacidad motriz y auditiva y principalmente mujeres no necesariamente por tener un nivel de autoestima alto poseen características resilientes.

Es importante mencionar que para generalizar estos hallazgos se requiere de una muestra más amplia; de igual manera por las características de la muestra es importante explicar el contenido de todos y cada uno de los ítems, además de que las aplicaciones se realicen de manera individual.

CONCLUSIONES

Solo se comprobó la asociación positiva estadísticamente significativa entre las variables resiliencia y trabajo intelectual en los niños con discapacidad motriz y auditiva, lo que indica que a mayor dedicación, responsabilidad y compromiso con las actividades intelectuales que implican la estancia dentro de la escuela los niños tienen más características resilientes, esto es importante ya que en niños con discapacidad les funciona más acudir a una escuela, que el afecto o relación familiar que en este caso se ve disminuida.

Con base en los hallazgos de este estudio se puede afirmar que los niños que acuden a la escuela y tienen más desarrollado el factor de trabajo intelectual presentan mayor resiliencia; además de que los hombres poseen alto nivel de resiliencia mientras que las mujeres poseen nivel bajo.

En la variable psicológica autoestima las mujeres poseen nivel alto y los hombres reportaron un nivel bajo, lo que explica que no en todas las dimensiones de resiliencia y autoestima hay relación significativa.

En este caso el sexo si es un factor que determina diferencias en el nivel de autoestima y resiliencia lo que indica que los hombres poseen niveles altos de resiliencia, y las mujeres poseen nivel alto de autoestima.

Los datos encontrados permiten afirmar que los niños con discapacidad poseen mayor resiliencia al encontrarse en una escuela y tienen mayor autoestima al permanecer en contacto con las actividades intelectuales, que si permanecieran solo en contacto con sus familiares sin acceder a un ambiente externo que les exija tener compromiso, ser aplicados y responsables con las actividades escolares.

SUGERENCIAS

Una vez concluida la investigación y con base en los resultados se sugiere lo siguiente:

Fomentar el trabajo individual y la confianza en sí mismo, para que cada niño pueda desarrollar sus habilidades y estas le permitan tener mayor nivel de autoestima y por consiguiente valerse de más características resilientes

Promover con los padres el interés por desarrollar la parte emocional y alentar o propiciar un mejor funcionamiento familiar afectivo entre padres e hijos pese a la discapacidad.

Estudiar la relación con otras discapacidades como intelectual y visual y en otras instituciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez M., et al. (2002). Educación especial. Prentice-Hall: España.

Afifi, T. y MacMillan, H. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 266-272.

Balcazar P., Delgadillo M., Gurrola M., Mercado A., Moysen A. (2003). Teorías de la personalidad. Toluca: UAEM

Bautista, (2002) Necesidades Educativas Especiales. Málaga. Algibe

Bertrán, G., Noemí, P. y Romero, S. (1998). *Resiliencia: ¿enemigo o aliado para el desarrollo humano?* Documento N° 9. Santiago: CIDE.

Bonals, J. y Sanchez-Cano, M. (coords.), (2007). Manual de asesoramiento psicopedagógico. España: Imprimeix

Branden, N (1995). Los seis pilares de la autoestima, México, Paidós.

— (1998). Como mejorar su autoestima, México, Paidós

Contreras F. y Esguerra G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 2, 002, 311-319.

Cuadra H, y Florenzano R, (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva *Revista de Psicología*, 12, 001, 83-96.

Cyrułnik, B. (2001). La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia. España: Granica

Demb, M. (2005). Resilience in a time of terror: Individual, social, and familial protective factors in Israeli adolescents (Tesis doctoral Institute of Advanced Psychological Studies Adelphi University, Garden City, Estados Unidos). Recuperada de <http://search.proquest.com/docview/305360360?accountid=130964>

Dumont, M. y Provost, M. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343-363.

Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357

Florenzano, R. y Valdés, M. (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Frankl, V (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder

Frankl, V (1992) *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. México: Fondo de cultura económica

Garmezy, N., Masten, A. & Tellegen, A.. (1984) The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.

Glanfrancesco, A. (2003). ¿Una literatura de resiliencia? Intento de definición. En Manciaux, M. (Ed.). *la resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 28.44). Barcelona: Editorial Gedisa.

Glicklen, M.D. (2006). *Learning from Resilient People. Lessons we can apply to counseling and psychotherapy*. California: Sage Publications.

Gruhl, M. (2009). El arte de rehacerse: la resiliencia. España: Sal Terrae

González-Arratia, N. I. (2011) La autoestima: Medición y estrategias de Intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser. México: UAEM

González-Arratia, N. I. (2011) Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca (tesis doctoral) Universidad Iberoamericana, Distrito Federal, México.

