

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**



**TRASTORNOS PSICOLOGICOS INFANTILES  
Y SU RELACION CON LAS DISFUNCIONES FAMILIARES**

Por

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**CARMEN DE JESUS HINOJOSA DE HOYOS**

Licenciado en Psicología

Universidad Autónoma de Nuevo León

Monterrey, N.L.

1985

Como requisito para obtener el grado de  
**MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL**

Junio de 1994

U  
ONOM  
RAL D

TM

Z7164

.C6

FTS

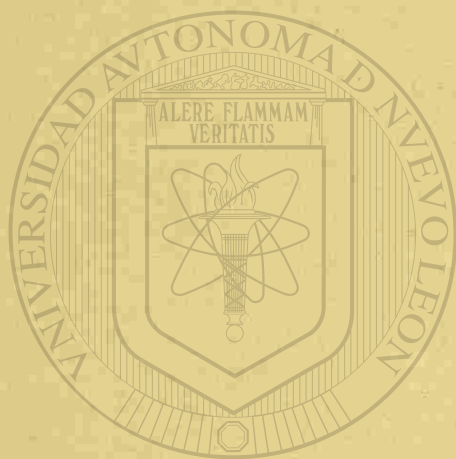
1994

H5





1020091237



# UANL

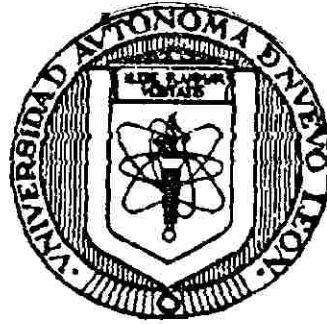
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**



**TRASTORNOS PSICOLOGICOS INFANTILES  
Y SU RELACION CON LAS DISFUNCIONES FAMILIARES**

Por

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**CARMEN DE JESUS HINOJOSA DE HOYOS**

**Licenciado en Psicología**

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

**Monterrey, N.L.**

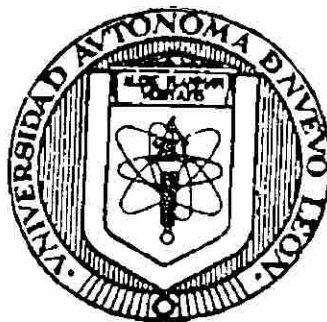
**1985**

**Como requisito para obtener el grado de  
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL**

**Junio de 1994**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**



**TRASTORNOS PSICOLOGICOS INFANTILES  
Y SU RELACION CON LAS DISFUNCIONES FAMILIARES**

Por

**CARMEN DE JESUS HINOJOSA DE HOYOS**

Licenciado en Psicología

Universidad Autónoma de Nuevo León

Monterrey, N.L.

1985

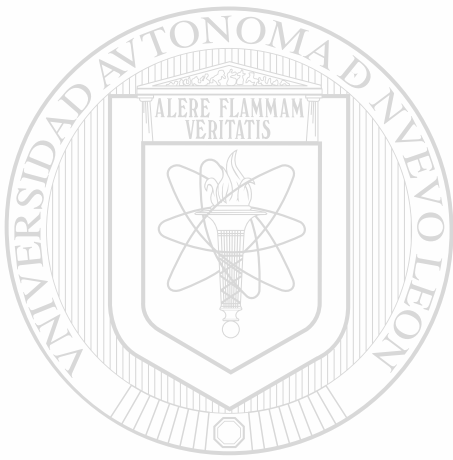
**Como requisito para obtener el grado de  
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL**

**MTRA. EMMA ADAME WELSH**

Asesor de Tesis

**Junio de 1994**

TU  
Z7164  
.C6  
FTS  
1994  
H5

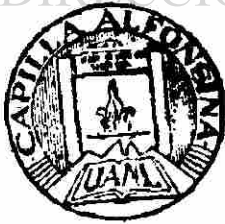


# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**FONDO TESIS**

166843





FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**ING. FRANCISCO GAMEZ TREVIÑO**  
**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO**  
**ESCOLAR Y DE ARCHIVO DE LA**  
**U. A. N. L.**  
**PRESENTE. -**

*Por medio de este conducto, quien suscribe, certifica que la Srta. Lic. CARMEN DE JESUS HINOJOSA DE HOYOS, con número de matrícula 169662, ha cumplido con los requisitos establecidos por la División de Estudios de Postgrado de esta Facultad, para la tramitación del Examen Profesional con Grado de Maestría en Trabajo Social.*

*Para los fines y usos legales que a la interesada convengan, se extiende la presente.*

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**ATENTAMENTE**  
**"ALERE FLAMMAM VERITATIS"**

**Ciudad Universitaria, a 19 de Septiembre de 1994**

  
**LIC. LUZ AMPARÓ SILVA MORIN**  
**Directora de la División de**  
**Estudios de Postgrado**

**LASM/mis'**

## AGRADECIMIENTOS

Es importante reconocer y agradecer el apoyo y los múltiples aportes que a lo largo del proceso de elaboración de este trabajo he recibido.

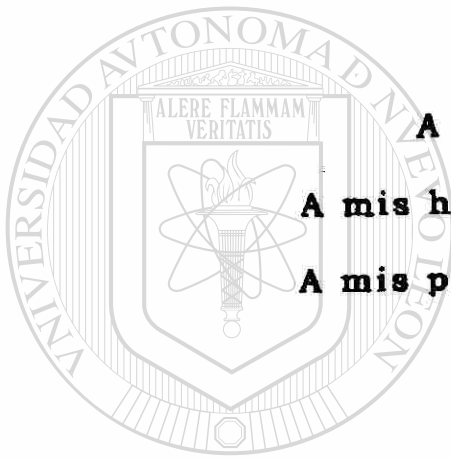
En primer lugar, mi mas profundo agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), ya que gracias a esta institución, obtuve los recursos para realizar mis estudios de maestría y esta investigación.

También agradezco a las autoridades de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, especialmente al Director, Lic. Guillermo Hernández y a la Coordinadora de la Unidad Clínica y de Rehabilitación Psicológica, Lic. Marina Duque, por su apoyo para la realización de este estudio, así como a los estudiantes de la Facultad de Psicología que realizaron la aplicación de las entrevistas: Laura, Selene, Magda, Fina, Nelva y Mañanina.

---

Un justo reconocimiento también a los maestros y compañeros estudiantes de esta maestría, especialmente a los maestros Lic. Manuel Mendoza, Dr. Manuel Ribeiro y Dr. Eduardo López, ya que sus consejos y comentarios oportunos constituyeron un apoyo invaluable.

Y mi mas grande agradecimiento a la Lic. Emma Adams Welsh, quien fué el asesor formal de esta investigación, ya que gracias a sus valiosos aportes, así como a su profesionalismo y experiencia fué posible llevar este trabajo a buen término.



**A mi esposo.....mi gran necesidad**

**A mis hijos....una de mis razones de ser feliz**

**A mis padres.....un ejemplo difícil de superar**

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## TABLA DE CONTENIDO

### Primera Parte INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS INFANTILES

Capítulo	Página
<b>1. PLANTEO DE LA PROBLEMÁTICA A INVESTIGAR</b>	<b>1</b>
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	5
<b>Segunda Parte</b>	
<b>MARCO TEORICO</b>	
<b>2. ENFOQUE FAMILIAR SISTEMICO: SUS PRINCIPALES POSTULADOS</b>	<b>6</b>
2.1. Teoría General de Sistemas	7
2.2. Cibernética y Comunicación	10
2.3. Constructivismo y Milton H. Erickson	13
<b>3. TRASTORNOS PSICOLOGICOS INFANTILES</b>	<b>14</b>
3.1. Trastornos de la Eliminación	15
3.2. Trastornos de Conducta Perturbadora	19
3.3. Trastornos Académicos	22
3.4. Trastornos del habla y lenguaje	27
<b>4. LAS DISFUNCIONES FAMILIARES</b>	<b>34</b>
4.1. Subsistema Conyugal	35
4.2. Subsistema Parental	36
4.3. Las Disfunciones Conyugales y Parentales: su relación con los Trastornos Infantiles	37
4.4. Las Triangulaciones Familiares	41
<b>5. FACTORES PRECIPITANTES O AGRAVANTES</b>	<b>44</b>
5.1. Nacimiento de un hermano	44
5.2. Discusión y separación o divorcio de los padres	46
5.3. Tipo y frecuencia de castigos	47



<b>6. EL MODELO RECTOR DE LA INVESTIGACION</b>	<b>49</b>
6.1. Presentación del Modelo	49
6.2. Las variables y sus indicadores	52

### Tercera Parte

#### ASPECTOS METODOLOGICOS

<b>7. METODOLOGIA</b>	<b>54</b>
7.1. Selección de la muestra	54
7.2. Diseño y piloteo del instrumento	55
7.3. Valoración de los ítems del instrumento	56
7.4. Selección y adiestramiento de entrevistadoras	74
7.5. Levantamiento de datos	75
7.6. Codificación, captura y procesamiento de datos	76
7.7. Medidas estadísticas utilizadas	76

### Cuarta Parte

#### ANALISIS E INTERPRETACION

<b>8. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS</b>	<b>78</b>
8.1. Las variables independientes	80
8.2. Las variables intervinientes	105
8.3. Las variables precipitantes o agravantes	139

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### APENDICES

Apéndice 1. Cédula-entrevista	157
Apéndice 2. Formato de vaciado de datos	172
Apéndice 3. Evaluaciones infantiles	183
Apéndice 4. Programa para el procesamiento de datos	203

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro</b>	<b>Página</b>
1. Valores de Tau de Kendall y Chi cuadrada calculadas para las variables en relación con la gravedad del trastorno en el paciente identificado (P.I.).	79
2. Gravedad de P.I. en relación con la edad de los padres	96
3. Gravedad de P.I. en relación con la escolaridad de los padres	98
4. Gravedad de P.I. en relación con el estado civil de los padres	100
5. Gravedad de P.I. en relación con el tipo de familia al que pertenece	102
6. Gravedad de P.I. en relación con el número de hijos de la pareja	104
7. Gravedad de P.I. en relación con la unificación parental	107
8. Gravedad de P.I. y triangulación parental	108
9. Gravedad de P.I. y triangulación parental con familia extensa	110
10. Gravedad de P.I. y percepción de responsabilidad sobre los hijos	111
11. Gravedad de P.I. y el grado de comunicación con su madre.	112
12. Gravedad de P.I. y el grado de comunicación con su padre	113
13. Gravedad de P.I. y el grado de comunicación entre sus padres	115

15. Gravedad de P.I. y felicidad percibida en el matrimonio	117
16. Felicidad percibida en el matrimonio y volverse a casar	118
17. Gravedad de P.I. y frecuencia de discusiones en la pareja	119
18. Gravedad de P.I. y frecuencia de acuerdo entre sus padres	120
19. Gravedad de P.I. y la frecuencia de discusiones graves entre sus padres	121
20. Gravedad de P.I. y magnitud de las discusiones de los padres	122
21. Gravedad de P.I. y discusiones en la pareja por ingestión de alcohol	124
22. Gravedad de P.I. y discusiones por el trabajo de la madre	125
<hr/>	
23. Gravedad de P.I. y frecuencia de acuerdo por el trabajo de la madre	128
24. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de acuerdo acerca de celos o sospecha de infidelidad	129
25. Gravedad de P.I. y frecuencia de acuerdo en aspectos económicos	130
26. Gravedad de P.I. y frecuencia de acuerdo entre los padres sobre la ingestión de alcohol	131
27. Gravedad de P.I. y la falta de atención y detalles	133
28. Gravedad de P.I. y falta de tiempo entre la pareja	134
29. Gravedad de P.I. y frecuencia de infidelidad	135

<b>30. Gravedad de P.I. y la frecuencia de incomprensión</b>	<b>136</b>
<b>31. Gravedad de P.I. y triangulación del sistema conyugal con familia extensa</b>	<b>137</b>
<b>32. Gravedad de P.I. y comunicación entre la pareja</b>	<b>138</b>
<b>33. Gravedad de P.I. y nacimiento de un hermano</b>	<b>140</b>
<b>34. Gravedad de P.I. y discusiones presenciadas por P.I.</b>	<b>141</b>
<b>35. Gravedad de P.I. y separación o divorcio entre los padres</b>	<b>142</b>



**ESQUEMAS**

<b>Esquema 1. La homeostasis familiar</b>	<b>9</b>
---	----------

<b>Esquema 2. El proceso evolutivo de la cibernética</b>	<b>11</b>
--	-----------

<b>Esquema 3. Modelo rector de la investigación</b>	<b>51</b> ®
---	-------------

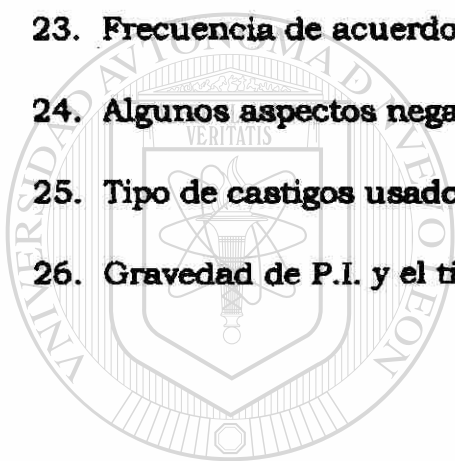
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## LISTA DE GRAFICOS.

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Solicitud de consulta por los padres en la UCRP	3
2. El sexo de los niños	81
3. El sexo de los niños y la gravedad del trastorno psicológico	82
4. Edades de los niños	83
5. Edades de los niños y la gravedad del trastorno psicológico	84
6. Lugar que P.I. ocupa en la familia	85
7. Lugar que P.I. ocupa en la familia y gravedad del trastorno psicológico	86
8. P.I. hijo de unión anterior y gravedad del trastorno psicológico	87
<hr/>	
9. Motivo de consulta	88
10. Grado de trastorno de eliminación	90
11. Grado de trastorno de conducta	91
12. Grado de trastorno de lenguaje	92
13. Grado de trastorno académico	93
14. Grado de gravedad de P.I.	94
15. Edad de los padres	95
16. Escolaridad de los padres	97
17. Estado civil de los padres	99

<b>18. Tipo de familia</b>	<b>101</b>
<b>19. Número de hijos</b>	<b>103</b>
<b>20. Persona entrevistada</b>	<b>105</b>
<b>21. Percepción de comunicación de los padres y P.I.</b>	<b>114</b>
<b>22. Temas de discusión y su frecuencia</b>	<b>123</b>
<b>23. Frecuencia de acuerdo en la pareja sobre diversos temas</b>	<b>127</b>
<b>24. Algunos aspectos negativos en la pareja y su frecuencia</b>	<b>132</b>
<b>25. Tipo de castigos usados con P.I. y su frecuencia</b>	<b>143</b>
<b>26. Gravedad de P.I. y el tipo de castigos más usados</b>	<b>144</b>



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## **CAPITULO 1**

### **PLANTEO DE LA PROBLEMATICA A INVESTIGAR**

#### **1.1. Introducción.**

Dentro del campo de las ciencias sociales, los modelos de intervención a nivel Familiar han tenido un desarrollo espectacular y casi explosivo en los últimos veinte años. Fué una semilla plantada, cuya idea principal era efectuar cambios en los individuos mediante el cambio de la estructura y la función de sus familias. El núcleo de la cuestión consistió en el reconocimiento de la familia como un sistema, con propiedades mas allá de las que poseen sus miembros individuales.

Este movimiento empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamiento sintomático en su habitat familiar, no en el consultorio, esto sucedió alrededor de la década de los 50s., (Hoffman, 1987).

Sin embargo a pesar de que este enfoque ha tenido un rápido desarrollo, resultó difícil el cambio, es decir, pasar de las fuerzas y contrafuerzas del aparato intrapsíquico de un paciente individual a las propiedades sistémicas de la familia, a los determinantes sociales de la conducta, a la importancia del contexto y la cultura en que la familia está inmersa.

Con la evolución que ha tenido este movimiento se han diversificado las técnicas y las explicaciones teóricas que se ofrecen, no obstante, algo en lo que convergen, es un cambio radical con respecto a los modelos tradicionales, ya que de acuerdo con la teoría de la familia, la conducta del niño en particular, (o de los demás), dentro de la familia, solo puede comprenderse en el contexto constituido por las demás personas.

Cuando una persona del sistema familiar, se hace sintomática, este fenómeno está dictaminado por su posición, función y papeles dentro

de la familia. Los síntomas no reflejan, o no reflejan meramente, un funcionamiento psicológico individual, sino que sirven mas bien, a los propósitos de la familia como unidad, (Hoffman, 1987).

Para analizar la relación que existe entre comportamiento individual, (en este caso el niño), y grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional.

Nuestro interés por el enfoque familiar, se debe a que en el hemos basado nuestro estudio sobre los trastornos psicológicos infantiles. Sabemos que son muchos los aspectos vinculados directa o indirectamente con ellos, algunos para explicarlos y otros como consecuencia de éstos, sin embargo, ante la amplia gama de variables susceptibles de ser incluidas en un proyecto de investigación nos inclinamos por retomar una perspectiva teórica de respaldo, que es el Enfoque Familiar Sistémico y desde ahí centrarnos en la familia, específicamente en el subsistema parental y conyugal, así como en algunas variables personales, tanto del niño como de sus padres, tales como sexo, edad, escolaridad, etc, las cuales serán expuestas en detalle mas adelante.

### **1.1. Antecedentes.**

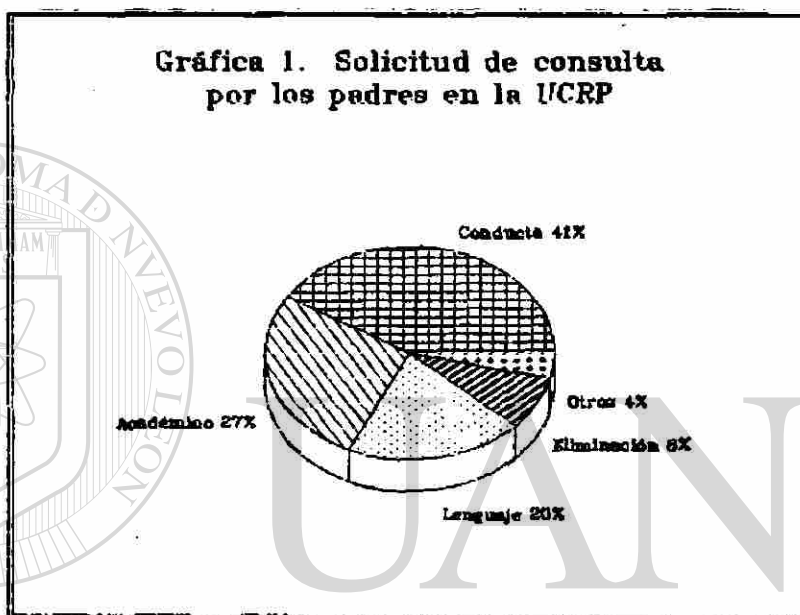
El presente trabajo se realizó en la Unidad Clínica y de Rehabilitación Psicológica (UCRP) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), por lo que antes de iniciarlo se realizó un estudio exploratorio en este lugar.

Se entrevistaron 19 personas cuya ubicación fué la siguiente: 2 jefes de Arca de especialización y 4 supervisores (informantes oficiales); 10 alumnos de diferentes areas (informantes oficiosos); y 3 madres de familia cuyos hijos son atendidos en la mencionada clínica. El acuerdo general, (con excepción de las madres de familia), es que los trastornos infantiles son cada vez mas frecuentes debido a que los padres dedican poco tiempo a los hijos por la necesidad (también en aumento), de que ambos padres trabajen; concuerdan también, en que la causa mas frecuente de los trastornos psicológicos infantiles es de origen familiar: "los padres no saben como manejar a los hijos", "los padres no se ponen de acuerdo", "los padres generan traumas, complejos en los hijos", etc., de lo que se deduce que lo ven mas a nivel de subsistema parental. Sin embargo, algo sorprendente, es que cuando se les pregunta sobre la forma de intervención de este tipo de problemas, en realidad se enfocan en el niño: dan consejos a los padres y tratamiento al niño. Es decir, teóricamente suponen importante a la familia, pero en la práctica subrayan una dicotomía entre el niño como figura y la familia como fondo.



Otro aspecto que se investigó fué cuales eran los problemas por los que se solicitaba consulta con mas frecuencia.

A continuación se presenta la gráfica 1 que muestra este aspecto, y en la que se observa que los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en la UCRP son los de conducta, ya que representan el 40%, luego los académicos con el 27%, enseguida los de lenguaje con un 20%, y por último los de eliminación con un 8% y otros con un 4%, (entre estos últimos se encuentran "conducta afeminada", "chuparse el dedo", etc.).



\* Esta información fué toma de los registros de solicitud de consulta de la UCRP. ®

Estos datos fueron útiles para la toma de decisión sobre cuales trastornos infantiles evaluar; y estos fueron obviamente los que se presentaron con mas frecuencia: conducta, académico, lenguaje y eliminación.

Sin embargo, es importante señalar algunos aspectos en relación a esto:

- 1) Los datos están basados sólo en la información proporcionada por la persona que solicita la consulta y no sobre un diagnóstico, por lo tanto, la información que realmente arrojan es un motivo de consulta.
- 2) Generalmente estos trastornos no se dan en forma aislada, sino que van acompañados con algún problema. Por ejemplo, los trastornos de conducta o de lenguaje en niños escolares, frecuentemente se dan asociados con problemas de aprendizaje.

3) Algunos problemas como el de enuresis en ocasiones no son reportados por lo padres por considerarlos poco importantes, pero son detectados por el terapeuta al hacer el diagnóstico.

## **1.2. Justificación.**

Desde el punto de vista de la teoría familiar sistémica, se considera que las problemáticas infantiles están relacionadas directamente con disfunciones familiares, por lo que para este enfoque constituye una parte necesaria el abordaje de la familia para la solución de los problemas infantiles, (Madanes, 1988; Bergman, 1991; Guerin y Gordon, 1988).

Los aportes de G. Bateson, (1987), y Watzlawick, (1989a, 1989b), sobre causalidad circular y comunicación respectivamente, apoyan la idea de que el abordaje individual, a nivel terapeutico, no es lo mas indicado, ya que el individuo no vive aislado, sino inmerso en un contexto social dentro del cual interactúa influyendo y siendo influido a la vez, (Andolfi, 1989; Palazzoli y cols., 1988). Por lo tanto, se sugiere que el abordaje de los problemas individuales incluya el contexto social inmediato, que en este caso es la familia.

Haley, (1988), plantea tres argumentos generales para justificar el tratamiento a toda la familia, en lugar de tratar solo al individuo que presenta síntomas:

1) Cuando la terapia individual fracasa, se considera que su ambiente familiar le impide cambiar y que la familia debería tratarse.

2) Cuando el tratamiento individual se hace lento, difícil y con frecuentes recaídas, también se considera que el ambiente del paciente dificulta los cambios.

3) La aparición de angustia y diversos síntomas en otros miembros de la familia, que coinciden con la mejoría del paciente identificado, enfrenta al terapeuta al problema de su responsabilidad ante los demás miembros de la misma.

Haley, (1988), también hace el siguiente comentario:

"Los terapeutas familiares varían ampliamente en sus conceptos y prácticas, pero la mayoría de ellos comparten con los psicodinámicos, una falta de descripciones rigurosas de la conducta, la dificultad para sistematizar sus procedimientos y la ausencia del examen de los resultados" (Haley, 1988:58).

En base a los planteamientos teóricos aquí expuestos, los cuales son apoyados por la experiencia clínica de los terapeutas de este enfoque,

consideramos que es importante la investigación sistemática en este campo.

El valor teórico de este estudio es que nos aporta datos empíricos que nos ayudan a conocer en mayor medida el comportamiento de las variables involucradas, así como las relaciones entre ellas, lo cual a su vez podría servir como punto de partida para futuras investigaciones.

En relación a la utilidad metodológica de esta investigación, es que aporta la elaboración de un instrumento ex-post-facto la medición de la disfunción familiar e infantil, así como un formato de vaciado de datos.

Los datos obtenidos de esta investigación podrían ser de utilidad, para aquellos profesionales que dentro del campo de las ciencias sociales se ocupen del trabajo con familias.

### **1.3. Objetivos.**

Nuestro estudio consiste en un análisis de los resultados arrojados por un instrumento aplicado individualmente a uno de los padres y al hijo considerado como paciente, con el objetivo general de encontrar el grado de relación entre trastornos psicológicos infantiles y disfuncionalidad familiar.

El marco teórico en que se basa la investigación es el del enfoque Familiar Sistémico y se pretende lo siguiente:

1) Averiguar si existe alguna relación entre los trastornos psicológicos infantiles y las disfunciones familiares.

2) Investigar con que tipo de disfunción familiar es que se presenta más intensa la relación con los trastornos psicológicos infantiles.®

Pensamos que esto es importante, ya que de comprobarse el punto 1) se justificaría una propuesta de intervención familiar en los casos de trastornos infantiles de la UCRP; y por otro lado de no ser así, esto nos llevaría a ahondar mas en la investigación en este campo con el fin de reunir evidencia empírica que refutara o apoyara en nuestro medio la teoría del enfoque familiar sistémico.

En caso de encontrarse alguna relación específica con alguna de las disfunciones familiares podríamos pensar en una nueva investigación que estudie esto más a fondo, para luego considerar la posibilidad de intervenciones terapéuticas grupales y breves, (varios sistemas familiares), para de esta manera mejorar y eficientar el servicio psicológico de la institución. Los beneficios con los resultados de la investigación serían tanto para la institución, como para los niños y familias que acudieran a solicitar consulta, ya que actualmente en la UCRP no es posible cubrir toda la demanda de solicitud de terapia.

## **CAPITULO 2**

### **ENFOQUE FAMILIAR SISTEMICO: SUS PRINCIPALES POSTULADOS**

El movimiento de la terapia familiar sistémico engloba diversos abordajes teóricos y terapéuticos, no obstante uno de sus postulados básicos es que la persona que es identificada como paciente por la familia, no tiene un "trastorno", ni una "psicopatología", y no está "enfermo". Se considera que la conducta del paciente identificado refleja el problema de la familia como sistema, así como las relaciones interpersonales entre los miembros constituyentes.

La conducta desadaptativa es el reflejo de un problema mas extenso, esto es, de la dinámica familiar, en lugar de la psicodinámica individual. Como parte de esta dinámica, el hecho de que una determinada persona haya sido identificada como paciente puede ser en sí mismo significativo para comprender a la familia, (Kazdin, 1990). Por lo tanto, a los terapeutas familiares les interesa analizar el comportamiento individual en relación con el grupo familiar como un todo integrado, al cual llaman sistema relacional.

Parsons y Bales, (1955), definen un sistema relacional como:

"El conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de un nuevo cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente", (Citado por Andolfi, 1989:17).

La teoría del enfoque Familiar Sistémico se ve influida por diversas perspectivas, entre ellas, la teoría general de sistemas, de ahí que a la familia se le considere un sistema.

Otros enfoques de los cuales se han retomado elementos, son de la cibernética, la teoría de la comunicación, el constructivismo y el enfoque breve Ericksoniano.

Enseguida describiremos los conceptos principales que el enfoque Familiar Sistémico ha retomado de la Teoría General de Sistemas, y en que se basa mucho de su fundamentación teórica, mencionando brevemente algunos de los elementos retomados de las otras corrientes cuyo aporte ha sido en menor escala, aunque no por eso, menos importante.

## **2.1. Teoría General de Sistemas.**

Lilienfeld (1984) plantea que algunos predecesores del pensamiento sistémico fueron Henderson, Cannon, Koheler y Angyal, a quienes se les considera importantes porque ayudaron a establecer los fundamentos de la teoría de sistemas, más sin embargo, según continua Lilienfeld, las formulaciones de Ludwig von Bertalanffy relacionadas con el concepto de sistema abierto, fueron las primeras en establecer el pensamiento de sistemas como un movimiento científico importante.

Von Bertalanffy (1976) fundamentó sus trabajos en la biología; sin embargo, el mismo autor afirma que la teoría general de los sistemas, establece un marco general de uso común y con un lenguaje único que favorece la transferencia de dicho conocimiento a diferentes disciplinas. Así que, lo que los terapeutas familiares hicieron fué tomar esos conceptos y utilizarlos en el campo de la Terapia Familiar. A continuación se expondrán los principales.

Von Bertalanffy, en la década de los 50's, distinguió entre sistemas abiertos y sistemas cerrados. Los sistemas cerrados son aquellos que se consideran aislados del mundo circundante, es decir, no intercambian materia, energía e información con su medio, por ejemplo, las reacciones químicas que se dan en un recipiente aislado y cerrado. En cambio los sistemas abiertos, son aquellos que por su misma naturaleza no pueden ser sistemas cerrados, por ejemplo, todo organismo viviente, el cual se mantiene en un continuo intercambio de información, materia, etc., (Bertalanffy, 1976).

Cuando analizamos la interrelación entre el medio ambiente y la familia, se ve que ésta se comporta como un sistema abierto, ya que entre ambos existe un intercambio de información, propiciando que se modifiquen tanto una como el otro. Esto implica que la familia es un sistema flexible, susceptible de aceptar cambios y de modificar su estructura, lo que nos permite comprender que la conducta total de la familia, además de ser producto de factores internos representados por el intercambio de efectos que entre ellos ocurre, también es el resultado de los factores externos que sobre ella inciden.



Desde el punto de vista de la teoría de sistemas, los sistemas abiertos, (como la familia), tienen ciertas propiedades que son las siguientes:

- **Totalidad.** Esta propiedad hace referencia a que el cambio en uno de los elementos del sistema provocan un cambio en los demás elementos y en la totalidad del sistema, ya que cada una de las partes que lo forman están relacionadas. Esto significa que un sistema se comporta como un todo inseparable y coherente y no como un simple compuesto de elementos independientes.

Hoffman, (1987) menciona que el concepto de totalidad ha sido aplicado por Jackson al estudio de la familia y tal aplicación la basa en la observación de familias donde se evidenciaba una mejoría en el paciente y otro miembro de la familia empeoraba, era como si la familia necesitara la presencia de una persona con un síntoma, algo así como un punto de equilibrio para poder seguir funcionando como unidad y acuñó el término de "Homeostasis familiar".

Del concepto de totalidad se derivan dos consecuencias:

a) La no-sumatividad, que se refiere a que un sistema no debe entenderse simplemente como el resultado de la suma de los elementos que lo componen, por el contrario, tiene un valor jerárquico superior a la simple suma de dichos elementos, (Ferrandiz, 1985).

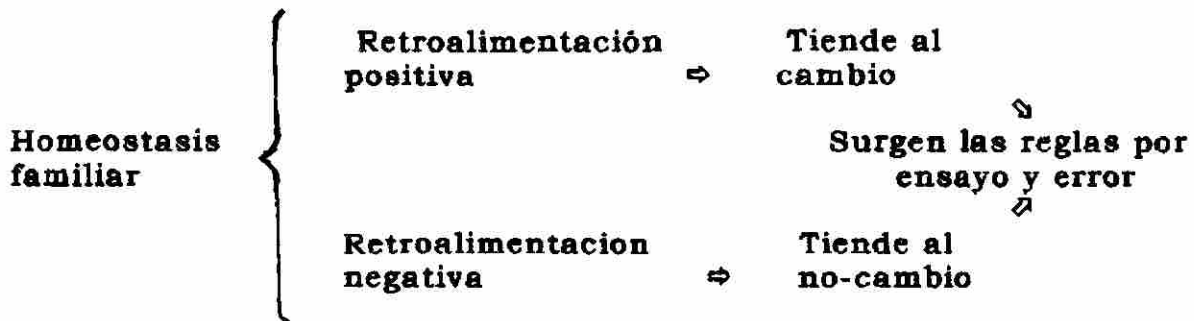
Por lo tanto el análisis de la familia no es el de la conducta de cada uno de los miembros que la componen, sino el producto precisamente de las interrelaciones que ocurren y de sus influencias recíprocas.

b) La retroalimentación, que se refiere a las no relaciones unilaterales entre elementos, es decir, el hecho de que A puede afectar a B pero no viceversa está en contradicción con el principio de totalidad, ya que el principio de totalidad apoya la influencia recíproca entre los miembros del sistema (Ferrandiz, 1985).

Hoffman, (1987), habla sobre retroalimentación positiva y negativa, donde la positiva es aquella que lleva al cambio y la negativa al no-cambio. Tanto la retroalimentación positiva como la negativa, son mecanismos homeostáticos, (Bertalanffy, 1976), que actúan como mecanismos autoreguladores del comportamiento humano. De esa manera tenemos que un conyuge con su conducta, está generando constantemente formas de reacción en el otro y viceversa. Esta acción-reacción les permite ir haciendo a ambos conyuges ajustes constantes y desarrollando reglas en su relación, es decir, estabilizando las definiciones de la relación misma a través de un proceso dinámico de ensayo y error, (Andolfi, 1989).

El esquema I nos muestra una síntesis sobre la Homeostasis familiar:

**Esquema I. La Homeostasis familiar.**



Aquí es importante mencionar que la retroalimentación es un término que también es usado dentro del campo de la Cibernética y la Comunicación, como veremos mas adelante.

• **La equifinalidad.** En un sistema cerrado, el estado final está inequívocamente determinado por las condiciones iniciales; por ejemplo, en un equilibrio químico, las concentraciones finales de los compuestos reaccionantes dependen naturalmente de las concentraciones iniciales. Si se alteran las condiciones iniciales o el proceso, el estado final cambiará también. Según Bertalanffy (1976), la estabilidad de los sistemas abiertos se caracteriza por esta propiedad de equifinalidad, esto es, que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos y diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas causas; porque lo decisivo en los sistemas abiertos no es su origen sino la naturaleza de su organización, es decir, mientras que los sistemas cerrados están determinados por las condiciones iniciales, los sistemas abiertos pueden alcanzar un estatus independiente de las condiciones iniciales.

Aplicando este principio a la familia se hace evidente la importancia del proceso, ya que es precisamente durante el proceso que se determina el tipo de resultado que se obtendrá finalmente. Ante un mismo fenómeno la familia se puede comportar de manera similar. Esto quiere decir que no es tan importante para el resultado final, el o los fenómenos que se dan inicialmente, como la manera en que la familia procesa el fenómeno.

Veamos los siguientes ejemplos:



En el ejemplo anterior, ante un mismo fenómeno, las familias A y B se comportaron de manera diferente.

Enseguida se muestra un ejemplo, donde, ante fenómenos distintos se observa un mismo tipo de conducta familiar.

Enfermo de SIDA	⇒	Familia "A" Proceso	⇒	Sobreprotección
Persona con úlcera	⇒	Familia "B" Proceso	⇒	Sobreprotección
Problema de lenguaje	⇒	Familia "C" Proceso	⇒	Sobreprotección

De aquí se deduce que hay familias que tienen un proceso estereotipado y rígido, lo cual hace que ante fenómenos distintos respondan de manera similar, a diferencia de aquellas familias que ante fenómenos distintos, responden igualmente a base de comportamientos diferentes, es decir, su comportamiento no es rígido, sino flexible, lo que implica que en su proceso, (interrelaciones personales), son capaces de encontrar la forma de adaptarse activamente al tipo de fenómeno que enfrentan.

Los cambios o fenómenos a los que tiene que enfrentarse un sistema familiar pueden ser intrasistémicos, como el nacimiento de los hijos, una boda, divorcio, luto, etc., o intersistémico, como cambios de domicilio por cuestiones de trabajo, pérdida de trabajo, problema ecológico, etc., estos afectarán el funcionamiento del sistema familiar, el cual requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia, (Andolfi, 1989).

De estos supuestos se deduce que uno de los principales objetivos del terapeuta consistirá en evaluar correctamente la incidencia de factores "perturbadores" intra o intersistema.

## 2.2. Cibernética y Comunicación.

El primero en usar la palabra Cibernética fué el físico francés Ampere que en 1834, estudiaba los medios de gobierno por medio de la mecánica. Esta palabra no volvió a ser empleada hasta 1948, en que Norbert Wiener, profesor de matemáticas en Massachusetts publicó su tratado de "Cibernética o control y comunicación en los animales y en las máquinas", en el aprovechaba los conocimientos de la electrónica,



de la fisiología, de la neurología, de la lógica matemática y del cálculo de probabilidades.

La cibernética utiliza tres clases de máquinas:

a) Las "secuenciales", que se fundan en la reacción del medio de acuerdo con un programa preestablecido y su control consiste en proporcionar la estructura de ese programa, (por ejemplo, las calculadoras).

b) Las "reflejas o adaptativas", cuya reacción imprevisible, está sometida a leyes conocidas y están provistas de órganos que recogen información sobre el medio para que se obtengan las modificaciones pertinentes al programa. En estas máquinas entra el concepto de retroalimentación (feedback), base de la técnica de los servomecanismos, cuyo ejemplo típico es el tiro automático, accionado por radar.

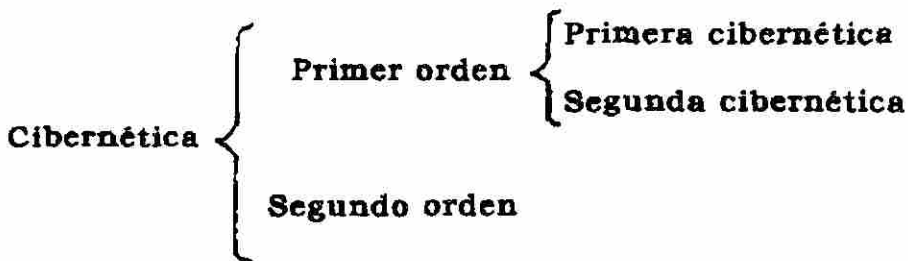
c) Por último existe la máquina de reacción totalmente imprevisible, cuyas funciones no han podido reemplazar, hasta ahora a las reacciones del hombre, (Diccionario enciclopédico Selecciones, 1975).

Dentro del enfoque familiar sistémico se retoma esta complementariedad recursiva que se da en la retroalimentación. Gregory Bateson<sup>1</sup> define la cibernética como el estudio de una particular complementariedad recursiva que atañe a la interrelación de estabilidad y cambio.

En la aplicación de esta perspectiva a sistemas sociales, Bateson (1981), sostiene: "no puedes vivir en matrimonio y no reñir con tu esposa", En consecuencia los sistemas cibernéticos son pautas de organización que mantienen estabilidad por medio del proceso de cambio.

Con el propósito de clarificar estos conceptos a continuación presentamos un esquema que muestra el proceso evolutivo de la cibernética :

Esquema 2. El proceso evolutivo de la cibernética.



<sup>1</sup> En Keeney y Ross 1987.

En la cibernética de primer orden el observador se considera independiente de lo observado. Dentro de este marco son importantes los conceptos de retroalimentación negativa y positiva (mencionados en el capítulo anterior), que se refieren a la primera y segunda cibernética respectivamente, es decir, la tendencia al no cambio (primera cibernética) y tendencia al cambio (segunda cibernética). Estos conceptos, aplicados al campo de la terapia familiar enfatizan las reglas y mitos familiares, así como los patrones de interacción, e intervenciones generadoras de movimiento (Sluzki, 1985).

La cibernética de segundo orden se refiere a la inclusión del observador en lo observado, que también se le llamó "cibernética de la cibernética", (Sluzki, 1985). Esta cibernética presta más atención a la relación entre terapeuta y cliente, ya que sitúa al terapeuta como parte integral del sistema observado y dentro de esta relación ambas partes son influenciadas recíprocamente

Según plantea Lilienfeld, (1984), la cibernética se acerca a la teoría de la comunicación, ya que la variedad de insumos y productos entre máquinas puede concebirse como una forma de comunicación.

Watzlawick y cols.,(1989b), consideran que es imposible no comunicarse en una interacción, ya que cualquier conducta, tendrá valor de comunicación, es decir, que los sistemas interpersonales desde grupos de desconocidos, parejas de matrimonios, relaciones terapéuticas, etc., pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta la de cada una de las otras y es, a su vez, afectada por estas, (segunda cibernética).

Mencionamos anteriormente dos tipos de retroalimentación, la positiva y la negativa; la primera tiende al cambio y la segunda al no cambio. En ambos casos, parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como información acerca de la salida. Y vemos como esto es similar a los sistemas cibernéticos que proporcionan comunicaciones tanto de cambio como de estabilidad.

Según afirman Keeney y Ross, (1987), una visión cibernética de la comunicación múltiple en terapia sistémica comienza con el supuesto de que sistemas perturbados presentan al terapeuta comunicaciones múltiples, que a veces se toman por contradictorias, por ejemplo, "cámbienos" y "estabilícenos", los cuales son una manera de indicar que el sistema explora la posibilidad de alterar la manera en que cambia a fin de permanecer estable.

### **2.3. Constructivismo y Milton H. Erickson.**

En el "constructivismo", se dá un desplazamiento de perspectiva que el cibernético Heinz von Foerster<sup>2</sup>, llama paso de la insistencia en sistemas "observados" a la insistencia en sistemas "observadores".

La tesis en que insiste la perspectiva llamada constructivismo es que: "el observador participa en lo observado", (Keeney y Ross, 1987), con esto se quiere decir que la realidad es relativa, ya que cuando una persona describe o explica un suceso, nos está diciendo también acerca de sí misma; en su percepción de lo observado están involucradas sus creencias, valores, cultura, etc., y de todo esto resultará una percepción particular de la realidad.

En una perspectiva constructivista, toda descripción sobre familia y sobre terapia familiar se toma en principio como una información acerca del observador, escuchar lo que un terapeuta familiar afirma percibir en la terapia, nos dice tanto acerca del terapeuta (observador), como de la familia, (lo observado).

Algo sumamente importante dentro del enfoque familiar sistémico es la realidad tal y como es percibida por el paciente, ya que al cambiar su percepción de esa "realidad", cambiará su concepción de la problemática.

Milton H. Erickson (1986), fué un psiquiatra que utilizaba muchas técnicas, enfoques y procedimientos diferentes. La hipnosis constituía su herramienta principal, pero de ningún modo la única. Su obra ha influido en diversos campos como el de la neurolingüística y el de la terapia familiar sistémica. En ésta última fué sobre todo por el trabajo de Jay Haley (1989), terapeuta familiar, quien retoma muchos de los procedimientos terapéuticos de Erickson y los introduce en el campo de la terapia familiar, específicamente en la escuela estratégica de terapia familiar.

Algunos de estos procedimientos son: aliento a la resistencia, ofrecimiento de una alternativa peor, uso de metáforas, aliento a la recaída, el empleo del espacio y la posición, frustración de una respuesta para alentarla, énfasis en lo positivo, siembra de ideas, ampliación de una desviación, despertar y desenganche, etc., (Haley, 1989).

Todos estos procedimientos tienen en común una base constructivista, ya que Milton H. Erickson consideraba que la mejor forma de cambiar un esquema cognoscitivo (concepción de la realidad), no es enfrentándolo, sino aliándose a él y cambiarlo desde dentro, es decir, no enfrentar directamente la realidad del paciente.

---

<sup>2</sup> En Keeney y Ross, 1987.

## **CAPITULO 3**

### **TRASTORNOS PSICOLOGICOS INFANTILES**

Dentro de la literatura psicológica encontramos una amplia variedad de dificultades en los niños a los cuales podría considerarseles como "trastornos", por ejemplo en el DSM-III-R<sup>3</sup> aparece una clasificación sobre trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia, así como en Bakwin y Bakwin, (1980), quienes también la mayor parte de su libro la dedican a hablar sobre los "trastornos infantiles", sin embargo no proporcionan una definición del término.

En el presente trabajo consideraremos como un "trastorno psicológico infantil", toda aquella dificultad que presente un niño para actuar y/o reaccionar adecuadamente, es decir, de acuerdo a lo esperado para su edad cronológica y a las exigencias del contexto. Por ejemplo, socialmente, se espera que un niño de 7 años está preparado para aprender a leer y escribir, ya que reúne el requisito maduracional que es la edad, además de que es lo establecido socialmente en nuestra cultura, por lo tanto, si un niño de esta edad no presenta problemas orgánicos de audición, visión, lesiones cerebrales, etc. y se le dificulta el aprendizaje de la lectura y escritura, lo consideraríamos como un trastorno psicológico infantil.

El DSM-III-R hace una clasificación de los trastornos psicológicos infantiles, y para nuestro estudio fueron retomados cuatro que son los siguientes: los trastornos de eliminación, dentro de los cuales se consideran la enuresis y la encopresis; los trastornos por conducta perturbadora, que se dividen en tres tipos que son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, negativismo desafiante y trastorno de conducta; los trastornos académicos, que incluyen las dificultades en lectura, escritura y cálculo aritmético; y los trastornos

---

<sup>3</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Sociedad Americana de Psiquiatría en su tercera (III) edición Revisada (R).; de Valdés y cols. Ver bibliografía.

del habla y lenguaje, en los que se consideran los problemas de articulación, comprensión, expresión y tartamudeo<sup>4</sup>

Como se mencionó anteriormente, uno de los objetivos principales de nuestro estudio es investigar la relación entre estos cuatro tipos de trastornos y las disfuncionalidades a nivel de la familia, por lo tanto, dedicamos el presente capítulo, a analizar las argumentaciones de algunos autores en relación a los trastornos, además de exponer a que se refieren y en que consisten cada uno de ellos más o menos.

### **3.1. Trastornos de la eliminación.**

Desde el punto de vista de Ajuriaguerra y Marcellini (1984), tres son los factores que intervienen en la adquisición de la limpieza y del control urinario o anal: un factor neurofisiológico, un factor cultural y un factor de relación.

La neurofisiología esfinteriana se caracteriza por el paso de un comportamiento reflejo automático a una conducta voluntaria y controlada. En el recién nacido la micción y la defecación suceden a la saciedad. El control de los esfínteres estriados se adquiere progresivamente; el control del esfínter anal generalmente precede al del esfínter vesical.

El contexto cultural es un factor indiscutible en el aprendizaje de la limpieza. Según las culturas, este aprendizaje se desenvuelve en un marco más o menos rígido, lo que conlleva someter al niño a presiones severas, moderadas o leves.

El último factor es el de relación. Aquí Ajuriaguerra y Marcellini, (1984), se refieren específicamente a la relación madre-hijo. Estos autores consideran que las materias fecales y en menor grado la orina, son vehículos de carga afectiva, que puede ser positiva o negativa, lo cual dependerá del estilo de relación entre madre-hijo, en ocasión del control de esfínteres. La madre puede ser exigente e imperiosa, recibiendo la orina y heces con expresión desagradable, o por el contrario, mostrar su satisfacción al ver como su niño crece y adquiere autonomía en las conductas cotidianas, recibiendo su orina y heces con placer.

Ross (1989), define los trastornos de eliminación como una deficiencia de control, por lo tanto, afirma que los controles que estos niños tienen que aprender suponen dos respuestas relacionadas: una de ellas es retardar la eliminación a través del control de los esfínteres y la otra es eliminar en el lugar que la sociedad ha designado como "adecuado".

---

<sup>4</sup> Este trastorno (tartamudeo) el DSM-III-R lo considera en otro apartado.



### **3.1.1. Enuresis.**

La enuresis es uno de los trastornos mas frecuentes y al mismo tiempo uno de los mas enojosos de la niñez. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la emisión involuntaria o intencional de orina durante el día o por la noche, en la cama, o en la ropa, en una edad en que se espera haya continencia.

Según Bakwin y Bakwin, (1980), la enuresis fué reconocida como un trastorno de los niños que requiere tratamiento desde hace más de 1500 años antes de Cristo y ha sido considerado por algunos urólogos como síntoma de defectos orgánicos en el conducto urogenital; sin embargo, recientemente, los psiquiatras han incorporado la enuresis como una expresión de un trastorno emocional y esta opinión ha sido ampliamente aceptada (DSM-III-R).

Otra observación antiguamente aceptada es que la enuresis es un "trastorno familiar", ya que se presenta con alta frecuencia en los padres, hermanos y otros parientes cercanos del paciente, sin embargo, Hallgren<sup>5</sup>, encontró que los casos de niños enuréticos se presentaban asociados con una alta frecuencia de padres con matrimonios disueltos, trastornos psiquiátricos maternos, separación de la madre y el hijo y nacimiento de un hermano.

Una dificultad para determinar la enuresis es la edad variable en que los niños obtienen el control de la vejiga. La edad depende del ritmo de desarrollo, de los procedimientos de enseñanza, del clima emocional que reine en el hogar y una variedad de factores incidentales; sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en una edad de 4 años.

Algo importante para establecer el diagnóstico es descartar previamente posibles etiologías físicas, Ajuriaguerra y Marcellini (1984), mencionan las siguientes:

a) Las afecciones urológicas, infecciosas, irritativas o malformativas (abertura anormal de los ureteros), los cuales generalmente van acompañados de signos tales como micciones muy frecuentes, difíciles o dolorosas.

b) Las afecciones neurológicas, son evidentes, debido a los trastornos que las acompañan, sean de origen infeccioso (mielitis) o malformaciones (espina bífida).

En el DSM-III-R el trastorno es definido arbitrariamente por la presencia de por lo menos dos episodios al mes en niños entre 5 y 6 años y por lo menos de una vez al mes en niños mayores.

La enuresis se clasifica en dos tipos:

<sup>5</sup> Citado por Bakwin y Bakwin, 1980:248.

- **Primaria:** Cuando la emisión de orina no ha sido precedida por un período de control cuando menos durante un año.
- **Secundaria:** Es aquella que es precedida por un período de control normal por parte del niño durante un año cuando menos.

Cada uno de estos tipos puede a su vez ser:

- **Nocturno:** Consiste en la emisión de orina únicamente durante la noche. Este es el tipo más frecuente.
- **Diurno:** Que es cuando la emisión de orina se presenta durante las horas del día.
- **Mixto:** Este tercer tipo consiste en la emisión de orina en lugares inadecuados tanto en el día como en la noche.

### **3.1.2. Encopresis.**

En comparación con la extensa bibliografía de investigación sobre la enuresis, se han realizado muy pocos estudios sobre el problema menos frecuente, pero en muchos aspectos más desalentador, de los niños encopréticos, es decir, aquellos que no logran mantener el control de los intestinos, (Yates, 1976; Bragado, 1990; Bakwin y Bakwin, 1980).

Según afirma Ross (1989), en la mayoría de los casos reportados, la encopresis ocurre durante el día y no tanto en la noche. Por lo tanto, el problema del niño que se orina en la cama durante la noche puede ser conocido sólo por la familia inmediata, mientras que la incontinencia fecal no tarda en llamar la atención de personas extrañas.

Carmen Bragado, (1990), define la encopresis como un acto de defecación involuntario en lugares inapropiados cuando el niño ha superado los 3 años de edad y no existen indicios de patología orgánica.

En el DSM-III-R señalan que la encopresis consiste en una evacuación intestinal repetida e involuntaria (raramente intencional), en lugares inadecuados y no debida a ningún trastorno físico como megacolon agangliónico. Respecto a la edad de comienzo, establecen que el niño tenga más de 4 años y en cuanto a la frecuencia, que exista por lo menos un episodio de incontinencia mensual durante un período de 6 meses. Se considerará que existe encopresis secundaria si no ha sido precedida por un período de continencia fecal de 1 año cuando menos.

Como en el caso de la enuresis, ha habido teorías bastante conflictivas en lo referente a la etiología de la encopresis, ya que ha sido atribuida a diversos factores, por ejemplo, los autores psicoanalíticos han hecho

considerable énfasis en la etapa de desarrollo anal, especialmente en su supuesta relación con rasgos posteriores de personalidad, (por ejemplo, comportamiento obsesivo-compulsivo), o también lo han considerado como una forma de agresión contra un ambiente hostil y amenazante, (Yates, 1976).

Desde una perspectiva conductista, se considera que es un proceso de aprendizaje que interviene en la iniciación o inhibición voluntaria del acto de defecación, el cual no ha sido establecido satisfactoriamente. Toman en cuenta también, algunos factores situacionales y en base a esto clasifican la encopresis en "continua" y "discontinua".

La encopresis "continua" es resultado de una falta de entrenamiento por parte de la madre; y la "discontinua", de entrenamiento demasiado intenso. Y afirman que tanto la forma que tome la encopresis (continua o discontinua), como las actitudes emocionales hacia la función intestinal (placer o disgusto), están determinadas por el método de entrenamiento situacional empleado por la madre, (Yates, 1976).

Algunos autores como Bakwin y Bakwin, (1980), señalan que la encopresis ha sido atribuida también a la falta de afecto de los padres, a separación de los padres, a una madre dominante y regañona; comentan también, como la encopresis tiende a ser parte de una reacción regresiva que se produce en algunos niños pequeños tras el nacimiento de un hermano, ingreso a la escuela, hábitos higiénicos inadecuados e inconsistentes.

Walker<sup>6</sup>, (1978), propone tres categorías de encopresis que son las siguientes:

- 1) Encopresis manipulativa: incluye aquellos casos en que la encopresis parece ser mantenida por contingencias ambientales. El niño consigue con su incontinencia una manipulación del entorno que le resulta beneficiosa, por ejemplo, no ir al colegio, recibir atención paterna o expresar sentimientos de hostilidad.
- 2) Diarrea crónica o síndrome de irritación intestinal: Aquí se incluyen aquellos casos en que la defecación es una reacción ante la presencia de acontecimientos estresantes, contratiempos emocionales en la vida del niño, (nacimiento de un hermano, muerte o separación de los padres). En estos casos se producen períodos de incontinencia, que siguen a los eventos estresantes, apreciándose una disminución de los síntomas entre eventos.
- 3) Estreñimiento crónico o retención intestinal: suele desembocar en una distensión o ensanchamiento del colon (megacolon), pérdida del tono muscular, insuficiente retroalimentación de las sensaciones

<sup>6</sup> En Méndez y Macía 1990.



intestinales que preceden a la defecación y en una dilatación de las paredes del recto que dificultan las contracciones necesarias para que se produzca una evacuación de las heces completa.

Es importante considerar la cuestión del estreñimiento, ya que se ha visto que existe relación con la encopresis; de hecho Carmen Bragado, afirma que la forma más frecuente es la encopresis retentiva.

En cuanto a la incidencia de la encopresis en relación al sexo, el DSM-III-R menciona que al igual que otros trastornos como los de conducta, enuresis, lenguaje, etc., éste también es más frecuente en niños que en niñas.

### **3.2. Trastornos por conductas perturbadoras.**

Esta clase de trastornos se caracterizan por conductas socialmente perturbadoras, que provocan malestar en las demás personas más que en los sujetos que las presentan, ya que generalmente hacen referencia a una diversidad de actos que violan las normas sociales y los derechos de los demás. Sin embargo, por un lado, el término "conducta perturbadora", puede resultar algo ambiguo, ya que los juicios acerca de su severidad pudieran estar en función de la edad del niño, sexo, clase social, etc., pero, por otro lado, hay conductas perturbadoras que tienen un significado relativamente claro como los actos de agresión, robo, vandalismo, provocación de incendios, por mencionar los principales ejemplos, representan casos bastante evidentes de quebrantamiento grave de las normas.

Generalmente, estos tipos de conductas tienen serias consecuencias inmediatas, tanto para el niño que las lleva a cabo (por ejemplo expulsión de la escuela, hospitalización, etc.), como para aquellos con quien interactúa (víctimas); además de que las consecuencias a largo plazo son también a menudo lamentables.

En la vida adulta existe el riesgo de caer en el alcoholismo, drogadicción, conducta criminal, etc. y una variedad de problemas sociales y personales como una deficiente adaptación a la vida conyugal o a un trabajo.

Esta clase de trastorno ha recibido diferentes nombres, como "conducta antisocial", (Kazdin, 1988); "trastornos del comportamiento", (Ajuriaguerra y Marcellini, 1984); "Delincuencia", (Clarizio y Mc. Coy, 1990; Yates, 1976); "trastornos por conducta perturbadora", (Valdes Miyar y cols. 1988), etc.

Dentro de los factores causales o comunmente asociados con este tipo de trastorno, se ha encontrado que la relación que sostenga un niño con sus padres parece crítica, lo mismo que una disciplina familiar demasiado laxa, errática o demasiado estricta, los hogares destruidos,

la falta de cohesión en la unidad familiar y pocos lazos estrechos con el padre (Clarizio y Mc. Coy, 1990).

Lo paradójico de esto, es que cuando se abocan al tratamiento, tanto los modelos sociológicos, como psicológicos, se enfocan en aspectos tales como la organización social de la comunidad, el papel desempeñado por la pertenencia a una pandilla, o en el desubrimiento de causas dentro de la composición de personalidad de los niños con problemas, y no es que se considere inadecuado, sino que lo cuestionable, como anteriormente se mencionó, es que se dé tan poca importancia a los factores que están asociados.

Anteriormente afirmamos que el DSM-III-R divide en tres subclases este tipo de trastorno; dicha clasificación será la considerada en nuestro estudio, y es la que a continuación se expone.

### **3.2.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.**

Los niños hiperactivos están constantemente en movimiento, explorando su medio ambiente, abriendo y cerrando cajones, experimentando con interruptores de corriente eléctrica, los padres los describen como en "constante movimiento".

La hiperactividad va acompañada generalmente de distracción, atención de corta duración, baja tolerancia a la frustración y accesos emocionales. Se ha encontrado que éste es un problema más frecuente en niños que en niñas, (Bakwin y Bakwin, 1980; Kazdin, 1988; Ross, 1989; Valdez Miyar y cols. 1988).

Ordinariamente el electroencefalograma no es útil para el diagnóstico ya que no se encuentran cambios específicos y los cambios no específicos son frecuentes en niños con toda clase de trastornos de la conducta, (Bakwin y Bakwin, 1980).

La hiperactividad es un trastorno que se manifiesta en diversas situaciones sociales, en la casa, escuela, etc. y puede variar en cada caso. Algunos niños presentan signos de trastorno únicamente en una situación, como en casa o en la escuela, respecto a esto, Ribes (1987), opina que hay dos tipos generales de hiperactividad, la que es autorreforzante, es decir, la actividad en sí es gratificante para la persona, y la de tipo extrínseco, en la que el sujeto que presenta tal conducta, obtiene gran cantidad de atención social.

Los síntomas de la hiperactividad se verán agravados en aquellas situaciones que requieren atención sostenida como escuchar a un profesor en una clase, por eso es que la conducta del niño hiperactivo puede ser tolerable hasta que entra a la escuela y se espera que se adapte a la disciplina de la clase.

Otras cosas que le cuesta trabajo realizar son tareas escolares, terminar algo que empieza, etc., es por eso que este trastorno se ha visto asociado frecuentemente con problemas académicos.

### **3.2.2. Negativismo desafiante.**

Este es un trastorno que se presenta invariablemente en el hogar y que puede presentarse o no en otros ambientes tales como en la escuela, con otros adultos o compañeros. En algunos casos los síntomas se manifiestan desde un principio en situaciones distintas a las del hogar y en otros casos se inicia en el hogar y después se generaliza a otras situaciones.

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un patrón de conducta compuesto por los siguientes rasgos: negativismo, hostilidad, desafío, sin violación importante de los derechos fundamentales de los demás (Valdes Miyar y cols. , 1988).

Se considera que este trastorno, antes de la pubertad es mas frecuente en niños que en niñas, y después la proporción entre ambos sexos probablemente sea la misma, (Bakwin y Bakwin, 1980).

A los niños que presentan este tipo de trastorno, se les ha llamado de diversas formas: desobedientes, groseros, maleducados, negativistas, indisciplinados, rebeldes, desafiante, etc. Cada uno de estos términos ha tenido su uso en los textos especializados en problemas de conducta infantil, de la misma manera que ha ocurrido con el término que refleja la naturaleza interpersonal de este problema, el conflicto padres-hijos.

Pocas personas objetarán que un niño con problemas en adquisición de lenguaje, o en funciones relativas al control de esfínteres deba ayudársele a superarlas, sin embargo, cuando los padres se quejan de la mala conducta, desobediencia o actitud desafiante del niño y solicita ayuda para "disciplinarlo", hay que proceder con sumo cuidado, ya que podemos estar apoyando valores distorsionados o expectativas poco realistas de unos padres, que bien pueden estar contribuyendo en el problema (Ross, 1989).

### **3.2.3. Trastorno de conducta.**

La principal característica de este trastorno, es un patron persistente de conducta en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales apropiadas a la edad. Se presenta en la casa, la escuela, con los compañeros, o en la comunidad. Estos problemas de conducta son mas importantes que los observados en el Negativismo Desafiante, ya que algunos síntomas que pueden ir asociados son: el uso regular de tabaco, bebidas alcohólicas, fármacos y conducta sexual temprana en comparación con el grupo de niños de su medio.

Generalmente no existen sentimientos de culpa o remordimiento. Presenta irritabilidad, baja tolerancia a la frustración y bajo rendimiento académico.

Algunos de los factores predisponentes que consideran algunos autores como Kazdin (1988) y Valdes Miyar y cols.(1988), son el rechazo de los padres, educación inconsistente con disciplina rigurosa, cambios frecuentes de la figura parental (padres adoptivos, parientes o padres ocasionales), la ausencia del padre o su dependencia alcohólica, la familia numerosa y la asociación a grupos de delincuentes.

Se estima que este trastorno es más frecuente en hombres que en mujeres.

### **3.3. Trastornos académicos.**

Los trastornos en habilidades académicas se refieren a las dificultades que presenta un niño para el aprendizaje de la lectura, escritura y/o aritmética.

Silver, L., (1988), menciona que en la década de los 40's se suponía que las dificultades en el aprendizaje tenían una base neurológica, sin embargo, como estos niños parecían tan normales los investigadores decidieron llamar a este daño: "daño cerebral mínimo", pero como no encontraban evidencia de daño cerebral, empezaron a señalar la idea de que la causa del problema era la manera en que el cerebro funcionaba, (es decir, problema fisiológico), y crearon entonces el término: "disfunción cerebral mínima" (DCM).

Posteriormente se han utilizado diferentes rubros para clasificar los problemas de aprendizaje, por ejemplo, el problema de la lectura algunos autores como Margarita Nieto, (1987), lo llaman "dislexia", y al niño que lo padece lo etiquetan como "disléxico", otros autores a los problemas de lectura y escritura los llaman también "dislexia", pero separan los problemas de escritura de los de trazo en la escritura y los llaman "disgrafía" y al problema en aritmética "discalculia" (Pilar Pascual, 1984).

Algunos educadores consideraron estos términos demasiado generales y se decidieron por una terminología que identificara los problemas de aprendizaje por el área específica de dificultad. Así entre las incapacidades de aprendizaje específicas se encuentran las que incluyen la percepción, la ordenación en serie, memoria, problemas motores, problemas de lenguaje, incapacidades visuales, auditivas, emocionales, sociales, cognoscitivas, hiperactividad, combinaciones de esas incapacidades, etc., (Silver, 1988; Clarizio y Mc. Coy, 1990).

Los rubros más frecuentemente usados sobre todo por médicos, son los de "disfunción cerebral mínima", "desorden por déficit de atención", y



los educadores generalmente utilizan "incapacidad para el aprendizaje específico", sin embargo, algo importante que no deberían olvidar es que todos estos términos se refieren al mismo problema básico y es que el niño tiene dificultades para aprender a leer y/o escribir correctamente, realizar problemas aritméticos, etc.

También es importante enfatizar que los niños con problemas para el aprendizaje son vistos de manera diferente por los profesionales de diferentes disciplinas. Esto obedece a razones subjetivas y objetivas, ya que la profesión de cada quien dá un cariz especial a las expectativas del individuo, de manera que están diferentemente sensibilizados a los diversos aspectos de los problemas de los niños. Kinsbourne y Kaplan (1990), por ejemplo, mencionan que el enfoque psiconeurológico, presupone que las funciones conductuales se llevan a cabo bajo la dirección de centros cerebrales localizados, sin embargo, según afirma Clarizio y Mc. Coy (1990), la información recibida mediante la evaluación psiconeurológica tiende a no ser confiable.

Por otro lado está la postura psicodinámica, la cual sostiene que cualquier daño en el funcionamiento, refleja deficiencias en las experiencias del individuo.

Para el enfoque psicoeducativo el adiestramiento es la preocupación primordial, pues considera que a cada niño se le deben proporcionar oportunidades para fomentar el desarrollo máximo de sus capacidades.

Como podemos observar, los puntos de vista expuestos hasta aquí se enfocan en el niño y no en el niño en interacción con su entorno, en convivencia *recíproca*, sin embargo es importante que estemos conscientes de estas influencias al considerar un mismo problema, que es el aprendizaje escolar, ya que de otro modo, podríamos quedar perplejos ante los informes contrastantes que las diferentes profesiones presentan acerca de esto.

Larry B. Silver (1988), considera que en el tratamiento de los problemas de aprendizaje es importante el asesoramiento a la familia, para explicarles qué son las "incapacidades para el aprendizaje" y cómo es que esto se trata, se les ordena a los padres ciertas medidas que pueden aplicar en el hogar para manejar y controlar el comportamiento inaceptable de su hijo, se les capacita también para que se den cuenta como muchas veces la conducta del niño domina a la familia y como los padres evitan la confrontación y "miran a otro lado" hasta que son empujados tan lejos que tienen que reaccionar y gritar, golpear o anunciar un castigo al niño, para luego ceder. Los padres terminan enfadados y esto prueba al niño que puede controlar una parte del mundo: la familia.

Clarizio y Mc. Coy (1990), mencionan que los niños con deficiencias para el aprendizaje generalmente tienen cocientes intelectuales más bajos; sin embargo, esto difiere de opiniones más recientes como

Flores, G.V. (1984) y Barry y Bricklin (1981), quienes afirman que los problemas escolares no necesariamente se presentan en casos de niños con bajo coeficiente intelectual, sino que pueden existir otras causas y opinan que el origen de tal problema podría ser de orden psicológico, cuyas causas podrían originarse en el propio hogar del educando, (desintegración familiar, padres inadecuadamente preparados, etc.) y/o en las relaciones defectuosas del niño con su medio ambiente social en general y con el de la escuela en particular.

Algunas de las causas del bajo rendimiento académico de un niño que Flores, G.V. (1984), considera pueden provenir de la familia son las siguientes:

Que el niño tenga que trabajar para ayudar con los gastos de la casa, el poco interés de la familia por la formación intelectual del niño, o al contrario cuando al niño se le exige un nivel "super" y se le carga de clases especiales y no le dan tiempo para lo primordial que es su enseñanza elemental, el poco control respecto al tiempo que pasa con amistades, etc.

Otro aspecto importante para Flores (1984), es la falta de coordinación entre padres y maestros, sobre todo cuando la maestra critica a los padres porque no acuden, o los padres a la maestra por lo que hace o deja de hacer, ya que el niño sentirá la tirantez entre estas dos autoridades que están en desacuerdo.

Un punto más es la falta de entendimiento entre el padre y la madre, la carencia de autoridad del padre y la excesiva directividad de la madre y viceversa; es decir, la falta de coordinación entre ambos (padre y madre), provocará inseguridad en el niño, así como la preferencia por otro hijo, o la separación de los padres, etc.

Dentro de las causas de los problemas en el aprendizaje debido al medio escolar, Flores (1984) ubica: la calidad insuficiente de los métodos pedagógicos, la organización de la institución, el tamaño de los grupos, la insuficiencia del maestro, cambios frecuentes de maestro o de colegio, enfermedad, traslados, etc.

Y por último, dentro de las causas que provienen del niño, considera por ejemplo: un desequilibrio emocional, apatía ante el trabajo, debilidad física, etc., sin embargo, aquí es importante hacerse la pregunta de si estos factores que Flores considera como provenientes del niño ¿estarán influidos por la situación familiar?

Según estos autores, por lo menos en el 80% de los escolares con rendimiento insuficiente, se debe a tensiones emocionales, y cuando no es la causa principal, de todas maneras juega un papel importante, ya que el hecho de darse cuenta que trabaja en forma poco satisfactoria, produce en el niño cierta tensión emocional que reduce su confianza en sí mismo, y esta percepción se verá afectada por la forma en que los

padres manejen la situación. Consideran además, que cuando los padres pelean frecuentemente, el niño puede sentirse preocupado e incapaz de concentrarse en su trabajo escolar si este se deteriora, el fracaso en la escuela produce trastorno emocional aún mayor, con la consiguiente menor capacidad para concentrarse, también afirman que en algunos casos, cuando los padres están separados, los sentimientos de vergüenza y pérdida de autoestima pueden dificultar su desempeño escolar, además de que a menudo, el niño pasa mucho tiempo tratando de idear un medio para reunir de nuevo a sus padres.

En cuanto a los informes sobre la incidencia de los trastornos de aprendizaje, deben ser interpretados a la luz de diversos problemas que se encuentran en cualquier intento hecho para cuantificar esas dificultades. Es posible que el problema más frecuente sea el de la falta de consenso entre las diversas profesiones respecto a lo que es un problema de aprendizaje, ya que los informes sobre la frecuencia de estos, dependerá de cómo se le defina. Sin embargo, aún cuando las estimaciones sobre la incidencia de los problemas de aprendizaje varía considerablemente, hay un acuerdo general entre todos los investigadores, en el sentido de que la condición se observa más comunmente en los varones que en las mujeres, (Bakwin y Bakwin, 1980; Kinsbourne y Kaplan, 1990; Clarizio y Mc. Coy., 1990).

Sobre la causa de lo mencionado anteriormente, algunos autores hablan sobre la posibilidad de que hay algún factor genético enlazado con el sexo, otros opinan que esto podría estar asociado con los efectos de las exigencias de socialización sobre los niños, es decir, lo que la sociedad espera de los individuos de cada sexo. Por ejemplo, generalmente los adultos parecen creer, que el tener dificultades para leer es un problema más serio para un niño que para una niña, por lo tanto las fallas para el aprendizaje en los niños tienen más probabilidad de ser notadas y aún agravadas de manera innecesaria (Clarizio y Mc. Coy, 1990; Kinsbourne y Kaplan, 1990).

En cuanto a la edad, puesto que la definición de las dificultades para el aprendizaje incorpora la noción de fracaso escolar, las edades a las que ésta etiqueta es aplicable coinciden mas o menos con la edad escolar, es decir, de los 6 a los 18 años. Algunos autores sugieren que hay un aumento máximo de la incidencia de las incapacidades de aprendizaje hacia el segundo o tercer año de primaria y después una disminución progresiva de la incidencia, conforme se va pasando a los grados superiores. Probablemente ésta reducción en los niveles superiores se explique por el abandono de los alumnos que se han desalentado por sus fracasos escolares debido a sus problemas para el aprendizaje.

Según Clarizio y Mc. Coy, (1990), los informes sobre la incidencia de los problemas de aprendizaje en relación con la posición socioeconómica son difíciles de interpretar, ya que por una parte, algunas investigaciones indican mayor frecuencia de todos los

problemas como consecuencia de un "síndrome de privación", pero por otro lado, también se señala una frecuencia alta en los niños de posición socioeconómicamente alta, esto debido probablemente a que los padres tienen mayores posibilidades de permitirse servicios costosos de diagnóstico y tratamiento que se requieren para la identificación de deficiencias específicas del aprendizaje.

Con ésta panorámica general de los problemas del aprendizaje, nos enfocaremos ahora de manera específica a cada uno de los trastornos que se considerarán en el presente estudio.

### **3.3.1. Dificultades para la lectura y escritura.**

No hay duda que leer o escribir son unas de nuestras capacidades de procesar información más importantes, eficientes y practicadas. Como sucede en la mayor parte de las formas de percepción, uno no es consciente de los múltiples componentes de estas capacidades porque el proceso se ha vuelto muy automático, (Darley, Glucksberg, Kainchla, 1990).

Recordemos que algunos autores como Margarita Nieto (1987), le han llamado dislexia a los problemas en el área de la lectura y escritura, aunque otros como Pilar Pascual (1984), utilizan el término disgrafia para referirse a los problemas de escritura.

Los errores más frecuentes que podemos encontrar en la lectura y escritura según Margarita Nieto (1987), son:

- ♦ Confusión de letras de simetría opuesta (b por d).
- ♦ Confusión de letras con sonido semejante.
- ♦ Confusión de letras parecidas en su punto de articulación, por ejemplo; ch, ll, ñ.
- ♦ Confusión de guturales, como: g, j.
- ♦ Errores ortográficos.
- ♦ Alteraciones en las secuencias de las letras que forman una sílaba o palabra.
- ♦ Sustitución semántica, por ejemplo: suelo por piso.
- ♦ Error de separación en las palabras, por ejemplo: "lame-sa" por "la mesa".
- ♦ Lectura lenta, mecánica, mal modulada, sin ritmo, en ocasiones lectura silábica o deletreo. Esto conlleva falta de comprensión de la lectura. Muchas veces es tal la gravedad de esto, que llega a ser imposible entender lo que leen o leer lo que escriben.



### **3.3.2. Las dificultades en el cálculo aritmético.**

A las dificultades en el cálculo aritmético se les ha llamado discalculia y puede presentarse aislada, es decir, con dificultades sólo para la aritmética o junto con problemas para leer y escribir.

Su dificultad generalmente se relaciona con el "valor del lugar" de los dígitos en cifras de más de un lugar, también a la persona con este trastorno le cuesta mucho trabajo "llevar" un número de una columna a otra y tiene propensión a revertir los números cuando escriben cifras completas recitadas oralmente.

Ciertos niños parecen tener una dificultad para la aritmética aislada, que cuando es grave, llega a incluir un sentido diferente de los números, (no saber que número es mayor que el otro).

De manera general, es importante evaluar su habilidad para sumar, restar, dividir, multiplicar, manejo de quebrados y medidas, así como resolver problemas razonados.

### **3.4. Trastornos del habla y lenguaje.**

La función del lenguaje normal depende de un componente sensorial y motor, y de un complejo sistema de coordinación de áreas del cerebro. El proceso sensorial consiste en comprender la palabra hablada y escrita; el proceso motor se refiere a la capacidad para expresar palabras en el lenguaje hablado y escrito, (Bakwin y Bakwin, 1980).

La adquisición del lenguaje es una fase vital en el desarrollo del niño. Su primera vocalización es el llanto al nacer, poco después del nacimiento, el niño empieza sus producciones verbales sincronizando los movimientos de la lengua, mandíbula y labios con los movimientos vibratorios de sus cuerdas vocales. A las seis o siete semanas, aparentemente se dá cuenta de estos sonidos y balbucea para su propio deleite. Al principio, emite sonidos que no son usados en su lenguaje, los cuales son abandonados después.

El siguiente estadio se llama "laleo", y se refiere a las repeticiones que el niño hace al oír los sonidos que el mismo emite. Durante este estadio empieza a asociar la audición y la producción de sonidos, por lo tanto, para poder desarrollar el lenguaje, el niño debe ser capaz de oír. Hacia los 9 meses comienza a imitar sonidos, esta repetición se conoce como "ecolalia". Sin embargo, el niño es capaz de responder a las actitudes emocionales y comprender el tono emocional de lo que se dice mucho antes de que conozca el significado de las palabras. Así como también son capaces de obedecer órdenes sencillas antes de haber empezado a hablar, (Melgar, 1980; Bakwin y Bakwin, 1980; Bloch, 1973).

Hablar en una forma clara e inteligible no es una habilidad sencilla, pero es fundamental para la comunicación satisfactoria. Si existe algún retardo en el desarrollo del lenguaje del niño, se verán reducidas las posibilidades de éxito en una sociedad que exige pericia en la comunicación.

Generalmente los trastornos del lenguaje y habla se refieren a un concepto muy amplio, que atañe a los procesos de comprensión y expresión verbal del sujeto en estudios analizados y comparados con base a la norma lingüística de su ambiente social.

Una articulación poco clara o la persistencia de defectos articulatorios después de la edad normal establecida, puede ser indicadora de un retardo en el lenguaje de mayor o menor grado de severidad. Cuando esto se encuentra asociado con alguna alteración de tipo comprensivo o expresivo, la gravedad del problema es mayor.

Los trastornos del habla y lenguaje pueden tener diversas causas entre los que se encuentran las siguientes:

1) Deficiencia auditiva. Este concepto se refiere a la pérdida o disminución de la audición. La edad de iniciación de la pérdida es un punto importante a considerar. Las pérdidas postnatales pueden presentarse antes o después de que el niño haya aprendido a hablar, o sea, prelocutiva, en oposición a la pérdida postlocutiva respectivamente.

La pérdida prelocutiva causa un daño mayor en el desarrollo verbal del niño, que las pérdidas postlocutivas y para el reeducador va a ser más difícil instalar el lenguaje en un niño que nunca ha hablado, que tratar de conservar la capacidad verbal del niño que ya sabe hablar, (Nieto, 1988).

Dentro de esta clasificación Bakwin y Bakwin, (1980), consideran un problema de percepción verbal auditiva al que llaman "ideoglosia" y que consiste en la dificultad para comprender la palabra hablada, donde la agudeza auditiva del niño es normal pero defectuosa la comprensión del lenguaje.

A las dificultades en el lenguaje por deficiencia auditiva Perelló, (1981), le llama "dislalia audiógena".

2) Lesión cerebral. Las lesiones en el cerebro pueden dificultar o impedir (dependiendo de la severidad), la adquisición del lenguaje o provocar la pérdida (parcial o total), de este cuando ya se ha adquirido. Por ejemplo, la encefalitis, es muy probable que afecte el lenguaje. Los niños que antes hablaban pueden retroceder hasta un lenguaje difícil de comprender (Bakwin y Bakwin, 1980).

La disartia, es otro trastorno de la articulación de la palabra, a consecuencia de lesiones de las zonas del sistema nervioso central que gobiernan los músculos de los órganos fonatorios, (Perelló, 1981).

La afasia, es otro trastorno que se produce cuando hay una alteración del hemisferio cerebral cuya función primordial es el procesamiento del código del lenguaje.

Existen muchas y variadas clasificaciones de afasia, Nieto, (1988), considera las siguientes:

- Afasia receptiva o sensorial, que es cuando la persona oye, pero no capta el significado de la palabra.
- Afasia expresiva o motora, el enfermo oye, lee y comprende las palabras escritas o escuchadas, pero no puede repetir las, ni expresarlas espontáneamente.
- Afasia mixta, es aquella que incluye elementos de las dos anteriores.

En este apartado también podría ubicarse la "deficiencia mental", que de manera general se le ha definido como un funcionamiento intelectual por abajo de lo normal que se manifiesta durante el período evolutivo y está asociado con un desajuste en el comportamiento. La etiología de este problema se ha vinculado tanto a factores orgánicos, (infecciones prenatales, accidentes del embarazo, lesiones al momento del parto, prematuridad, traumatismos después del nacimiento), o a cuestiones psicosociales, (como la desnutrición, falta de estimulación, bajo nivel cultural de los padres, etc.).

3) Lesión de los órganos periféricos. Este tipo de defecto anatómico y que genera problemas de lenguaje, es el que se refiere a las alteraciones de los órganos periféricos del habla, lo que Perelló (1981), llama disglosia. Las causas de este trastorno pueden ser varias, ubicadas en diferentes órganos del habla, únicos o asociados. Como causas pueden citarse las malformaciones congénitas, traumatismos y sus consecuencias como son las cicatrices, etc.

Dependiendo de donde se encuentre la lesión anatómica de los órganos periféricos se pueden distinguir cinco tipos de disglosias: labiales, mandibulares, linguales, palatinas y nasales.

4) Y por último se encuentran los retardos simples del lenguaje, es decir, aquellos que no son debidos a factores orgánicos, (lesiones del sistema nervioso, órganos fonoarticuladores, déficit auditivo), de los cuales nos ocuparemos en nuestro estudio.

El medio ambiente en que se cria el niño, ejerce una influencia en el desarrollo del lenguaje. Bakwin y Bakwin (1980), consideran que es favorable un hogar en el que haya mucha conversación, por ejemplo,

los hijos únicos que se crían en gran parte en compañía de adultos generalmente son grandes conversadores.

Nieto (1988), cita algunas situaciones ambientales que pueden ocasionar retardo pasajero en el desarrollo lingüístico del niño: padecimiento de enfermedades prolongadas, cambio de domicilio de un país a otro con idioma diferente, ambiente poco estimulante, padres que exigen perfección articuladora desde edades tempranas y los critican continuamente.

Bakwin y Bakwin (1980), agregan que de los factores que influyen en la adquisición del lenguaje, la posición social y económica es uno de los más importantes y que los niños que se crían en medios más favorables están más avanzados que los niños de medios miserables. También comentan que se ha dicho a menudo que el desarrollo del lenguaje es más rápido en las niñas que en los niños, pero esto es cierto sólo en escala limitada, ya que en algunos estudios se ha encontrado que las niñas están ligeramente avanzadas en articulación, pero algo menos en gramática y extensión de las oraciones.

Como se mencionó anteriormente, los trastornos de lenguaje, considerados en el presente estudio son los últimos, los cuales no son debidos a factores orgánicos. En nuestro estudio incluiremos cuatro trastornos del habla o lenguaje, no debidos a lesión.

#### **3.4.1. Trastornos del desarrollo en la articulación.**

Este trastorno consiste en un fracaso persistente en la articulación correcta de los sonidos del lenguaje hablado a una edad en la que no debiera presentarse. Se manifiesta por frecuentes errores en la pronunciación, tales como: sustituciones u omisiones de los sonidos que componen el lenguaje hablado.

Hay una considerable variedad entre los niveles de gravedad de este trastorno. El lenguaje del niño puede ser perfectamente comprensible, parcialmente inteligible o ininteligible.

A este tipo de trastorno algunos autores le llaman "dislalia funcional", (Pilar Pascual, 1984; Perelló, 1984), algunos otros como M. Nieto (1988), le llaman desarrollo fonológico, el cual describe como se forman poco a poco los estereotipos fisiológicos que controlan la articulación de los sonidos del habla. Desde el primer día de nacido, cuyo primer grito es mecánico, pasando por las reacciones reflejas para manifestar necesidades, (hambre, frío), luego todos los ensayos articulatorios, considerados como "prefonemas", ya que la articulación de los fonemas como tales, ajustados a las normas del habla adulta, se inician con la emisión de las primeras palabras que dice el niño, (generalmente papá y mamá).



Nieto, (1988), plantea el siguiente orden en la progresión fonémica del niño: a las vocales le siguen los sonidos M, D luego P, B, T, N, más tarde los sonidos G, K, luego la semivocal W, y finalmente los fonemas más difíciles de articular: R, SH, F, L y RR.

### **3.4.2. Trastornos del lenguaje tipo expresivo:**

Las características de este trastorno son variadas y dependen de la gravedad del trastorno y de la edad del niño. Entre las limitaciones que pueden presentarse en el lenguaje de tipo expresivo está el volumen limitado de vocabulario, las dificultades para adquirir nuevas palabras, frases cortas, estructuras gramaticales simplificadas, limitaciones en la variedad de las estructuras gramaticales, limitaciones en la variedad de frases, (como imperativos, preguntas, etc.), omisión de partes fundamentales de las frases, orden poco usual en las palabras, (Valdes Miyar y cols. 1988).

### **3.4.3. Trastornos del Lenguaje Tipo Receptivo.**

En esta área también existen variaciones dependiendo de la edad del niño. En el DSM-III-R, al déficit en la comprensión del lenguaje se le llama "déficit de tipo receptivo", y menciona que en los casos leves puede haber sólo dificultades en la comprensión de un tipo particular de palabras o frases, (por ejemplo, frases complejas, donde se emplean elementos de lógica, "si luego"). En los casos más graves puede haber disfunciones múltiples, incluyendo en vocabulario básico o las frases simples. A estas dos últimas áreas del desarrollo verbal del niño (expresivo y comprensivo), Nieto (1988), les llama léxico-gramatical y semántico respectivamente. Afirma además, que del año y medio a los 6 o 7 años, los avances logrados en gramática y semántica son muy notorios. A través de estos años vence diferentes tipos de errores como:

♦ **Generalización.** Algunas confusiones que pueden ocasionar errores semánticos son:

- Similitud general de la situación en que es aprendida una palabra, aplicándola igual en otra situación parecida, como el niño que confunde naranja con pelota, guiándose por la semejanza de su forma y porque en alguna ocasión vió a alguien lanzarlas a lo lejos.

- Similitud de ciertos aspectos particulares como tamaño, color, etc.

- Transferencia de un objeto a otro, como el caso de un niño que aplicó la palabra "pato" a un "águila" y cuando vió el aguila en una moneda le llamó pato a la moneda.

La generalización puede considerarse normal, hasta los 30 meses después de esa edad puede ser patológica.

- **Inención.** Cuando el niño mezcla sílabas de una palabra con otra o crea palabras con significado personal. En el caso de gemelos esta característica puede agudizarse al grado de crear una lengua comprensible únicamente entre ellos.

- **Ecolalia.** El niño repite únicamente la última sílaba de la palabra o frase que se le dice. A veces la ecolalia se prolonga hasta los tres años.

- **Jerga o habla ininteligible.** En este síntoma se conjugan dificultades articulatorias con confusiones semánticas. Esta característica puede considerarse normal en la etapa del titubeo: de 18 a 24 meses.

- **Lenguaje telegráfico.** Cuando inicia la expresión de sus primeras frases generalmente sólo emplea dos palabras, como por ejemplo: "casa mía"; "quiero mamá", y a esta expresión se le llama "habla telegráfica". Se considera normal de los 18 a los 36 meses.

#### **3.4.4. Tartamudeo.**

Fiedler y Standrop, (1984), citan a Van Riper (1971), quien concibe como un primer signo de la tartamudez infantil, la acumulación excesiva de repeticiones al hablar, en especial de sílabas así como la combinación de repeticiones de palabras completas y de sílabas.

De acuerdo con estadísticas, la mayoría de los tartamudos se manifiestan por primera vez como tales, entre los 3 y los 5 años, (Fiedler y Standrop, 1984; Perelló, 1984; Santcreu, 1990), el DSM-III-R, plantea una edad entre los 2 y los 7 años, siendo la frecuencia máxima a los 5 años. Y afirma que en el 98% de los casos el comienzo tiene lugar antes de los 10 años.

Dinville (1982), señala que la tartamudez es un trastorno que aparece en la primera infancia, entre los 3 y los 4 años, y no a la aparición de las primeras palabras, sino de las primeras frases, es decir, en el momento en que se organiza el lenguaje y en el que se sitúan los primeros contactos con los demás, dentro o fuera del medio familiar con otros niños.

La tartamudez consiste básicamente en una alteración del ritmo de la emisión oral, quita fluidez, cadencia y limpieza a la dicción. El habla se hace vacilante, entrecortada e interrumpida por repeticiones y persistencias de sonidos o fonemas que agregados a un sinnúmero de gestos mímicos y movimientos asociados, conforman el cuadro tan característico de la tartamudez. Estos movimientos pueden ser de labios, párpados, cuello, como si el espasmo se irradiara a las zonas

vecinas. Estas contracturas y movimientos mímico-faciales denotan el esfuerzo y la tensión del paciente por superar su dificultad, (Azcoaga y cols. 1987).

Dinville (1982), distingue dos tipos de tartamudez:

a) Forma clónica, cuya característica es la repetición de una sílaba o de un grupo de sílabas.

b) Forma Tónica, que presenta un aspecto espasmódico de la palabra, con bloqueos más o menos importantes, ya sea al inicio o en medio de las frases.

En los casos muy graves, se manifiesta por una tensión de todo el cuerpo y en particular por una fijeza en la mirada.

En cuanto a la etiología de este trastorno, aún no existe acuerdo sobre cuales son los factores causales. Se ha enfocado el problema desde muy diversos ángulos, atribuyendo el fenómeno a causas muy dispares y variadas, como malformaciones de los órganos fonadores, anomalías de las zonas y funciones cerebrales vinculadas al lenguaje, predisposición hereditaria y factores psicológicos centrados en la influencia de la educación familiar y factores ambientales diversos. No obstante, ninguna teoría ha logrado satisfacer plenamente o explicar todos los casos.

El que exista una falta de acuerdo entre los distintos autores respecto a la tartamudez, la falta de clarificación de los postulados teóricos, además de la falta de distinción entre génesis y mantenimiento, ha dificultado la elaboración y consolidación de un modelo explicativo, (Santcreu, 1990).

Azcoaga y cols., (1987), mencionan que ultimamente se ha puesto énfasis a los fenómenos afectivos y en las relaciones familiares distorsionadas. Se ha señalado la importancia del trato dado al niño por los padres, de los conflictos provocados por la privación afectiva y la severidad de una educación perfeccionista.

## **CAPITULO 4**

### **LAS DISFUNCIONES FAMILIARES**

Antes de iniciar este capítulo, consideramos conveniente aclarar el término "disfuncional", lo cual sería una tarea relativamente sencilla si nos refirieramos a una máquina, ya que el término hace referencia a un "mal" funcionamiento.

Wolman (1984), define "disfunción" como: "el funcionamiento inadecuado de un proceso, órgano o sistema del organismo". Como podemos darnos cuenta esta definición hace referencia al individuo aislado, además de que aún sería necesario definir "funcionamiento inadecuado".

Si nos ubicamos dentro del enfoque familiar sintético, y partiendo del principio de totalidad, el cual hace referencia a que en el sistema familiar, cada una de sus partes están relacionadas, por lo tanto, si uno de sus miembros presenta algún tipo de trastorno psicológico, podríamos decir que es la familia y no el individuo quien lo manifiesta, ya que dicho trastorno estaría relacionado con su contexto inmediato, que es la estructura y funcionamiento familiar. De hecho Haley, (1989), afirma que la Minuchin de un miembro del sistema familiar, es señal de que existe una organización jerárquica confusa [lo que Minuchin (1989), llama reglas y límites disfuncionales].

Ahora bien, de manera mas concreta, en nuestro estudio el término "disfuncional" será considerado como un funcionamiento inadecuado de un proceso de interacción familiar. Dicho funcionamiento inadecuado será medido a través de varios indicadores que son mencionados en el capítulo 6, ("El Modelo Rector") y explicados más ampliamente en el capítulo sobre Metodología (capítulo 7).



Aclarado este punto, pasaremos a explicar la relación entre los trastornos infantiles y las disfunciones familiares.

Como se mencionó anteriormente, desde la perspectiva del enfoque familiar sistémico, se considera a la familia como una unidad integral o sistema. A su vez el sistema familiar está constituido por subsistemas funcionalmente divididos, entre los que se pueden identificar: el subsistema conyugal (pareja), el parental (padres), el fraterno (hermanos), etc. En el presente estudio consideramos los dos primeros: el conyugal y el parental.

¿Qué son estos subsistemas?, ¿Cómo se forman?. iniciaremos por contestar estas preguntas, para luego pasar a exponer su relación con las disfunciones infantiles.

#### **4.1. Subsistema conyugal.**

El inicio o formación de este subsistema tradicionalmente se conceptualiza como el momento en que dos adultos, hombre y mujer, se unen con el propósito de formar una familia.

Algo importante a considerar en esta nueva pareja, es que cada uno trae un conjunto de valores, creencias, expectativas, etc. acerca de lo que es adecuado; por lo tanto, para que la vida en común sea posible, deben acordar entre ellos, desde en que lado de la cama van a dormir cada uno, hasta las nuevas maneras de manejarse con sus familias de origen, sus amigos, la independencia en la toma de decisiones, etc., es decir, todas aquellas diferencias sutiles y no-sutiles, que existan entre ellos, deberán ser conciliadas, con lo cual al paso del tiempo, perderán individualidad, pero ganarán pertenencia, (Minuchin, 1989).

Un aspecto vital para el subsistema conyugal es el establecimiento de límites o fronteras en relación con parientes políticos, amistades, hijos, de tal manera que tengan un ámbito propio. Al verse invadido el subsistema conyugal por parientes u otras personas que se involucran en la toma de decisiones de la pareja, o por algún hijo, por ejemplo aquellos que ya mayores siguen durmiendo en la misma cama de los padres, dicho sistema se verá alterado, o se generará un equilibrio aparente, ya que en realidad, ni parientes, ni hijos pertenecen al subsistema conyugal.

La gente se casa con esquemas y expectativas basadas en su experiencia anterior en la propia familia; si el matrimonio de los padres es abiertamente conflictivo, es probable que ninguno de ellos sea lo bastante objetivo como para dar a sus hijos indicaciones útiles acerca de lo que funciona y lo que no

funciona. Si los padres se casan varias veces, es muy probable que los hijos aprendan la transitoriedad de las relaciones, o incluso detecten algunas señales acerca de que es lo que deben evitar; sin embargo, se ha visto que los hijos de familias divorciadas parecen más propensos al divorcio, esto porque quizá en la experiencia con su familia no aprendieron como solucionar los problemas maritales, ya que en realidad sólo se les modeló por sus padres, como escapar de ellos, es decir, divorciándose, (Pittman, 1990).