Henry, D.L. (1999). Resilience in maltreated children: Implications for special needs adoption. *Child Welfare*, 78(5), 519-540.

Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2010) Metodología de la Investigación. (5th ed) Perú: Mc Graw Hill

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) Las personas con discapacidad en México: una visión censal Extraído el 20 de septiembre del 2014 en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf

Lazarus R, y Folkman S. (1986). Estrés y procesos cognoscitivos. Barcelona: Martínez Roca

Manciaux M. (2003). La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa

Mandleco, B.L.& Peery, J.C. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13, 99-111.

Melillo, A. C. (2007). El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia. En M. Munist, N. E. Suárez Ojeda, D. Krauskopf y T. Silber (Comps). *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 61-79). Buenos Aires: Paidós. .

Melillo, A & Suarez, E. (2003) Resiliencia. Descubrimiento de las propias fortalezas Buenos Aires: Paidós

Melillo, A., Suarez, E. N & Rodríguez, D. (2008) Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Buenos Aires: Paidós

Ministerio de Educación Nacional, (2006).Orientaciones pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad motor. Colombia.

Molina E., Martínez C., Pandolfi M., Penroz K., y Diaz F. (2001). Resiliencia: la esencia humana de la transformación frente a la adversidad. Descargado 15 de Enero de 2014, de: <http://www.apsique.com/wiki/DeliResiliencia>

Munist, M. y Suárez Ojeda, E. N. (2004). *Resiliencia en los adolescentes. En A. Melillo, E. N. Suárez Ojeda y D. Rodríguez (Comps.). Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* (pp. 137-153). Buenos Aires: Paidós

Munist M., Santos H., Kotliarenco M., Suarez E., Infante F. y Grotberg E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Descargado en 14 de Febrero de 2015, de: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>

Rodríguez, E. M., F. G.. Pellicer, y E.M. Domínguez (1998). Autoestima: clave del éxito personal, México, Manual Moderno

Rollandy J. (2000). Familias enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa

Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mecanismos. American Journal Orthopsychiatry. 57 (3): 316-329

Sánchez, P., Cantón, M & Sevilla, D. (1997) Compendio de educación especial. México: El manual moderno

Sartre J. (1999). El existencialismo es un humanismo. Barcelona: Ediciones el quinto sol.

Seligman M., Reivich K., Jaycox L., & Gilhman J. (2005). Niños optimistas Barcelona: Best Seller

Silvestre, N. – Sordera, Comunicación y aprendizaje – Masson 1.998 Capítulo 1.

Simpson, M.G. (2008). Resiliencia en el aula, un campo posible. Buenos Aires: Bonum.

Suria, R. (2012) Resiliencia en jóvenes con discapacidad ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad? 106: 75-89

Oea-cidi-sep. 2003. Atención Educativa de niñ@s de 0 a 6 años con Discapacidad Motora. México: sep.

Palacios, Agustina. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Obtenido el 5 de marzo de 2013, de: www.tiempodelosderechos.es/docs/jun10/m6.pdf

Tiet, Q.Q., Bird, R.H., Daves, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P.S.& Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 1191-1200.

Valdez, J & González-Arratia, N. (2008) Resiliencia en niños con cáncer. Documento presentado en el Primer Congreso Internacional de Psicología. Toluca, México

Vera B. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. Papeles del psicólogo, 27, 001, 3-8.

Vera B., Carbelo B., & Vecina M., (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva, resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del psicólogo, 27, 001, 40-49.

Walsh F. (2004). Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires: Amorrortu.

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La institución que dirige ha sido invitada a ser participe de un estudio de investigación que lleva por nombre Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz que se lleva a cabo por Karla Ivonne Villaseñor Barrón estudiante de la Licenciatura en psicología bajo la supervisión de profesores de esta misma institución. El objetivo de esta carta es informarle acerca del estudio, antes que usted confirme su disposición a colaborar con la investigación.

El propósito de este estudio es determinar el grado de relación que existe entre Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad motriz y auditiva así como identificar el nivel de Resiliencia y Autoestima que presentan los niños que asisten al CAM NO 6 HELEN KELLER que tienen a su digno cargo. Para el estudio, los niños deberán contestar dos instrumentos y también le solicitaremos algunos datos generales. La duración total de su participación será de unos 45 minutos.

Los instrumentos que se aplicaran son el de resiliencia y autoestima, con la finalidad de que estas variables sean medidas de la misma forma y se pueda establecer la relación.