Por lo tanto, podemos afirmar que el subsistema conyugal constituye un modelo para los hijos, ya que por medio de él, el niño aprenderá modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Lo que presencie se convertirá en parte de sus valores y expectativas (Minuchin, 1989; Minuchin y Fishman, 1989; Haley, 1989).

#### **4.2. Subsistema Parental.**

Este subsistema se forma cuando nace el primer hijo, y puede estar compuesto muy diversamente; a veces incluye un abuelo o a una tía, y es posible que esto excluya en buena medida a uno de los padres; también puede incluir a un hijo con funciones parentales en quien se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a sus hermanos.

Las funciones principales de este subsistema difieren según la etapa del ciclo vital en que se encuentren, ya que cuando los niños son muy pequeños predominan las funciones de alimentación, para luego asumir mayor importancia las de control y orientación.

De este subsistema el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza, también aprende a considerar racional o arbitraria la autoridad, los modos más eficaces de comunicar lo que desea, modos de negociar y afrontar conflictos, etc. (Minuchin, 1989; Minuchin y Fishman, 1989; Haley, 1989).

El ser padres es un proceso sumamente difícil, pues se espera que los padres comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen; sin embargo a medida que los hijos crecen, cuestionan más las reglas. Y como se mencionó anteriormente, las reglas y formas de relación entre padres e hijos deberán ir cambiando según la etapa o momento del ciclo vital que la familia está viviendo, ya que no serán iguales cuando los hijos son bebés, escolares, adolescentes,

casaderos, casados, etc. Si estos permanecieran igual en todos estos momentos estaríamos hablando de un sistema rígido.

Es importante comprender la complejidad del proceso de educación del niño, ya que es imposible que los padres protejan y guíen sin al mismo tiempo controlar y restringir, y los niños no pueden crecer e individualizarse sin rechazar y cuestionar. El proceso de socialización es inevitablemente conflictivo, pero esto no quiere decir que no pueda ser coherente. Esto último se logra cuando los padres establecen reglas claras, explícitas y consistentes.

Dentro del subsistema parental, los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos, pero también tienen el derecho de tomar decisiones como por ejemplo, sobre la fijación de reglas que protejan a todos los miembros de la familia, selección de la escuela de los hijos, etc., además del deber de proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges.

Pues bien, de manera general, hasta aquí se ha expuesto que son los subsistemas parental y conyugal, como se forman y por cuales miembros están compuestos, en seguida expondremos la relación de estos subsistemas (conyugal y parental) con los trastornos psicológicos infantiles, visto desde la perspectiva del enfoque Familiar Sistémico.

#### **4.3. Las disfunciones conyugales y parentales: su relación con los trastornos psicológicos infantiles. ®**

Los subsistemas conyugal y parental están muy relacionados entre sí, por estar formados generalmente (a excepción del divorcio, la separación, etc), por las mismas personas (hombre-mujer), cambiando únicamente su función dependiendo del rol a jugar (padre ó pareja).

Dentro del enfoque familiar sistémico se establece una interdependencia entre las conductas de los miembros del sistema familiar, de tal manera que la conducta de uno afecta a los demás y viceversa (Hoffman, L., 1987; Fisch, Weakland, Segal, 1988; Fischman, 1990), por lo tanto, se considera que el síntoma en alguno de los miembros de la familia está vinculado con la estructura y funcionamiento familiar.

Existen diferentes interpretaciones acerca de la relación entre disfuncionalidad familiar y sintomatología infantil, no obstante, autores no sistémicos como Bakwin y Bakwin, (1980), Ross, A. (1989); Newman y Newman, (1983), consideran importante el

papel de los padres en los trastornos psicológicos de los hijos, aunque con un enfoque diferente como sería el de un determinismo lineal causa-efecto.

Enseguida revisaremos el punto de vista de algunos autores con enfoque sistémico:

Bergman, J. (1991), afirma que en todos los casos en que se ha atendido a un niño sintomático, la mejoría de éste, ha estado acompañada de la intensificación o agravamiento de un conflicto matrimonial, y que cuando la pareja no reconocía el problema, el síntoma del niño se mantenía periódica o permanentemente. Bergman en relación a esto plantea lo siguiente:

1) Todos los síntomas de los hijos estabilizan a los matrimonios inestables; y si un síntoma leve no puede estabilizar a una pareja, se necesitará un síntoma grave.

2) Mientras mayor sea la magnitud del conflicto matrimonial, mayor será la magnitud del síntoma.

3) Mientras más encubierto o escondido esté el conflicto matrimonial, más se necesitará un síntoma para estabilizar el conflicto de la pareja a fin de que permanezca oculto o encubierto." (Bergman, 1991:16).

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Con esto Bergman se refiere a que los síntomas de los hijos desvían la atención de los padres de sus problemas como pareja, por lo tanto, esa pareja en desequilibrio, se estabiliza al centrarse en el síntoma del hijo, e incluso muchas veces el subsistema conyugal que puede estar desunido, se unifica ante el problema del hijo, logrando así la estabilización (aunque aparente), cuando menos mientras el hijo manifiesta un síntoma.

Es por esto, que el enfoque familiar sistémico apoya la idea de que aunque el problema sea de un niño, hay que abocarse a la familia, ya que al desaparecer el síntoma en el niño, puede surgir el problema "real", el cual podría ser más grave para la familia, o también podría suceder que el niño sintomático u otro de los hijos desarrolle el mismo u otro nuevo síntoma para volver a estabilizar el sistema. Por ejemplo, si una pareja tiene problemas a nivel de relaciones íntimas, probablemente será más fácil y menos peligroso para el subsistema conyugal, decir que su hijo ha desarrollado una fobia o algún miedo extraño y "tiene" que dormir con ellos, (con lo cual se fomenta el síntoma en el hijo); a partir de esto, ellos pueden argumentar que no "pueden"



tener relaciones sexuales, ni hablar de cuestiones íntimas ya que su hijo está ahí con ellos.

Minuchin, (1989), afirma que el niño responde a las tensiones que afectan a la familia y describe un experimento en que se midieron los niveles de ácido graso libre en sangre (FFA free fatty acid)<sup>9</sup>, en cada uno de los miembros de la familia, comprobándose que los niveles de FFA de los hijos aumentaron cuando presenciaron una situación conflictiva entre los padres por <sup>8</sup> cámara Gessell, y como aumentaron aún más cuando entraron a la misma habitación con sus padres, a la vez que los niveles de FFA de los padres disminuyeron cuando asumieron sus funciones parentales, lo cual, Minuchin lo interpreta como que los hijos funcionan como mecanismos que permiten derivar los conflictos de la pareja.

Por lo que podemos darnos cuenta, tanto Minuchin, como Bergman, apoyan la idea de que en muchos casos los hijos ayudan a los padres a desviar la atención de sus propios problemas.

Un punto de vista similar, es planteado por Guerin y Gordon, (1988), quienes definen a la "familia centrada en el niño", como aquella que se presenta clínicamente con un niño sintomático; suponen que la acumulación de estrés dentro de la familia puede estar dada por factores internos o externos al sistema familiar, y que dicha ansiedad será absorbida por el miembro más vulnerable de la familia, el niño generalmente, y se expresará en la forma de un síntoma. Opinan que el síntoma cumplirá la función de unir o absorber el exceso de ansiedad en el sistema, permitiendo que la familia mantenga su organización..

Por otro lado, Madanes, (1984), considera la conducta sintomática del niño como ayuda a sus padres, ya que cuando el niño desarrolla una conducta perturbadora, hace que la inquietud de sus padres se centre en él y se vean a sí mismos como padres de un niño que los necesita, en lugar de como individuos abrumados por dificultades personales, económicas o sociales; por ejemplo, la conducta problemática de un niño, puede servir para que su madre no se enfrente con la búsqueda de trabajo, si el hijo se porta mal, puede descargar su enojo contra él, además haciendo que su padre se enoje con el, evita que sus progenitores discutan entre ellos por ellos mismos. Madanes, afirma que al tener el niño una función protectora para sus padres, hace que exista en la familia una organización jerárquica incongruente, donde el niño se halla en una posición

<sup>9</sup> El cual es un indicador bioquímico del estrés.

<sup>8</sup> Cámara Gessell. Habitación con espejo de vista unidireccional donde pueden ser observadas las personas.

superior a sus padres, y que para conseguir modificar la conducta del niño, los padres deben abordar sus propias dificultades de manera tal que la protección del hijo ya no les sea indispensable. Esto se lograría cambiando la jerarquía de tal manera que los padres fueran los que protejan y ayuden a su hijo en vez de ser protegidos por él.

Haley, J. (1987, 1989), opina que la patología de un niño involucra una coalición que trasciende los límites generacionales, formando lo que él llama "triángulos patológicos", (de los cuales hablaremos más adelante) y menciona que muchas de las cuestiones que enfrenta la pareja son tratadas a través del hijo, en la medida que éste se convierte en chivo expiatorio y en excusa para los nuevos problemas y para los viejos aún no resueltos, es decir, de alguna manera ayudan a estabilizar a la pareja. Desde este enfoque se sostiene que el niño es utilizado por sus padres, ya que el conflicto existente entre ellos se desvía, pasando por el niño, de tal modo, que por ejemplo, la madre alienta a la hija a que desobedezca al padre, el cual ataca a la hija, cuando está enojado con la madre. Se afirma incluso, que cuando este hijo es suficientemente grande para abandonar el hogar, se suscita una crisis, ya que la pareja queda frente a frente sin el recurso del hijo interpuesto entre ellos y se reactivan entonces cuestiones irresueltas desde hace muchos años. Y afirma:

"Dado que los terapeutas familiares siempre descubren que la conducta anormal de un niño, coincide con un conflicto entre los padres respecto al niño, el enfoque sobre la relación de los padres constituye una parte necesaria del tratamiento" (Haley, 1990:59).

Como podemos darnos cuenta, diversos autores dan diferentes interpretaciones de un mismo hecho: "los trastornos psicológicos infantiles", sin embargo, convergen en un mismo punto, y es que el problema no es solo del niño, sino que está en estrecha relación con el funcionamiento familiar.

Cabe aclarar, que con esto no se quiere decir que exista una relación causal lineal entre conflicto matrimonial y disfunción infantil, ya que afirmar esto, sería ir en contra de un soporte teórico central dentro del enfoque sistémico, que es la "causalidad circular", la cual se refiere a una influencia recíproca entre los miembros de la familia de tal manera que podemos establecer relaciones mas no causalidad lineal.



#### 4.4. Las triangulaciones familiares.

Se consideró útil exponer este tema en un apartado independiente, ya que la triangulación ha sido durante mucho tiempo un concepto central de la terapia familiar sistémica, (Minuchin, 1989; Satir, 1988; Haley, 1987, 1989; Madanes, 1984). Se ha considerado que el análisis de éste, es parte importante para tratar a la familia y sobre todo a la familia de un niño sintomático (Guerin y Gordon, 1988).

Expondremos lo que diversos autores describen como triangulaciones y su relación con la disfuncionalidad infantil.

La triangulación puede estar compuesta de muy diversas maneras; estará formada por tres elementos del sistema familiar, y estos elementos pueden ser un miembro de un subsistema, o un subsistema completo, y donde existirá una coalición entre dos de los elementos contra un tercero. Estos elementos también pueden incluir a la familia extensa e incluso a un terapeuta o a una institución. Por ejemplo, es frecuente encontrar triangulaciones entre los padres de familia coalicionados con el hijo en contra de la escuela; o a los abuelos en coalición con el nieto contra los padres.

El término "coalición", no debe confundirse con el de "alianza", ya que el primero se refiere a la unión de dos contra un tercero, y el segundo a la unión de dos con un objetivo común (Hoffman, 1987).

Haley, (en Hoffman, L. 1987), afirma que una estructura triádica, siempre causará tensiones y más cuando esta se rigidiza. El lo llama "triángulo perverso" o coalición intergeneracional y observa que parece coincidir con manifestaciones indeseables como violencia, comportamiento sintomático o disolución del sistema.

Las características de este triángulo son:

- 1) Contiene a dos personas de un mismo nivel jerárquico y a una persona de un nivel distinto.
- 2) Abarca una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra el que queda restante.
- 3) La coalición contra la tercera persona generalmente se mantiene oculta.

Andolfi y Angelo (1989), difieren algo en esto, ya que ellos hablan de que las triangulaciones no solo aportan a la interacción una nueva dimensión que permite las alianzas y una relación de inclusión-exclusión respecto de ellos, sino que también puede

dar la oportunidad de conocerse mejor unos a otros, ya que en algún momento de la relación uno se convierte en observador de las interacciones de los otros dos. Es posible que esta diferente perspectiva se deba a que Andolfi y Angelo no consideran la rigidez de las triangulaciones como en el punto de vista de Haley.

Andolfi y Angelo, (1989), consideran que la situación triádica más común, es la que se da entre padres e hijo, donde a este último a menudo se le observa en su función de elemento de desviación del conflicto entre los dos primeros, ya sea en su aspecto protector operando como "canal de descarga" respecto de las situaciones de tensión entre los padres, o bien el de opositor activo a todo intento de la pareja por definir los motivos de contraste, ya que esto podría ser más doloroso e incluso llegar a la ruptura de los vínculos. A este triángulo básico Guerin y Gordon, (1988), lo llaman "triángulo parental primario".

Otros dos tipos de triángulos que consideran Guerin y Gordon, son el triángulo mixto y el triángulo fraterno. El primero se forma entre padre-hermanos, y comprende al niño sintomático, un hermano y uno de los padres. Este tipo de triangulación puede estar presente en cualquier familia que tenga cuando menos 2 hijos, aunque es más frecuente en familias de padres separados. El segundo triángulo, el del subsistema fraterno, es el que se da entre hermanos. Guerin y Gordon, sugieren evaluar el grado en que los hermanos están conectados o distanciados emocionalmente entre sí, pues ellos han encontrado distanciamiento y conflicto entre hermanos y el niño sintomático excluido de las triangulaciones que existen entre hermanos. Estos autores sugieren la inclusión de los hermanos a terapia, e incluso tener reuniones con tan solo el holón de los hermanos.

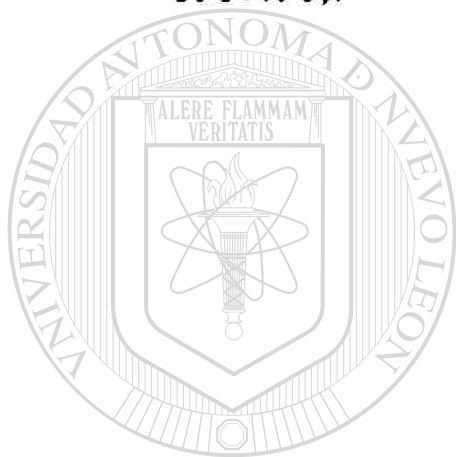
Otro tipo de triangulación, es la trigeneracional, la cual al incluir a una tercera dimensión a nuestra perspectiva de observación la vuelve más compleja. En esta concepción de triangulación se incluye la de "triángulo patológico" de Haley; "triángulo trigeneracional" de Andolfi y Angelo; y el "triángulo de tres generaciones" de Guerin y Gordon.

La triangulación trigeneracional se forma entre el niño sintomático, uno o ambos padres y uno o ambos abuelos. El proceso de este triángulo puede desencadenarse en el nacimiento o aún antes, durante el periodo de gestación del niño sintomático. La proximidad geográfica de las familias de origen hace esto más inmediato y visible. Haley, (1989), menciona que esto es una situación típica de la familia pobre, donde falta uno de los progenitores y de la familia en que la mujer se ha divorciado y ha vuelto a vivir en la casa de sus padres.

Haley opina que la sintomatología en un miembro del sistema familiar es señal de que existe una organización jerárquica

confusa, donde quizá nadie sepa quien es su par y quien su superior, (lo que Minuchin, 1989, llama reglas y límites disfuncionales), y donde un miembro que ocupa un determinado nivel jerárquico se empeña en formar coalición contra uno de sus pares, con otro miembro de nivel distinto, violando así las reglas básicas de toda organización. Y afirma:

"Si hay una regla fundamental de organización social, es la de que esta peligrá cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretos". (Haley, 1987:96).



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## **CAPITULO 5**

### **FACTORES PRECIPITANTES O AGRAVANTES**

Existen diversos eventos que pueden influir en el desencadenamiento de otro, a estos eventos los llamamos *variables precipitantes*, es decir, aquellas que "ayudan" o que junto con otras favorecen la aparición de trastornos psicológicos infantiles. Sin embargo, estos mismos eventos, pueden pasar de precipitantes a agravantes cuando se presentan después y no antes del trastorno en el niño.

En este apartado nos ocuparemos del establecimiento de aquellas variables precipitantes o agravantes consideradas en el estudio aquí presentado que son las siguientes: nacimiento de un hermano, discusión entre los padres presenciada por el hijo, separación o divorcio de los padres, y tipo y frecuencia de castigos.

#### **DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS**

##### **5.1. Nacimiento de un hermano.**

El nacimiento de un hermano es un tema bastante documentado, en el que se habla de que esto afectará y cambiará el comportamiento del hijo como de los padres. Algunas madres, temiendo que su hijo pueda sentirse despreciado por el nacimiento de otro hijo, concentran su atención y afecto en él. También puede suceder que el hijo que nació sea del mismo sexo que el primero, y que los padres puedan sentirse decepcionados e inconscientemente rechacen al segundo hijo. Los abuelos generalmente prefieren al nieto mayor y por comparación encuentran al segundo sin interés durante los primeros años cruciales. Y pueden escucharse algunas frases maternas como: "he mimado al primero, pero no haré lo mismo con el segundo".

Otra situación que se presenta con frecuencia, es que los amigos y parientes, en su afán de ver al lactante, sin darse cuenta ignoran al mayor, lastimando así sus sentimientos, por lo tanto es importante que los padres hagan sentir al hijo que no está siendo excluido. El padre deberá asumir un papel más importante en la vida del hijo mayor, de tal manera que reciba más afecto y atención de una clase más madura, lo cual le ayudará a establecerse en su nueva posición de hermano o hermana mayor, (Bakwin y Bakwin, 1980).

Las dos situaciones mencionadas, pueden generar rivalidad entre hermanos, y según Mussen y cols., (1974), ésta será más intensa cuando el hijo mayor cuenta de 2 a 4 años de edad en el momento que nace el menor, porque en este período el niño se ha percatado ya del afecto de los padres, pero no se siente suficientemente establecido en la estimación de estos para desear compartirla con un hermano. Además el niño es todavía, en gran parte, emocionalmente dependiente de los padres. Los celos son menos intensos en combinaciones hermano-hermana, que cuando los niños son del mismo sexo, porque es menos probable que haya un choque de intereses.

La intensidad del sentimiento de rivalidad es, en general, proporcional a la dependencia del niño con relación a la madre y por consiguiente, es particularmente perceptible en el niño excesivamente protegido. Se observa también en niños rechazados; en tales casos representa otro escape para la incomodidad general del niño.

La respuesta del hijo mayor celoso es, con mayor frecuencia, hostilidad hacia el recién llegado, combinado con el deseo de revivir los placeres y ventajas de la lactancia. La conducta hostil hacia el hermano menor puede ser abierta, manifestandose por mordiscos, empujones y golpes, y por intento de librarse del bebé; o puede estar oculta y manifestarse en una forma más sutil por demandas persistentes de atención cuando la madre está ocupada con el pequeño. Esta conducta va seguida generalmente con autocastigo, mentiras, negativismo y conducta agresiva, que son las conductas más encontradas en los niños celosos, (Bakwin y Bakwin, 1980).

La hostilidad se intensifica por preferencias de los padres, por uno u otro hijo y por las comparaciones que se hacen. Como resultado de esto, en el niño menos afortunado predomina una autoestima devaluada, fracaso en la escuela, el cumplimiento a regañadientes de las órdenes y la resistencia pasiva son respuestas comunes. También puede ocultarse por afecto exagerado hacia el rival afortunado, sumisión a él, o ansia de ser protegido por él (Mussen y cols., 1974).



## 5.2. Discusión y separación o divorcio de los padres.

Generalmente la antesala de la separación o el divorcio son las discusiones entre los padres. Según afirma Marla, (1988), una situación clásica antes de que se dé el divorcio o la separación definitiva, es que la pareja, a pesar de que ya ha pensado en divorciarse siguen viviendo juntos, lo que crea situaciones estresantes para sí mismos y para sus hijos. Son frecuentes el maltrato, las ofensas, gritos, etc. entre la pareja, llegando generalmente a hacerlo delante de los hijos.

No obstante, en esta misma situación se encuentran muchas parejas que ni siquiera han hablado de divorcio, dadas sus creencias y valores, pero que, sin embargo, también se ofenden y agreden delante de los hijos; éstos frecuentemente intentan proteger y reconciliar a sus padres, cuando no pueden tomar partido, ni abandonar a uno u otro progenitor, y sienten que ambos están disgustados con ellos, se produce una de las situaciones más tensas, (Clifford, J., 1980).

La separación o el divorcio es una experiencia desagradable para quienes la viven, y que según afirma Pittman, (1990), en la mayoría de los casos no da resultado, ya que generalmente no pone fin a las reyertas de una pareja que riñe constantemente, ni desprende a los hijos del conflicto conyugal de los padres, además de que plantea exigencias extremas, la familia debe reorganizar sus relaciones durante la separación y después de ella. Deben hacer frente a toda una gama de sentimientos, (de pérdida, ira, culpa, alivio, etc.), conservar o recuperar la confianza en sí mismos, en que podrán atender las necesidades de los hijos sin ayuda del ex-cónyuge.

Hay adultos que tratan de proteger a sus hijos del choque provocado por el conflicto y la desorganización de la vida familiar en este proceso, pero no todos lo hacen, algunos no pueden o no quieren controlar sus disputas y a menudo involucran a los hijos haciendo que tomen partido, otros abdican de sus responsabilidades en la educación y crianza de los hijos, (Marla, 1988).

El divorcio es una cuestión que afecta grandemente a los hijos, sin embargo, esto no sería tan "traumatizante", si los padres no trataran de que los hijos tomen partido, o no usaran al hijo como confidente contándole todas las "maldades" del cónyuge, o incluso, muchas veces haciéndolo sentir culpable de esta separación.

Las reacciones de los niños ante estas situaciones de estrés familiar son diversas y se verán influenciadas por la edad del niño. Por ejemplo, un niño pequeño, puede reaccionar con resistencia a



la enseñanza del control de esfínteres, trastornos de sueño, "berrinches", otro en edad escolar con problemas académicos, y un adolescente, quizá con conducta antisocial, (Bakwin y Bakwin, 1980).

Una consecuencia desafortunada del divorcio mal abordado es que los hijos tienden a conformar sus relaciones con el sexo opuesto de conformidad con lo que han visto en su familia, (Minuchin, 1985).

En nuestro estudio se consideró como una variable interviniente las discusiones entre la pareja y su frecuencia e intensidad, y como una variable precipitante la presencia de alguna discusión impactante o fuera de lo habitual y que fuera presenciada por el niño.

### 5.3. Tipo y frecuencia de castigos.

Algo difícil de creer, pero que sin embargo, debemos afrontar, es el hecho de que no todos los padres obtienen la satisfacción personal que la paternidad les podría ocasionar. Hay todo un continuo de actitudes paternas que se pueden considerar como abusivas, van desde la falta de interés, hasta la explotación, hostilidad y agresividad abiertas.

En nuestro estudio, dentro de este apartado hemos considerado el tipo de castigos y su frecuencia, como un probable indicador de maltrato infantil, sin embargo, sería muy ambicioso asegurar que con los ítems incluidos en nuestro instrumento esto pudiera afirmarse.

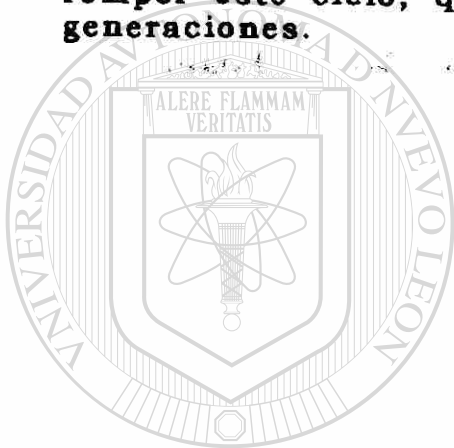
Las causas del maltrato a los niños son múltiples, Newman y Newman, (1983), mencionan que algunas características de los padres que maltratan a sus hijos son haber ellos mismos sido maltratados de pequeños y abandonados o rechazados. Y los niños tienen algunas características como sueño inquieto, son difíciles de calmar, o al contrario, de ser estimulados, lo cual puede frustrar a sus padres.

Existen también algunas situaciones de tensión específicas que aparecen de manera recurrente en los casos de maltrato, tales como el desempleo del padre, generalmente familias numerosas con aislamiento social.

Otro factor que mencionan Newman y Newman, es la aceptación social de la fuerza física como medio para resolver un conflicto y en particular para imponer disciplina a los niños. los castigos físicos son usados en todas las clases sociales, y aunque hay

una clara diferencia entre el castigo físico utilizado en forma controlada y con un objetivo, acompañado además de otra clase de explicaciones, y las explosiones iracundas de violencia contra los niños, la defensa de lo primero como apropiado, conduce a lo segundo.

Cirillo y Di Blasio, (1991), mencionan que los niños víctimas de violencia física se caracterizan por una subestimación de sí mismos, inseguridad e incapacidad de relacionarse con sus compañeros, tendencias depresivas, pasividad, inhibición, ansiedad, dependencia, rabia y agresividad. Algo importante a enfatizar es que los diversos autores consultados, coinciden en que los padres agresores de sus hijos, fueron a su vez, hijos maltratados, lo cual nos hace pensar en la trascendencia de romper este ciclo, que de no ser así, pudiera perpetuarse por generaciones.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CAPITULO 6

### EL MODELO RECTOR DE LA INVESTIGACION

#### 6.1. Presentación del modelo.

En capítulos anteriores se presentaron algunos de los más destacados esfuerzos por llegar a una explicación causal del fenómeno que nos interesa que es el de los trastornos psicológicos infantiles.

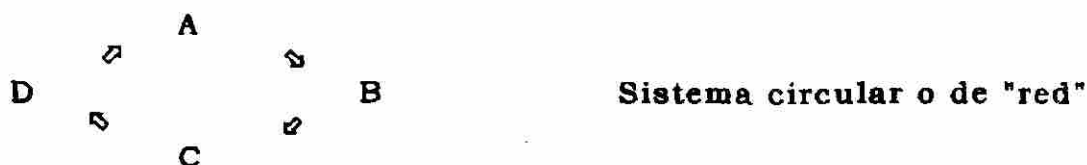
En estos capítulos pudimos darnos cuenta que tradicionalmente, los esfuerzos por explicar el comportamiento sintomático se han basado en un modelo médico o en un modelo psicodinámico; estos dos modelos típicamente han considerado el mal sintomático como una malfunción debida a causas biológicas o fisiológicas, o a un acontecimiento reprimido del pasado. En ambos modelos, la etiología está conectada con una imperfección en el individuo, ya sea en sus genes, a nivel bioquímico, o en su desarrollo intrapsíquico.

Sin embargo, a diferencia de esto, Hoffman, (1987), afirma que los sistemas vivos no se deben comparar con una mesa de billar, ya que en estos sistemas, aparte de la fuerza, es importante la información y las relaciones, por lo tanto, no es posible asignar a una parte, una influencia causal ante otra, es decir, no es posible establecer causalidades lineales.

La diferencia entre un sistema lineal determinista (unidireccional), y uno circular o de "red", sería el siguiente:

A  $\Rightarrow$  B  $\Rightarrow$  C  $\Rightarrow$  D

Sistema lineal determinista



En un círculo no hay comienzo ni fin, por lo tanto se abandona la idea de que primero aparece "A", luego "B", y "B" depende de "A", cuando menos en las ciencias sociales. Esto podía ejemplificarse como cuando la persona "A", dice que sólo reacciona a la conducta de "B", pero resulta que "B", dice lo mismo, sin comprender que en realidad se están influyendo uno al otro.

Por lo tanto, ya no es posible creer que el terapeuta "causa un efecto", sobre el paciente o la familia por medio de su personalidad, ya que ambos forman parte de un contexto en el cual interactúan y se influyen unos a otros

Dentro del pensamiento lineal causal se encuentran algunas corrientes psicológicas como el conductismo ortodoxo, y la postura psicoanalítica, (entre otras). La primera, parte de que la causa de la conducta se encuentra fuera del individuo, es decir, en el medio ambiente, y la segunda, afirma que se encuentra en el interior del individuo, en el "aparato hipotético mental".

Dentro del modelo de pensamiento circular se encuentran posturas como el conductismo-cognoscitivo y el enfoque familiar sistémico.

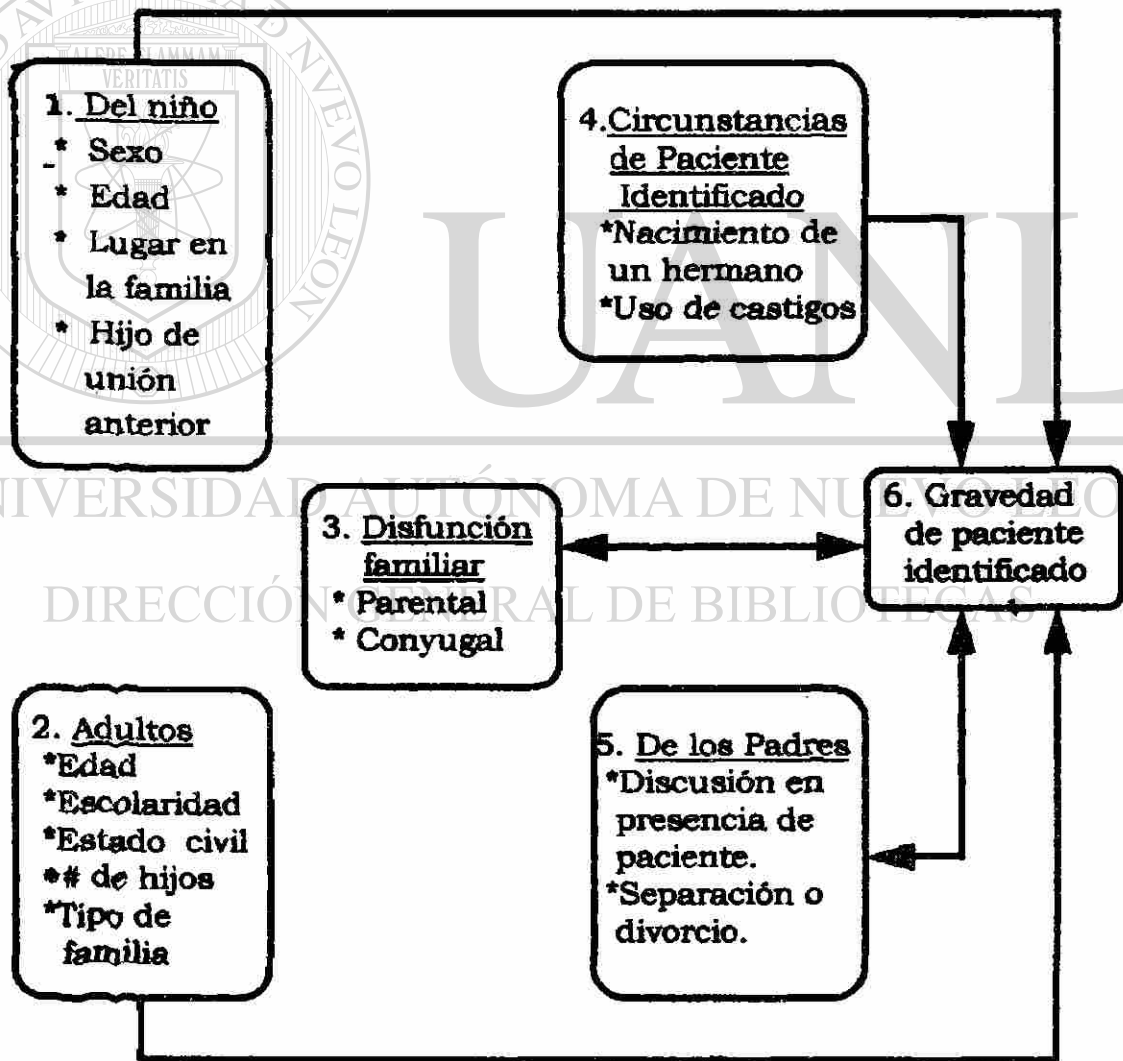
Resumidamente, podemos decir que existen dos grandes vertientes generales, una, la cual apoya un determinismo lineal de causa-efecto sobre la conducta, ya sea ambiental o interno al individuo; y otra que se basa en un determinismo e influencia recíproca entre estos factores, y es precisamente dentro de esta última postura que se ubica la teoría del enfoque familiar sistémico, en el cual se basa nuestra investigación.

En base a esta influencia mutua entre factores, que es apoyada por la corriente sistémica, es que se plantea el modelo rector del presente estudio.

La hipótesis central de orden general y que es subyacente al modelo, establece que los trastornos psicológicos infantiles se ven influidos por diversas variables, a la vez que influyen sobre estas.

A continuación presentamos el esquema 3 que representa el modelo rector del presente estudio:

Vs. Independientes      Vs. Intervinientes      Vs. Precipitantes o Agravantes.      Vs. Dependientes



## **6.2. Las variables y sus indicadores.**

### **Variables Independientes.**

#### **1. Del niño :**

- 1.1. Sexo
- 1.2. Edad
- 1.3. Lugar en la familia
- 1.4. Hijo de unión anterior

#### **2. De los adultos :**

- 2.1. Edad
- 2.2. Escolaridad
- 2.3. Estado civil
- 2.4. Número de hijos
- 2.5. Tipo de familia

### **Variables Intervinientes.**

#### **3. Disfunciones familiares :**

##### **3.1. Disfunción parental :**

- 3.1.1. Unificación parental
- 3.1.2. Triangulación parental
- 3.1.3. Triangulación del sistema parental con familia extensa. ®
- 3.1.4. Percepción de responsabilidad de los hijos.
- 3.1.5. Comunicación entre madre y P.I.
- 3.1.6. Comunicación entre el padre y P.I.
- 3.1.7. Comunicación entre los padres acerca de los hijos.

##### **3.2. Disfunción conyugal.**

- 3.2.1. Frecuencia de discusiones en la pareja
- 3.2.2. Frecuencia de acuerdo en la pareja
- 3.2.3. Magnitud de las discusiones
- 3.2.4. Frecuencia de discusiones graves
- 3.2.5. Frecuencia de discusiones por problemas económicos.
- 3.2.6. Frecuencia de discusiones por cuestiones sexuales.
- 3.2.7. Frecuencia de discusiones por celos.
- 3.2.8. Frecuencia de discusiones por el trabajo de la madre.
- 3.2.9. Frecuencia de discusiones por el trabajo del padre.
- 3.2.10. Frecuencia de discusiones por el consumo de alcohol.



- 3.2.11. Frecuencia de acuerdo en cuestiones económicas.
- 3.2.12. Frecuencia de acuerdo en cuestiones sexuales.
- 3.2.13. Frecuencia de acuerdo por celos.
- 3.2.14. Frecuencia de acuerdo por el trabajo de la madre
- 3.2.15. Frecuencia de acuerdo por el trabajo del padre.
- 3.2.16. Frecuencia de acuerdo por ingestión de alcohol.
- 3.2.17. Triangulación conyugal con familia extensa.
- 3.2.18. Falta de atención y detalles.
- 3.2.19. Falta de tiempo juntos.
- 3.2.20. Infidelidad
- 3.2.21. Incomprensión.
- 3.2.22. Comunicación en la pareja.

**Variables precipitantes o agravantes.**

**4. Circunstancias de P.I. :**

- 4.1. Nacimiento de un hermano
- 4.2. Tipo y frecuencia de castigos

**5. De los padres :**

- 5.1. Discusión presente P.I.
- 5.2. Separación o divorcio

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**Variable Dependiente.**

**6. Grado de gravedad de P.I.**

Algo importante de mencionar, es que la elaboración de un proyecto de investigación, generalmente está limitado en cuanto a tiempo y recursos, lo cual impide estudiar el tema seleccionado en todas sus dimensiones, por lo cual hemos tenido que considerar sólo aquellas variables que, de acuerdo a la teoría y a nuestra experiencia clínica consideramos más significativas en relación a los Trastornos Psicológicos Infantiles.

## **CAPITULO 7**

### **M E T O D O L O G I A**

#### **7.1. Selección de la muestra.**

Desde el momento en que se emprendió este proyecto, uno de los objetivos era que las conclusiones que se obtuvieran se pudiesen extrapolar a la población infantil que asistiera a consulta en la Unidad Clínica donde se llevaría a cabo esta investigación, y para esto, nuestro deseo inicial era calcular una muestra representativa de manera aleatoria, sin embargo, dado que los recursos para la realización del estudio fueron limitados, se vió la necesidad de reconsiderar lo anterior. Tanto los insuficientes recursos materiales, como las exigencias institucionales que condicionaron el tiempo de aplicación del instrumento a un semestre escolar, determinaron cambiar a la elección de una población determinada, aceptando las consecuencias sobre la generalización del estudio.

En base a los resultados obtenidos en un estudio exploratorio previo (véase capítulo 1), se pudo determinar el universo a estudiar, así como el tamaño y tipo de población que se emplearía en esta investigación, la cual se considera como relacional ya que tiene como propósito ver la relación entre las disfunciones familiares y los trastornos infantiles (Hernández y cols. 1993).

En un universo de 280 casos en el semestre febrero-junio de 1993 se detectó que los trastornos infantiles más frecuentes que solicitaban intervención fueron 4: conducta (40%), académico (27%); lenguaje (20%) y eliminación (8%), el porcentaje restante estaba distribuido en diversos casos; las edades de los sujetos oscilaron entre 2 y 12 años, sin embargo, los criterios de diagnóstico para los trastornos antes mencionados, (con

excepción de los trastornos de conducta), establecen una edad mínima de 4 años para ser considerados como tales, de ahí la conveniencia de tomar los casos que oscilaban entre 4 y 12 años.

## **7.2. Diseño y pilotaje del instrumento.**

Para la consecución de los objetivos de la presente investigación, se requería de cuando menos una impresión diagnóstica, tanto del paciente identificado, como de su situación familiar; por lo tanto, la forma más conveniente para capturar la información necesaria era sin duda, la entrevista estructurada, para el padre de familia que proporcionaría la información familiar e instrumentos de evaluación, que si bien, no podríamos hablar de un diagnóstico propiamente, sí nos arrojan información sobre la gravedad del niño en los problemas de lenguaje y académicos, ya que de los otros dos restantes (conducta y eliminación), nos basaríamos en la información proporcionada por los padres.

Para poder llevar a cabo esto se construyó una cédula de entrevista de manera sumamente estructurada y precodificada, lo que facilitó su aplicación, homogeneidad en los resultados y eficacia en la captura de datos.

El instrumento original fue discutido en varias ocasiones, tanto con el equipo de aplicadoras, como con el asesor de la investigación, y se hicieron algunas modificaciones. Se procuró que el lenguaje empleado fuera sencillo y claro, sin el uso de tecnicismos.

Una vez que la cédula de entrevista estuvo terminada, se procedió a realizar una prueba piloto en la misma institución en que se llevaría a cabo el estudio, con el objeto de evaluar los problemas que pudieran presentarse en el momento del levantamiento definitivo de la información. Para esto se aplicaron un total de 20 entrevistas. En esta prueba participaron las alumnas de Psicología entrenadas en el manejo de la entrevista, así como el autor del proyecto.

Esta prueba nos permitió observar que el tiempo promedio de duración de la entrevista era de 50 minutos, realizándose al mismo tiempo, pero en diferente cubículo, la entrevista al padre de familia y la evaluación al niño, lo que nos pareció adecuado, dado que el promedio de una sesión de consulta es de 50 a 60 minutos. Fue muy importante que la evaluación de la familia y del niño se realizara en diferente cubículo y por diferente entrevistadora para evitar la posibilidad de sesgar la información.

Después del piloteo se realizaron algunas modificaciones al instrumento en relación a algunas opciones en las cuales existía algo de confusión por parte de los entrevistados.

Al final se incluye una copia del instrumento, así como de los formatos de evaluación al niño, (Ver anexos 1 y 3 respectivamente)..

### **7.3. Valoración de los ítems del instrumento.**

Dado que este estudio se apoyó en una primera impresión diagnóstica, tanto del P.I. (paciente identificado), como de la familia, resulta pertinente considerar la forma en que esto fué realizado.

Es importante mencionar que una primera impresión diagnóstica no reúne los requisitos para considerarla un diagnóstico propiamente dicho, sino que esto sólo nos arroja indicadores de una posible disfunción.

La cédula entrevista utilizada en este trabajo incluye variables que evalúan la disfunción familiar, la patología infantil, y otras que ayudan a establecer el perfil de la población estudiada.

Al final de este trabajo, en el anexo 1, se incluye una copia de la cédula-entrevista que fué empleada en la recopilación de la información necesaria para la elaboración de este estudio, así como el formato de vaciado de datos.

Iniciaremos por describir las principales variables utilizadas en nuestro análisis, así como las preguntas que han servido de indicadores para medirlas y cuál fué la forma de valorarlas.

#### **7.3.1. La variable dependiente: los trastornos psicológicos infantiles.**

Como se mencionó anteriormente, en el presente trabajo consideramos como un "trastorno psicológico infantil" toda aquella dificultad que presente un niño para actuar y/o reaccionar adecuadamente, es decir, de acuerdo a lo esperado para su edad cronológica y a las exigencias del contexto, y donde no se sospeche causalidad debida predominantemente a factores orgánicos.

El DSM-III-R es un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, basado en la clasificación internacional de enfermedades, aprobado por la Sociedad Americana de Psiquiatría y que es utilizado en varios países, entre ellos

México. La evaluación del niño es apoyada en la sintomatología que plantea este texto, agregándosele solamente la frecuencia de ocurrencia de cada uno, con el fin de tener mayor información para la determinación de los criterios "leve", "moderado" y "grave"; es decir, los parámetros para establecer estos criterios de gravedad fueron la ocurrencia del síntoma y su frecuencia.

### 7.3.1.1. Trastornos de eliminación.

Este se deriva en dos: enuresis y encopresis.

Enseguida se plantean las preguntas que se utilizaron para saber si ocurría o no el problema y la frecuencia con que esto se daba. En base a esto se estableció la clasificación de: "sin", "leve", "moderado" y "grave".

**La pregunta para enuresis fué:**

- Qué tan frecuente es que el niño(a) se orine en lugares inadecuados para este propósito como suelo, roperos, ropa, etc.?

- 4) Todos los días
- 3) Varias veces por semana
- 2) Cada 15 días
- 1) Cada mes o menos
- 0) Nunca

**La pregunta para encopresis:**

- Qué tan frecuente es que el niño(a) evacúe en lugares inadecuados para este propósito, como suelo, ropa, roperos, etc.?

- 4) Todos los días
- 3) Varias veces por semana
- 2) Cada 15 días
- 1) Cada mes ó menos
- 0) Nunca

Los criterios diagnósticos quedaron de la siguiente manera:

- 0= sin trastorno
- 1= leve.
- 2= moderado
- 3,4= grave.

Se incluyeron otras preguntas que no se vaciaron en el formato, estas sirvieron para tener una visión mas amplia del trastorno y prever la posibilidad de daño orgánico, para esto, se consultó con algunos médicos sobre cuales preguntas sería conveniente incluir, (ver la cédula-entrevista en anexo 1. Las preguntas incluidas más no consideradas en este estudio, son aquellas que no están numeradas.).

### 7.3.1.2. Trastornos por conducta perturbadora.

Los trastorno por conducta perturbadora se clasifican en tres tipos: trastorno de atención con hiperactividad, negativismo y trastorno de conducta.

Los items para cada uno de estos fueron los siguientes:

#### **Trastorno de atención con hiperactividad.**

¿Podría decirme la frecuencia con que el niño presenta las siguientes conductas?

- 1.- Que el niño(a) sentado en algún lugar se esté moviendo excesivamente, (manos, pies, etc.).
- 2.- Le cuesta trabajo permanecer sentado.
- 3.- Que se distraiga cuando se le habla o está haciendo algo.
- 4.- Que se distraiga cuando hace tarea.
- 5.- Que en situaciones de grupo o de juego, se adelante antes de que le toque su turno.
- 6.- Responda precipitadamente, antes de que se le acabe de preguntar algo.
- 7.- Que deje sin terminar algo que se le pide que haga.
- 8.- Es capaz de mantenerse jugando tranquilo.
- 9.- Cambia constantemente de actividad sin terminar ninguna.
- 10.- Se mantiene haciendo algo tranquilo, como ver T.V., pintar, etc.
- 11.- Habla excesivamente.
- 12.- Interrumpe juegos que han comenzado otros niños.
- 13.- Parece no escuchar lo que se le dice.
- 14.- Pierde cosas (útiles escolares, objetos, juguetes, etc), o no sabe donde los dejó.
- 15.- Que haga cosas sin medir el peligro, como cruzar calles de mucho tráfico sin mirar, trepar arboles, etc.

#### **Negativismo.**

- 1.- Se distrae con facilidad.
- 2.- Discute con los adultos.
- 3.- Desafía o rechaza las ordenes, reglas o peticiones de los adultos.
- 4.- Hace cosas a propósito con el fin de molestar, como quitar un juguete, cambiarle a la T.V. o ponerse enfrente.
- 5.- Culpa a los demás de sus propios errores.
- 6.- Es muy susceptible y se molesta facilmente con los demás.
- 7.- Se muestra enojado y resentido con los demás.
- 8.- Se muestra rencoroso o se venga de los demás.
- 9.- Reniega y dice malas palabras



**Trastorno de conducta.**

- 1.- Se apodera de cosas que no le pertenecen.
- 2.- Provoque o intente provocar fuego o algún incendio.
- 3.- Que mienta.
- 4.- Que se escape de la escuela.
- 5.- Que se introduzca en lugares ajenos sin permiso (como casas, carros, edificios,)
- 6.- Que destruya deliberadamente bienes ajenos.
- 7.- Que lastime deliberadamente (a propósito) a los animales.
- 8.- Utiliza o le gusta tomar armas como navajas, cuchillos, pistolas, etc.
- 9.- Inicia peleas.
- 10.- Se apodera de cosas que no le pertenecen enfrentandose a la persona (víctima), es decir, arrebatando, usando la violencia, etc.
- 11.- Lastima o intenta lastimar a otras personas sin motivo.
- 12.- ¿El niño(a) se ha escapado de casa?
  - 4) Dos o mas veces
  - 2) Una vez
  - 0) Nunca
- 13.- El niño(a) ha molestado sexualmente a alguien?
  - 4) Si
  - 0) No

Las frecuencias para todos los trastornos fueron:

- 4) Todos los días, siempre (1)
- 3) Frecuentemente, casi siempre (2)
- 2) Rara vez, casi nunca (3)
- 1) Nunca. (4).

\*Nota: Los números en negrita indican aquellos ítems que deben considerarse a la inversa. ®

En cada uno de los casos para establecer el criterio de "leve" moderado" o "grave" se tomó el valor mínimo y máximo y se hizo la clasificación de la siguiente manera :

Grado de trastorno de conducta. El más alto.....

Negativismo. Suma \_\_\_\_

- 1) 9-17 leve
- 2) 18-26 moderado
- 3) 27-36 grave

Trastorno de conducta. Suma \_\_\_\_

- 1) 13-25 leve
- 2) 26-38 moderado
- 3) 39-52 grave

Atención con hiperactividad. Suma \_\_\_\_

- 1) 1-15 leve
- 2) 16-30 moderado
- 3) 31-45 grave

### **7.3.1.3. Trastornos del habla o lenguaje.**

Para la evaluación de este trastorno se hicieron unas preguntas a la madre y una evaluación general directa al niño.

Las preguntas a la madre fueron las siguientes:

Podría decirme con que frecuencia el niño(a) presenta alguno de los siguientes aspectos?

- 1.- Pronuncia mal alguna palabra
- 2.- Se le dificulta comprender lo que se le dice
- 3.- Se le dificulta expresar sus ideas, es decir, sus frases u oraciones no son completas o bien estructuradas
- 4.- Repite o prolonga sonidos o sílabas que le dificultan la fluidez del habla, es decir, tartamudea.

Frecuencia:

- 4) Siempre
- 3) Casi siempre
- 2) Rara vez
- 1) Nunca

La evaluación al niño comprendió 4 aspectos: expresión, comprensión, articulación y tartamudeo, (esta evaluación fue grabada).

Los parámetros en este trastorno sobre lo que es "leve", "moderado" o "grave", se establecieron en base a los criterios esperados según la edad del niño en los cuales se basó también la elaboración de esta evaluación obteniéndose una calificación de 0 a 10 distribuida como sigue:

- 10= sin trastorno
- 9-8= leve
- 7-6= moderado
- 5-0= Grave

\* La evaluación de lenguaje se incluye en el apéndice 3.

Es importante mencionar que para la impresión diagnóstica sólo se consideró los datos obtenidos de la evaluación al niño y las preguntas a la madre, sólo fueron para compararlas con los resultados obtenidos, sin ser incluidas en la investigación, a excepción de los datos proporcionados sobre tartamudeo

### **7.3.1.4. Trastorno en habilidades académicas.**

Para la valoración de este trastorno se hicieron algunas preguntas a los padres y se aplicó una evaluación al niño sobre lo esperado para su edad y grado escolar a nivel de lectura, escritura y aritmética, y al igual que con el trastorno anterior se

obtuvo una calificación a partir de la cual se establecieron los grados de: "sin trastorno", "leve", "moderado" y "grave".

\* Estas evaluaciones son incluidas en el apéndice 3.

### 7.3.1.5. Grado de gravedad de P.I.

No fué posible hacer el análisis de cada uno de los trastornos por separado, ya que cada niño representaba un caso y no un trastorno y cada caso estaba compuesto generalmente por dos o más trastornos, por lo que se optó por unificarlos en una sola variable a la que se le llamó: **grado de gravedad de P.I.**, en donde se establece el nivel de gravedad independientemente del trastorno; para esto, se enlistaron todas las combinaciones posibles y se dividieron en tres categorías: "leve" moderado" y "grave". La lista de las opciones y su distribución se incluye enseguida (y en el formato de vaciado de datos ver apéndice 2). Aquí no se incluyó la categoría sin trastorno por no ser posible, ya que cada niño presentaba algún nivel de trastorno en uno o varios de las problemáticas evaluadas.

Lista de opciones y su distribución.

LEVE	MODERADO	GRAVE
0001	0222	2223
0011	1222	0033
0111	2222	0133
1111	0003	1133
0002	0013	0233
0012	0113	1233
0112	1113	2233
1112	0023	0333
0022	0123	1333
0122	1123	2333
1122	0222	3333
	1223	

### 7.3.2. Las variables intervinientes.

#### 7.3.2.1. Las disfunciones parentales.

El subsistema parental puede estar formado muy diversamente, es decir, no necesariamente ha de incluir sólo a los padres, a veces incluye a los abuelos, tíos, hermano mayor, etc. ya que en ocasiones al faltar los padres o uno de ellos otras personas, generalmente familiares, se hacen cargo de la educación y cuidado del niño.

En este estudio se consideraron como integrantes del subsistema parental a los padres, y en caso de divorcio, separación, madre soltera o viudez, a cualquier otra persona (aparte del padre o la madre), que estuviera a cargo de las funciones parentales con el niño (P.I.), de no ser así, es decir, que no hubiera otra persona apoyando las funciones parentales se consideró sólo a uno de los padres.

### 7.3.2.1.1. Unificación parental.

Con esta variable nos estamos refiriendo a la frecuencia con que los padres se apoyan uno al otro en cuanto a la educación o cuando hay que corregir a su hijo(a).

Se plantearon las siguientes preguntas:

- Cuando usted regaña o da una orden y su hijo no quiere obedecer, con que frecuencia su pareja interviene a favor de usted para apoyarla?

- 4) Nunca
- 3) Casi nunca
- 2) Algunas veces, ocasionalmente
- 1) La mayoría de las veces
- 0) Siempre
- 9) No se aplica

- Cuando su pareja regaña o da una orden a su hijo y no quiere obedecer, con que frecuencia usted interviene a favor de su pareja para apoyarla?

- 4) Nunca
- 3) Casi nunca
- 2) Algunas veces, ocasionalmente
- 1) La mayoría de las veces
- 0) Siempre
- 9) No se aplica

Se consideró la menor (0) y mayor (8) puntuación y posteriormente se dividieron en tres para establecer los grados de "buena", "poca" y "mala" unificación parental.

Unificación parental. Suma \_\_\_\_

Grado de unificación de subsistema parental con P.I.

- 1) 0-2 buena unificación parental
- 2) 3-5 riesgosa unificación parental
- 3) 6-8 mala unificación parental

### 7.3.2.1.2. Triangulación parental.

Las triangulaciones en el subsistema parental se dan cuando uno de los padres apoya a un hijo, contradiciendo o restando autoridad al conyuge. En este estudio nos interesa en especial la relación entre los padres y el paciente identificado (niño). Para evaluar esto se hicieron las siguientes preguntas:

- Cuando usted regaña a su hijo(a) o le dá una orden que no quiere obedecer, ¿con qué frecuencia su pareja apoya a sus hijo o interviene a favor de el (ella) ?

- 4) Siempre interviene a favor del hijo(a)
- 3) La mayoría de las veces a favor del hijo(a)
- 2) Algunas veces a favor del hijo(a)
- 1) Casi nunca a favor del hijo(a)
- 0) Nunca a favor del hijo(a)
- 9) No se aplica

- Cuando su pareja regaña a sus hijos o les dá una orden que no quieren obedecer, ¿con que frecuencia usted apoya a su hijo o interviene a favor de el (ella)?

- 4) Siempre interviene a favor del hijo
- 3) La mayoría de las veces a favor del hijo
- 2) Algunas veces a favor del hijo
- 1) Casi nunca a favor del hijo
- 0) Nunca a favor del hijo
- 9) No se aplica.

Con estas preguntas lo que se mide es la frecuencia con que se dan coaliciones entre uno de los padres y P.I., y es precisamente esto (la frecuencia), lo que se tomó como parametro de gravedad, considerándose el valor más alto, esto porque desde un punto de vista sistémico no importa quien lo presente (el padre o la madre) sino el hecho de que se dé y la frecuencia con que sucede, entre mas frecuente sea esto, nos estará hablando de una mayor rigidez en el sistema familiar.

Posteriormente los datos se recodificaron de la siguiente manera:

4,3= grave

2 = riesgo

1= leve

0= Sin (Solo hubo 3 casos que respondieron "nunca", por lo tanto se eliminaron del análisis)

El "no se aplica" (9), se utilizó en los casos en que solo existía una persona cumpliendo funciones parentales.



### 7.3.2.1.3. Triangulación del subsistema parental con familia nuclear y/o extensa.

Este tipo de triangulación se refiere a cuando un miembro de la familia de familia extensa (abuelo, tío, primo, etc) están en coalición o intervienen con frecuencia para defender a P.I. oponiéndose a uno o ambos padres.

La pregunta para esta variable fué la siguiente:

Cuando usted o su pareja corrigen o regañan a su hijo, ( en su casa o de familiares) quién interviene y con que frecuencia para apoyar o defender a su hijo ?

- Abuelo, (a)
- Tío, (a)
- Otro. Especifique:\_\_\_\_\_

Frecuencia:

- 4) Siempre
- 3) Casi siempre
- 2) Ocasionalmente
- 1) Rara vez, casi nunca
- 0) Nunca
- 9) No se aplica

Se tomó en cuenta la frecuencia mayor, es decir, al igual que en el caso de la triangulación parental, no importa si la coalición se daba con los abuelos, tios, etc. sino con quién se daba con mas frecuencia, por lo tanto, se consideró la frecuencia más alta.

El "no se aplica" se utilizó en los casos que no tenían familia extensa o no estaban aquí.

Esta pregunta fué recodificada de la siguiente manera :

Recode. Triangulación con familia extensa :

- 1) 0 = sin
- 2) 1,2 = riesgo
- 3) 3,4 = grave

### 7.3.2.1.4 Percepción de responsabilidad sobre los hijos.

La pregunta sobre esta variable es la siguiente:

- En cuanto a la educación de su hijo ¿qué es lo que habitualmente sucede?

- 1) Su pareja le deja la responsabilidad a usted (madre)
- 2) La responsabilidad del niño es de su pareja (padre)
- 3) La responsabilidad la comparten ambos
- 4) La responsabilidad es de otra persona. Especifique:\_\_\_\_\_

Esta pregunta se recodificó de la siguiente manera :

Percepción de responsabilidad de los padres :

- 1) 1,2 = madre o padre
- 2) Ambos
- 3) Otra persona

#### **7.3.2.1.5. La percepción de los padres acerca de la comunicación.**

Se evaluó la percepción de comunicación entre madre-hijo, padre-hijo y entre los padres acerca de los hijos.

Algo importante de señalar aquí, es que para cada persona, el término comunicación o incluso "hablar de" son interpretados de manera diferente por diferentes personas, ya que en algunos casos cuando de manera informal, (es decir, no como pregunta de la cédula-entrevista), se les preguntó sobre como se comunicaban, la secuencia de interacción que describieron fué más o menos la siguiente:

- Madre: ¿Cómo te fué en la escuela?
- Hijo: Bien
- Madre: Que bueno

Y esto era tener comunicación sobre lo que sucede en la escuela. Las secuencias comunicacionales referidas entre los padres son similares a este ejemplo. Por lo tanto consideramos que mas que evaluar comunicación, se evaluó la percepción de comunicación.

Para este objetivo se consideraron varios items que recibieron un puntaje, según la respuesta; posteriormente se obtuvo un puntaje en el que se tomó en cuenta el menor y el mayor, luego se dividió en tres para las categorías de: "buena", "regular" y "mala" comunicación. ®

Comunicación padre-P.I. y madre- P.I.

- 1) 8-12 buena (5-7)
- 2) 13-18 regular (8-11)
- 3) 19-24 mala (12-15)

Los items son los siguientes :

- Cómo considera que es la comunicación que tiene usted con su hijo sobre los siguientes temas:

- 1.- Sobre lo que les gusta o disgusta (programas de T.V. juegos, deportes, etc)
- 2.- Sobre lo que hacen a diario.
- 3.- Sobre como se llevan con sus amigos, a que juegan, de que platican, etc.
- 4.- Sobre lo que hacen en la escuela, tareas, maestros, compañeros, etc.

- 5.- Sobre que hacer los fines de semana, a donde salir, a quién visitar, etc.
- 6.- Sobre su relación como madre-hijo, si le gusta su forma de ser, etc. (niños de 10 y más años).
- 7.- Inquietudes sexuales, cambios físicos de su cuerpo, dudas de ellos sobre esto, etc. (niños de 10 y más años).
- 8.- Sobre alcoholismo, drogadicción, etc. (niños de 10 y más años).

**Nivel de comunicación percibido:**

- 1) Hay suficiente comunicación sobre este tema.
- 2) Hay poca comunicación sobre eso.
- 3) No hablan de eso.
- 9) No se aplica (no tiene mamá).

Para evaluar la comunicación entre el padre y el hijo se aplicaron estos mismo ítems, sólo que fueron contestados en base a la percepción de la madre quién fué la que generalmente asistió.

Para evaluar la percepción de comunicación entre los padres acerca de los hijos se utilizaron los siguientes ítems:

- Qué tanto se comunican usted y su pareja sobre los siguientes temas?

- 1.- Sobre la escuela de su hijo.
- 2.- Sobre la forma de corregirlo.
- 3.- Sobre el comportamiento de su hijo.
- 4.- Sobre los permisos de su hijo.
- 5.- Sobre los amigos de su hijo.

**Percepción:**

- 1) Suficiente
- 2) Poco
- 3) Insuficiente, nada.

**Recodificación. Comunicación entre los padres :**

- 1) 4-6 buena
- 2) 7-9 regular
- 3) 10-12 mala
- 9) No se aplica

### **7.3.2.2 Subsistema Conyugal.**

A diferencia del subsistema parental que puede estar integrado por diferentes personas, el subsistema conyugal sólo puede estar formado por la pareja.

Las preguntas referentes a este subsistema, se aplicaron a personas que actualmente vivían juntas o que tenían un año o

menos de separación o divorcio; en las que no tenían pareja actualmente o más de un año de separación o divorcio , no se aplicó

#### **7.3.2.2.1. Felicidad percibida en el matrimonio.**

Para evaluar esta variable se aplicaron las siguientes preguntas:

- Cómo considera que es su matrimonio ?

- 0) Muy feliz, se siente muy satisfecha con su vida matrimonial.
- 1) Feliz, pero si hay cosas que le gustaría mejorar
- 2).. Poco feliz, no está satisfecha con su matrimonio, pero la situación es tolerable.
- 3) Infeliz, no está satisfecha con su matrimonio y en ocasiones la situación es intolerable.
- 4) Muy infeliz, no está nada satisfecha con su matrimonio y la situación es intolerable en todo momento.
- 9) No se aplica

Esta pregunta se recodificó de la siguiente manera :

- 1) 0,1 feliz
- 2) 2 poco feliz
- 3) 3,4 infeliz
- 9) No se aplica

- Si pudiera regresar su vida se volvería a casar...

- 1) Sí, con la misma persona
- 2) Sí, con otra persona
- 3) No se volvería a casar
- 9) No se aplica

Esta pregunta no se revaloró, se pasó directa.

#### **7.3.2.2.2 Frecuencia de discusiones y frecuencia de acuerdo.**

Para evaluar estos aspectos en la pareja se utilizaron las siguientes preguntas:

- Con qué frecuencia discuten usted y su pareja ?

- 4) Continuamente, todos los días
- 3) Mínimo una vez por semana
- 2) Algunas veces, a lo mucho una vez por quincena
- 1) Casi nunca, a lo mucho una vez al mes
- 0) Nunca discuten
- 9) No se aplica

La recodificación de esta pregunta es la siguiente:

- 1) 0,1 = Por mes o menos
- 2) 2 = Por quincena
- 3) 3,4 = 1-5 por semana

- Con qué frecuencia se ponen de acuerdo usted y su pareja ?
- 0) Siempre
- 1) La mayoría de las veces
- 2) Ocasionalmente, algunas veces
- 3) Rara vez, casi nunca
- 4) Nunca.
- 9) No se aplica (no tiene pareja o siempre se ponen de acuerdo).

Recodificación :

- 1) 0,1 = Frecuentemente
- 2) 2 = Ocasionalmente
- 3) 3,4 = Rara vez

### 7.3.2.2.3. Frecuencia de discusión y acuerdo sobre ciertos temas.

El objetivo de este punto es evaluar cuales son los aspectos por los que se discute con mas frecuencia entre las parejas, si llegan o no a un acuerdo y si hay una relación entre el tema de discusión y la gravedad de P.I.

Los ítems fueron los siguientes:

- Con qué frecuencia discuten usted y su pareja sobre los siguientes temas ?
- Aspectos económicos, como falta de dinero, como distribuirlo, en que gastarlo, etc.
- Cuestiones sexuales, satisfacción, frecuencia.
- Celos, sospecha de coqueteos o infidelidad con otra persona
- Trabajo de usted, lo que hace, su horario, etc.
- Trabajo de su pareja, horario, lo que hace, etc.
- Problemas por ingestión de bebidas alcoholicas, droga, etc

Frecuencia:

- 4) Todos los días
- 3) Una o varias por semana
- 2) Una vez por quincena
- 1) Una vez por mes
- 0) No discuten por eso
- 9) No se aplica

- Con qué frecuencia se ponen de acuerdo sobre los siguientes temas ? (se plantean los mismos que en la pregunta anterior).

Recodificación sobre la frecuencia de discusión :

- 1) 0 = no discuten
- 2) 1,2 = 1-2 al mes
- 3) 3,4 = varias por semana



Recodificación sobre la frecuencia de acuerdo en la pareja :

- 1) 0,1 = siempre
- 2) 2 = ocasional
- 3) 3,4 = rara vez

#### **7.3.2.2.4. Discusiones "graves": su magnitud y su frecuencia.**

Aquí lo que se evalúa es a lo mas grave que llega la pareja cuando discute y con que frecuencia se presenta; esto con el objetivo de establecer una diferencia con las discusiones casi "rutinarias" de aquellas que se salen de lo habitual por su magnitud.

Los items fueron los siguientes :

- Cómo son las discusiones mas "fuertes" o más "graves" entre usted y su pareja ?

- 1) Solo levantan la voz
- 2) Levantan la voz y se ofenden verbalmente (malas palabras, maldicen, etc).
- 3) Levantan la voz, se ofenden y se agreden a golpes.

- Con que frecuencia tienen discusiones usted y su pareja, que considere graves o fuertes ?

- 4) Todos los días
- 3) Una a cinco veces por semana
- 2) Una vez por quincena
- 1) Una vez por mes
- 0) Una vez cada dos meses o menos
- 9) No se aplica

Recodificación de la frecuencia de discusiones graves :

- 1) 0 = cada 2 meses o menos
- 2) 1,2 = 1-2 por mes
- 3) 3,4 = varias por semana

#### **7.3.2.2.5. Triangulación conyugal con familia nuclear y/o extensa.**

Se establece una triangulación en el subsistema conyugal cuando los conyuges tienen diferencias entre ellos y uno es apoyado o defendido por uno de los hijos (familia nuclear) o algún otro familiar (familia extensa), es decir, otra persona entra en coalición con uno de los conyuges, invadiendo así el subsistema.

Los items fueron los siguientes y se consideró el de más alta frecuencia, (al igual que el de triangulación parental con familia extensa) :

- Cuando usted y su pareja discuten o no se ponen de acuerdo, quién apoya o defiende a cada uno de ustedes ?

- |                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| - Un hijo               | Frecuencia:       |
| - Alguno de sus padres  | 4) Siempre        |
| - Alguno de sus suegros | 3) Casi siempre   |
| - Hermano, cuñado       | 2) Ocasionalmente |
| - Otro. Especifique     | 1) Rara vez       |
|                         | 0) Nunca          |
|                         | 9) No se aplica   |

Recodificación :

- 1) 0 = nunca  
 2) 1,2 = ocasional  
 3) 3,4 = frecuente

#### 7.3.2.2.6. Frecuencia de aspectos negativos en la pareja.

Con las siguientes preguntas se evalúa cuales son los aspectos negativos que se presentan con más frecuencia en las parejas de esta población.

- Con qué frecuencia se dan en su relación de pareja cada uno de los siguientes aspectos

- Falta de atención y detalles.
- Falta de tiempo para hacer cosas juntos como pareja.
- Infidelidad.
- Incomprensión.

Frecuencia:

- 4) Todos los días, siempre
- 3) Frecuentemente, casi siempre
- 2) Ocasionalmente, algunas veces
- 1) Casi nunca, rara vez
- 0) Nunca sucede
- 9) No se aplica

#### 7.3.2.2.7. Comunicación en la pareja.

Al igual que en el apartado sobre comunicación en el subsistema parental, aquí se indagó sobre el nivel de comunicación percibido entre la pareja.

Los items fueron los siguientes:

- Qué tanto se comunican usted y su pareja sobre los siguientes temas?

- 1.- Trabajo de usted, (puede ser el de la casa).
- 2.- Trabajo de su pareja..
- 3.- Manejo del gasto familiar.
- 4.- Tener o no mas hijos.
- 5.- Problemas económicos.
- 6.- Relaciones con parientes
- 7.- Relaciones con amigos.
- 8.- Sobre sus relaciones sexuales.
- 9.- Planes para el futuro.
- 10.- Lo que le gusta y disgusta a uno del otro.
- 11.- Los sentimientos de cada uno sobre el otro.

Nivel de comunicación percibido:

- 0) Se comunican lo suficiente
- 1) Falta comunicación, hablan poco
- 2) No hay comunicación sobre eso
- 9) No se aplica

Para valorar este ítem, se hizo la suma del puntaje, luego se consideró el mínimo y el máximo y se hizo la división entre tres para las categorías de "buena", regular" y "mala" comunicación, quedando los puntajes distribuidos de la siguiente manera :

- Grado de comunicación en la pareja. Suma \_\_\_\_\_
- 1) 12-19 buena
  - 2) 20-27 regular
  - 3) 28-36 mala

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

### 7.3.3. Variables precipitantes o agravantes.

Consideramos como variables precipitantes aquellos eventos que se presentaron de 0 a 12 meses antes del problema del niño; y como posibles variables agravantes, las que se presentaron de 0 a 12 meses después del problema. Es importante mencionar que se consideran como posibles agravantes ya que el niño no fué evaluado antes y después de estos eventos, como para poder afirmar que se agravó después del hecho.

Los ítems considerados en este aspecto fueron los siguientes:

- Fecha en que se inicia el problema del niño:  
Mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

- Podría decirme si se ha presentado en el último año, mes, etc. (ver fecha de inicio del problema del niño y preguntar desde un año atrás) alguna o varias de las situaciones que le voy a mencionar:

**7.3.3.1. Nacimiento de un hermano de P.I.**

- 1) Si Fecha\_\_\_\_\_
- 2) No

**7.3.3.2. Discusión fuerte con su pareja y que su hijo estuviera presente**

- 1) Si Fecha\_\_\_\_\_
- 2) No

**7.3.3.3. Separación o divorcio entre usted y su pareja**

- 1) Si Fecha\_\_\_\_\_
- 2) No

Al pasar los datos al formato de vaciado se comparó la fecha de inicio del problema y en la que sucedieron cada uno de los eventos mencionados, considerandose lo siguiente:

- 1) 0-6 meses antes del inicio del trastorno del niño
- 2) 7 ó mas meses antes del inicio del trastorno del niño
- 3) Después del inicio del trastorno del niño
- 4) Este evento no se presentó un año antes ni después del inicio del trastorno del niño.

También se incluyó el tipo y frecuencia de castigos usados por los padres para corregir a P.I.. Aunque este aspecto no pudimos ubicarlo certeramente en tiempo, suponemos que son posibles factores agravantes, ya que generalmente los padres castigan a los hijos después de la emisión del comportamiento inadecuado.

Los items fueron los siguientes :

**7.3.3.4. Cuál es el castigo que usted o su pareja acostumbran utilizar con su hijo ?**

- 1) Cachetadas
- 2) Nalgadas con la mano
- 3) Nalgadas con cinturon
- 4) Dejarlo sin salir
- 5) Quitarle algún juguete
- 6) Quitarles algun alimento (comida)
- 7) Todo lo anterior

Este item fué recodificado de la siguiente manera :

- 1) Cachetadas
- 2) Nalgadas con la mano
- 3) Nalgada con cinto o vara
- 4) Dejarlos sin salir

- 5) 5,6 quitarle algo
- 6) Amenaza
- 7) Todo lo anterior

**7.3.3.5. Con que frecuencia tiene necesidad de utilizar estos castigos con su hijo (ya sea el padre o la madre) ?**

- 1) Por mes
- 2) Por quincena
- 3) Varias por semana
- 4) Todos los días

La recodificación de éste item es la siguiente :

- 1) Por mes
- 2) Por quincena
- 3) 3,4 varias por semana

#### **7.3.4. Variables independientes.**

En este bloque de variables no hubo necesidad de algún tipo de valoración.

Las variables consideradas son las siguientes :

##### **7.3.4.1. En el niño (P.I.).**

- Sexo

- 1) Masculino
- 2) Femenino

- Edad

\_\_\_

- Lugar en la familia

- 1) Unico
- 2) Primero
- 3) Medio
- 4) Ultimo

- Motivo de consulta

- Hijo de unión anterior

- 1) Si
- 2) No



### 7.3.4.2. En los adultos (los padres).

- Edad

--- ---

- Escolaridad

- 0) Sin escolaridad
- 1) 1-3 primaria
- 2) 4-6 primaria
- 3) Secundaria sin terminar
- 4) Secundaria terminada
- 5) Preparatoria sin terminar
- 6) Preparatoria terminada
- 7) Técnica terminada
- 8) Profesional sin terminar
- 9) Profesional terminada

La recodificación de éste ítem es la siguiente:

- 0) 0 = Sin escolaridad
- 1) 1,2 = primaria
- 2) 3,4 = secundaria
- 3) 5,6 = preparatoria
- 4) 7 = técnica
- 5) 8,9 = profesional

- Estado civil

- 1) Casado
- 2) Unión libre
- 3) Viudo
- 4) Separado
- 5) Divorciado
- 6) Madre soltera

Recodificación de estado civil de los padres :

- 1) 1,2 = unidos
- 2) 3 = viudo
- 3) 4,5 = separados
- 4) 6 = madre soltera

- Persona entrevistada

- Número de hijos

### 7.4. Selección y adiestramiento de entrevistadoras.

El requisito principal para participar como entrevistador en este estudio era que se estuviera familiarizado con algunas técnicas de entrevista.

Las personas seleccionadas para la aplicación de la cédula-entrevista fueron inicialmente 5 alumnas (después se incluyeron 2 más) de la facultad de Psicología, las cuales fueron entrenadas en el manejo del instrumento así como en el conocimiento de la fundamentación teórica sobre la cual se realizó dicho instrumento, esto es sobre la Terapia Familiar Sistémica.

El entrenamiento se realizó inicialmente sobre el conocimiento de la teoría sobre el enfoque familiar sistémico, esto con el objeto de que a la hora de aplicar el instrumento conocieran el "porque" de las preguntas que ahí se incluían. Esto se realizó en base a clases expositivas por parte del instructor, así como de seminarios de discusión basados en lecturas previas y ensayos de entrevista utilizando la técnica del "rol playing".

Para el entrenamiento del manejo de la cédula-entrevista se leyó varias veces cada presenta, se aplicaron entre ellas mismas el instrumento, posteriormente a algunos familiares, con el fin de evitar al máximo posible dificultades con el piloteo definitivo que se realizó con la población de la unidad clínica donde se llevó a cabo la investigación.

#### **7.5. Levantamiento de datos.**

Se habló directamente con la coordinadora de la UCRP de la UANL sobre el proyecto de investigación y de la necesidad de tener acceso a los pacientes en lista de espera, así como a los que asistieron a solicitar consulta en el periodo de enero a julio de 1993 y que reunieran las características requeridas para el proyecto, ante lo cual hubo una gran disposición y apoyo. Enseguida, se habló con las personas que realizan la preconsulta tanto en el horario matutino como en el vespertino para que canalizaran a las personas con las entrevistadoras y con las trabajadoras sociales (turno matutino y vespertino), para que citaran a las personas en lista de espera.

Fueron asignados 4 cubículos en cada turno (y en ocasiones 6). Se realizó la entrevista a la madre en un cubículo mientras en otro se evaluaba al niño.

El supervisor a cargo y en ocasiones también entrevistador, fué el mismo director del proyecto.

Entre otros, uno de los problemas que se presentó fué que algunas de las personas tomadas de lista de espera, no asistieron a la cita, otros fueron descartados por sospecha de daño orgánico, por lo que se dificultó el reunir los 150 casos planteados, y hubo que ampliar el periodo de levantamiento de

datos inicialmente planeado de enero-julio de 1993 a enero-noviembre del mismo año.

#### **7.6. . Codificación, captura y procesamiento de datos.**

No hubo problema con la codificación ya que como se mencionó anteriormente la entrevista estaba precodificada, además de que se elaboró un formato de vaciado de datos donde se especifican las puntuaciones y su significado para aquellos casos que hubo necesidad de integrar dos o más variables para formar una sola.

Después que se hubo realizado el vaciado de datos al formato se procedió a la captura de los mismos, lo cual fué realizado por el Director del proyecto y otra persona, de tal manera que fué realizado dos veces con el fin de verificar la información y tener la posibilidad de corregir errores mecánicos.

Por último se llevó a cabo el procesamiento de los datos. Los cálculos se hicieron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS.

#### **7.7. Medidas estadísticas utilizadas.**

Una preocupación frecuente de los investigadores es evaluar, de manera sistemática las relaciones que existen entre los fenómenos.

Para este tipo de análisis existen medidas útiles como el coeficiente de Pearson ( $r$ ), el coeficiente de Contingencia ( $C$ ), el coeficiente de correlación múltiple ( $R$ ), la "Q" y la tau de Kendall, Spearman, etc.

Casi todos los coeficientes de relación, independientemente de su origen, cálculo, etc., sirven esencialmente para el mismo fin, le indican al investigador la magnitud y por lo regular la dirección de la relación. Algunos varían de  $-1.00$  a  $+1.00$  pasando por 0, los extremos ( $-1.00$  y  $+1.00$ ), indican la asociación perfecta, ya sea positiva o negativa.

Sin embargo, algunas de estas medidas, solo nos son útiles en los casos de tener escalas intervalares, como por ejemplo el coeficiente de correlación "r" momento-producto de Pearson.

Nuestro estudio requirió de una medida de relación que pudiera emplearse con datos ordinales, eligiendo el coeficiente de correlación de rango de Kendall (tau de Kendall), ya que se puede utilizar con este tipo de datos, (Siegel, 1976; Kerlinger, 1979).

Algunos autores como Rojas Soriano (1980), mencionan la "Q" de Kendall y afirma que se usa en cuadros de dos columnas por dos renglones. Comenta que esta medida nos sirve para saber si existe relación o no, pero para determinar si esta relación es significativa o se debe al azar, es necesario emplear la prueba de significación Ch cuadrada ( $X^2$ ).

Siegel, (1976), no establece un límite de casillas para el uso de la tau de Kendall, y la prueba de significancia se calcula a partir de los valores de Z Hernández (1993), afirma que este cálculo es apropiado para cualquier tamaño de tabla, pero mas apropiado para tablas con igual número de renglones y columnas.

Por no tener información sobre la forma de interpretación de los valores de la tau de Kendal, retomamos el planteado por Rojas Soriano (1980), sobre la "Q" de Kendall que es el siguiente :

Valor del coeficiente	Magnitud de la asociación o correlación
Menos de .25	Baja
De .25 a .45	Media baja
De .46 a .55	Media
De .56 a .75	Media alta
De .76 en adelante	Alta

Fuente: Rojas Soriano (1980: 231).

Obviamente también consideramos el margen de error aceptando la hipótesis de investigación cuando ésta sea hasta de .05.

Otra medida estadística no paramétrica que utilizamos es la Chi cuadrada, Esta, al igual que la anterior, es una prueba estadística que permite evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables nominales u ordinales, la diferencia es que esta medida no nos indica el grado de relación.

## **CAPITULO 8**

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.**

Consideramos este trabajo como una contribución que pretende proporcionar pistas para otros estudios, por lo que en este capítulo nos ocuparemos de presentar un análisis de las variables involucradas en la investigación, esperando que esta incursión por los datos obtenidos nos proporcione una perspectiva (aunque muy general y no definitiva), sobre el conocimiento de los trastornos psicológicos infantiles y su relación con algunas variables del propio paciente (sexo, edad, etc) y de su familia.

Para evitar repeticiones y ser más ilustrativos, se han incluido gráficas descriptivas de algunas variables, es decir, el análisis de los datos, tanto a nivel descriptivo como relacional se ha realizado simultáneamente (en el mismo capítulo).

Es importante señalar, que en nuestro estudio no fué posible realizar el análisis estadístico de la  $\chi^2$  en todas las variables, debido al reducido número de datos y a la forma de la distribución de las frecuencias ya que una de las restricciones para el uso de la  $\chi^2$  es que requiere un mínimo de 5 frecuencias esperadas en cada casilla (Veldman 1975:347; Méndez y Ramírez y otros, 1990:133)

Pasaremos ahora a la descripción y análisis de los datos, presentando primeramente un cuadro de concentración con las variables en que fué posible aplicar el cálculo de la  $\chi^2$ , y el de la Tau de Kendall en los casos de variables ordinales. Las relaciones entre las variables en que no fué posible el cálculo de la  $\chi^2$ , se analizarán a partir de porcentajes.



Cuadro 1. Valores de Tau de Kendall y  $\chi^2$  calculados para las variables en relación con la gravedad del trastorno en P.I.

Variable	Tau Kendall	Significancia
Unificación parental	.462	.000
Triangulación parental	.237	.001
Comunicación pareja	.222	.002
Acuerdo trabajo madre	.213	.054
Infidelidad	.188	.009
Incomprensión	.182	.009
Frec. acuerdo	.172	.014
Frec. acuerdo celos	.175	.014
Comunicación/padres	.159	.017
Comunicación/el padre	.158	.013
Acuerdo ingest alcohol	.136	.040
Acuerdo económico	.134	.044
Disc ingest. alcohol	.128	No significativo
Felicidad matrimonial	.111	"
Disc trabajo madre	.115	"
Comunicación/madre	.101	"
Acuerdo trabajo padre	.089	"
Magnitud discusiones	.073	"
Frec. discusiones	.061	"
Triang conyg/fam exte	-.060	"
Acuerdo sexual	.056	"
Falta tiempo juntos	.053	"
Disc económicas	.052	"
Falta atenc y detalles	.051	"
Triang parent/fam exte	-.050	"
Disc graves	.045	"
Disc sexual	-.042	"
Disc trabajo del padre	.018	"
Disc celos	.010	"

Variable	$\chi^2$	Significancia
Sexo del niño	3.39	.705
Edad del niño	7.43	.114

Hemos agrupado las variables de acuerdo al modelo rector de nuestra investigación: Variables independientes, variables intervinientes y variables precipitantes y/o agravantes. Enseguida analizaremos los datos obtenidos utilizando para esto, gráficas o cuadros para cada una de las variables.

### **8.1. Las variables independientes.**

Iniciaremos por recordar que la población de este estudio está compuesta de niños y adultos. La población infantil consta de 150 casos de ambos sexos y cuyas edades fluctúan entre 4 y 12 años de edad, que fueron llevados a consulta a la Unidad Clínica y de Rehabilitación Psicológica de la Universidad Autónoma de Nuevo León y que no tenían terapeuta asignado en los meses de enero a noviembre de 1993. Con "población adulta" nos referimos a los padres de estos 150 niños.

En este apartado se describirán los resultados encontrados sobre las características de esta población, en relación con la variable dependiente. Las variables que consideramos en la población infantil son las siguientes: sexo, edad, lugar que ocupan en la familia (único, primero, medio, último), si el niño es hijo de unión anterior, los motivos (problemas), por los que asistieron a consulta, y los resultados obtenidos en la evaluación diagnóstica del niño.

Y las variables que consideramos en la población adulta son: persona entrevistada, edad, escolaridad, estado civil, tipo de familia, número de hijos y años de unión.

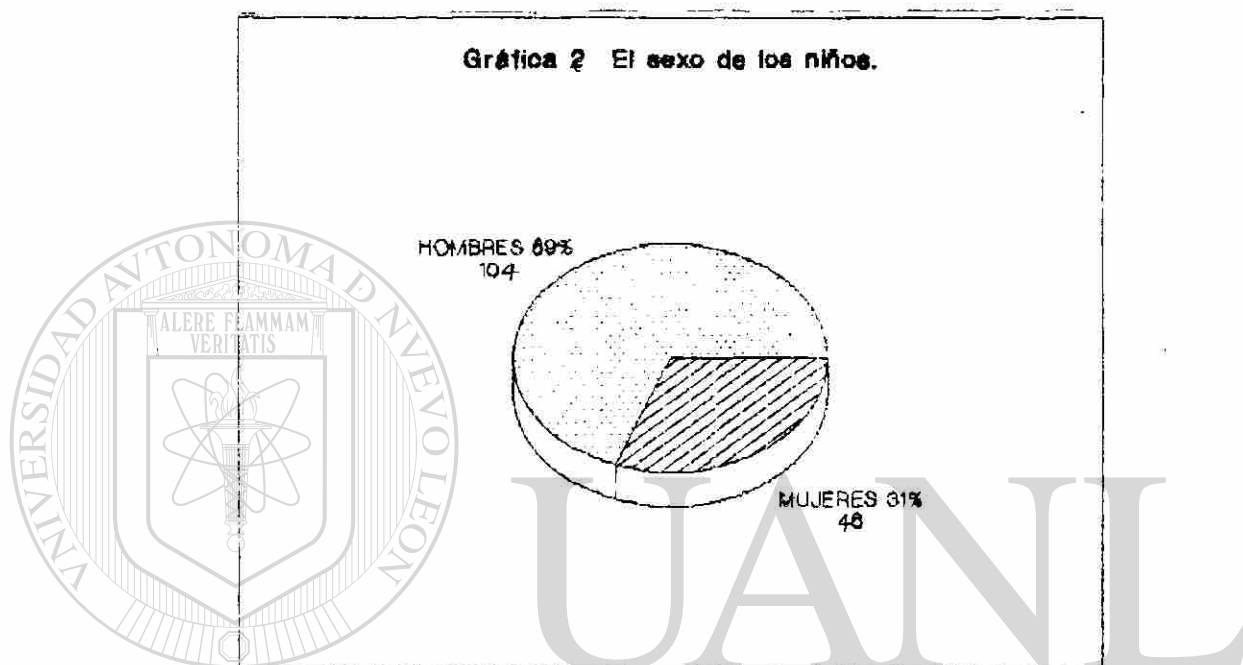
Cabe señalar que algunas de las variables mencionadas, tanto de la población infantil como adulta, sólo nos serán útiles para establecer el perfil de la población.

#### **8.1.1. Población infantil.**

##### **8.1.1.1. Sexo**

En el caso de nuestra investigación nos interesa identificar el sexo de nuestra población con el propósito de tener una aproximación sobre la incidencia de los trastornos psicológicos infantiles en ambos sexos. Consideramos que sólo sea una aproximación, ya que estos datos están basados en la información recabada solamente en una institución, que es donde se llevó a cabo la investigación.

En cuanto a la incidencia de problemas infantiles en relación al sexo, diversos autores (Bakwin y Bakwin, 1980 ; Ross, 1989 ; Myers, 1989), afirman que estos se presentan con mas frecuencia en los varones, lo cual concuerda con lo que observamos en la siguiente gráfica :

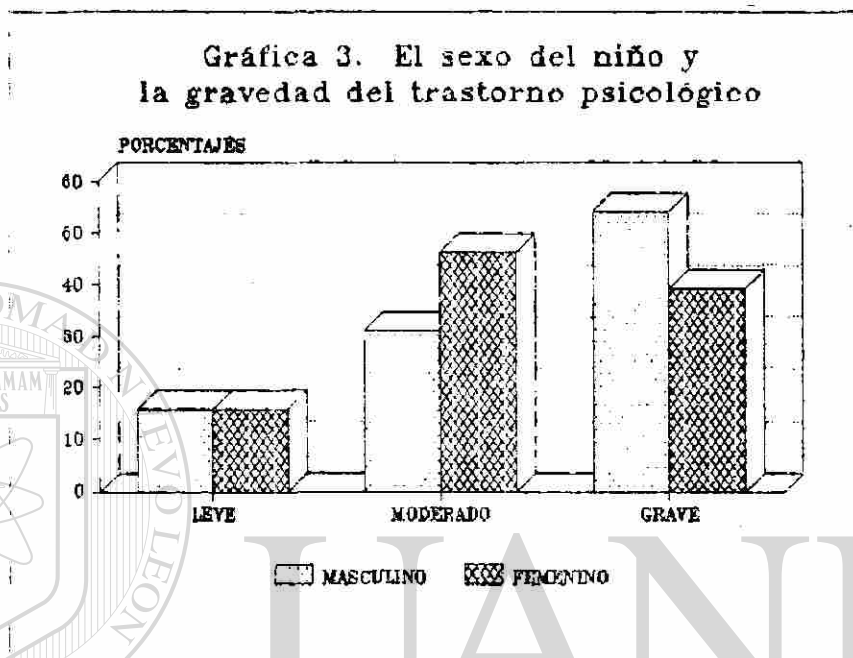


## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Como podemos observar en la gráfica 2 la población masculina (69 %) supera con más del doble a la población femenina, (31 %).

Al obtener estos resultados se tiene un punto mas a favor de lo expuesto por otros autores sobre la mayor incidencia de problemas infantiles en los niños que en las niñas. No obstante, no podríamos afirmar esto categóricamente, ya que por un lado no es una evaluación al total de una entidad determinada y por otro lado, está el factor cultural que según mencionan Bakwin y Bakwin (1980), muchas veces se le presta más atención al hijo varón, por ejemplo, cuando no quiere estudiar o tiene problemas académicos, que a una hija. Sin embargo, esto ya sería un tema de análisis diferente al objetivo planteado en nuestro estudio.

Enseguida presentamos una gráfica que nos muestra los trastornos psicológicos infantiles en los criterios de leve moderado y grave en relación con el sexo del niño..



Encontramos que los trastornos graves se presentan con más frecuencia en los niños que en las niñas, ya que el 54% de los varones presentan trastorno psicológico grave, mientras que en las niñas, es sólo el 39%, aunque no es una diferencia muy marcada, podríamos pensar que esto tiene relación con lo anterior, ya que al exigírsele más al hijo varon se le estresa más, lo cual sabemos es un factor importante en el desarrollo de trastornos psicológicos.

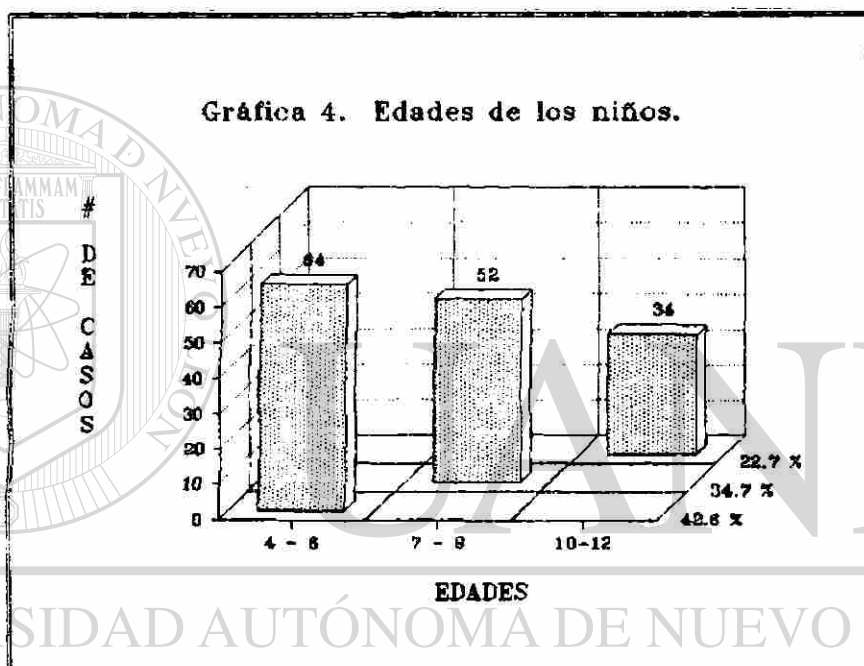
#### 8.1.1.2. Edad.

Con este término nos referimos simplemente a los años cumplidos de una persona.

Al igual que la variable anterior (sexo), esta variable nos ayudará a ubicar la incidencia, según la edad, de las diferentes problemáticas infantiles.

Las edades consideradas para nuestro estudio son de 4 a 12 años, organizadas en tres grupos, de la siguiente manera: 4 a 6 años ; 7 a 9 años y 10 a 12 años.

La gráfica 4 nos muestra que el mayor número de niños que fueron llevados a consulta fluctuaban entre las edades de 4 a 6 años; los niños con edades entre 10 y 12 años fueron minoría con un 22.7% del total, y en un nivel intermedio, los niños de 7 a 9 años con un 34.7%.