Questionario de resiliencia

El cuestionario de resiliencia para niños diseñado por González-Arratia (2011), mide la resiliencia como un constructo multidimensional que se refiere a la interacción entre los atributos internos y externos del sujeto que le posibilitan superar la adversidad. El instrumento consta de 32 reactivos agrupados en tres dimensiones, que son: 1) factores protectores internos, explora las habilidades que posee el sujeto para solución de problemas, 2) factores protectores externos, evalúa los recursos del entorno con los que cuenta el individuo y 3) empatía evalúa el comportamiento altruista y prosocial. La escala de respuestas es tipo Likert que incluye cinco opciones: siempre, la mayoría de las veces, indeciso, algunas veces y nunca. Los tres factores explican el 37.82% en la varianza y presentan un alpha de Cronbach total de .9192.

Questionario de Autoestima para niños (IGA-2011)

El cuestionario de autoestima para niños, creado por González- Arratia (2011) evalúa la estructura como un constructo multidimensional que se refiere a la evaluación interna y externa del yo. Este contiene 25 reactivos, divididos en seis factores que son : 1) yo, se refiere a los reactivos que tratan acerca de sí mismo; 2) familia, evalúa la percepción y valor que presenta el niño de sí mismo, a través de lo percibe de su familia; 3) fracaso, se refiere a la percepción que tienen de sí mismo ante experiencias de fracaso; 4) trabajo intelectual o autoestima académica, la autoevaluación que hace el sujeto de sí mismo respecto al ámbito escolar; 5) éxito, evalúa si el sujeto se siente capaz de lograr lo que se propone y cómo percibe el éxito y 6) afectivo-emocional, explora la parte afectiva, si el niño se considera como una persona de valor y significativa para los otros.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La institución que dirige ha sido invitada a ser partícipe de un estudio de investigación que lleva por nombre Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad que se lleva a cabo por Karla Ivonne Villaseñor Barrón egresada de la Licenciatura en Psicología bajo la supervisión de profesores de esta misma institución.

El propósito de este estudio es determinar el grado de relación que existe entre la Resiliencia y Autoestima en niños con discapacidad, así como identificar el nivel de Resiliencia y Autoestima que presentan los niños que asisten al CAM N° 47 que tiene a su digno cargo. Para el estudio los niños deberán contestar dos instrumentos y también le solicitaremos datos generales. La duración total de su participación será de 45 minutos aproximadamente.

Los instrumentos que se aplicaran serán el de resiliencia y autoestima, con la finalidad de que estas variables sean medidas de la misma forma y se pueda establecer una relación.

Cuestionario de resiliencia

El cuestionario de resiliencia para niños diseñado por González-Arratia (2011), mide la resiliencia como un constructo multidimensional que se refiere a la interacción entre los atributos internos y externos del sujeto que le posibilitan superar la adversidad.

El instrumento consta de 32 reactivos agrupados en tres dimensiones, que son: 1) factores protectores internos, explora las habilidades que posee el sujeto para solución de problemas, 2) factores protectores externos, evalúa los recursos del entorno con los que cuenta el individuo y 3) empatía evalúa el comportamiento altruista y prosocial. La escala de respuestas es tipo Likert que incluye cinco opciones: siempre, la mayoría de las veces, indeciso, algunas veces y nunca. Los tres factores explican el 37.82% en la varianza y presentan un alpha de Cronbach total de .9192.

Cuestionario de Autoestima para niños (IGA-2011)

El cuestionario de autoestima para niños, creado por González- Arratia (2011) evalúa la estructura como un constructo multidimensional que se refiere a la evaluación interna y externa del yo. Este contiene 25 reactivos, divididos en seis factores que son : 1) yo, se refiere a los reactivos que tratan acerca de sí mismo; 2) familia, evalúa la percepción y valor que presenta el niño de sí mismo, a través de lo percibe de su familia; 3) fracaso, se refiere a la percepción que tienen de sí mismo ante experiencias de fracaso; 4) trabajo intelectual o autoestima académica, la autoevaluación que hace el sujeto de sí mismo

respecto al ámbito escolar; 5) éxito, evalúa si el sujeto se siente capaz de lograr lo que se propone y cómo percibe el éxito y 6) afectivo-emocional, explora la parte afectiva, si el niño se considera como una persona de valor y significativa para los otros.

La respuesta se da en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta: 4= Siempre, 3= La mayoría de las veces, 2= Algunas veces, 1=Nunca. La evaluación genera tres categorías: alta, media y baja autoestima.

Los seis factores explican el 28.5% de la varianza y presentan un alpha de Cronbach total de 0.8090.