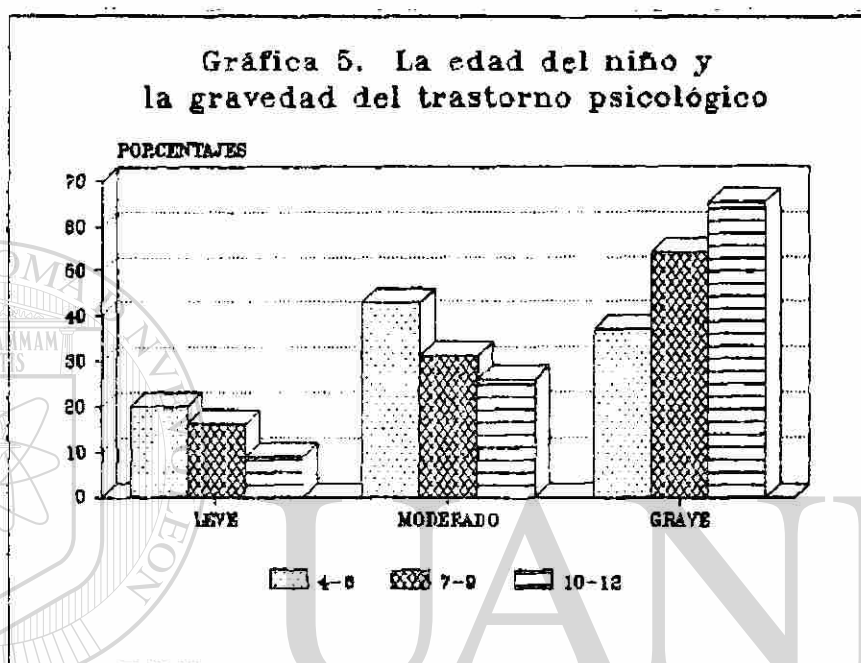
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Sería importante indagar el por qué del comportamiento de esta variable, ya que la gráfica muestra que conforme aumenta la edad, disminuyen los trastornos psicológicos infantiles, aspecto que sería interesante analizar.

Una posible explicación de esto, se encuentra relacionado con las cuestiones de inicio de contacto de la familia con sistemas externos como el escolar, el cual se dá precisamente en las edades de 4,5 y 6 años y que empieza a ejercer presión sobre la familia al establecer las formas adecuadas de comportarse, la forma correcta de hablar en cuanto a pronunciación, etc. lo cual hace que el sistema escolar tenga que solicitar ayuda, reportando disfunciones en aspectos del niño que tal vez los pãdres no habian notado y por lo tanto no habian considerado necesarios.

La siguiente gráfica nos muestra que en esta población, en las edades de 10 a 12 años se presenta el mayor porcentaje de casos graves (65%), el cual disminuye a 54% en las edades de 7 a 9 años y se decrementa aún más (a 37%), en las edades de 4 a 6 años.



Es interesante observar también, como al aumentar la edad, disminuye el porcentaje de casos moderados (43%, 31%, 26%), y de casos leves (20%, 15%, 9%).

Comparando esta gráfica con la anterior (gráfica 4), nos damos cuenta que aunque son menos los casos que se presentan en las edades de 10 a 12 años, son los que mayor porcentaje de casos graves representan, estos resultados podrían tener relación con la vispera de la adolescencia, lo cual como sabemos en un período conflictivo por el reacomodo de reglas y límites entre padres e hijos.

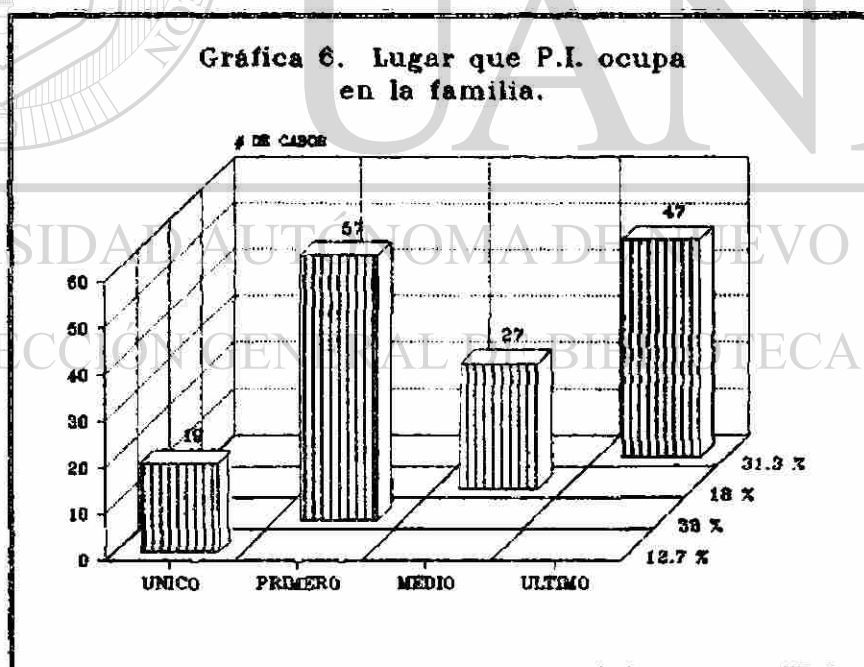


### 8.1.1.3. Lugar en la familia.

Con esta variable nos referimos al lugar que ocupa el paciente identificado dentro de sus hermanos según la edad o situación en caso de ser hijo único.

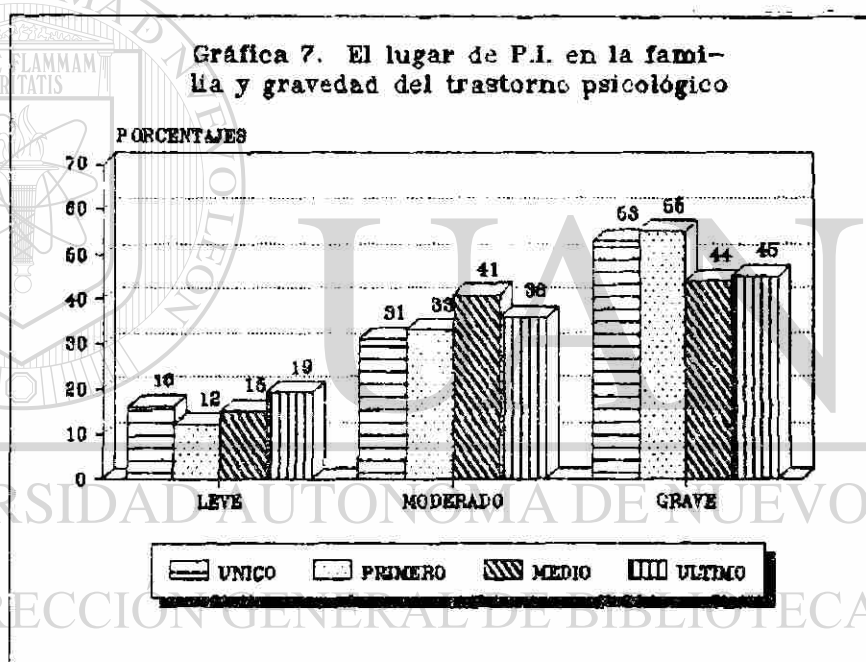
Los lugares en la familia que se consideraron en esta variable son: único, es decir, sin hermanos; primero, que es el mayor de sus hermanos; medio, puede ser el segundo, el tercero, etc. cualquier lugar en medio del primero y el último de los hermanos; y último, es aquel que nació en último lugar en relación a sus hermanos.

En seguida presentamos la gráfica 6 donde se muestra el comportamiento de esta variable. Aquí se observa que los niños que ocupan el primer, (38%) y último (31%) lugar en la familia son los que tienen los porcentajes más altos en cuanto a frecuencia de ocurrencia a consulta. El porcentaje más bajo fue el de los hijos únicos (12.7%).



Enseguida presentamos la gráfica 7, la cual nos muestra la gravedad del trastorno psicológico en los niños de esta población en relación al lugar que ocupan en la familia, en ella se observa que los mayores porcentajes de trastorno grave que

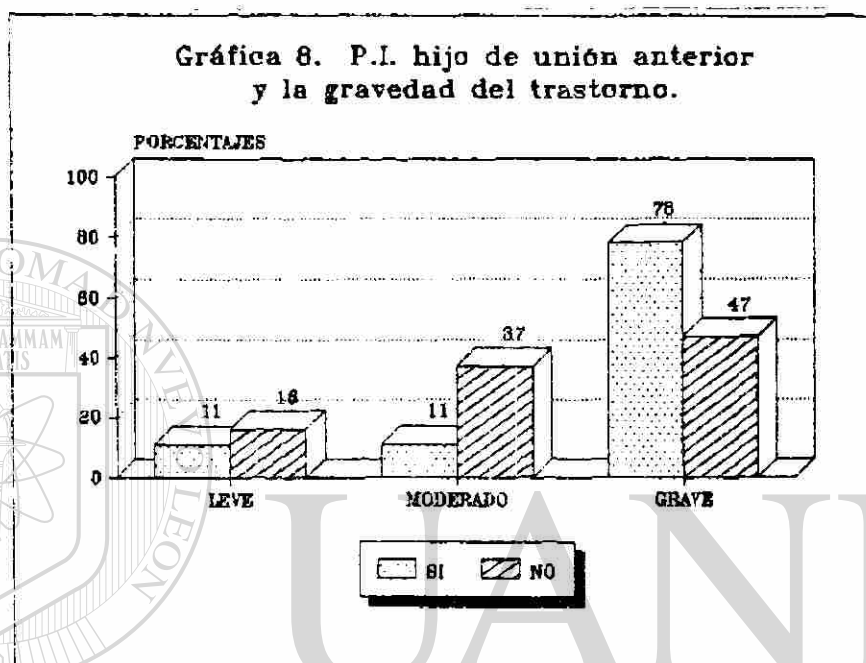
son 53% y 55% son los que corresponden a los niños que son hijos únicos o que ocupan el primer lugar en su familia respectivamente. Aunque esta diferencia no es muy marcada comparativamente con los hijos medios y últimos, si resulta pertinente señalar que esto, según señalan Bakwin y Bakwin (1980), en el caso del hijo único puede ser debido a la sobreprotección de los padres y en el caso de el primogénito, a la inexperiencia de los padres, a que los celos entre padre e hijo son más comunes con el primogénito que con otro hijo y a que este primer hijo tenga que ser obligado a pasar a segundo término y compartir el afecto de los padres.



#### 8.1.1.4. P.I. hijo de unión anterior.

Cuando hablamos de P.I. como hijo de unión anterior, nos referimos a que al niño-paciente que es hijo de un matrimonio anterior ya sea del padre o de la madre y que actualmente viva en una familia con padrastro o madrastra, lo cual no necesariamente es un problema, pero sí una condición diferente.

Enseguida mostramos la gráfica 8 donde se observa el grado de gravedad del niño cuando es hijo de un matrimonio o unión anterior de uno de los miembros de la pareja y cuando no lo es, es decir cuando es hijo de la unión o matrimonio actual.



Es interesante observar los resultados que nos muestra la gráfica 8, ya que se observa que el mayor porcentaje de casos graves (78%) corresponde a los niños que son hijos de uniones o matrimonios anteriores, mientras que este porcentaje disminuye a 47% en los casos de los niños que son hijos de la unión actual.

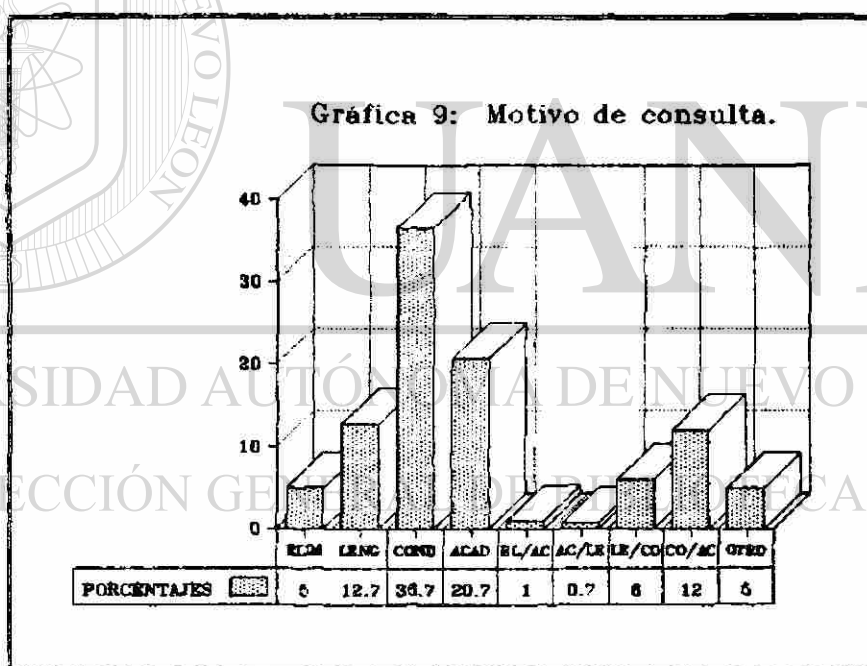
Algo muy importante de señalar sobre esto es que el número de casos que fueron hijos de uniones anteriores fué muy reducido (9 casos), sin embargo se consideró conveniente mostrarlo dado el porcentaje encontrado y que esto coincide con lo que algunos autores, entre otros Pittman, (1990) comentan acerca de los hijos de padres separados, divorciados, o con nuevas nupcias. En estos casos, el problema no se origina por los procesos en sí mismos, sino por la manera como son llevados a cabo, con todo lo que los rodea, como son las discusiones, intromisión de familiares, etc. lo cual viene a repercutir en el niño.

### 8.1.1.5. Motivo de consulta

Con "Motivo de consulta", nos referimos al problema que reportan los padres que presenta su hijo, que no necesariamente coincide con el diagnóstico que posteriormente se le realiza al niño.

En lo que habitualmente no se coincide es en el número de trastornos, o en cual es el más grave, ya que generalmente reportan aquel problema que les genere mayor incomodidad. Por ejemplo, es frecuente que los padres asistan a solicitar consulta por problemas de conducta en sus hijos, pero no mencionan si el niño tiene problemas de eliminación o de lenguaje, los cuales son detectados hasta que se realiza una evaluación diagnóstica.

En la gráfica 9 se observan los problemas por los que nuestra población asistió a consultar :



Los motivos por los que asisten a consulta con mayor frecuencia son los de conducta, con un 36.7%, siguiéndole el problema académico con un 20.7% enseguida lenguaje con un 12.7%, y la combinación de conducta con académico en un 12%, los restantes fueron muy bajos y fluctuaron entre 6% y 0.7% .

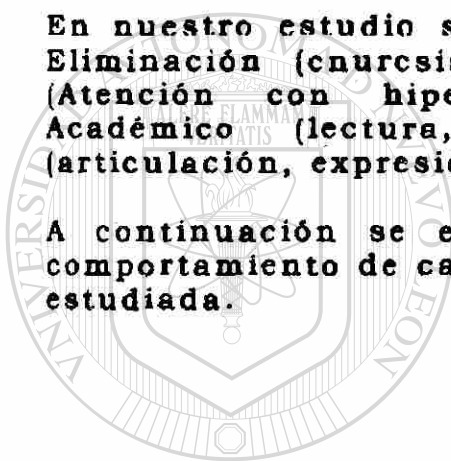
### **8.1.1.6. Trastornos Psicológicos Infantiles**

Es difícil establecer una definición de "trastorno psicológico infantil" ya que en la literatura psicológica encontramos un amplio uso de este concepto, mas sin embargo, sin una definición concreta.

Como se mencionó en el capítulo 5, en el presente trabajo se considera como un trastorno psicológico infantil toda aquella dificultad que presente un niño para actuar y/o reaccionar adecuadamente, es decir, de acuerdo a lo esperado para su edad cronológica y a las exigencias del contexto. Y donde no se sospeche causalidad debida a factores orgánicos.

En nuestro estudio se consideran cuatro trastornos que son: Eliminación (enuresis y encopresis), Conducta perturbadora (Atención con hiperactividad, negativismo y conducta), Académico (lectura, escritura y aritmética), Lenguaje (articulación, expresión, comprensión y tartamudeo).

A continuación se expondrán las gráficas que muestran el comportamiento de cada una de estas variables en la población estudiada.



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

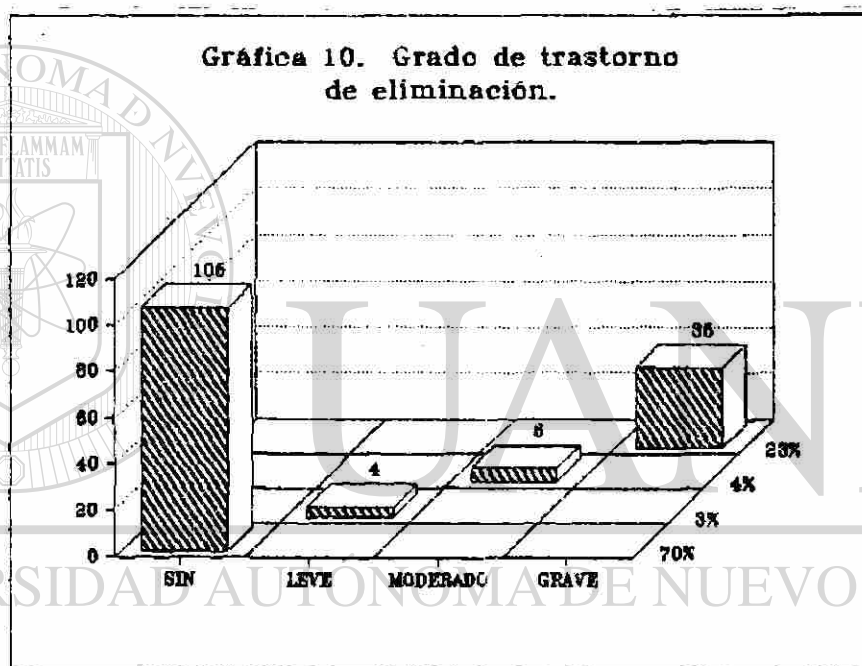


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### 8.1.1.6.1. Grado de Trastorno de eliminación.

Los trastornos de la eliminación se refieren a la dificultad en el control urinario y/o anal ; así como a la eliminación de la orina y/o las heces en los lugares que socialmente se consideran como inadecuados, como por ejemplo, en la ropa, en la cama, en cajones, closet, etc.

En la gráfica siguiente se observa con que frecuencia se presenta este problema en la población estudiada.



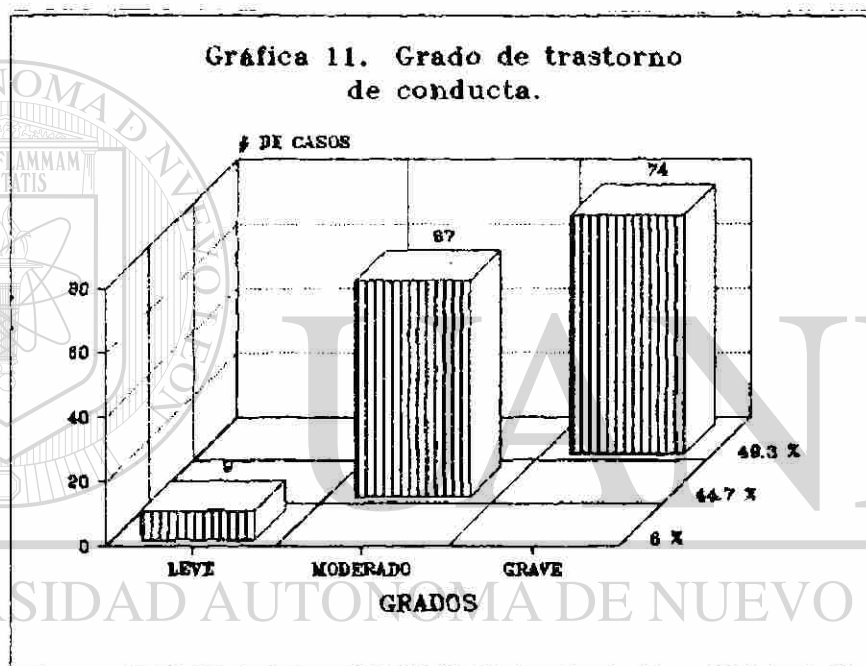
La gráfica 10 nos muestra que los trastornos de eliminación se presentan con baja frecuencia, ya que el 70% (105) de los niños evaluados no los presentan. Sin embargo si comparamos estas cifras con el motivo de consulta, podemos darnos cuenta que los trastornos de eliminación generalmente no son considerados como importantes para consultar, ya que sólo 9 casos de 45 fueron reportados por los padres con problema de eliminación.



### 8.1.1.6.2. Variable: Grado de trastorno de conducta perturbadora.

Este tipo de conducta generalmente provoca malestar no en quien tiene el trastorno sino en quien rodea a esta persona, ya que se caracteriza por la violación de las normas sociales y los derechos de los demás.

La siguiente gráfica muestra con que frecuencia se presenta este tipo de trastorno en la población de nuestro estudio.



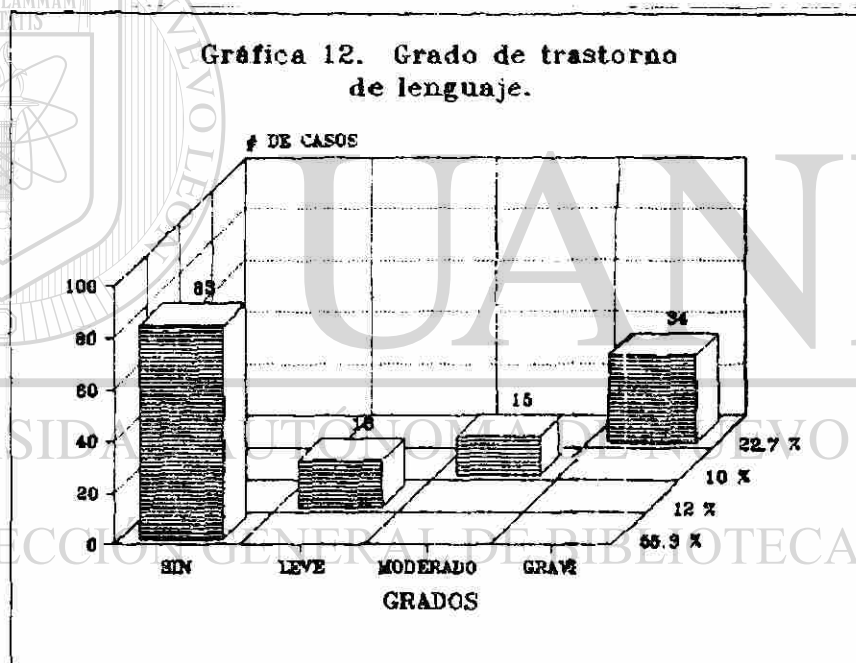
En estos resultados es importante considerar que casi la mitad (49.3%) manifiestan problemas graves de conducta, y que al comparar esta cifra con los motivos de consulta coinciden ligeramente ya que el 55% solicitaba consulta por problemas de conducta, lo que nos hace pensar que generalmente los padres acuden a consulta por este motivo cuando ya el problema es grave.

La gráfica nos muestra que todos los niños evaluados presentaban algún grado de trastorno en conducta, sin embargo, podemos considerar que los que muestran un nivel leve es algo "esperado" o "permitido" para un niño, ya que generalmente no tiene consecuencias graves ni para él, ni para su ambiente.

### 3.1.1.6.3. Variable: Grado de trastorno de lenguaje.

El concepto de "trastorno de lenguaje" es muy amplio, ya que no sólo involucra la pronunciación o articulación correcta de las palabras, como generalmente se considera, sino que involucra también los procesos de comprensión y expresión verbal cuyo desarrollo se verá influido por factores tales como la edad, condición social, e incluso algunos autores han mencionado que esto se verá influido por diferencias sexuales, (Bakwin y Bakwin, 1980; Nieto, 1988).

A continuación se muestra la gráfica 12 con los resultados obtenidos sobre la frecuencia con que la población estudiada presenta trastornos de lenguaje.

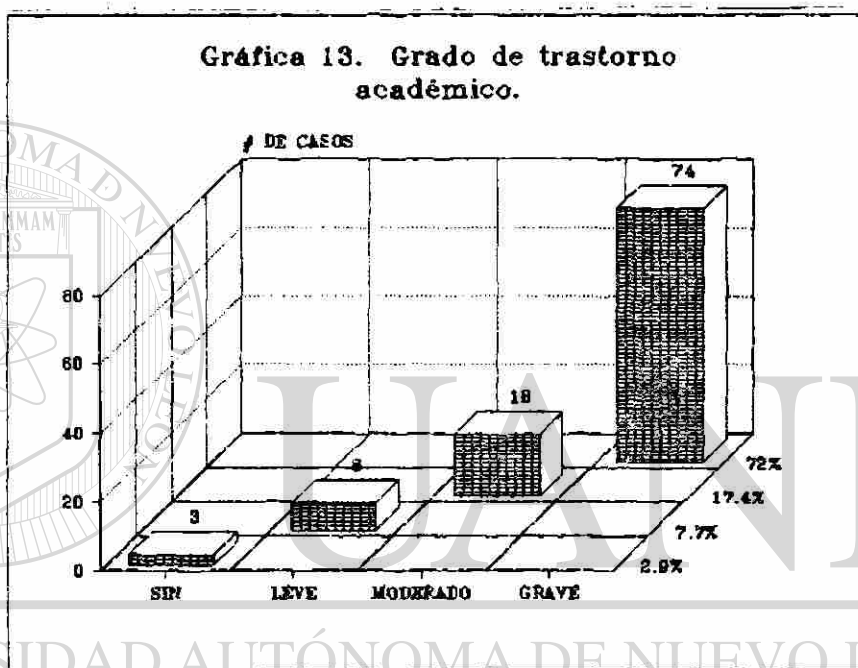


En esta gráfica observamos que un poco más del 50% de los casos evaluados no presentan problemas de lenguaje, sin embargo, de los que sí los presentan el 50% están en el nivel grave, y esto es de mucha importancia ya que si comparamos estas cifras con las obtenidas en los motivos de consulta, observamos que sólo 29 casos de 67 que se detectaron al ser evaluados fueron reportados por los padres con problema de lenguaje.

#### 8.1.1.6.4. Variable: Grado de trastorno académico.

Con trastorno en habilidades académicas nos referimos a la dificultad en las actividades escolares formales, específicamente en el aprendizaje de la lectura, escritura y/o aritmética.

Enseguida presentamos la gráfica 13 con los resultados sobre esta variable.

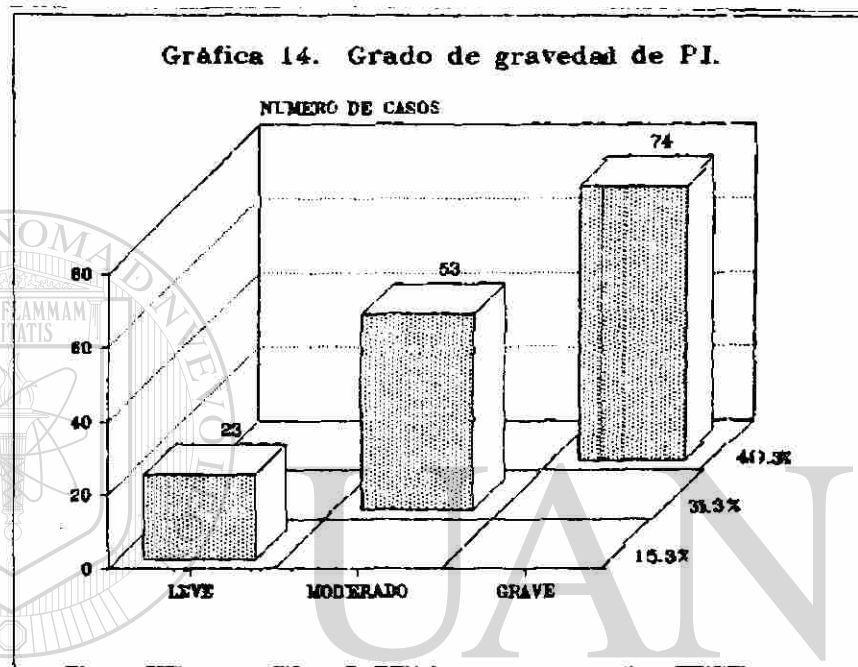


Esta gráfica nos muestra que existe un porcentaje del 31% en que no se aplicó evaluación de trastorno académico por no tener la escolaridad requerida para manifestarlo (primaria mínimamente), sin embargo, de la población que sí fué evaluada (103), un porcentaje bastante alto (72%) manifiesta problemas graves a nivel académico, mientras que sólo un 3% no presenta este trastorno.

En la evaluación se encontró un total de 100 niños con problemas académicos, sin embargo, en los motivos de consulta sólo se reportaron 53 que es casi un 50% menos de lo que realmente se encontró.

### 3.1.1.6.5. Grado de gravedad de P.I.

La gráfica 14 nos muestra el nivel de gravedad del niño, no en cada uno de los trastornos, sino al conjuntarlos y obtener la impresión diagnóstica del caso.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

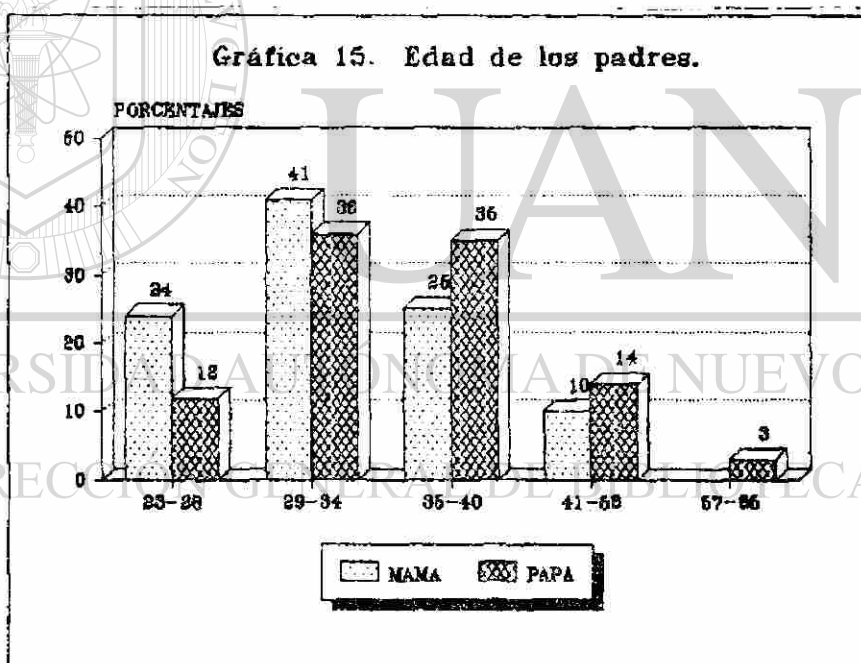
Como podemos observar se encontró que en la población estudiada el 49.3%, presentan un trastorno psicológico grave, el 35.3% moderado y el 15.3% leve. En base a esto podríamos suponer que gran parte de los padres (casi 50%) llevan a consulta a sus hijos cuando la manifestación del problema ya está a un nivel grave.

### 8.1.2. Población adulta.

Enseguida se describirán los resultados encontrados en relación a la población adulta, es decir, los padres de los niños en este estudio, considerando diversas variables, tales como: edad de los padres, su escolaridad, estado civil, número de hijos, tipo de familia, y la relación de cada una de estas con la gravedad de P.I., así como también una gráfica sobre quien fué la persona entrevistada (padre, madre, ambos u otro persona).

#### 8.1.2.1. Edad de los Padres.

Enseguida se muestra una gráfica comparativa de las edades de los padres de los niños evaluados en este estudio.



En la gráfica 15 observamos que es mayor el porcentaje de mujeres, tanto en las edades de 23 a 28 años como en las de 29 a 34; y empiezan a ser mayores los porcentajes de hombres en las edades de 35 años y más, además de que encontramos hombres con más de 57 años y mujeres ninguna mayor de esta edad.

Enseguida presentamos el cuadro 2, donde se muestra tanto la edad del padre como la de la madre en relación con la gravedad del trastorno en su hijo (P.I.).

**Cuadro 2. Gravedad de P.I. en relación con la edad de los padres.**

<u>Edades.</u>	<u>Gravedad de P.I.</u>						<u>Total</u> M P	
	Leve		Moderado		Grave			
	Madre-Padre	Padre-Madre	Madre-Padre	Padre-Madre	Madre-Padre	Padre-Madre		
23-33	16.5	15.5	29.4	24.1	54.1	60.3	85	58
34-44	14.8	17.6	46.3	45.3	38.9	36.8	54	68
45-65	11.1	5.9	33.3	35.3	55.6	58.8	9	17
<b>Total</b>							<b>148</b>	<b>143</b>

En este cuadro se muestra tanto la edad del padre como de la madre en relación con la gravedad del trastorno en su hijo (P.I.).

Encontramos que cuando los padres tienen entre 23 y 33 años de edad, se observa mayor porcentaje de casos infantiles graves (54%, 60.3%), este porcentaje disminuye considerablemente, (38.9% y 36.8%), cuando los padres tienen una edad entre 34 y 44 años y vuelve a aumentar el porcentaje con trastorno infantil grave, cuando los padres tienen una edad entre 45 y 65 años de edad.

Es probable que en el primer caso, cuando los padres tienen entre 23 y 33 años de edad pudiera deberse a la inexperiencia de estos; y en el caso de los padres con edades entre 45 y 65 años, es probable que estén atravesando la etapa del ciclo vital de la familia con hijos adolescentes, lo que habitualmente va asociado, aunque no necesariamente, con serios conflictos con los hijos.

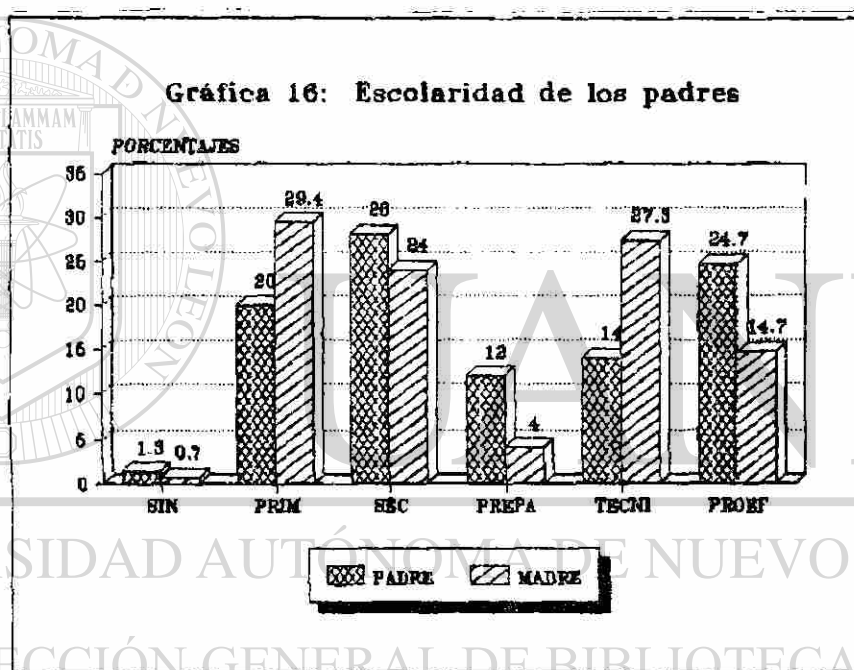


### 8.1.2.2. Escolaridad de los Padres.

La gráfica 16 nos muestra tanto el nivel de escolaridad del padre como de la madre de los niños de nuestra población.

En esta gráfica observamos que en el caso de las madres, los porcentajes más altos se ubican en el nivel primaria con un 29.4% y en el nivel técnico 27.3%.

En los padres, las cantidades más altas se concentran en el nivel secundaria con un 28% y en el nivel profesional 24.7%.



También observamos que en el nivel preparatoria los padres tienen un porcentaje mayor (12%), que el de las madres (4%). Esto quiere decir, que en general los padres tienen un nivel de escolaridad ligeramente mayor que el de las madres.

Enseguida presentamos un cuadro donde se observa la relación entre la gravedad del trastorno psicológico en el niño y la escolaridad de los padres. Para facilitar el análisis, aquí, se han agrupado las categorías de preparatoria y técnica en una sola (prepa); además de que es importante mencionar que en los padres sólo se presentaron dos casos "sin escolaridad", y en el caso de las madres 1, por lo que se optó por no incluirlos.

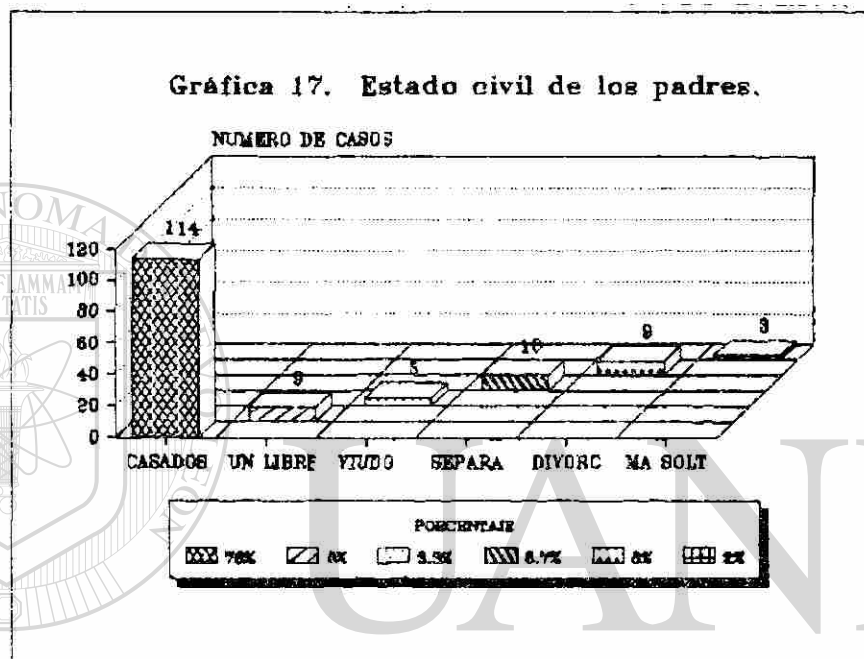
Cuadro 3. Gravedad de P.I. en relación con la escolaridad de los padres.

<u>Escolaridad</u>	<u>Gravedad de P.I.</u>						<u>Total</u>	
	<u>Leve</u>		<u>Moderado</u>		<u>Grave</u>		<u>M</u>	<u>P</u>
	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>		
Primaria	13.5	10.0	29.5	33.0	56.8	57.0	44	30
Secundaria	5.6	9.5	44.4	38.0	50.0	52.5	36	42
Preparatoria	21.3	15.4	31.9	33.3	46.8	51.3	47	39
Profesional	22.7	24.3	36.4	37.8	40.9	37.8	22	37
<b>Total absoluto</b>							<b>149</b>	<b>148</b>

En el cuadro anterior observamos algo interesante, aunque no muy marcado, y es que el porcentaje de casos graves disminuye cuando aumenta la escolaridad de los padres, por lo que podríamos pensar que la escolaridad de los padres también es un factor importante en el grado de gravedad de su hijo (P.I.).

### 8.1.2.3. Estado Civil de los Padres.

En la gráfica 17 observamos el estado civil de los padres de los niños de nuestro estudio, los cuales fueron clasificados de la siguiente manera: casados, unión libre, viudo, separado, divorciado y madre soltera.



Encontramos que en una gran mayoría, 114 casos (76%), el estado civil de los padres es casados, le sigue separados con 10 casos (6.7%); unión libre y divorciado con 9 casos (6%); viudo con 5 casos (3.3%) y madre soltera con 3 casos (2%).

En base a esto podemos darnos cuenta que el 18%, de los niños de nuestra población no tienen un subsistema parental integrado, es decir, que ambos padres no conviven en la misma casa.

Se observó que en la gráfica que 17 fueron muy pocos los casos de madre soltera, separados, viudo, divorciado y unión libre, por lo que para el análisis se agruparon los casados y en unión libre como "unidos", y los separados y divorciados como "separados", en el primer caso, porque los dos miembros de la pareja viven juntos, y en el segundo caso, porque, no viven juntos.

Aunque en el caso de las madres solteras y personas viudas, ambas no tienen pareja, no consideramos conveniente agruparlas ya que en el primer caso (viudez), en algún momento la hubo, no así en el segundo (madre soltera).

Los resultados con respecto a esto, son presentados en el cuadro 4.

Cuadro 4. Gravedad de P.I. en relación con el estado civil de los padres.

<u>Gravedad de P.I.</u>				
	Leve	Moderado	Grave	Total
<b>Edo. civil</b>				
Unidos	14.6	38.2	47.2	123
Viudo	20.0	20.0	60.0	5
Separados	21.1	15.8	63.2	19
Madre soltera		66.7	33.3	3
<b>Total</b>				<b>150</b>

Encontramos que en los casos en que el estado civil de los padres es "separados" o "viudo", se observan los porcentajes más altos de trastorno infantil grave (63.2% y 60% respectivamente), es interesante observar esto, ya que en ambos casos existió una pareja de padres y luego (aunque por motivos diferentes), dejaron de estar juntos. Obviamente, debemos considerar esto con sus respectivas reservas, debido al poco número de casos que se presentaron con esta condición.

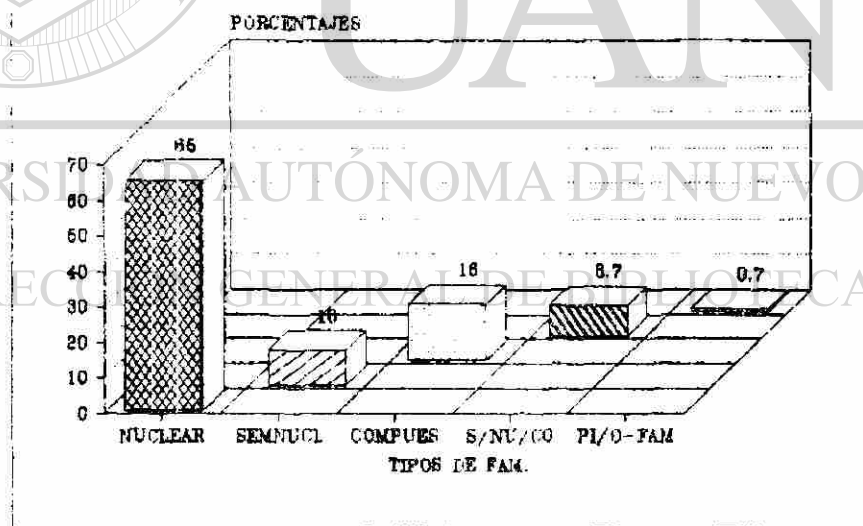
Sobre esto algunos teóricos comentan (Pittman, 1990), que los que en algún momento tuvieron pareja y dejaron de tenerla, son más tendientes hacia cuadros depresivos y nerviosos, lo cual, en este caso, pudiera estar relacionado, con el trato que se les da a los hijos y finalmente venir a repercutir en la gravedad del trastorno psicológico en el hijo.

#### 8.1.2.4. Tipo de Familia.

La siguiente gráfica nos muestra que el 65% de las familias de nuestra población son nucleares, es decir, están compuestas de padre, madre e hijos; el 10% son familias seminucleares, esto es, que solo viven uno de los padres y los hijos en la misma casa; el 16% son familias compuestas, es decir, que en la misma casa viven los padres, hijos y algún otro familiar o que la familia nuclear vive en casa de familiares; cerca del 9% son familias seminucleares compuestas, donde vive solo uno de los padres, los hijos y algún familiar en la misma casa; o también por ejemplo el caso de las madres solteras que viven con su hijo en casa de los padres.

Y por último el .7%, que es donde el paciente identificado (el niño), vive con familiares y no con los padres, (cstc fué el caso de un niño abandonado por estos).

Gráfica 18. Tipo de familia.



En el cuadro 5, que presentamos a continuación, donde se muestran los resultados encontrados en relación al tipo de familia de P.I. y la gravedad de este mismo, no consideramos para el análisis el caso aislado que se presentó de un niño que vivía con otra familia

Cuadro 5. Gravedad de P.I. en relación con el tipo de familia a que pertenece

Tipo de familia	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total
	Leve	Moderado	Grave	
Nuclear	13.4	37.1	49.5	97
Seminuclear	13.3	20.0	66.7	15
Compuesta	20.8	45.8	33.3	24
Seminuc/compuesta	23.1	23.1	53.8	13
<b>Total</b>				<b>149</b>

Los datos encontrados aquí coinciden con los del estado civil de los padres, ya que en ambos, los porcentajes más altos de casos graves fueron encontrados asociados con la falta de uno de los padres, en el caso del estado civil, fué con personas unidas o separadas, y en el tipo de familia, fué con la seminuclear (66,7%), y seminuclear compuesta (53.8%)

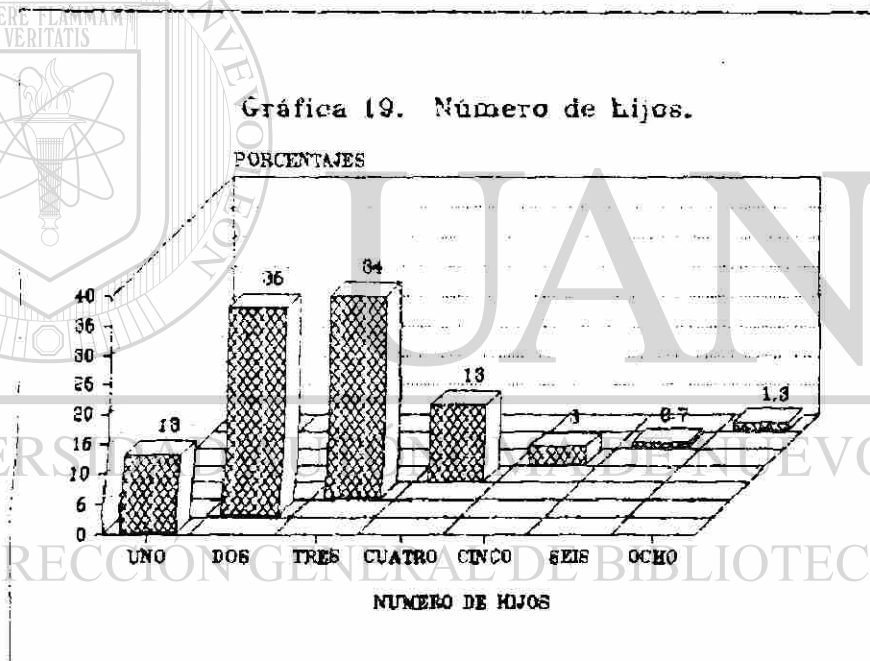


### 8.1.2.5. Número de hijos.

La siguiente gráfica muestra el número de hijos por familia, independientemente de la conformación de esta, es decir, sea nuclear, seminuclear, compuesta, etc.

En ella se observa que el porcentaje más alto (35%) es el de dos hijos, siguiéndole el de tres hijos con un 34%.

En general fueron pocas familias con más de cuatro hijos, (5%). El promedio de hijos por familia fué de 2.6% lo cual coincide con los datos del estudio del Dr. Ribeiro, (1989).



A continuación presentamos el cuadro 6, en el que se muestra la gravedad del trastorno de P.I. en relación con el número de hijos de la pareja, incluido el P.I.

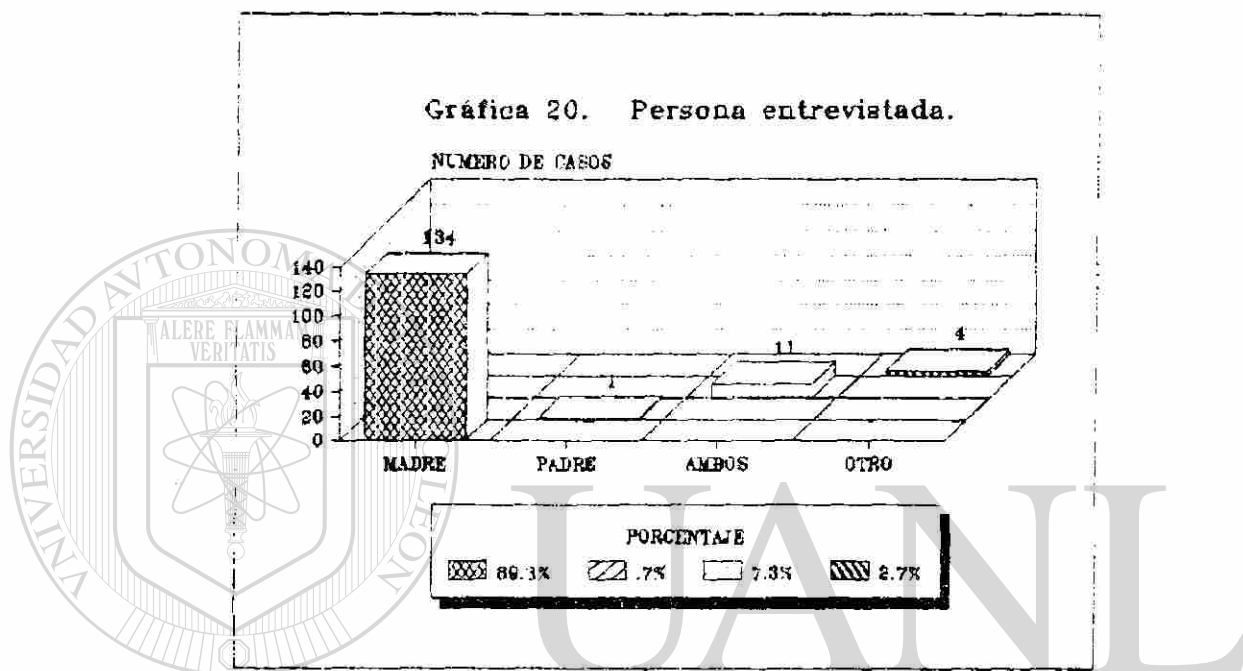
Cuadro 6. La gravedad de P.I. en relación con el número de hijos de la pareja

<u>Num. hijos</u>	<u>Gravedad de P.I.</u>			<u>Total</u>
	Leve	Moderado	Grave	
1 - 2	21.1	32.4	46.5	71
3 - 4	11.3	36.6	52.1	71
5 - 8		50.0	50.0	8
<b>Total</b>				<b>150</b>

Como podemos observar, no se presenta ninguna relación significativa entre el número de hijos y la gravedad de P.I., con excepción de una ligerísima disminución del porcentaje de casos graves cuando la pareja tiene de 1 a 2 hijos (46.5%) en contraste cuando son de 3 a 4 (52.1%); así como también un aumento de casos leves cuando son de 1 a 2 hijos (de 0% a 21.1%).

### 8.1.2.6. Persona entrevistada.

La gráfica 20 nos muestra quien fué la persona entrevistada que proporcionó información sobre la familia.



En la gráfica anterior observamos que las persona que con más frecuencia acude solicitando consulta psicológica para sus hijos es la madre, que como nos muestra esta gráfica son 134 casos lo que representa el 89.3%; el que menos acude es el padre, en esta población se presentó un caso y fué el de un señor viudo. La razón más frecuente del porque no asisten los padres es por cuestiones de trabajo.

## **8.2. Variables Intervinientes.**

### **8.2.1. Subsistema Parental.**

Dentro del enfoque familiar sistémico se acepta una relación entre los trastornos psicológicos infantiles y las disfunciones familiares, por ejemplo, Bergman, J. (1991), afirma:

"Todos los síntomas de los hijos estabilizan a los matrimonios inestables...mientras mayor sea la magnitud del conflicto matrimonial, mayor será la magnitud del síntoma" (Bergman, 1991:16).

Minuchin, (1989) y Madancs (1984), al igual que Bergman apoyan la idea de que los hijos ayudan a los padres a desviar la atención de sus propios problemas. A este respecto Haley, (1990) afirma :

"...dado que la conducta anormal de un niño, coincide con un conflicto entre los padres respecto del niño, el enfoque sobre la relación de los padres constituye una parte necesaria del tratamiento", (Haley, 1990:59).

Carpenter y Treacher (1993), menciona que todos los niños, incluso los bebés, se ven afectados por las perturbaciones y angustia de los padres, así como también esto puede darse a la inversa, es decir, que los niños pueden contribuir a las dificultades de los padres. Un ejemplo clásico de esto son las perturbaciones del sueño en los niños, que en ocasiones llegan a hacer que uno de los padres duerma con el niño, o con la pareja invadiendo así el subsistema conyugal, y de esta manera el niño pudiera convertirse en un "regulador" de la intimidad o distanciamiento entre los cónyuges.

Algunos de los cuadros que se muestran a continuación, apoyan uno de los principales postulados del enfoque familiar sistémico: la relación entre las patologías infantiles y las disfunciones parentales.

### 8.2.1.1. Unificación parental.

Con unificación parental nos referimos al grado en que los padres se apoyan uno al otro, cuando uno de ellos corrige a su hijo

El siguiente cuadro muestra el cruce de esta variable considerada dentro del subsistema parental: unificación parental; y la variable dependiente: gravedad del paciente identificado, (el niño).

Cuadro 7. La gravedad de P.I. en relación con la unificación parental

Unificación parental	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Buena	47.4	42.1	10.5	19
Riesgosa	19.7	45.9	34.4	61
Mala	3.1	24.6	72.3	65
<b>Total absoluto</b>				<b>145</b>

En los casos en que existe una buena unificación parental, el 10.5% presenta trastorno psicológico grave, mientras que cuando existe mala unificación parental, el 72.3% presenta trastorno psicológico grave.

Es interesante observar que en los casos en que existe buena unificación parental, el 47.4% presenta trastorno psicológico leve, mientras que en los casos con mala unificación parental, solamente el 3.1% presenta trastorno psicológico leve. Esto nos indica que conforme disminuye la calidad de la unificación parental, aumenta la gravedad del trastorno en el niño.

En el cuadro anterior el cálculo de la Tau de Kendal de .462 confirma que hay una relación significativa entre las variables de unificación parental y gravedad de P.I.

### 8.2.1.2. Triangulación parental.

Otra variable del subsistema parental es la triangulación parental, la cual se refiere a cuando uno de los padres entra en defensa del hijo en contra de la autoridad del cónyuge, variable con la cual también se estableció el grado de relación con la variable dependiente que es la gravedad del trastorno en el niño.

En el cuadro 8, se muestra la relación entre estas dos variables.

Cuadro 8. La gravedad de P.I. en relación con la Triangulación Parental.

Triangulación Parental	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Leve	35.7	57.1	7.1	14
Riesgosa	20.8	31.3	47.9	48
Grave	8.8	35.0	56.3	80
Total				142*

\* Se eliminaron 3 casos que dijeron "nunca".

Con una Tau de Kendall de .237 y un nivel de significancia del .001 se acepta la hipótesis de investigación que plantea una relación entre la triangulación parental y el grado de gravedad del trastorno psicológico infantil.

El cuadro nos muestra que en los casos en que existe una leve triangulación parental, solamente el 7.1% de los hijos (P.I.) de estas parejas, presenta trastorno psicológico grave,



sin embargo, cuando la triangulación parental es grave, este porcentaje aumenta a más de la mitad (56.3%).

También es importante destacar que en los casos que la triangulación parental es grave solamente el 8.8% presenta trastorno psicológico leve, y que este porcentaje aumenta a 35.7% cuando la triangulación parental es leve.

Por otro lado es interesante el análisis de los resultados encontrados en este cuadro ya que la relación que se observa no es leve-leve, riesgo-moderado o grave-grave, sino que en los casos que la triangulación parental es leve, el 57.1% de sus hijos presenta trastorno psicológico moderado; cuando la triangulación parental es de riesgo, el 47.9% manifiesta trastorno psicológico grave, y cuando la triangulación parental es grave el 56.3% de sus hijos (P.I.), presenta trastorno psicológico grave.

Esto nos indica que la triangulación parental pudiera estar asociada con serios trastornos infantiles, lo cual coincidiría con los planteamientos algunos autores, tales como Minuchin, (1989), Guerin y Gordon (1988), Haley, (1987,1989), quienes dan mucha importancia a este tipo de triangulación a la cual, Guerin y Gordon llaman "triángulo parental primario" y Haley "triangulación patológica", quien afirma, que este tipo de disfunción es un indicador de una organización jerárquica confusa dentro del sistema familiar, lo cual parece coincidir con violencia, comportamiento sintomático o disolución del sistema.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### 8.2.1.3. Triangulación del sistema parental con familia extensa.

La triangulación del sistema parental con familia extensa se refiere a la involucración de algún familiar para defender o apoyar a P.I. en oposición a uno o ambos padres.

Enseguida presentamos el cuadro 9 donde se muestran los resultados sobre esto.

Cuadro 9: Gravedad de P.I. en relación con las triangulaciones del subsistema parental con familia extensa.

Triangulación Fam. exten.	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Sin Riesgo	13.3	31.1	55.6	45
Grave	33.3	22.2	44.4	9
	14.6	38.5	46.9	96
<b>Total</b>				<b>150</b>

Como puede observarse en el cuadro anterior, no existen diferencias importantes en los niveles de gravedad de P.I. al relacionarlos con la triangulación parental de P.I. con familia extensa, aunque cabe señalar que contrariamente a lo esperado, se observa un porcentaje ligeramente mayor de casos graves cuando no existe triangulación con familia extensa.

Esto posiblemente, podría ser interpretado en el sentido de que la triangulación con familia extensa no es tan impactante en la gravedad del niño como lo puede ser la triangulación entre los padres, lo cual puede observarse en el cuadro anterior y que se confirma con el resultado de la Tau de Kendall de  $-.50$ .

#### 8.2.1.4. Percepción de responsabilidad sobre los hijos.

Esto se refiere a quien consideran ellos que es el responsable de la educación de su hijo (P.I.), ya sea la madre o el padre (uno u otro, no ambos), ambos, u otra persona.

Los resultados sobre esto se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 10. Gravedad de P.I. y percepción de responsabilidad sobre los hijos.

Responsable de los hijos	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Madre ó Padre	16.3	28.3	55.4	92
Ambos	13.7	49.0	37.3	51
Otra persona	14.3	28.6	57.1	7
<b>Total absoluto</b>				<b>150</b>

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En el cuadro 10 observamos que los porcentajes de gravedad mas altos se encuentran en los casos donde la responsabilidad sobre la educación de su hijo recae solamente en uno de los padres (55.4%) o cuando es otra persona (57.1%), mientras que cuando la responsabilidad acerca de los hijos es percibida como de ambos padres, el porcentaje de los casos infantiles graves disminuye a 37.3%.

Estos resultados concuerdan con lo planteado dentro del enfoque familiar sistémico ( Minuchin, 1989; Haley, 1987; Madanes, 1984), donde se apoya la concepción de que lo más adecuado es que la educación de los hijos esté a cargo de ambos padres

### 8.2.1.5. Comunicación.

Dentro del aspecto de comunicación en el subsistema parental consideramos:

8.2.1.5.1. La comunicación entre la madre y P.I.

8.2.1.5.2. La comunicación entre el padre y P.I.

8.2.1.5.3. La comunicación entre los padres acerca de los hijos.

#### 8.2.1.5.1. La comunicación entre la madre y P.I.

En el cuadro 11 se muestra el grado de comunicación entre madre y P.I. y su relación con la gravedad de este último.

Cuadro 11 La gravedad de P.I. en relación con el grado de comunicación con su madre

Comunicación	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Buena	14.1	34.6	51.3	78
Regular	20.4	40.7	38.9	54
Mala	5.6	22.2	72.2	18
Total absoluto				150

En el cuadro anterior observamos, contrariamente a lo esperado, un porcentaje mayor de casos graves cuando la comunicación con la madre es buena, en comparación a cuando la comunicación es regular.

Sin embargo, es importante señalar que se observa también una diferencia de acuerdo a lo esperado al comparar los porcentajes de casos infantiles graves cuando la comunicación es buena y cuando es mala, ya que el 51.3% de los casos en que la comunicación con la madre es buena,

presenta trastorno psicológico grave; mientras que en los casos en que la comunicación con la madre es mala este porcentaje aumenta a 72.2%.

#### 8.2.1.5.2. Comunicación entre padre y P.I.

Como se explicó anteriormente la entrevista fué contestada por la madre, por lo que esta percepción de comunicación entre el padre y P.I. fue reportada por ella.

Enseguida presentamos el cuadro 12 donde se observa que cuando la comunicación del padre con el hijo es buena, el 35.0% de estos últimos presenta trastorno psicológico grave; cuando la comunicación es regular, este porcentaje aumenta a 48.2% y cuando existe una mala comunicación entre el padre y P.I., el porcentaje de casos infantiles graves aumenta a 61.2%.

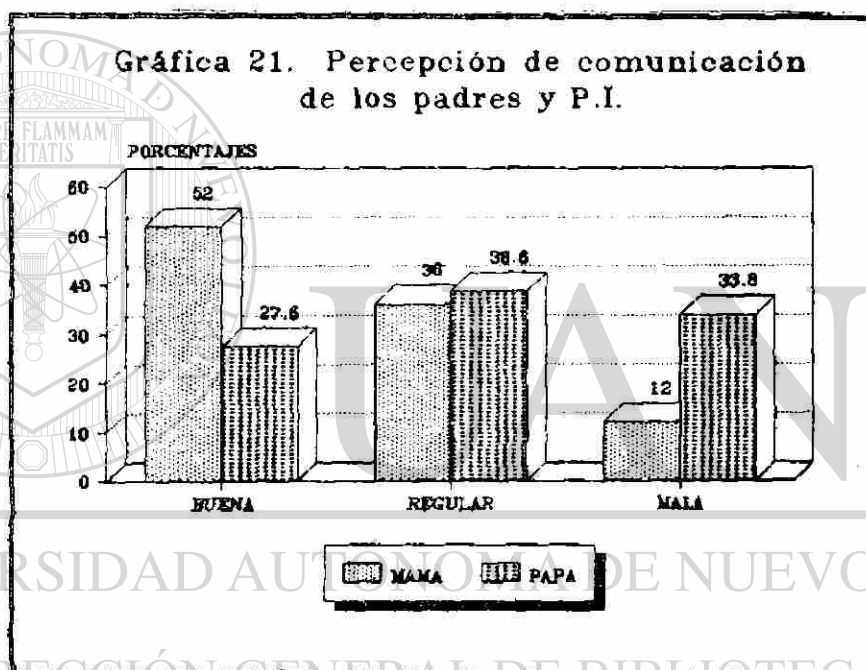
Cuadro 12. Gravedad de P.I. en relación con el grado de comunicación con el padre.

Comunicación	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Buena	20.0	45.0	35.0	40
Regular	14.3	37.5	48.2	56
Mala	14.3	24.5	61.2	49
Total absoluto				145

A diferencia del cuadro anterior podríamos afirmar que es una relación más acorde con lo esperado, ya que se observa que conforme disminuye la calidad de la comunicación entre el padre y P.I. aumentan los porcentajes de casos infantiles con trastornos psicológico grave.

Cabe señalar que esta información fué proporcionada por la madre, lo cual es importante considerar ya que al comparar la calidad de la comunicación entre padre-hijo y madre-hijo, tal y como es percibida por la madre, encontramos que las madres se autoperciben con mejor comunicación con sus hijos, en comparación con el padre.

Enseguida presentamos la gráfica 21 donde se muestra la percepción acerca del grado de comunicación con el hijo, tanto del padre como de la madre



Aquí observamos que el 52% de las madres se autoperciben con buena comunicación, mientras que en los padres este porcentaje disminuye a 27.6%; por otro lado, el 33.8% de los padres están asociados con mala comunicación con su hijo, mientras que en las madres es solamente el 12%.

Considerando lo anterior, los resultados encontrados en el cuadro 11, en relación a la comunicación entre madre y P.I., donde se observa que a pesar de haber "buena" comunicación se dá un alto porcentaje de casos graves, habría que considerarlo con reservas, ya que es posible que algunas de las madres estén supervalorando su relación de comunicación con P.I.



### 8.2.1.5.3. Comunicación entre los padres.

En el siguiente cuadro las variables consideradas son la comunicación entre los padres sobre los hijos, es decir, en su función parental, y el grado de gravedad que presenta el niño.

Cuadro 13. Gravedad de P.I. y comunicación entre sus padres.

Comunicación	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Buena	20.3	35.4	44.3	79
Regular	10.8	48.6	40.5	37
Mala	10.3	17.2	72.4	29
Total absoluto				145

Cuando la comunicación entre los padres acerca de su hijo es mala, en el 72.4% de estos casos, P.I. presenta trastorno psicológico grave, mientras que cuando la comunicación entre los padres es buena, el porcentaje de casos infantiles graves, disminuye a 44.3%.

Cabe señalar que conforme a lo esperado, se encontró un alto porcentaje de trastornos psicológicos infantiles graves (72.4%), asociados con mala comunicación parental, así como también un porcentaje considerable de trastornos psicológicos infantiles moderados (48.6%) asociados con una comunicación regular entre los padres; sin embargo, contrario a lo esperado, cuando la comunicación parental es buena, se observan pocos casos con trastorno leve (20.3%). Una Tau de Kendall de .159 confirma la asociación, aunque ligera entre estas dos variables.

En relación a lo anterior podríamos conjeturar dos cosas:

- 1) Existe poca relación entre una buena comunicación entre los padres y los trastornos psicológicos infantiles.
- 2) Algunas madres supervaloraron la calidad de la comunicación que tienen con su pareja acerca de su hijo.

### 8.2.2. Subsistema Conyugal.

Bergman, J. (1991), afirma:

"Mientras mas encubierto o escondido este el conflicto matrimonial. más se necesitará un síntoma para estabilizar el conflicto de la pareja a fin de que permanezca oculto o encubierto", (Bergman, 1991:16).

Por otro lado, Minuchin, (1989) menciona que los hijos funcionan como mecanismos que permiten derivar los conflictos de la pareja.

Ambos autores afirman aspectos similares, sin embargo, es interesante la afirmación de Bergman, ya que nos habla de un conflicto matrimonial oculto, es decir, no manifiesto o no aceptado por la misma pareja, por lo tanto, podríamos pensar que cierto porcentaje de los padres entrevistados pudieron estar en esta situación, y en la entrevista no manifestar o exponer el problema conyugal, sin embargo, esto es solo una especulación, ya que para tener una información más certera acerca de los aspectos íntimos de la pareja habría que realizar estudios de caso.

El análisis del subsistema conyugal es algo bastante delicado ya que involucra cuestiones íntimas de la pareja, a las cuales los padres generalmente no les encuentran relación con el problema de sus hijos, por lo tanto tienden a extrañarse y a preguntarse el porque de este tipo de preguntas si el problema es de sus hijos, de lo que podríamos deducir el probable ocultamiento de información, sobre todo en una primera y única entrevista donde aún no se ha establecido la suficiente confianza entre el terapeuta y el entrevistado como para abrir este tipo de aspectos.

Enseguida se expondrán los resultados encontrados al analizar las variables consideradas en el subsistema conyugal con la gravedad del trastorno en el niño.

### 8.2.2.1. Felicidad percibida en el matrimonio.

Esta variable, como su nombre lo indica, se refiere a que tan feliz considera que ha sido su matrimonio hasta el momento.

Es importante mencionar que esta variable fué tomada del cuestionario elaborado por el Dr. Ribeiro (1989), en su trabajo sobre Familia y fecundidad.

Los resultados acerca de la relación entre esta variable y la gravedad de P.I. se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 15. Gravedad de P.I. y felicidad percibida en el matrimonio

Felicidad en el matrimonio	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Feliz	18.9	34.7	46.3	95
Poco feliz	6.7	46.7	46.7	30
Infeliz	11.1	11.1	77.8	9
<b>Total absoluto</b>				<b>134</b>

Encontramos que en los casos donde la pareja considera feliz su matrimonio, el 46.3% de los hijos (P.I.) de estas parejas presenta trastorno psicológico grave, lo cual es un porcentaje medianamente alto; sin embargo también observamos que este porcentaje aumenta a 77.8% en los casos en que la pareja considera infeliz su matrimonio.

Incluimos una siguiente pregunta (También tomada del cuestionario del Dr. Ribeiro) para cruzarla con la felicidad percibida en el matrimonio y que es la siguiente: Si tuviera oportunidad de regresar su vida se volvería a casar con 1) la

misma persona 2) otra persona 3) no se volvería a casar. Los resultados encontrados se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 16. Felicidad en el matrimonio y volverse a casar

Felicidad en el matrimonio	Volverse a casar			Total
	Con la misma	Con otra	No	
Feliz	87.4	3.2	9.5	95
Poco feliz	26.7	26.7	46.7	30
Infeliz	22.2	11.1	66.6	9
Total absoluto				134

Como podemos observar en el cuadro 16, existe un porcentaje, aunque bajo de personas que mencionan ser feliz en su matrimonio, pero que si pudieran regresar su vida se casarían con otra persona (3.2%) o no se casarían (9.5%); También un 22.2% que aunque mencionan ser infelices en su matrimonio se volverían a casar con la misma persona.

Esto es importante tomarlo en cuenta para la interpretación del cuadro anterior, es decir, al analizar el cuadro anterior podríamos pensar en alguna relación entre la percepción de felicidad en el matrimonio y el grado de gravedad de P.I., sin embargo, para esto también es importante tomar en cuenta el que algunas personas que dicen ser felices en su matrimonio consideran la posibilidad de casarse con otra persona, lo que nos haría preguntarnos si realmente son felices en su matrimonio; no obstante, el porcentaje de casos en una situación de este tipo fué muy bajo (12.7%).

### 8.2.2.2. Frecuencia de discusiones en la pareja.

Como podemos observar en el cuadro 17, cuando la frecuencia con que la pareja de padres discute es por semana o por quincena, no se observan diferencias significativas en los porcentajes de casos infantiles graves (51.4% y 50.7% respectivamente), aunque si una ligera disminución de este porcentaje (a 38.5%), cuando la frecuencia de discusiones es aproximadamente de uno por mes.

Cuadro 17. Gravedad de P.I. y frecuencia de discusiones en la pareja.

Frecuencia de discusiones	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Por mes	15.4	46.2	38.5	26
Por quincena	18.9	29.7	51.4	37
1-5 por sem	14.1	35.2	50.7	71
<b>Total absoluto</b>				<b>134</b>

En la interpretación de este cuadro, pensamos que es importante considerar el siguiente, esto es, el de la frecuencia con que la pareja se pone de acuerdo.

### 3.2.2.3. Frecuencia de acuerdo en la pareja.

El siguiente cuadro muestra la frecuencia con que la pareja se pone de acuerdo después de mantener alguna discusión.

Cuadro 18. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de acuerdo entre sus padres.

Acuerdo	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	21.9	32.8	45.3	64
Ocasional	8.8	61.8	29.4	34
Rara vez	11.1	16.7	72.2	36
Total absoluto				134

Encontramos que en los casos en que la pareja rara vez se pone de acuerdo, el 72.2% de los hijos de estas parejas (P.I.), presentan trastorno psicológico grave, mientras que en los casos en que la pareja frecuentemente se pone de acuerdo, este porcentaje disminuye a 45.3%.

También es importante señalar que en los casos en que la pareja llega a un acuerdo de manera ocasional el 61.8% (de estos casos), presenta trastorno moderado.

Al comparar este cuadro y el anterior, podemos observar que se encontró una mayor relación entre la gravedad de P.I. y la frecuencia de acuerdo más que la de discusiones; es decir, ¿las discusiones entre una pareja no influyen tanto para la gravedad de un trastorno psicológico de un hijo, siempre y cuando terminen por ponerse de acuerdo?, pensamos que tal vez podría darse una respuesta afirmativa a esto, sin embargo, por otro lado también podríamos considerarla como interrogante a investigar más a fondo, con un mayor número de casos.



#### 8.2.2.4. Frecuencia de discusiones graves.

En este punto es importante señalar que las discusiones de las que hemos hablado hasta aquí son aquellas "habituales", "casi rutinarias", (como lo mencionaban los entrevistados), enseguida nos referiremos a aquellas discusiones que por su magnitud se salen de lo "habitual" y que por lo tanto se les consideró como discusiones graves.

El cuadro 19 nos muestra los resultados encontrados en este aspecto:

Cuadro 19. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de discusiones graves entre sus padres.

Frec. discusiones graves	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
C/2 meses	18.8	37.5	43.8	16
1-2 por mes	14.0	38.7	47.3	93
Varias/semana	20.0	24.0	56.0	25
Total absoluto				134

En el cuadro anterior observamos un ligero aumento progresivo de los porcentajes de casos infantiles graves conforme aumenta la frecuencia de discusiones que la pareja considera como graves, ya que en los casos en que estas discusiones se dan cada 2 meses el 43.8% de los pacientes (hijos de estas parejas), presentan trastorno grave; en los casos en que la frecuencia aumenta a 1-2 por mes, también el porcentaje de niños con trastorno psicológico grave aumenta a 47.3% y en los casos de las parejas que tienen discusiones graves varias veces por semana se incrementa a 56%.

Relacionado con esto, es el siguiente cuadro el cual nos muestra la magnitud de las discusiones de la pareja y la gravedad del trastorno de P.I.

### 8.2.2.5. Magnitud de las discusiones de pareja.

La magnitud de las discusiones de pareja se refiere a lo más grave que llega la pareja en sus discusiones, es decir, si solo levantan la voz, o se agreden verbalmente, es decir, se ofenden uno al otro, o si llegan hasta la agresión física, es decir, a golpearse. Enseguida presentamos el cuadro 20, donde se observan los resultados acerca de esto:

Cuadro 20. Gravedad de P.I. en relación con la magnitud de las discusiones de los padres.

Magnitud de discusiones	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Levantar la voz	14.5	41.9	43.5	62
Agresión verbal	13.3	40.0	46.7	45
Agresión verb y física	22.2	14.8	63.0	27
<b>Total absoluto</b>				<b>134</b>

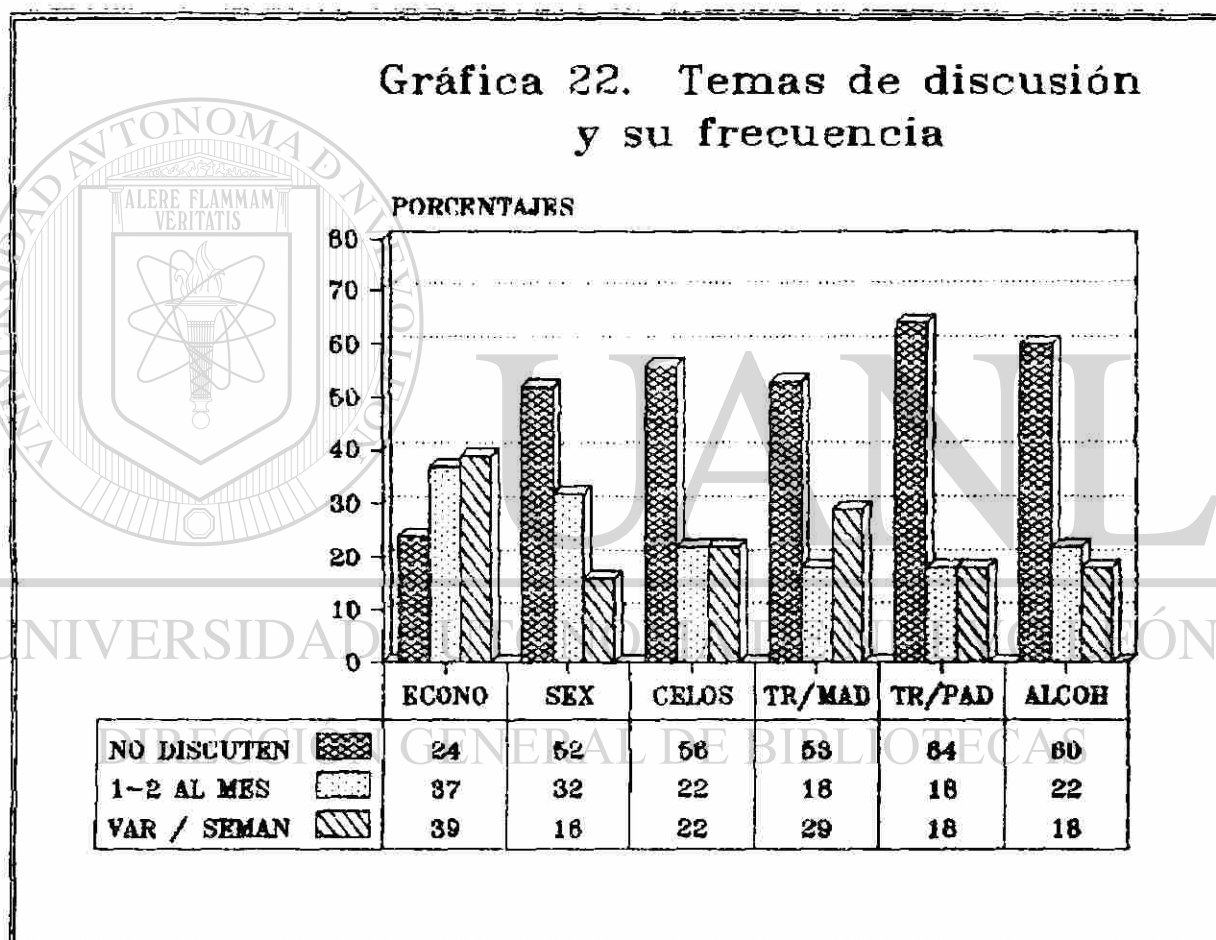
## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En el cuadro anterior observamos que cuando es sus discusiones la pareja solo levanta la voz, el 43.5% de los casos infantiles (hijos de estas parejas), presentan trastorno psicológico grave, cuando se presenta agresión verbal aumenta a 46.7%, y se incrementa a mas de la mitad (63%), cuando en las discusiones entre la pareja se incluye agresión verbal y física, lo que nos indica que conforme aumenta la magnitud de las discusiones en la pareja, aumenta ligeramente los porcentajes de casos infantiles graves.

Cabe señalar, que contrariamente a lo esperado, un porcentaje ligeramente mayor de parejas que se agreden verbal y físicamente tienen hijos con trastornos leves comparativamente con los que sólo levantan la voz o se agreden verbalmente.

### 8.2.2.6. Temas de discusión y su frecuencia.

Enseguida presentamos la gráfica 22 donde se muestra la frecuencia de algunos temas de discusión en las parejas de esta población. En ella se observa que el tema por el que menos discuten es por el trabajo del padre ya que el 64% afirma que este aspecto no es tema de discusión.



El punto por el que con mas frecuencia discuten es el económico, ya que el 39% comenta que discuten por este tema varias veces por semana y el 37% lo hacen de 1 a 2 veces por mes, lo que suma un total de 76% de parejas que discuten por cuestiones económicas de 1 a 2 veces al mes hasta varias a la semana.

Es importante mencionar que se realizó un cruce de la gravedad de P.I. con estos temas de discusión, se encontró que los más relacionados fueron: 1) discusiones por ingestión de alcohol y 2) discusiones por el trabajo de la madre. A pesar de que estos temas no son por los que se discute con mas frecuencia. A continuación presentamos los cuadros que muestran los resultados obtenidos en el cruce de estas variables.

Iniciaremos por presentar el cuadro referente a la gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de discusiones por ingestión de bebidas alcoholicas.

Cuadro 21. Gravedad de P.I. y discusiones en la pareja por ingestión de alcohol.

Discusiones por alcohol	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
No discuten	16.0	40.7	43.2	81
1-2 veces/mes	17.2	37.9	44.8	29
Varias por sem	12.5	16.7	70.8	24
Total absoluto				134

En este cuadro observamos que de las parejas que discuten varias veces a la semana por ingestión de alcohol, el 70.8% de sus hijos (P.I.), presentan trastorno psicológico grave, mientras, que en los casos que no discuten por este tema, este porcentaje disminuye a 43.2%.

En relación a esto, Pittman (1990), plantea que el uso de alcohol por uno o ambos padres es motivo frecuente de disputa entre la pareja y en muchas ocasiones de maltrato infantil, y que cuando el padre (más frecuentemente que la madre), tiene problemas con la ingestión de bebidas alcoholicas, en ocasiones los hijos se sienten culpables, pero también hay casos en que intentan atraer la atención hacia su propia crisis, con rabietas, amenazas de suicidio, siendo destructivo, etc.

En cuanto al trabajo de la madre, el Dr. Ribeiro (1989), define el trabajo femenino como el desempeño de una actividad económica por parte de la mujer, que sea realizado dentro o fuera del hogar y que no se relacione con actividades domésticas de la familia. En nuestro estudio el trabajo de la madre, es considerado sólo aquel que se realice fuera del hogar, lo cual implicaría la separación, por cierto tiempo, de los hijos.

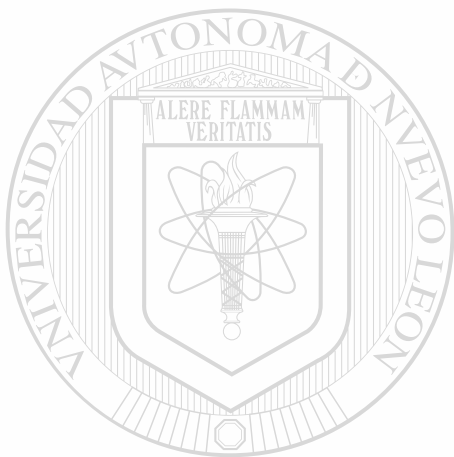
Es importante mencionar que en la población estudiada, solamente se presentaron 51 casos de madres que trabajaban fuera del hogar.

Cuadro 22. Gravedad de P.I. en relación con las discusiones por el trabajo de la madre.

Discusiones trabajo/madre	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
No discuten	18.5	25.9	55.6	27
1-2 al mes	33.3	22.2	44.4	9
Varias por sem	6.7	20.0	73.3	15
Total absoluto				51

De las parejas que discuten varias veces a la semana a causa del trabajo de la madre, el 73.3% de sus hijos (P.I.), presentan trastorno grave, y este porcentaje disminuye a 55.6% en las parejas que no discuten por este aspecto, el cual a pesar de que disminuye, sigue siendo alto. Esto nos pone a pensar que tal vez, el que los padres discutan por el trabajo de la madre influya en el trastorno de P.I., a la vez que también sabemos que es probable que P.I. sea un motivo de discusión por el trabajo de la madre, ya que algunas de las personas entrevistadas comentaron que su esposo no estaba de acuerdo en que trabajara porque "descuidaba al niño".

Por otro lado, es importante considerar el porcentaje asociado con casos graves, aún y cuando mencionan no discutir por este aspecto (el trabajo de la madre), ya que esto podría ser un indicador de que cuando la madre trabaja fuera de casa hay que cuidar aspectos como ¿cuánto tiempo?, ¿al regresar del trabajo tiene tiempo ella y/o su esposo para dedicarle al niño?, ¿con quién ha de quedarse el niño cuando la madre sale a trabajar?, etc. Esto no es una defensa del punto de vista de que la madre "no debiera" de trabajar, pero sí de que pensamos que cuando esto sucede hay que cuidar ciertos aspectos en relación al hijo y establecer pautas de organización familiar para que esto no genere algún tipo de conflicto.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

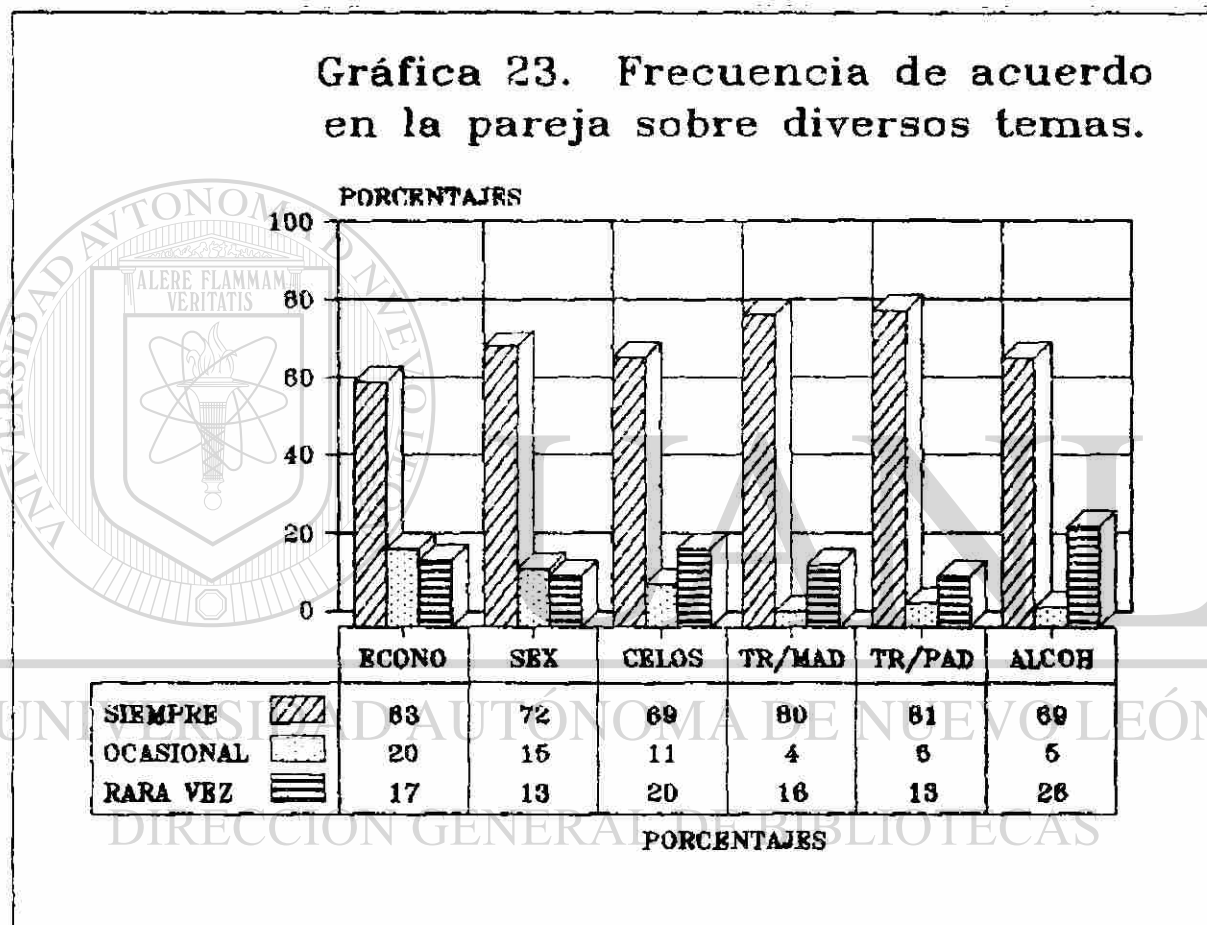


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



### 5.2.2.7. Frecuencia de acuerdo en la pareja.

Enseguida presentamos una gráfica donde se observa la frecuencia con que la pareja se pone de acuerdo sobre los temas mencionados arriba.



Encontramos que el tema en el que se ponen de acuerdo con más frecuencia es por el trabajo del padre (81%), en el que hay un acuerdo de manera ocasional con más frecuencia es el económico (20%), y en el tema que rara vez se ponen de acuerdo es por la ingestión de alcohol (26%)..

Cuando realizamos un cruce entre la gravedad de P.I. y la frecuencia de acuerdo en los temas anteriores, encontramos que la falta de acuerdo o el que rara vez se pongan de

acuerdo en temas como el trabajo de la madre o por celos, así como por cuestiones económica y por ingestión de alcohol están mas asociados con trastornos infantiles graves. Enseguida presentamos los cuadros que muestran los resultados en relación a estas variables.

Cuadro 23. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de acuerdo entre la pareja sobre el trabajo de la madre.

Acuerdo Trabajo de la madre	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	19.5	29.3	51.2	41
Ocasional	50.0		50.0	2
Rara vez		12.5	87.5	8
Total absoluto				51

Cuando la pareja rara vez se pone de acuerdo acerca del trabajo de la señora, en el 87.5% de estos casos, el hijo (P.I.) presenta trastorno psicológico grave, mientras que cuando el acuerdo es frecuente este porcentaje disminuye a 51.2%.

En este caso se observa una relación similar a la del cuadro que presentamos anteriormente sobre la frecuencia de discusiones por el trabajo la madre, ya que aquí también disminuye el porcentaje de casos infantiles graves cuando el acuerdo entre la pareja acerca del trabajo de la señora es frecuente, sin embargo, sigue siendo alto, lo cual en cierta forma apoya la idea expresada anteriormente sobre que si hay discusión o no, y en este caso, acuerdo o no, acerca del trabajo de la madre, este sigue siendo un aspecto que hay que considerar con cuidado para evitar conflictos.

Otra variable con la que se encontró cierta relación con la gravedad del trastorno psicológico infantil es la frecuencia de acuerdo después de una discusión acerca de "celos" o sospecha de infidelidad de alguno de los cónyuges.

En el cuadro 24 se muestran los resultados sobre esto.

**Cuadro 24. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de acuerdo entre la pareja acerca de celos o sospecha de infidelidad.**

Acuerdo en celos	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	17.2	39.8	43.0	93
Ocasional	20.0	46.7	33.3	15
Rara vez	7.7	15.4	76.9	26
<b>Total absoluto</b>				<b>134</b>

En los casos en que la pareja frecuentemente se pone de acuerdo acerca de celos o sospecha de infidelidad el 43.0% de sus hijos (P.I.) presenta trastorno psicológico grave, mientras que cuando la pareja rara vez se pone de acuerdo sobre este tema el porcentaje aumenta a 76.9%

Pensamos que es importante aclarar que tal vez la falta de acuerdo en este tema por sí sola no sea relevante para la gravedad de P.I., sino la secuela de esto en la relación de la pareja, es decir, que al no llegar a un acuerdo acerca de sospechas de infidelidad, es posible que esto "merme" la relación, deteriorando su forma de interacción como pareja y tal vez como padres.

Otro tema de acuerdo con el que también se encontró cierta relación con la gravedad de P.I. es la de aspectos económicos. Enseguida presentamos el cuadro que muestra los resultados sobre esto.

Cuadro 25. Gravedad de P.I. y frecuencia de acuerdo en aspectos económicos

Acuerdo económico	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	18.8	37.6	43.5	85
Ocasional	3.7	44.4	51.9	27
Rara vez	18.2	18.2	63.6	22
Total absoluto				134

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Quando las parejas frecuentemente se ponen de acuerdo sobre aspectos económicos el 43.5% de los hijos de estas parejas presentan trastorno psicológico grave, mientras que cuando las parejas rara vez se ponen de acuerdo sobre este tema, el porcentaje aumenta a 63.6%.

Es probable que la falta de acuerdo acerca de cuestiones económicas, tales como en que gastar el dinero, como distribuirlo, etc, genere tensión en la pareja, lo cual obviamente alterará su estado emocional y probablemente el trato con los hijos.

Una variable más en la cual la falta de acuerdo, también resultó significativa es la falta de acuerdo en la ingestión de alcohol por parte de uno de los miembros de la pareja. Enseguida presentamos el cuadro 26 con estos resultados.

Cuadro 26. Gravedad de P.I. en relación con la falta de acuerdo sobre la ingestión de bebidas alcoholicas.

Acuerdo alcohol	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	18.3	37.6	44.1	93
Ocasional		50.0	50.0	6
Rara vez	11.4	28.6	60.0	35
Total absoluto				134

En este cuadro observamos que cuando la pareja rara vez se pone de acuerdo sobre la ingestión de bebidas alcoholicas el 60.0% de los hijos (P.I.) de estas parejas presenta trastorno psicológico grave, mientras que en los casos en que la pareja frecuentemente llega a un acuerdo, este porcentaje disminuye a 44.1%.