Es importante que usted sepa que el anonimato estará garantizado, se mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida de este estudio, ya que su nombre no aparecerá en ningún documento ni en la base de datos que se utilizara. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y serán analizados de manera agregada, vale decir, no individualmente. Es importante aclarar que una vez concluida la investigación se le entregaran los resultados si usted así lo requiere.

Este cuestionario de autoestima para niños (IGA-2011) creado por Guzmán-Aranda (2011) mide la autoestima como un constructo multidimensional que se refiere a la evaluación interna y externa del yo. Este contiene 25 reactivos distribuidos en una lista que son 1) yo se refiere a los reactivos que tienen que ver con el sujeto, 2) familia, evalúa la percepción y valoración que tiene el niño de sí mismo, a través de lo percibe de su familia; 3) escuela se refiere a la percepción que tienen de sí mismo ante experiencias en clases, el trabajo interactivo o actividades académicas, la autoevaluación que hace el sujeto de sí mismo

Los cuestionarios que se aplican están en el idioma español y se aplican con la finalidad de evaluar la autoestima de los niños con discapacidad intelectual leve y moderada. La duración total de la participación será de 45 minutos aproximadamente.

Este cuestionario de autoestima para niños (IGA-2011) creado por Guzmán-Aranda (2011) mide la autoestima como un constructo multidimensional que se refiere a la evaluación interna y externa del yo. Este contiene 25 reactivos distribuidos en una lista que son 1) yo se refiere a los reactivos que tienen que ver con el sujeto, 2) familia, evalúa la percepción y valoración que tiene el niño de sí mismo, a través de lo percibe de su familia; 3) escuela se refiere a la percepción que tienen de sí mismo ante experiencias en clases, el trabajo interactivo o actividades académicas, la autoevaluación que hace el sujeto de sí mismo

Este cuestionario de autoestima para niños (IGA-2011) creado por Guzmán-Aranda (2011) mide la autoestima como un constructo multidimensional que se refiere a la evaluación interna y externa del yo. Este contiene 25 reactivos distribuidos en una lista que son 1) yo se refiere a los reactivos que tienen que ver con el sujeto, 2) familia, evalúa la percepción y valoración que tiene el niño de sí mismo, a través de lo percibe de su familia; 3) escuela se refiere a la percepción que tienen de sí mismo ante experiencias en clases, el trabajo interactivo o actividades académicas, la autoevaluación que hace el sujeto de sí mismo

BIENVENIDO DEL ESTADO DE MÉXICO
ACEPTO PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION

DEPTO DE EDUC ESPECIAL
VALLE DE TOKÚCA
C.C.T. 150ML0043F
CAM47
LERMA

FIRMA

Este cuestionario de autoestima para niños (IGA-2011) creado por Guzmán-Aranda (2011) mide la autoestima como un constructo multidimensional que se refiere a la evaluación interna y externa del yo. Este contiene 25 reactivos distribuidos en una lista que son 1) yo se refiere a los reactivos que tienen que ver con el sujeto, 2) familia, evalúa la percepción y valoración que tiene el niño de sí mismo, a través de lo percibe de su familia; 3) escuela se refiere a la percepción que tienen de sí mismo ante experiencias en clases, el trabajo interactivo o actividades académicas, la autoevaluación que hace el sujeto de sí mismo

Este cuestionario de autoestima para niños (IGA-2011) creado por Guzmán-Aranda (2011) mide la autoestima como un constructo multidimensional que se refiere a la evaluación interna y externa del yo. Este contiene 25 reactivos distribuidos en una lista que son 1) yo se refiere a los reactivos que tienen que ver con el sujeto, 2) familia, evalúa la percepción y valoración que tiene el niño de sí mismo, a través de lo percibe de su familia; 3) escuela se refiere a la percepción que tienen de sí mismo ante experiencias en clases, el trabajo interactivo o actividades académicas, la autoevaluación que hace el sujeto de sí mismo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



CUESTIONARIO DE RESILIENCIA
(González Arratia, 2011)

A continuación se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

Institución _____

Hombre _____ Mujer _____

Edad _____

Vas a la escuela SI _____ NO _____

En qué año vas _____

PREGUNTA	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soy agradable con mis familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. soy capaz de hacer lo que quiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Confío en mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yo soy acomedido y cooperador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Soy amable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Soy compartido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tengo deseos de triunfar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tengo metas a futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Soy firme en mis decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. me siento preparado para resolver mis problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Enfrento mis problemas con serenidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Yo puedo controlar mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mí vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Puedo cambiar cuando me equivoco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Puedo aprender de mis errores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tengo esperanza en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