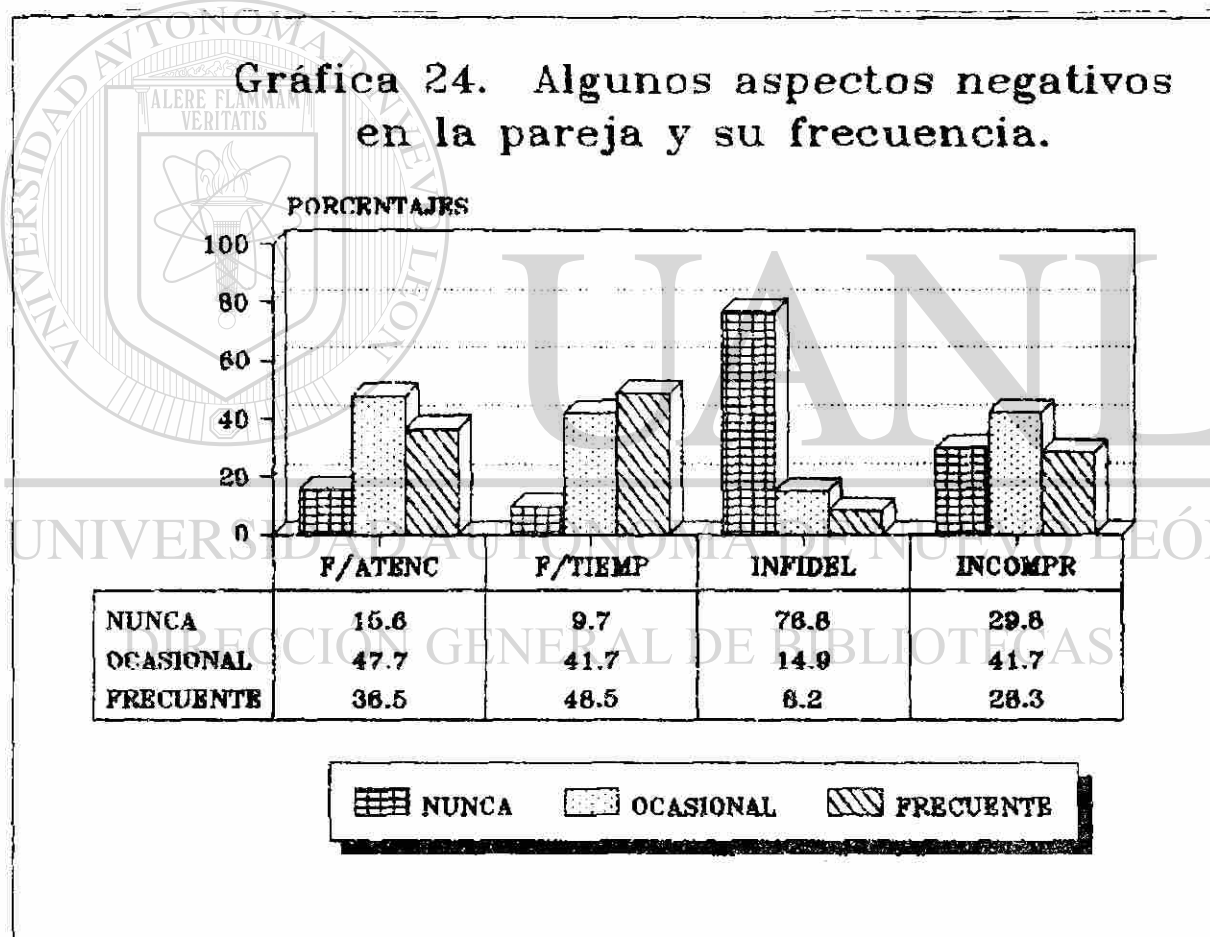
Es interesante la distribución de porcentajes encontrada en este cuadro, ya que es similar a la de frecuencia de discusiones y acuerdo por el trabajo de la madre, pues disminuyen los porcentajes de casos graves cuando disminuyen la frecuencia de discusiones o cuando aumenta la frecuencia de acuerdo, más sin embargo, siguen siendo altos, y tal vez, el análisis de este cuadro podría ser en el mismo sentido, es decir, tal parece que si es importante que la pareja no discuta por estos temas, o que llegue a un acuerdo, pero en el caso del trabajo de la madre tal vez habría que agregar organización familiar, y en el de bebidas alcoholicas considerar la cantidad y frecuencia con que esto sucede.

### 8.2.2.8. Aspectos negativos en la pareja.

Consideramos la frecuencia de ocurrencia de cuatro aspectos negativos en la pareja que fueron los siguientes:

- 8.2.2.8.1. Falta de atención y detalles
- 8.2.2.8.2. Falta de tiempo juntos
- 8.2.2.8.3. Infidelidad
- 8.2.2.8.4. Incomprensión

Enseguida presentamos la gráfica 24 donde se muestran los aspectos mencionados y la frecuencia aproximada con que se presentan en las parejas de esta población.



Como podemos observar en la gráfica anterior el aspecto negativo que se presenta con mayor frecuencia es la falta de tiempo para estar juntos (48.5%); y en segundo lugar la falta de atención y detalles.



Enseguida presentamos los cuadros referentes a estos aspectos en relación con la gravedad de P.I.

### 8.2.2.8.1. Falta de atención y detalles.

Enseguida presentamos el cuadro 27 donde se muestra la relación entre la gravedad de P.I. y la falta de atención y detalles en la pareja

Cuadro 27. Gravedad de P.I. en relación con la falta de atención y detalles entre sus padres.

Falta Atención y detalles	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	14.3	47.6	38.1	21
Ocasional	14.1	37.5	48.4	64
Frecuente	18.4	28.6	53.1	49
Total absoluto				134

En este cuadro observamos que cuando en la relación de pareja nunca faltan atención y detalles, el 38.1% de los hijos de estas parejas (P.I.), presentan trastorno psicológico grave, cuando la falta de atención y detalles es ocasional aumenta a 48.4% y se incrementa a un poco mas de la mitad (53.1%), cuando la falta de atención y detalles entre la pareja es frecuente.

Esto nos indica un aumento progresivo (aunque ligero) de los porcentajes de casos infantiles graves conforme aumenta la falta de atención y detalles entre la pareja.

### 8.2.2.8.2. Falta de tiempo juntos.

En relación a la falta de tiempo entre la pareja para hacer cosas juntos como salir a pasear, comer fuera, etc. no se observaron diferencias significativas, cuando la falta de tiempo entre la pareja para hacer cosas juntos es frecuente, ocasional o nunca se presenta.

A continuación presentamos el cuadro 28 que muestra esto.

Cuadro 28. Gravedad de P.I. y la falta de tiempo entre la pareja.

Falta de tiempo	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	15.4	30.8	53.8	13
Ocasional	17.9	39.3	42.9	56
Frecuente	13.8	33.8	52.3	65
<b>Total absoluto</b>				<b>134</b>

### 8.2.2.8.3. Infidelidad.

La infidelidad entre la pareja fué otro de los aspectos considerados. Enseguida se muestra el cuadro sobre la gravedad de P.I. en relación con la presencia, ausencia o sospecha de infidelidad por uno o ambos de los conyuges de la pareja (padres de P.I.).

Cuadro 29. Gravedad de P.I. y frecuencia de infidelidad en la relación de los padres.

Infidelidad	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	17.5	39.8	42.7	103
Ocasional	10.0	25.0	65.0	20
Frecuente	9.1	18.2	72.7	11
<b>Total absoluto</b>				<b>134</b>

Cuando en la situación de pareja nunca se ha dado una situación de infidelidad el 42.7% de los hijos de estas parejas (P.I.), presentan trastorno psicológico grave, mientras que cuando la infidelidad se presenta frecuentemente este porcentaje aumenta a 72.7%, por otro lado, también se observa una diferencia, aunque ligera, cuando la infidelidad es frecuente, solamente el 9.1% de los hijos (P.I.) de estas parejas presenta trastorno leve, y este porcentaje aumenta a 17.5% cuando nunca se presenta la infidelidad en la relación de la pareja.

#### 3.2.2.3.4. Incomprensión.

El siguiente cuadro se refiere a la frecuencia con que se manifiesta incomprensión en la relación de pareja, aunque cabe mencionar, que en este caso al igual que en los anteriores, quien proporcionó la información es la madre, por lo que es probable que esta sea la frecuencia con que ella se sienta incomprendida.

Cuadro 30. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de incomprensión entre los padres.

Incomprensión	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	22.5	37.5	40.0	40
Ocasional	14.3	42.9	42.9	56
Frecuente	10.5	23.7	65.8	38
Total absoluto				134

En este cuadro al igual que en el anterior se observa una ligera diferencia cuando la incomprensión es frecuente comparativamente a cuando nunca se dá la incomprensión en la relación de pareja.

En los casos en que la incomprensión es frecuente en la relación de pareja, el 65.8% de sus hijos (P.I.), presentan trastorno grave, y cuando nunca se presenta este aspecto, el porcentaje disminuye a 40%; también se observa una ligera disminución en los porcentajes de casos infantiles leves cuando la incomprensión es frecuente, (10.5%), comparativamente a cuando esta nunca se presenta en la pareja (22.5%).

### 8.2.2.9. Triangulación del sistema conyugal con familia extensa.

Este tipo de triangulación se refiere a cuando existen discusiones entre la pareja y algún miembro de la familia extensa (familiares) de uno u otro conyuge interviene para apoyar a alguno de ellos.

Enseguida exponemos el cuadro 31 donde se muestra la relación entre la gravedad de P.I. y este tipo de triangulación:

Cuadro 31. Gravedad de P.I. y triangulación del sistema conyugal con familia extensa

Triangulación con familia extensa	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	14.7	33.3	52.0	75
Ocasional	15.4	46.2	38.5	13
Frecuente	17.8	37.8	44.4	45
Total absoluto				133

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En este cuadro observamos que no se presenta relación entre la gravedad de P.I. y las triangulaciones del subsistema conyugal con familia extensa, aunque cabe señalar que en algunos puntos se observa una relación inversa, por ejemplo cuando nunca se presenta la triangulación conyugal, el 14.7% de estos casos presentan trastorno leve, mientras que cuando la triangulación es frecuente, este porcentaje aumenta, aunque muy ligeramente, (a 17.8%), y lo mismo se observa con los casos graves, ya que cuando nunca existe triangulación conyugal con familia extensa, el 56.4% de los hijos (P.I.) de estas parejas, presentan trastorno grave y este porcentaje disminuye a 44.4% cuando la triangulación conyugal con familia extensa es frecuente. Lo esperado sería a la inversa, es decir, encontrar los porcentajes de casos graves, asociados con las triangulaciones frecuentes.

Los resultados encontrados en relación a esta variable es probable que se deban , realmente a la ausencia de relación o un posible ocultamiento de la información, que como habíamos mencionado antes, esto podría ser factible, ya que los padres no encuentran mucha relación entre este tipo de preguntas y el síntoma en su hijo, por lo que no les dan mucha importancia, además de que es difícil en una primera (y única) entrevista obtener información sobre subsistema conyugal.

### 3.2.2.10. Comunicación entre la pareja.

En el siguiente cuadro observamos que cuando la comunicación entre la pareja es buena, el 40.9% de los hijos (P.I.) de estas parejas presentan trastorno psicológico grave, este porcentaje aumenta a 47.6% cuando la comunicación es regular y se incrementa a un poco mas de las tres cuartas partes, (76%), cuando la comunicación entre la pareja es "mala".

Cuadro 32. Gravedad de P.I. y grado de comunicación en la relación de pareja de los padres de P.I.

Comunicación	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Buena	19.3	39.8	40.9	88
Regular	9.5	42.9	47.6	21
Mala	8.0	16.0	76.0	25
Total absoluto				134

También es importante señalar que en los casos en que la comunicación entre la pareja es buena, el 19.3% de los hijos (P.I.), de estas parejas presentan trastorno psicológico leve y este porcentaje disminuye a 8% en los casos en que existe mala comunicación.



### **8.3. Las Variables precipitantes o agravantes.**

Como mencionamos anteriormente, en este apartado nos referimos a algunos factores que podríamos considerar ya sea como posibles precipitantes o agravantes del problema en el niño, dependiendo esto de si su ubicación en el tiempo era antes o después del inicio del trastorno psicológico respectivamente. Los factores considerados son los siguientes:

- 8.3.1.-. El nacimiento de un hermano(a) de P.I.
- 8.3.2.-. Discusión grave entre los padres presenciada por P.I.
- 8.3.3.-. Separación o divorcio entre los padres de P.I.
- 8.3.4.-. Tipo de castigos más usados con P.I.

Y los parámetro (con excepción del tipo de castigos) es si esto sucedía :

- 1) De 0 a 6 meses antes del inicio del problema de P.I. (posible precipitante).
- 2) De 7 a 12 meses antes del inicio del problema de P.I. (posible precipitante).
- 3) Después del inicio del problema de P.I. (posible agravante)
- 4) No se presentó alguno de estos eventos ni antes, ni después del inicio del trastorno en el niño.

Enseguida exponemos los cuadros que muestran los resultados acerca de estos factores :

### 8.3.1. Nacimiento de un hermano(a) de P.I.

El cuadro 33 nos muestra la gravedad de P.I. en relación con el nacimiento o no de un hermano(a), y se observan ligeras diferencias en los porcentajes.

El porcentaje más alto de casos graves (60%), se encuentra asociado al nacimiento de un hermano como posible factor agravante, es decir, después del inicio del problema de P.I.; sin embargo, es importante señalar que no se encuentran diferencias significativas cuando esto se presenta antes del inicio del trastorno en el niño, (50% y 41.7%), y cuando esto no ha sucedido, es decir, cuando no ha habido el nacimiento de un hermano de P.I. un año antes o después del inicio del trastorno de éste último. Por lo que concluimos que cuando menos, en esta población, este hecho no resultó estar muy relacionado con el trastorno psicológico de P.I.

Cuadro 33. Gravedad de P.I. y nacimiento de un hermano(a).

Nacimiento de hermano(a)	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
0-6 mes antes	16.7	33.3	50.0	24
7-12 mcs antes	8.3	50.0	41.7	12
Después		40.0	60.0	10
No	17.3	33.7	49.0	104
<b>Total absoluto</b>				<b>150</b>

### 8.3.2. Discusión grave entre los padres presenciada por P.I.

La discusión grave entre los padres presenciada por P.I., se refiere a alguna discusión ocurrida entre los padres de P.I., que por su magnitud se saliera de las disputas "cotidianas" o habituales de la pareja, y que hubiera sido presenciada por el niño.

En el cuadro 34 se muestran los resultados encontrados, en donde se observa que en los casos en que el niño (P.I.) presencié una discusión fuerte entre los padres de 0 a 6 meses antes del inicio de su problema, el 69% presenta trastorno psicológico grave; después observamos como este porcentaje disminuye a 22.2% cuando este hecho sucedió de 7 a 12 meses antes del inicio del problema del niño (P.I.).

Esto podría ser el indicador de cuando menos dos cosas:

- 1) A medida que pasa el tiempo disminuye en el niño el impacto de la discusión presenciada.
- 2) Si esto no ha sucedido sólo una vez, es probable que se dé una "habitación" a este tipo de situaciones por parte del niño, pero no que por eso deje de ser precipitante

Cuadro 34. Gravedad de P.I. y discusión entre sus padres presenciada por él.

Discusión presente P.I.	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
0-6 mes antes	7.1	23.8	69.0	42
7-12 mes antes	44.4	33.3	22.2	9
Después	10.5	42.1	47.4	19
No	17.3	41.3	41.3	75
<b>Total absoluto</b>				<b>145</b>

### 8.3.3. Separación o divorcio de los padres de P.I.

Enseguida presentamos el cuadro 35 donde se muestran los resultados encontrados en relación a la separación o divorcio de los padres de P.I. de 0 a 12 meses antes o después del inicio del trastorno psicológico de este.

Cuadro 35. Gravedad de P.I. y separación o divorcio entre los padres.

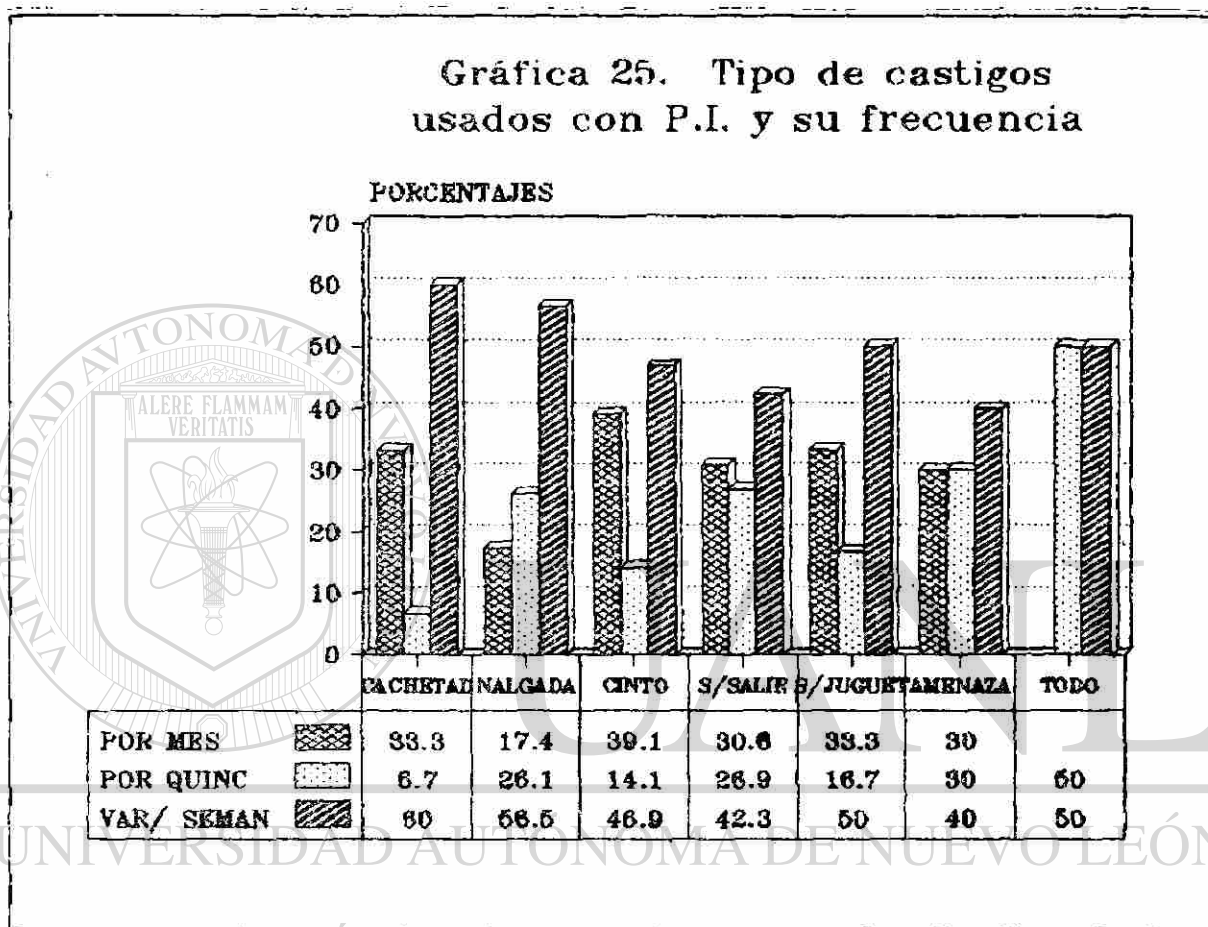
Separación o divorcio	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
0-6 mes antes	31.3	25.0	43.8	16
7-12 mes antes	20.0	30.0	50.0	20
Después		14.3	85.7	7
No	13.1	39.3	47.7	107
Total absoluto				150

En este cuadro observamos que el porcentaje más alto de casos graves se encuentra asociado con la separación o divorcio de los padres después del inicio del problema en el niño (P.I.), aunque cabe mencionar que sólo fueron 7 casos, también es importante considerar que 85% es un porcentaje bastante alto.

El encontrar este porcentaje tan alto de casos infantiles graves asociado con la separación o divorcio de los padres después del inicio del problema de P.I. , nos hace considerarlo como un posible factor agravante, ya que cuando los padres de P.I. se separaron o divorciado el niño (P.I.) ya presentaba el trastorno psicológico, sin embargo, como sabemos, las discusiones son la antesala de la separación o divorcio de una pareja, lo cual nos podría hacer hipotetizar las discusiones como un posible factor precipitante y la separación o divorcio de los padres como agravante, aunque obviamente no en todos los casos, ya que lo impactante de esto no es el hecho en sí, sino la forma en que se dá el proceso.

### 8.3.4. Tipo y frecuencia de castigos más usados con P.I.

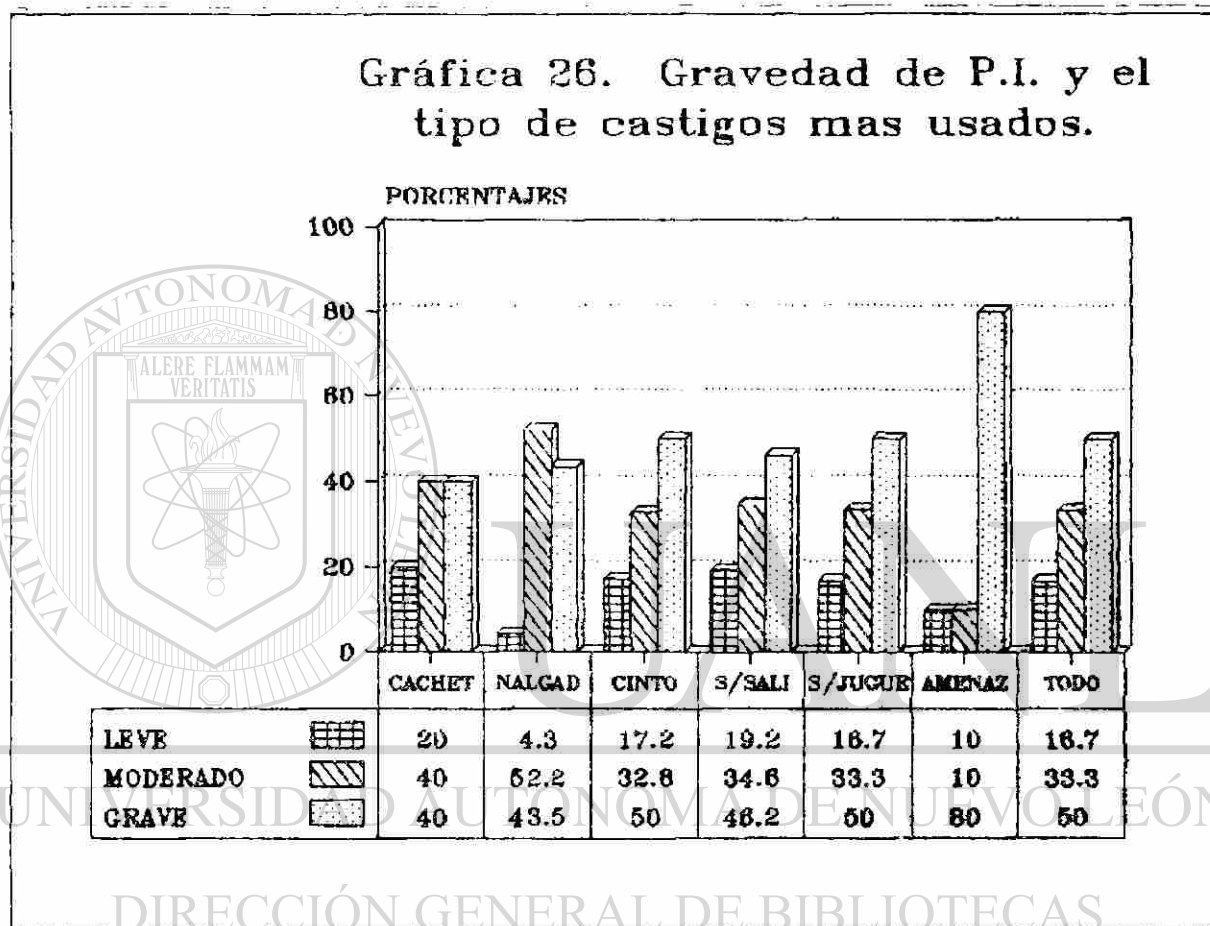
Enseguida presentamos la gráfica 25 donde se muestran los tipos de castigos más usados por los padres para corregir a P.I.



Como podemos observar en esta gráfica, de las personas que acostumbran corregir a su hijo por medio de cachetadas, el 60% hace uso de este castigo varias veces a la semana, de las personas que utilizan las "nalgadas", el 56.5% también lo hace varias veces a la semana, de los que acostumbran quitar algo al niño, el 50% también lo hace varias veces a la semana, y un 50% de los que dicen que usan "de todo" es decir, cachetada, nalgada, amenaza, etc, también lo hacen varias veces a la semana.

Todos los datos anteriores nos hablan de una alta frecuencia de uso de castigos.

La gráfica 26 que presentamos a continuación se muestra la gravedad de P.I. en relación al tipo de castigo utilizado por sus padres para corregirlo:



En esta gráfica observamos que el porcentaje más alto de casos graves (80%) se encuentra asociado con amenazas, lo que nos hace suponer que serán amenazas no cumplidas.

En los demás porcentajes de casos graves y leves no se observan diferencias significativas.



## **CAPITULO 9**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

Antes de iniciar este apartado es conveniente mencionar que las conclusiones obtenidas de este trabajo debieran ser consideradas como una pequeña contribución para futuras investigaciones sobre estos temas tan amplios como son la familia y los trastornos infantiles.

Dentro de las variables independientes que se encontraron relacionadas con la gravedad del trastorno psicológico en el niño se encuentra el sexo de este, es decir, se encontró una mayor incidencia de casos graves en niños que en niñas. Esto concuerda con lo planteado por algunos autores como Bakwin y Bakwin (1980), quienes plantean como el comportamiento esperado y reforzado en un niño y en una niña por la familia es diferente; obviamente que a su vez ésta última se ve influida por las normas culturales, por lo tanto, un factor aparentemente independiente de la familia como es el sexo del niño, bien podría estar relacionado con la forma en que la familia interactúa con sus hijos según el sexo de estos.

Otro factor similar al anterior, es decir, en su función de variable independiente, es la edad del niño. Encontramos que de los niños que tenían de 10 a 12 años, el 65% presentaba trastorno psicológico grave, lo que suponemos podría tener relación con la etapa del ciclo vital de la familia con este niño, que es la de la pre-adolescencia, aunque es posible que la familia esté en otro ciclo vital con otros hijos, con este hijo recién empieza una etapa en que se inicia el reacomodo y necesaria negociación de reglas y límites, es una época en que los padres tienden a una retroalimentación negativa (tendencia al no cambio), y los hijos a una retroalimentación positiva

(tendencia al cambio), dando lugar a conflictos, mas o menos serios dependiendo de como se manejen.

Otro aspecto que consideramos importante incluir, a pesar del bajo número de casos es el de P.I. como hijo de una unión anterior de uno de los padres, es decir, cuando existe padrastro o madrastra. En estos casos, generalmente el niño atravesó previamente por un período de divorcio de los padres o muerte de uno de ellos; luego a esto hay que agregarle la integración a una nueva familia, lo que no estamos señalando como algo "malo" o "inadecuado", si es que se tiene cuidado en cada uno de los procesos mencionados (divorcio, muerte de uno de los padres, o la integración a una nueva familia). En el caso de nuestra población, el 78% de los niños hijos de unión anterior, presentan trastorno psicológico grave, contra un 47% de los que no lo son.

Sobre lo anterior, es importante mencionar que hubo dos casos que no estaban en esta situación, es decir, siendo hijos de unión anterior no presentaban trastorno psicológico grave, sin embargo por los datos proporcionados a nivel informal por la persona entrevistada, pudimos constatar que los procesos de divorcio (en este caso) habían sido diferentes a los de los niños con trastorno psicológico grave; es probable que un proceso de divorcio o muerte de uno de los padres afecte a los hijos, sin embargo, tal vez sea mas importante la forma en que estos hechos son manejados por la familia.

Algo relacionado es el estado civil de los padres y el tipo de familia, en donde los datos coinciden, ya que encontramos que en las familias seminucleares, es decir, la compuesta por un padre viudo(a) o separado(a) presenta los porcentajes más altos de casos infantiles graves.

Esto parecería que es inadecuado divorciarse y volverse a casar, así como no hacerlo, es decir, que el niño permaneciera con solamente uno de los padres, no obstante es importante retomar aquí lo mencionado arriba, tal parece que lo importante de esto, es la manera como se manejen por la familia estas situaciones, ya que por ejemplo en otros resultados tenemos que lo importante es que ambos padres se sientan y se hagan responsables de sus hijos. En nuestro estudio encontramos que los porcentajes más altos de casos graves, se ubican cuando sólo uno de los padres u otra persona (no los padres) tiene la responsabilidad de los hijos, es decir, cuando ambos no se sienten responsables de los hijos, aún y cuando el estado civil de la pareja sea de casado o unidos. De las personas casadas o unidas solamente el 40.7% piensa que la responsabilidad de los hijos es de ambos, es decir, más de la

mitad de las parejas suponen que la responsabilidad de los hijos es solamente de uno de ellos (generalmente de la madre).

Lo anterior nos pone a pensar no sólo en la importancia de la estructura familiar (padre, madre hijos), sino también en los procesos que pueden darse dentro de ella, como son la separación o divorcio de los padres, muerte de uno de ellos, e incluso, el que estando la estructura tradicional conformada sólo uno de ellos se sienta participe en la educación de sus hijos, lo cual parecería que es similar a que esté uno de los cónyuges.

Todos estos argumentos se ven apoyados por los resultados en otras variables, como por ejemplo, la unificación parental, es decir, el grado en que los padres se apoyan el uno al otro para corregir a su hijo. En relación a esto encontramos que a menor unificación parental, mayor gravedad de P.I.; y lo mismo se observó en cuanto a las triangulaciones entre los padres, esto es, que uno de los padres apoye al hijo cuando el conyuge lo está corrigiendo, restándole de esta manera autoridad a su pareja.

Fueron interesantes los resultados encontrados en el último factor mencionado (la triangulación parental), ya que observamos que aunque la triangulación entre los padres fuera leve, esto bastaba para estar asociado con trastornos moderados, mientras que la triangulación moderada se veía asociada con casos graves, subiendo el porcentaje aún más cuando la triangulación era grave, lo que nos habla de que la triangulación entre los padres es un factor altamente importante en los trastornos psicológicos de los hijos.

Lo expuesto hasta el momento concuerda con la teoría familiar sistémica, ya que autores como Madanes (1988), Haley (1989), Minuchin (1989) hablan de la importancia de las jerarquías, reglas, límites, y como estas se vuelven disfuncionales, cuando en la familia, y sobre todo en la pareja se dá una lucha por el poder, que generalmente es oculta, y desviada a través del hijo.

En cuanto a la comunicación, encontramos que es otro factor importante en la gravedad del trastorno psicológico del niño, ya que cuando es mejor la comunicación, disminuye el porcentaje de casos infantiles graves.

Algo que nos llamó la atención es que se encontrara mayor relación entre los trastornos infantiles y la comunicación con el padre que con la madre. Como lo mencionamos anteriormente la entrevista fué contestada generalmente por la madre, así que ella se auto-evaluó con mayor comunicación con sus hijos que su esposo; por lo que pensamos que es probable que las madres

supravaloraran la comunicación con su hijo en relación a la que existe entre padre e hijo, y por esto no se observara tan alta la relación entre la comunicación madre-hijo, como la de padre-hijo.

Dentro del aspecto comunicación también resultó importante que tanta existe entre los padres acerca de los hijos.

En el subsistema conyugal también encontramos algunos factores relacionados con la gravedad de P.I., aunque cabe mencionar que un poco menos que los observados en el subsistema parental, esto posiblemente debido a que en una primera y única entrevista es difícil tener acceso a esta área algo privada de la familia, como lo es el subsistema conyugal, y más cuando la consulta no ha sido solicitada por problemas en este aspecto; sin embargo, aún así se encontraron algunos puntos que sería importante mencionar.

Las discusiones entre la pareja es un aspecto que diversos autores (Carpenter y Treacher, 1993, Pittman, 1990), consideran impactante en los hijos, lo cual concuerda con los resultados obtenidos, ya que en general se observó que al aumentar la frecuencia de discusiones, aumentaba el porcentaje de casos infantiles graves, además de que también es importante la magnitud de estas, es decir a lo más "fuerte" que llega la pareja cuando tiene discusiones graves, encontrándose un alto porcentaje de casos graves asociado con padres que llegan hasta la agresión física y verbal.

Otro punto relacionado con las discusiones, es el tema por el que discuten, encontrándose que las parejas de nuestra población discuten con más frecuencia por cuestiones de índole económica; sin embargo los temas más asociados con trastorno psicológicos infantiles graves fueron las discusiones por ingestión de alcohol y por el trabajo de la madre (así como la falta de acuerdo en esto último) lo que nos da una idea de que existen aspectos más impactantes en los hijos que otros, ya que tal parece que no es lo mismo discutir porque falta dinero, que porque el padre llega en estado de ebriedad o la madre tiene que salir a trabajar.

Lo más probable en los casos anteriores es que habría que analizar las consecuencias y aspectos asociados con los problemas mencionados, ya que por ejemplo los motivos por que la madre decide o tiene que trabajar, pueden ser múltiples y van desde una necesidad económica, independencia, autorrealización, etc.

La mujer al iniciar su actividad laboral entra en contacto con un sistema extrafamiliar, por lo tanto, todo el sistema tendrá



necesidad de acomodarse a las nuevas circunstancias, lo cual será doblemente difícil cuando la madre ha tenido que iniciar a trabajar por problemas económicos. Algunos autores como Minuchin (1989) y Pittman (1990), hablan de como el contacto de algún miembro de la familia con un sistema extrafamiliar puede generar estrés.

Las dificultades de la madre trabajadora, generalmente se ven relacionados con otros factores, como la desaprobación del marido, además de que cuando regresa al hogar después de un día de trabajo frecuentemente continúa con el trabajo de casa, es posible que discuta con el marido, pero que esto quede limitado a subsistema conyugal, sin embargo, también puede suceder, que esto no se resuelva en subsistema conyugal y se genere así un estrés no resuelto que posteriormente podría ser desviado en un ataque contra los hijos, lo cual reduciría el peligro en el subsistema conyugal pero afectaría a los hijos. Todo esto se complica aún mas cuando hay necesidad de guardería, una abuela u otra persona que cuide a los niños, lo cual también repercutirá en el comportamiento de estos, por lo tanto, como lo mencionamos anteriormente, cuando menos en nuestra cultura, cuando la madre trabaja fuera de casa, es necesario establecer pautas de organización familiar, para que esto no genere conflictos entre la pareja o con los hijos.

El abuso del alcohol, según mencionan (Andolfi y Zwerling, 1985), tiraniza a la familia, ya que el bebedor se mostrará adormecido o agitado, irritable o colérico, o reaccionará de manera inadecuada o extraña ante los estímulos, será incapaz de mantener relaciones o resolver problemas y es posible que además pretenda monopolizar el poder, la atención y el interés.

Por otro lado Pittman (1990), afirma que los hijos de alcohólicos pueden sentirse agobiados por la culpa, a veces intentan no molestar, pero en ocasiones deciden que les ha llegado su turno de tiranizar a la familia y optan por atraer la atención hacia su propia crisis, rabietas, fugas del hogar, sintiéndose poseedores del derecho a ser destructivos como su progenitor, además de que el modelo que está recibiendo de conducta madura o relaciones recíprocas no es del todo adecuado.

En fin, como podemos darnos cuenta, estos temas de discusión en la pareja, estan relacionados con otros muchos aspectos a considerar, lo cual podría ser tema de una nueva investigación. Y siguiendo con el tema de las discusiones también encontramos que cuando ellas son fuertes entre la pareja y presenciada por el hijo podrian ser un factor precipitante de trastorno infantil y el divorcio o separación de los padres un posible factor agravante. Pensamos que este orden es

significativo, ya que como lo menciona Marla y cols. (1988), las discusiones son la antesala de la separación o divorcio, por lo que es posible que para cuando los padres decidan separarse o divorciarse el trastorno psicológico en el niño ya se haya iniciado y este hecho sólo venga a agravarlo.

En relación a las demostraciones de afecto y cariño en la pareja, encontramos que aspectos tales como la falta de atención y detalles, la incomprensión y la infidelidad también están asociados con la gravedad de P.I., no así el punto de falta de tiempo para estar juntos como pareja, lo que nos conduce a pensar en el dicho "lo que importa no es la cantidad, sino la calidad", es decir, tal vez no sea tan importante la cantidad de tiempo que estén juntos, como las demostraciones de cariño y comprensión que se den el uno al otro.

Sabemos que este punto hay que tomarlo con cuidado, porque de otra manera podríamos pensar que estos aspectos están relacionados de manera directa, es decir, si entre una pareja se dan detalles cariñosos el uno con el otro ya no habrá problema con el hijo, y tal vez la cosa no sea tan simple, ya que más bien esto podría estar relacionado con la satisfacción de la relación con la pareja, es decir, estos son indicadores de que tan bien está la relación. Por ejemplo si una persona sabe o sospecha de infidelidad de su pareja, aparte de que se siente incomprendida, esto nos dará idea de que tan satisfecha esta con su relación. Y en la medida que este más insatisfecha habrá más diferencias y discusiones en otros temas.

En base a lo expuesto hasta aquí, podemos concluir que en la población estudiada se observaron relaciones entre los trastornos psicológicos infantiles y algunas disfunciones familiares. En estas últimas, las principales fueron detectadas a nivel de subsistema parental, este hallazgo es importante ya que nos permitirá mejorar estrategias de intervención y prevención. Obviamente por no tener una muestra probabilística, no es posible generalizar nuestros resultados, pero si proponerlos como se mencionó anteriormente, como un aporte a futuras investigaciones sobre el tema.

Pensamos que ésta es una labor interesante y sobre todo útil, ya que se podría hacer mucha labor preventiva, además de poder trabajar con varios grupos con características similares, lo cual efficientaría la labor del profesional y sería posible dar servicio a un mayor número de personas.



## BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra y Marcellini.

(1984) *Manual de Psicopatología del niño*, México, Ed. Masson.

Andolfi, M.

(1989) *Terapia familia*, México, Ed. Paidós.

Andolfi, M. y Angelo, C.

(1989) *Tiempo y mito en psicoterapia familiar*, Buenos Aires, Ed. Paidós.

Andolfi, M. y Zweling, A.

(1985) *Dimensiones de la terapia familiar*, Barcelona, Ed. Paidós.

Azcoaga y cols.

(1987) *Los retardos del lenguaje en el niño*, Buenos Aires, Ed. Paidós.

Bakwin, H. y Bakwin, R.

(1980) *Desarrollo psicológico del niño* México, Ed. Interamericana.

Barry y Bricklin

(1981) *Causas psicológicas del bajo rendimiento escolar*, México, Ed. Pax Mex.

Batcson, G. y cols.

(1987) *Interacción familiar*, Buenos Aires, Ed. Tiempo contemporáneo.

Bergman, J.

(1991) *Pescando barracudas*, Barcelona, Ed. Paidós.

Bertalanffy, V.

(1976) *Teoría General de los Sistemas*, México, Ed. Fondo de cultura económica.

Bloch, P..

(1973) *¿Habla bien su hijo?*, Barcelona, Ed. Científico-médica.

Bragado, Carmen.

(1990) "Evaluación y tratamiento de un caso de encopresis secundaria" en Méndez, F. y D. Macía (comps), *Modificación de conducta con niños y adolescentes*, Madrid, Ed. Pirámide, p.p. 254 a 277.

- Carpenter, J y Treacher, A.  
(1993) *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*, Barcelona, Ed. Paidós.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P.  
(1991) *Niños maltratados*, Barcelona, Ed. paidós.
- Clarizio y Mc. Coy  
(1990) *Trastornos de la conducta en el niño*, México, Ed. Manual moderno
- Clifford, J.  
(1980) *Contrato matrimonial y terapia de pareja*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu
- Darley, J. Glucksberg, S. y Kinchla, R.  
(1990) *Psicología*, México, Ed. Prentice Hall Hispanoamericana.
- Dinville, C.  
(1982) *La Tartamudez*, México, Ed. Masson.
- Erickson, M.  
(1986) *Mind-body communication*. Edit by Ernest Rossi, Irvington publishers, inc., New York.
- Ferrandiz, A.  
(1985) "Terapia familiar: un enfoque sistémico" en: *Family Process*, Num. 6, Vol. 2, p.p. 27 a 45.
- 
- Fiedler, P y Standrop, R.  
(1984) *La Tartamudez*, Barcelona, Ed. Herder.
- Fischman, Ch.  
(1990) *Tratamiento de adolescentes con problemas*, Barcelona, Ed. Paidós
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L.  
(1988) *La táctica del cambio* Barcelona, 1988, Ed. Herder.
- Flores, G.V.  
(1984) *Problemas del aprendizaje*, México, Ed. Limusa.
- Guerin, P. y Gordon, E.  
(1988) "Árboles, triángulos y temperamento en la familia centrada en el niño" en: Fishman H. y B. Rosman, (comps), *El cambio familiar: el desarrollo de modelos*, Madrid, Ed. Gedisa, p.p. 174-198

- Haley, J.  
(1990) *Tácticas de poder de Jesucristo*, Buenos Aires, Ed. Paidos.
- Haley, J.  
(1989) *Terapia no convencional*, Buenos Aires, Ed. Paidos.
- Haley, J.  
(1987) *Terapia para resolver problemas*, Buenos Aires, Ed. Paidos.
- Haley, J.  
(1988) "Modificación de conducta y una perspectiva familiar sobre los hijos" en Fishman, H. y B. Rosman, (comps), *El cambio familiar; el desarrollo de modelos*, Madrid, Ed. Gedisa, p.p.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P.  
(1993) *Metodología de la investigación*, México, Ed. Mc. Graw Hill.
- Hoffman, L.  
(1987) *Fundamentos de la terapia familiar*, México, Ed. Fondo de cultura económica
- Kazdin, A.  
1988 *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*, México, Ed. Martínez Roca
- Keeney, B. y Ross, J.  
1987 *Construcción de terapias familiares sistémicas*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu
- Kerlinger, F.  
(1979) *Investigación del comportamiento, técnicas y metodología*, México, Ed. Interamericana.
- Kinsbourne y Kaplan.  
(1990) *Problemas de atención y aprendizaje en los niños*, México, Ed. Prensa mexicana, s.a. de c.v.
- Lilienfeld, R.  
(1984) *Teoría de sistemas. Orígenes y aplicaciones en las ciencias sociales*, México, Ed. Trillas.
- Lobrot M.  
(1985) *Alteraciones de la lengua escrita y remedios*, México, Ed. Roca.

Madanes, C.

- (1988) "Ideas de integración en la Terapia Familiar con los hijos" en Fishman, H. y Rosman, B. (comps), *El cambio familiar: desarrollo de modelos*, Madrid, Ed. Gedisa, p.p. 199-218.

Madanes, C.

- (1984) *Terapia familiar estratégica*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

Marla, J. y cols.

- (1988) *Divorcio difícil*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

Melgar, M.

- (1980) *Como detectar el niño con problemas del habla*, México, Ed. Trillas

Méndez, F. y D. Macia.

- (1990) *Modificación de la conducta en niños y adolescentes*, Madrid, Ed. Pirámide

Minuchin, S.

- (1985) *Calidoscopio familiar*, Barcelona, Ed. Paidós.

Minuchin, S.

- (1989) *Familias y terapia familiar*, México, Ed. Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H.

- (1989) *Técnicas de terapia familiar*, México, Ed. Paidós.

Mussen, P. y cols.

- (1974) *Desarrollo de la personalidad en el niño*, México, Ed. Trillas.

Myers, P.

- (1989) *Métodos para educar niños con dificultades en el aprendizaje*, México, Ed. Limusa.

Newman, B. y Newman, P.

- (1983) *Desarrollo del niño*, México, Ed. Limusa.

Nieto, M.

- (1987) *La dislexia escolar*, México, Ed. Trillas.

Nieto, M.

- (1988) *Retardo de lenguaje*, México, Ed. CEDIS

Onnis, I.

- (1990) *Terapia Familiar de los trastornos Psicossomáticos* Barcelona, Ed. Paidós

- Palazzoli, M. y cols.  
(1988) *Paradoja y contraparadoja*, Barcelona, Ed. Paidós.
- Pascual, P.  
(1984) *La Dislexia*, México, Ed. Ciencias de la educación pre-escolar y especial.
- Perello, J.  
(1984) *Perturbaciones del lenguaje*, Barcelona, Ed. Científico-médica.
- Perelló, J.  
(1981) *Trastornos del habla*, Barcelona, Ed. Científico-médica.
- Pittman, F.  
(1990) *Momentos decisivos*, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Reader's Digest  
(1976) *Diccionario Enciclopédico Ilustrado*, Indiana, EUA.
- Ribeiro, M.  
(1989) *Familia y fecundidad*, Monterrey, N.L. Mex., Ed. Fac de Trabajo Social, UANL.
- Ribes, E.  
(1987) *Técnicas de modificación de conducta*, México, Ed., Trillas.
- Rojas Soriano, R.  
(1980) *Guía para realizar investigación social*, México, UNAM.
- Ross, A.  
(1989) *Terapia de la conducta infantil*, México, Ed. Limusa.
- Santacreu, J.  
(1990) *Tratamiento de la tartamudez en la infancia, en Modificación de conducta en niños y adolescentes, de F. Méndez y D. Macia (comps)*, Madrid, Ed. Pirámide, p.p. 404 a 423.
- Satir, V.  
(1988) *Relaciones humanas en el núcleo familiar*, México, Ed. Pax-Mex.
- Siegel, S.  
(1976) *Estadística no paramétrica*, México, Ed. Trillas.
- Silver, L..  
(1988) *El niño incomprendido*, México, Fondo de cultura económica.

Sluski, C.

(1985) "A minimal map of cybernetics", *The Family Therapy Networker*, Vol. 9, Num. 1, Jan. 1985, 26-36.

Valdez Miyar y cols.

(1988) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, (DSM-III-R) Madrid, Ed. Masson.

Watzlawick, P.

(1989a) *Cambio* Barcelona, Ed. Herder.

Watzlawick, P.

(1989b) *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona, Ed. Herder.

Wolman, B.

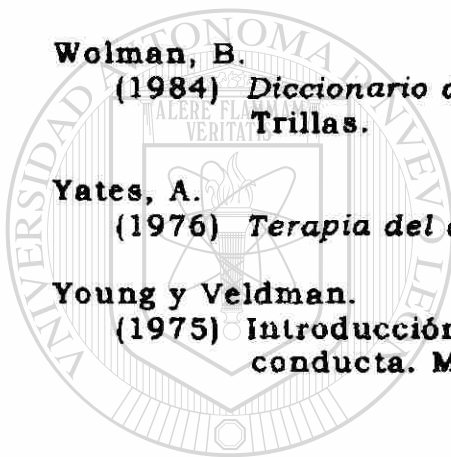
(1984) *Diccionario de las ciencias de la conducta*, México, Ed. Trillas.

Yates, A.

(1976) *Terapia del comportamiento*, México, Ed. Trillas.

Young y Veldman.

(1975) *Introducción a la estadística aplicada a las ciencias de la conducta*. México, Ed. Trillas.



UANL

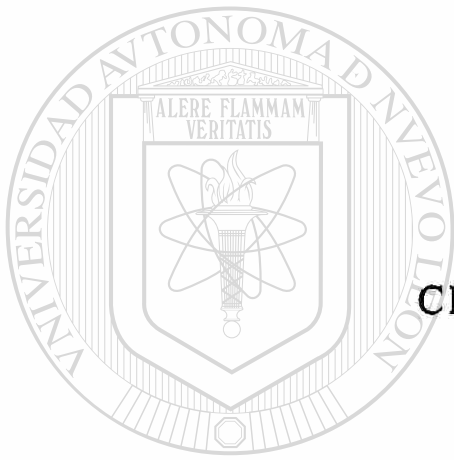
---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS







**APENDICE 1**

**CEDULA - ENTREVISTA**

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Terapeuta \_\_\_\_\_ Num. entrevista \_\_\_\_\_  
Hora inicio \_\_\_\_\_ Hora término \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

Miembros que viven en la casa :

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentezco	Ed. civil
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

50.- Tipo de familia: \_\_\_\_\_  
51.- Escolaridad del padre: \_\_\_\_\_  
52.- Escolaridad de la madre: \_\_\_\_\_

53.- P.I. es hijo de matrimonio anterior: 1) Si 2) No

54.- Estado civil de la pareja : \_\_\_\_\_

55.- Persona entrevistada: \_\_\_\_\_

56.- Número de hijos: \_\_\_\_\_

57.- Edad madre: \_\_\_\_\_

58.- Edad del padre: \_\_\_\_\_

Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datos generales del niño:**

1.- Núm. entrevista: \_\_\_\_\_

## 2.- Sexo

- 1) Masculino
- 2) Femenino

3.- Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

.- Grado escolar que cursa: \_\_\_\_\_ años repetidos \_\_\_\_\_

## 4.- Lugar que ocupa en la familia:

- 1) Único
- 2) Primero
- 3) Medio
- 4) Último

## 5.- Problema por el que solicita consulta:

---



---



---

**6.- Trastornos de eliminación.****7.- Clasificación****Enuresis.**

5.- Qué tan frecuente es que el niño(a) se orine en lugares inadecuados para este propósito como suelo, roperos, ropa, etc ?

- 4) Todos los días
- 3) Varias veces por semana
- 2) 2 veces al mes
- 1) 1 vez al mes o menos
- 0) Nunca

.- El problema del control de orina en el niño(a):

- 1) Nunca lo ha controlado
- 2) Tenía mas de un año de control y reincidió
- 9) No se aplica

.- Cuando el niño(a) se orina en lugares inadecuados, lo hace:

- 1) Solo en el día
- 2) Solo en la noche
- 3) Ambas
- 9) No se aplica

.- Ha consultado a algún médico ?

- 1) Sí
- 2) No
- 9) No se aplica

.- Qué tipo de estudio médico se le ha hecho ?

- 1) Ninguno
- 2) General de orina, cultivo
- 3) Radiografías
- 4) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 9) No se aplica

.- El médico opina que el problema es:

- 1) Psicológico, emocional
- 2) Orgánico, infección
- 3) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 9) No se aplica

.- El niño(a) presenta algún tipo de molestia al orinar como :

- 1) Ardor
- 2) Comezón
- 3) Dolor
- 4) Deseo frecuente de orinar
- 5) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 6) Ninguno
- 9) No se aplica

### Encopresis.

6.- Qué tan frecuente es que el niño(a) evacúe en lugares inadecuados para este propósito, como suelo, ropa, roperos, etc.

- 4) Todos los días
- 3) Varias veces por semana
- 2) 2 veces al mes
- 1) 1 vez al mes o menos
- 0) Nunca

.- El problema en control de evacuaciones el niño(a):

- 1) Nunca lo ha controlado
- 2) Tenía mas de un año de control y reincidió
- 9) No se aplica

.- Ha consultado a algún médico ?

- 1) Si
- 2) No
- 9) No se aplica

.- Qué tipo de estudio se le ha hecho al niño(a) ?

- 1) Ninguno
- 2) Copro. Muestra única o seriado
- 3) Radiografías
- 4) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 9) No se aplica

.- El médico opina que el problema es :

- 1) Psicológico, emocional
- 2) Orgánico, infección
- 3) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 9) No se aplica

.- El niño padece de alguno de los siguientes problemas ?

- 1) Estreñimiento frecuente
- 2) Diarrea frecuente
- 3) Parásitos
- 4) Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 5) Ninguno
- 9) No se aplica

Observaciones:

---

---

---

**8.- Trastornos por conducta perturbadora****9.- Clasificación****Negativismo.**

Podría decirme la frecuencia con que el niño(a) presenta las siguientes conductas?

- 1.-  Se distrae con facilidad.
- 2.-  Discute con los adultos
- 3.-  Desafía o rechaza las ordenes, reglas o peticiones de los adultos.
- 4.-  Hace cosas a propósito con el fin de molestar, como quitar un juguete cambiarle a la T.V., o ponerse enfrente, etc.
- 5.-  Culpa a los demás de sus propios errores.
- 6.-  Es muy susceptible y se molesta facilmente con los demás.
- 7.-  Se muestra enojado y resentido con los demás
- 8.-  Se muestra rencoroso con los demás
- 9.-  Reniega y dice malas palabras

Frecuencia:

- 4) Todos los días, siempre
- 3) Frecuentemente, casi siempre
- 2) Rara vez, casi nunca
- 1) Nunca

.- Tiene al menos 5 de los síntomas anteriores

- 1) Si
- 2) No

.- Fecha en que se inicia el problema: \_\_\_\_\_

- 1) Más de 6 meses
- 2) Menos de 6 meses

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Trastorno de conducta.

Podría decirme la frecuencia con que el niño presenta las siguientes conductas ?

- 1.- \_\_\_\_\_ Se apodere de cosas que no le pertenecen.
- 2.- \_\_\_\_\_ Provoque o intente provocar fuego o algún incendio
- 3.- \_\_\_\_\_ Que mienta
- 4.- \_\_\_\_\_ Que se escape de la escuela
- 5.- \_\_\_\_\_ Que se introduzca en lugares ajenos sin permiso (como casas, carros, edificios, etc.)
- 6.- \_\_\_\_\_ Que destruya deliberadamente bienes ajenos
- 7.- \_\_\_\_\_ Que lastime deliberadamente (a propósito) a los animales
- 8.- \_\_\_\_\_ Utiliza o le gusta tomar armas como navajas, cuchillos, pistolas, etc.
- 9.- \_\_\_\_\_ Inicia peleas
- 10.- \_\_\_\_\_ Se apodera de cosas que no le pertenecen enfrentandose a la persona (víctima), es decir arrebatando, usando violencia, etc.
- 11.- \_\_\_\_\_ Lastima o intenta lastimar a otras personas sin motivo

Frecuencia :

- 4) Todos los días, siempre
- 3) Frecuentemente, casi siempre
- 2) Rara vez, casi nunca
- 1) Nunca

12.- \_\_\_\_\_ El niño(a) se ha escapado de casa ?

- 4) Dos o mas veces
- 2) Una vez
- 1) Nunca

13.- \_\_\_\_\_ El niño(a) ha molestado sexualmente a alguien ?

- 4) Si A quién ? \_\_\_\_\_
- 1) No Cuándo ? \_\_\_\_\_

Qué se hizo al respecto ? \_\_\_\_\_

.- Tiene al menos 3 de los síntomas anteriores ?

- 1) Si
- 2) No

.- Fecha en que se iniciaron estos problemas: \_\_\_\_\_

- 1) Mas de 6 meses
- 2) Menos de 6 meses

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Trastorno de atención con hiperactividad.**

Podría decirme la frecuencia con que el niño presenta las siguientes conductas ?

- 1.-  Que el niño(a) sentado en algún lugar se esté moviendo excesivamente, (manos, pies, etc.).
- 2.-  Le cuesta trabajo permanecer sentado
- 3.-  Que se distraiga cuando se le habla o está haciendo algo
- 4.-  Que se distraiga cuando hace tarea
- 5.-  Que en situaciones de grupo o de juego, se adelante, antes de que le toque su turno
- 6.-  Responda precipitadamente, antes de que se le acabe de preguntar
- 7.-  Que deje sin terminar algo que se le pide que haga
- 8.-  Es capaz de mantenerse jugando tranquilo
- 9.-  Cambia constantemente de actividad sin terminar ninguna
- 10.-  Se mantiene haciendo algo tranquilo, como ver T.V., pintar, etc.
- 11.-  Habla excesivamente
- 12.-  Interrumpe juegos que han comenzado otros niños
- 13.-  Parece no escuchar lo que se le dice
- 14.-  Pierde cosas (útiles escolares, objetos, juguetes, etc) o no sabe donde los dejó
- 15.-  Qué haga cosas sin medir el peligro, como cruzar calles de mucho tráfico sin mirar, trepar arboles, etc.

Frecuencia :

- 4) Todos los días siempre (1)
- 3) Frecuentemente casi siempre (2)
- 2) Rara vez, casi nunca (3)
- 1) Nunca (4)

.- Tiene al menos 8 de los síntomas anteriores ?

- 1) Si
- 2) No

.- Estos problemas de movimiento excesivo, inquietud, etc. se iniciaron antes de los 7 años ?

- 1) Si
- 2) No
- 9) No se aplica

.- Fecha en que se inician estos problemas : \_\_\_\_\_

- 1) Hase más de 6 meses
- 2) Hace menos de 6 meses

Observaciones : \_\_\_\_\_

**10.- Trastorno en habilidades académicas****11.- Clasificación**

- Usted o su pareja consideran que el niño(a) tiene problemas académicos ?
- 1) Si
  - 2) No
  - 9) No se aplica

- El niño(a) presenta calificaciones de pase mínimo o reprobatorias ?
- 4) Siempre
  - 3) Frecuentemente, casi siempre
  - 2) Rara vez, casi nunca
  - 1) Nunca

- Qué tan frecuentes son los reportes de la maestra sobre los problemas académicos del niño(a) ?
- 4) Todos los días
  - 3) Varias por semana
  - 2) Cada quince días
  - 1) Cada mes

- Aplicar la evaluación correspondiente.

**12.- Trastornos del habla y lenguaje****13.- Clasificación**

- El niño (a) pronuncia mal alguna palabra ?
- Se le dificulta comprender lo que se le dice ?
- Se le dificulta expresar ideas ?
- Tartamudea ?

Frecuencia :

- 4) Siempre
- 3) Casi siempre
- 2) Rara vez
- 1) Nunca

- Aplicar la evaluación correspondiente

Observaciones: \_\_\_\_\_

Subsistema Parental.

**14.- Triangulación parental :**

**.- Cuando usted regaña a su hijo(a) o le dá una orden que no quieren obedecer ¿con qué frecuencia, su pareja apoya a su hijo(a) o interviene a favor de el (ella)?**

- 4) Siempre interviene a favor del hijo(a)
- 3) La mayoría de las veces a favor del hijo(a)
- 2) Algunas veces a favor del hijo (a)
- 1) Casi nunca a favor del hijo
- 0) Nunca a favor del hijo
- 9) No se aplica

**.- Cuando su pareja regaña a su hijo(a) o le dá una orden que no quiere obedecer ¿ con qué frecuencia usted apoya a su hijo(a) o interviene a favor de el (ella) ?**

- 4) Siempre interviene a favor del hijo(a)
- 3) La mayoría de las veces a favor del hijo
- 2) Algunas veces a favor del hijo
- 1) Casi nunca a favor del hijo
- 0) Nunca a favor del hijo
- 9) No se aplica

**15.-Unificación parental.**

**.- Cuando usted regaña o dá una orden a su hijo(a) y no quiere obedecer, con que frecuencia su pareja interviene a favor de usted, para apoyarla ?**

- 4) Nunca
- 3) Casi nunca
- 2) Algunas vcccs, ocasionalmenc
- 1) La mayoría de las veces
- 0) Siempre
- 9) No se aplica

**.- Cuando su pareja regaña o dá una orden a su hijo(a) y no quiere obedecer, con que frecuencia usted interviene a favor de su pareja para apoyarlo ?**

- 4) Nunca
- 3) Casi nunca
- 2) Algunas veces
- 1) La mayoría de las veces
- 0) Siempre
- 9) No se aplica

**16.-** En cuánto a la educación de su hijo qué es lo que habitualmente sucede ?

- 1) Su pareja le deja la responsabilidad a usted (de la madre)
- 2) La responsabilidad es de su pareja (del padre)
- 3) La responsabilidad la comparten ambos
- 4) La responsabilidad es de otra persona : Especifique: \_\_\_\_\_

**17.-** Triangulación parental, P.I., familia extensa.

Cuando usted o su pareja corrigen o regañan a su hijo(a) en su casa o casa de familiares, quién interviene y con que frecuencia para apoyar o defender a su hijo(a) ?

- 1) \_\_\_\_\_ Abuelo (a)
- 2) \_\_\_\_\_ Tío (a)
- 3) \_\_\_\_\_ Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

Frecuencia:

- 4) Siempre
- 3) Casi siempre
- 2) Ocasionalmente
- 1) Rara vez
- 0) Nunca

\* Se tomará el de mayor frecuencia.

**-18.** Comunicación madre-P.I.

Cómo considera que es la comunicación que tiene usted con su hijo(a) sobre los siguientes temas :

- 1.- \_\_\_\_\_ Sobre lo que les gusta o disgusta (programas de T.V., deportes, etc.)
- 2.- \_\_\_\_\_ Sobre lo que hacen a diario
- 3.- \_\_\_\_\_ Sobre como se llevan con sus amigos, a que juegan, de que platican
- 4.- \_\_\_\_\_ Sobre lo que hacen en la escuela, tareas, maestros, compañeros, etc.
- 5.- \_\_\_\_\_ Sobre que hacer los fins de semana, a donde salir, a quien visitar, etc
- 6.- \_\_\_\_\_ Sobre su relación como madre-hijo, si le gusta su forma de ser, etc. (niños de 10 y mas años).
- 7.- \_\_\_\_\_ Inquietudes sexuales, cambios físicos de su cuerpo, dudas sobre esto, etc. (niños de 10 y mas años)
- 8.- \_\_\_\_\_ Sobre alcoholismo, drogadicción, etc (niños de 10 y mas años).

Nivel de comunicación percibido :

- 1) Hay suficiente comunicación sobre este tema
- 2) Hay poca comunicación sobre eso
- 3) No hablan de eso.
- 9) No se aplica (no tiene mamá).

**19. Comunicación padre-P.I.**

Cómo considera que es la comunicación que tiene usted con su hijo(a) sobre los siguientes temas :

- 1.- \_\_\_\_\_ Sobre lo que les gusta o disgusta (programas de T.V., deportes, etc.)
- 2.- \_\_\_\_\_ Sobre lo que hacen a diario
- 3.- \_\_\_\_\_ Sobre como se llevan con sus amigos, a que juegan, de que platican
- 4.- \_\_\_\_\_ Sobre lo que hacen en la escuela, tareas, maestros, compañeros, etc.
- 5.- \_\_\_\_\_ Sobre que hacer los fines de semana, a donde salir, a quien visitar, etc
- 6.- \_\_\_\_\_ Sobre su relación como madre-hijo, si le gusta su forma de ser, etc. (niños de 10 y mas años).
- 7.- \_\_\_\_\_ Inquietudes sexuales, cambios físicos de su cuerpo, dudas sobre esto, etc. (niños de 10 y mas años)
- 8.- \_\_\_\_\_ Sobre alcoholismo, drogadicción, etc (niños de 10 y mas años).

Nivel de comunicación percibido :

- 1) Hay suficiente comunicación sobre este tema
- 2) Hay poca comunicación sobre eso
- 3) No hablan de eso.
- 9) No se aplica (no tiene papá).

**20.- Comunicación entre los padres.**

Qué tanto se comunican usted y su pareja sobre los siguientes temas ?

- 1) \_\_\_\_\_ Sobre la escuela de sus hijos
- 2) \_\_\_\_\_ Sobre la forma de corregirlo
- 3) \_\_\_\_\_ Sobre el comportamiento de sus hijos
- 4) \_\_\_\_\_ Sobre los permisos de sus hijos
- 5) \_\_\_\_\_ Sobre los amigos de sus hijos

Nivel de comunicación percibido :

- 1) Suficiente
- 2) Poca
- 3) Insuficiente

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**Subsistema Conyugal****21.- Felicidad en el matrimonio**

Cómo considera qué es su matrimonio ?

- 0) Muy feliz, se siente muy satisfecha con su vida matrimonial
- 1) Feliz, pero sí hay cosas que le gustaría mejorar
- 2) Poco feliz, no está satisfecha con su matrimonio, pero la situación es tolerable
- 3) Infeliz, no está satisfecha con su matrimonio y en ocasiones la situación es intolerable
- 4) Muy infeliz, no está nada satisfecha con su matrimonio y la situación es intolerable en todo momento.



22.- Si pudiera regresar su vida se volvería a casar ?

- 1) Sí con la misma persona
- 2) Sí con otra persona
- 3) No se volvería a casar

23.- Con qué frecuencia discuten usted y su pareja ?

- 4) Continuamente, todos los días
- 3) Mínimo una vez por semana
- 2) Algunas veces, a lo mucho una vez por quincena
- 1) Casi nunca, a lo mucho una vez al mes
- 0) Nunca discuten

24.- Con qué frecuencia se ponen de acuerdo usted y su pareja ?

- 0) Siempre
- 1) La mayoría de las veces
- 2) Ocasionalmente, algunas veces
- 3) Rara vez, casi nunca
- 4) Nunca

Con qué frecuencia discuten usted y su pareja sobre los siguientes temas ?

25.- \_\_\_\_\_ Aspectos económicos, como falta de dinero, como distribuirlo, en que gastarlo, etc.

26.- \_\_\_\_\_ Cuestiones sexuales, satisfacción, frecuencia, etc.

27.- \_\_\_\_\_ Celos, sospecha de coqueteos o infidelidad con otra persona

28.- \_\_\_\_\_ Trabajo de usted, lo que hace, horario, etc.

29.- \_\_\_\_\_ Trabajo de su pareja, horario, lo que hace, etc.

30.- \_\_\_\_\_ Problemas por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, etc.

Frecuencia :

4) Casi todos los días

3) Una o varias por semana

2) Una por quincena

1) Una por mes o menos

0) Nunca

9) No se aplica

Con qué frecuencia se ponen de acuerdo sobre los siguientes temas ?

31.- \_\_\_\_\_ Aspectos económicos, como falta de dinero, como distribuirlo, en que gastarlo, etc.

32.- \_\_\_\_\_ Cuestiones sexuales, satisfacción, frecuencia, etc.

33.- \_\_\_\_\_ Celos, sospecha de coqueteos o infidelidad con otra persona

34.- \_\_\_\_\_ Trabajo de usted, lo que hace, horario, etc.

35.- \_\_\_\_\_ Trabajo de su pareja, horario, lo que hace, etc.

36.- \_\_\_\_\_ Problemas por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, etc.

**Frecuencia :**

- 0) Siempre
- 1) Casi siempre
- 2) Ocasionalmente
- 3) Rara vez
- 4) Nunca
- 9) No se aplica

**37.- Magnitud de las discusiones de pareja.**

**Cómo son las discusiones mas fuertes entre usted y su pareja ?**

- 1) Solo levantan la voz
- 2) Levantan la voz y se ofenden verbalmente (malas palabras, maldicen, etc.)
- 3) Levantan la voz, se ofenden y se agreden a golpes.

**38.- Frecuencia de discusiones fuertes.**

**Con qué frecuencia tienen discusiones fuertes usted y su pareja ?**

- 4) Todos los dias
- 3) Una a cinco veces por semana
- 2) Una por quincena
- 1) Una por mes
- 0) Una vez cada dos meses o menos
- 9) No se aplica

**39.- Triangulación conyugal con familia extensa.**

**Cuando usted y su pareja discuten o no se ponen de acuerdo, quién apoya o defiende a cada uno de ustedes ?**

- 1) \_\_\_\_\_ Alguno de sus padres
- 2) \_\_\_\_\_ Alguno de sus suegros
- 3) \_\_\_\_\_ Hermano(a), cuñado(a)
- 4) \_\_\_\_\_ Otro. Esppcificuc: \_\_\_\_\_

**Frecuencia :**

- 4) Siempre
- 3) Casi siempre
- 2) Ocasionalmente
- 1) Rara vez
- 0) Nunca
- 9) No se aplica

**\* Se tomará el de mayor frecuencia.**

**Con qué frecuencia se dan en su relación de pareja cada uno de los siguientes aspectos ?**

- 40.- \_\_\_\_\_ Falta de atención y detalles
- 41.- \_\_\_\_\_ Falta de tiempo para hacer cosas juntos como pareja
- 42.- \_\_\_\_\_ Infidelidad
- 43.- \_\_\_\_\_ Incomprensión

Frecuencia :

- 4) Todos los días, siempre
- 3) Frecuentemente, casi siempre
- 2) Ocasionalmente, algunas veces
- 1) Casi nunca, rara vez
- 0) Nunca sucede
- 9) No se aplica

**44.- Comunicación en la pareja.**

Qué tanto se comunican usted y su pareja sobre los siguientes temas ?

- 1) \_\_\_\_\_ Trabajo de usted (puede ser el de la casa)
- 2) \_\_\_\_\_ Trabajo de su pareja
- 3) \_\_\_\_\_ Manejo del gasto familiar
- 4) \_\_\_\_\_ Tener o no más hijos
- 5) \_\_\_\_\_ Problemas económicos
- 6) \_\_\_\_\_ Relaciones con parientes
- 7) \_\_\_\_\_ Relaciones con amigos
- 8) \_\_\_\_\_ Sobre sus relaciones sexuales
- 9) \_\_\_\_\_ Planes para el futuro
- 10) \_\_\_\_\_ Lo que le gusta y disgusta al uno del otro
- 11) \_\_\_\_\_ Lo que le sucede a cada uno todos los días
- 12) \_\_\_\_\_ Los sentimientos de cada uno sobre el otro

Nivel de comunicación :

- 1) Se comunican lo suficiente
- 2) Falta comunicación hablan poco
- 3) No hay comunicación sobre ese tema

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Factores precipitantes o agravantes

Fecha en que se inicia el problema del niño(a) :

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Usted a qué cree que se deba el problema del niño(a) ?

---



---



---

Su pareja a qué cree que se deba el problema del niño(a) ?

---



---



---

Podría decirme si se ha presentado en el último año, mes, etc (ver fecha del inicio del problema del niño), alguna o varias de las situaciones que le voy a mencionar ?

**45.- Nacimiento de un hermano de P.I.**

- 1) No
- 2) Sí Fecha: \_\_\_\_\_

**.- Piensa que influyó en el problema de P.I. ?**

- 1) Si Por qué ? \_\_\_\_\_
- 2) No \_\_\_\_\_
- 9) No se aplica

**46.- Discusión fuerte con su pareja y que su hijo estuviera presente :**

- 1) No
- 2) Sí Fecha: \_\_\_\_\_

**.- Piensa que influyó para el problema de P.I. ?**

- 1) Si Por qué ? \_\_\_\_\_
- 2) No \_\_\_\_\_
- 9) No se aplica

**47.- Separación o divorcio entre usted y su pareja ?**

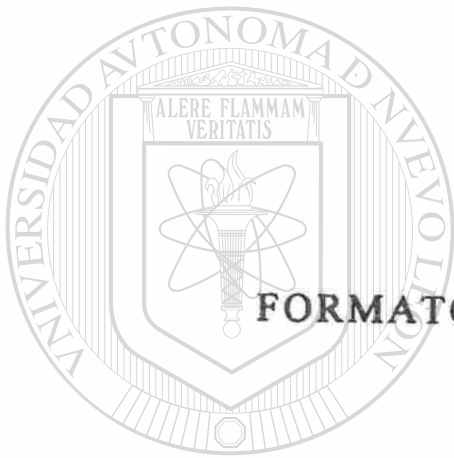
- 1) No
- 2) Si Fecha : \_\_\_\_\_

**48.- Cual es el castigo que usted o su pareja acostumbran usar con P.I. ?**

- 1) Cachctadas
- 2) Nalgadas con la mano
- 3) Cinturon
- 4) Dejarlo sin salir
- 5) Quitarle juguete
- 6) Sin alimento
- 7) Amenaza
- 8) Todo lo anterior

**49.- Con que frecuencia tiene necesidad de utilizar este castigo con su hijo (ya sea el padre o la madre).**

- 1) Por mes
- 2) Por quincena
- 3) Varias veces por semana
- 4) Todos los dias



**APENDICE 2**

**FORMATO DE VACIADO DE DATOS**

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## FORMATO DE VACIADO DE DATOS.

1.- Número de entrevista:..... \_\_\_\_\_

2.- Sexo de P.I..... \_\_\_\_\_

- 1) Masculino
- 2) Femenino

3.- Edad de P.I. (años cumplidos)..... \_\_\_\_\_

4.- Lugar que ocupa en la familia..... \_\_\_\_\_

5.- Problema por el que solicita consulta..... \_\_\_\_\_

- 1) Eliminación
- 2) Lenguaje
- 3) Conducta
- 4) Académico
- 5) Eliminación-académico
- 6) Académico-lenguaje
- 7) Lenguaje-conducta
- 8) Conducta-académico
- 9) Otro

6.- Grado de trastorno de eliminación. El más alto..... \_\_\_\_\_

Enuresis :

- 4) Todos los días
- 3) Varias veces por semana
- 2) Dos o mas al mes
- 1) Una vez al mes
- 0) Nunca

Encopresis :

- 4) Todos los días
- 3) Varias veces por semana
- 2) Dos o mas al mes
- 1) Una al mes
- 0) Nunca

7.- Clasificación de trastornos de eliminación..... \_\_\_\_\_

- 1) Enuresis
- 2) Encopresis
- 3) Ambas
- 9) No se aplica



8.- Grado de trastorno de conducta. El mas alto.....

Negativismo. Suma: \_\_\_\_\_

- 1) 9-17 Leve
- 2) 18-26 Moderado
- 3) 27-36 Grave

Trastorno de conducta. Suma: \_\_\_\_\_

- 1) 13-25 Leve
- 2) 26-38 Moderado
- 3) 39-52 Grave

Atención con hiperactividad. Suma: \_\_\_\_\_

- 1) 1-15 Leve
- 2) 16-30 Moderado
- 3) 31-45 Grave

9.- Clasificación del trastorno de conducta.....

- 1) Atención
- 2) Negativismo
- 3) Conducta
- 4) Combinación
- 9) No se aplica

10.- Grado de trastorno académico. Se toma el mas alto.....

Lectura.

- 0) 10 = Sin
- 1) 8-9 = Leve
- 2) 6-7 = Moderado
- 3) 5 o menos = Grave

Escritura

- 0) 10 = Sin
- 1) 8-9 = Leve
- 2) 6-7 = Moderado
- 3) 5 o menos = Grave

Aritmética

- 0) 10 = Sin
- 1) 8-9 = Leve
- 2) 6-7 = Moderado
- 3) 5 o menos = Grave

11.- Clasificación de trastorno académico.....

- 1) Lectura
- 2) Escritura
- 3) Aritmética
- 4) Combinación
- 9) No se aplica

12.- Grado de trastorno de lenguaje. Se toma el mas alto.....

Articulación

- 0) 10 = Sin
- 1) 8-9 = Leve
- 2) 6-7 = Moderado
- 3) 5 o menos = Grave

Comprensión

- 0) 10 = Sin
- 1) 8-9 = Leve
- 2) 6-7 = Moderado
- 3) 5 o menos = Grave

Expresión

- 0) 10 = Sin
- 1) 8-9 = Leve
- 2) 6-7 = Moderado
- 3) 5 o menos = Grave

13.- Clasificación del trastorno de lenguaje :.....

- 1) Articulación
- 2) Expresión
- 3) Tartamudeo
- 4) Combinación
- 9) No se aplica

UANL

Subsistema parental

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

14.- Triangulación parental. Se toma la mas alta.....

Coalición del padre con P.I.

- 4) Siempre
- 3) Frecuentemente
- 2) Ocasionalmente
- 1) Rara vez
- 0) Nunca
- 9) No se aplica

Coalición de la madre con P.I.

- 4) Siempre
- 3) Frecuentemente
- 2) Ocasionalmente
- 1) Rara vez
- 0) Nunca
- 9) No se aplica

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**\*14.- Recode:**

- 0) 0 = Sin
- 1) 1 = Leve
- 2) 2 = Moderado
- 3) 3,4 = Grave

**15.- Unificación parental. Suma .....**

Grado de unificación de subsistema parental con P.I.

- 1) 0-2 buena unificación parental
- 2) 3-5 Riesgosa unificación parental
- 3) 6-8 Mala unificación parental

**16.- La responsabilidad de los hijos es de.....**

- 1) De la madre
- 2) Del padre
- 3) De ambos
- 4) De otra persona. Especifique: .....

**\*16.- Recode**

- 1) 1,2 = Madre ó padre
- 2) Ambos
- 3) Otra persona

**17.- Triangulación parental con familia extensa.....**

- 4) Siempre
- 3) Casi siempre
- 2) Ocasional
- 1) Rara vez
- 0) Nunca
- 9) No se aplica

**\*17.- Recode:**

- 1) 0 = Sin
- 2) 1,2 = Riesgo
- 3) 3,4 = Grave

**18.- Comunicación madre-P.I.....**

- 1) 8-12 = Buena (5-7)
- 2) 13-18 = Regular (8-11)
- 3) 19-24 = Mala (12-15)

**19.- Comunicación padre-P.I.....**

- 1) 8-12 = Buena (5-7)
- 2) 13-18 = Regular (8-11)
- 3) 19-24 = Mala (12-15)

- 20.- Comunicación entre los padres.....
- 1) 5-6 = Buena
  - 2) 7-9 = Regular
  - 3) 10-15 = Mala
  - 9) No se aplica

### Subsistema conyugal

- 21.- Felicidad percibida en el matrimonio.....
- 0) Muy feliz
  - 1) Feliz
  - 2) Poco feliz
  - 3) Infeliz
  - 4) Muy infeliz
  - 9) No se aplica

**\*21.- Recode:**

- 1) 0,1 = Feliz
- 2) 2 = Poco feliz
- 3) 3,4 = Infeliz
- 9) No se aplica

- 22.- Decisión de volver a casarse.....
- 1) Sí, con la misma
  - 2) Sí, con otra
  - 3) No se volvería a casar
  - 9) No se aplica

- 23.- Frecuencia de discusiones en la pareja.....
- 4) Todos los días
  - 3) Mínimo una por semana
  - 2) A lo mucho una vez por quincena
  - 1) A lo mucho una vez al mes
  - 0) Nunca
  - 9) No se aplica

**\* 23.- Recode**

- 1) 0,1 = Por mes o menos
- 2) 2 = Por quincena
- 3) 3,4 = 1 5 por semana

## 24.- Frecuencia de acuerdo en la pareja :

- 0) Siempre
- 1) La mayoría de las veces
- 2) Ocasionalmente, algunas veces
- 3) Rara vez
- 4) Nunca
- 9) No se aplica

## \* 24.- Recode:

- 1) 0,1 = Frecuentemente
- 2) 2 = Ocasionalmente
- 3) 3,4 = Rara vez

## Frecuencia de discusiones sobre diversos temas :

- 25.- Aspectos económicos.....\_\_\_\_\_
- 26.- Cuestiones sexuales.....\_\_\_\_\_
- 27.- Celos.....\_\_\_\_\_
- 28.- Trabajo de la madre.....\_\_\_\_\_
- 29.- Trabajo del padre.....\_\_\_\_\_
- 30.- Bebidas alcoholicas o droga.....\_\_\_\_\_

## Frecuencia:

- 4) Todos los días
- 3) Una o varias veces por semana
- 2) Una vez por quincena
- 1) Una vez por mes
- 0) No discuten por eso
- 9) No se aplica

\*25 a 30.- Recode:

- 1) 0 = No discuten
- 2) 1,2 = 1-2 al mes
- 3) 3,4 = Varias por semana

## Frecuencia de acuerdo sobre diversos temas:

- 31.- Aspectos económicos.....
- 32.- Cuestiones sexuales.....
- 33.- Celos.....
- 34.- Trabajo de la madre.....
- 35.- Trabajo del padre.....
- 36.- Bebidas alcoholicas o droga.....

## Frecuencia:

- 0) Siempre  
 1) La mayoría de las veces  
 2) Ocasionalmente  
 3) Rara vez  
 4) Nunca  
 9) No se aplica

## \* 31 a 36.- Recode:

- 1) 0,1 = Siempre  
 2) 2 = Ocasionalmente  
 3) 3,4 = Rara vez

## 37.- Magnitud de discusiones graves.....

- 1) Levantan la voz  
 2) Agresión verbal  
 3) Agresión verbal y física  
 9) No se aplica

## 38.- Frecuencia de discusiones graves

- 4) Todos los días  
 3) 1 a 5 veces por semana  
 2) 1 por quincena  
 1) 1 por mes  
 0) 1 vez cada 2 meses o menos  
 9) No se aplica

## \*38.- Recode:

- 1) 0 = Cada 2 meses o menos  
 2) 1,2 = 1-2 por mes  
 3) 3,4 = Varias por semana

- 39.- Triangulación sistema conyugal, familia extensa.....
- 0) Nunca
  - 1) Rara vez
  - 2) Ocasionalmente
  - 3) Casi siempre
  - 4) Siempre
  - 9) No se aplica

**\* 39.- Recode:**

- 1) 0 = Nunca
- 2) 1,2 = Ocasional
- 3) 3,4 = Frecuente

**Frecuencia de ocurrencia de aspectos negativos en la pareja:**

- 40.- Falta de atención y detalles.....
- 41.- Falta de tiempo.....
- 42.- Infidelidad.....
- 43.- Incomprensión.....

**Frecuencia :**

- 4) Siempre
- 3) Casi siempre
- 2) Ocasionalmente
- 1) Casi nunca
- 0) Nunca
- 9) No se aplica

**\* 40 a 43.- Recode**

- 1) 0 = Nunca
- 2) 1,2 = Ocasional
- 3) 3,4 = Frecuente

- 44.- Grado de comunicación en la pareja. Suma:.....

- 1) 12-19 Buena
- 2) 20-27 Regular
- 3) 28-36 Mala



Factores precipitantes o agravantes

Factores precipitantes o agravantes:

45.- Nacimiento de un hermano de P.I.....\_\_\_\_\_

46.- Discusión fuerte entre la pareja.....\_\_\_\_\_

47.- Separación o divorcio entre la pareja.....\_\_\_\_\_

Momento en que ocurrió:

1) 0-6 meses antes del problema de P.I.

2) 7-12 " " " " " "

3) Después del inicio del problema de P.I.

4) No ocurrió, ni antes, ni después

9) No se aplica

48.- Tipo de castigos mas usados:.....\_\_\_\_\_

1) Cachetadas

2) Nalgadas con la mano

3) Nalgada con cinto o vara

4) Dejarlos sin salir

5) Quitarle un juguete

6) " " alimento

7) Amenaza

8) Todo lo anterior

\*48.- Recode:

1) Cachetadas

2) Nalgadas con la mano

3) Nalgada con cinto o vara

4) Dejarlos sin salir

5) 5,6 = Quitarle algo

6) Amenaza

7) Todo

49.- Frecuencia de castigos fuertes: .....\_\_\_\_\_

1) Por mes

2) Por quincena

3) Varias por semana

4) Todos los días

**\* 49.- Recode:**

- 1) Por mes
- 2) Por quincena
- 3) 3,4 Varias por semana

**50.- Tipo de familia.....\_\_\_\_\_**

- 1) Nuclear
- 2) Seminuclear
- 3) Compuesta
- 4) Seminuclear-compuesta
- 5) P.I. con otra familia

**51.- Escolaridad del padre.....\_\_\_\_\_****52.- Escolaridad de la madre.....\_\_\_\_\_**

- 0) Sin escolaridad
- 1) 1-3 primaria
- 2) 4-6 primaria
- 3) Secundaria no terminada
- 4) Secundaria terminada
- 5) Prepa no terminada
- 6) Prepa terminada
- 7) Técnica terminada
- 8) Profesional no terminada
- 9) Profesional terminada

**51. 52.- Recode:**

- 0) 0 = Sin escolaridad
- 1) 1,2 = Primaria
- 2) 3,4 = Secundaria
- 3) 5,6 = Prepa
- 4) 7 = Técnica
- 5) 8,9 = Profesional

**53.-P.I. hijo de unión anterior .....\_\_\_\_\_**

- 1) Si
- 2) No

54.- Estado civil de los padres.....

- 1) Casados
- 2) Unión libre
- 3) Viudo
- 4) Separado
- 5) Divorciado
- 6) Madre soltera

• 54.- Recode:

- 1) 1,2 = unidos
- 2) 3 = viudo
- 3) 4,5 = separados
- 4) 6 = Madre soltera

55.- Persona entrevistada.....

- 1) Madre
- 2) Padre
- 3) Ambos
- 4) Otra persona

56.- Número de hijos.....

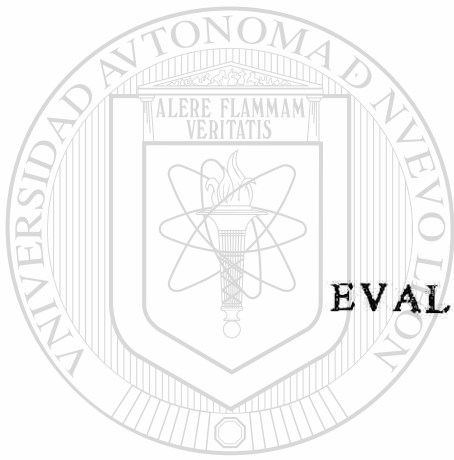
57.- Edad de la madre.....

58.- Edad del padre.....

59.- Grado de gravedad de P.I.....

- 1) Leve
- 2) Moderado
- 3) Gravo

LEVE	MODERADO	GRAVE
0 0 0 1	0 2 2 2	2 2 2 3
0 0 1 1	1 2 2 2	0 0 3 3
0 1 1 1	2 2 2 2	0 1 3 3
1 1 1 1	0 0 0 3	1 1 3 3
0 0 0 2	0 0 1 3	0 2 3 3
0 0 1 2	0 1 1 3	1 2 3 3
0 1 1 2	1 1 1 3	2 2 3 3
1 1 1 2	0 0 2 3	0 3 3 3
0 0 2 2	0 1 2 3	1 3 3 3
0 1 2 2	1 1 2 3	2 3 3 3
1 1 2 2	0 2 2 3	3 3 3 3
	1 2 2 3	



**APENDICE 3**

**EVALUACIONES INFANTILES**

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**PRIMER AÑO**  
**COPIA, DICTADO Y LECTURA**

- 1.- Mimí ama a mamá.
- 2.- Así es mi oso.
- 3.- Ese mapa es mío.
- 4.- Ema pela la lima.
- 5.- Papá toma atole.
- 6.- La dama está a la moda.
- 7.- El nene no pisa el suelo.
- 8.- Esa niña no tiene moño.
- 9.- El loro es para mí.
- 10.- Cuca quiere queso.
- 11.- Fueron todos a la fiesta.
- 12.- El burro es un animal útil.
- 13.- Me gustó mucho el guisado.
- 14.- Jamás romperé mis juguetes.
- 15.- Angel quiere ser general.
- 16.- Cacatecas tiene un zócalo.
- 17.- Los pollitos son amarillos.
- 18.- Las adas son hermosas.
- 19.- Toma agüita de aquí.
- 20.- Yo ya fué a Yucatán.
- 21.- Aquí hay extranjeros.
- 22.- En el kiosco hay música.
- 23.- Wilfrido es mi amigo.
- 24.- Esa tabla es muy blanda.
- 25.- Las brujas no existen.
- 26.- En casa de Cristián hay buen drenaje.
- 27.- Graciela Tagle sabe hablar inglés.
- 28.- Flavio vive en Francia.
- 29.- Plácido me prestó su pluma.
- 30.- Trini quiere vivir en Atlixco.

**SEGUNDO AÑO**  
**COPIA, DICTADO Y LECTURA.**

- 1.- Los globos que mi papá vende son de color verde y blanco.
- 2.- Desde temprano rodaban las niñas trabajaban y jugaban.
- 3.- El soldado tomó la bebida en el sol que le dió su papá.

- 4.- El niño le dió a su papá un pollo, un elote, una tuna y los tacos sin chile el domingo.
- 5.- Los niños no tienen botas nuevas.
- 6.- Pepe el papelero, le divierte cuando le pinta un sol a su bota.
- 7.- Daniel le dió un dado por un diente de burro.

### MI BURRO

A mi burro, a mi burro  
le duele la cabeza;  
el médico le ha dado  
un jarabe de frambuesa.  
A mi burro, a mi burro  
le duelen los riñones,  
el médico le ha dado  
un caldo de frijoles

### TERCER AÑO COPIA, DICTADO Y LECTURA.

- 1.- Cuando el sol aparece, los niños se levantan, van al baño, se lavan los dientes, boca y manos.
- 2.- Después los niños se preparan para tomar su desayuno que hace Quique
- 3.- Todos los bebés juegan con globos blancos.
- 4.- Un día, cuando el sol estaba muy brillante compramos uvas.
- 5.- Le dije a Pepe que no viniera sin el mandado.
- 6.- Mi mamá me dió un pan y nueces sabrosas y yo le dije gracias.
- 7.- Papá me regaló un soldado.
- 8.- El niño quiere que Quique le toque el tambor.
- 9.- El señor le dijo a los niños que le dieran una tuna.

### UN DIA CON LLUVIA

Un día fué con mi familia al campo. Allá había caballos y yeguas que pasaban en el llano. Mi hermano y yo encontramos un lugar bonito para comer. Cuando llegaron mis papas ya habíamos limpiado el lugar. Jugamos un rato. Y cuando ya teníamos hambre nos fuimos a comer.

**CUARTO AÑO  
COPIA, DICTADO, LECTURA.**

**PALOMA BLANCA**

La paloma blanca,  
que del cielo bajó  
con sus alas doradas  
y en el pico una flor,  
de la flor una lima,  
de la lima un limón.

- 1.- Las águilas comen aves pequeñas
- 2.- El pajarillo amarillo vuela muy alto.
- 3.- La gallina alimenta a sus pollitos.
- 4.- El reloj hace tic-tac
- 5.- El perro ladra mucho
- 6.- La abuelita teje un mantel

**EL GLOBITO ROJO**

Sopló, y de sus labios salió una bombita de chicle rojo que comenzó a crecer hasta que se desprendió, cuando él pensaba que iba a reventarse. La bombita roja, tras de dar un lento rebote en el piso, como si fuera una pelota muy ligera, se elevó por el aire, sin volver a caer, era un globito rojo, un globito rojo con su cordón ondulado por el viento.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**QUINTO AÑO**

**COPIA, DICTADO Y LECTURA**

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**MI PAPALOTE**

Se han soltado los vientos, madre y es bueno que me fueras dando para comprar un papalote en figura de sol; grande y colorado, la armazón de carrizo y los tirantes de hilacho. No quiero, como otros años, comprar un papalotito de popotes, que con cualquier aire caiga al suelo y se rompa.

**EL TIGRE Y EL ZORRO**

El tigre ya estaba cansado de las maldades del zorro, no podía más. El zorro se metía hasta en su vida privada, que es mucho decir, y por eso el tigre determinó matar a su enemigo a como diera lugar. Sin



embargo, matar a un zorro ágil, listo, y sin vocación para el martirio, no era cosa fácil. Además el zorro tenía una vista rapidísima, como de relámpago, oído avizor, olfato infalible y dos pares de patas elásticas que mucho le habían servido desde que nació.

El tigre se deba cuenta de que tendría que ser más listo que el zorro para poderlo atrapar, y para eso lo habló al buitre. Los dos estuvieron hablando media hora en secreto.

## SEXTO AÑO COPIA, DICTADO Y LECTURA

### DON QUIJOTE DE LA MANCHA

El ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, es una de las obras más maravillosas, no solo de la literatura española, sino de la literatura de todos los países. Su autor, Miguel de Cervantes Saavedra, nació en 1547; murió en 1616. Escribió varias novelas, piezas de teatro y poemas. Su obra más genial es el Quijote, que relata las aventuras de Alonso Quijano, convertido en el caballero Don Quijote, y de Sancho Panza, labrador transformado en escudero. Los dos recorren los caminos de Castilla y van pasando por una serie de aventuras.

### LA LUNA EN EL POZO

Mi hijo fué el primero en desubrir la luna en el pozo y sobre el bocal cubierto de músculos nos inclinamos los dos, con ganas de estirar la mano hasta la plata fugaz de esa imposible moneda de luz. Pero al ruido áspero de los suecos del jardinero nos retiramos un poco.

El viejo desata la cuerda, alza pausadamente el balde y lo arroja, luego, al agua. Inconscientemente en un impulso simultáneo, nos inclinamos de nuevo sobre el brocal.

El balde sube ya, rebozando, brillante, fresquísimo, con una multitud de ondulaciones plateadas entre el agua oscura, estriada de blanco. En el pozo, la luna ha desaparecido y solo queda de ella una multitud de hilos de luz.

## CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA LECTURA

<u>Grado escolar</u>	<u>Velocidad</u>	<u>Calidad de lectura</u>
1o. primaria	30-40 p/m	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se acepta deletreo.</li> <li>- Se acepta silabeo solo en palabras largas o extrañas</li> <li>- No se considera entonación ni puntuación.</li> <li>- Comprensión de un 25 a 50%.</li> </ul>
2o. Primaria	40-65 p/m	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se acepta silabeo</li> <li>- Regular puntuación y entonación.</li> <li>- Comprensión de un 50 a 75% del contenido de lo leído.</li> <li>- Capacidad de síntesis de lo leído de un 50 a un 75%.</li> </ul>
3o. Primaria	65-90 p/m	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lectura fluida</li> <li>- Buena puntuación y entonación.</li> <li>- Comprensión de un 75 a 90% del contenido de lo leído.</li> <li>- Capacidad de síntesis de un 75% a 90%.</li> </ul>
4o. primaria	90-115 p/m	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lectura fluida sin ninguna dificultad.</li> <li>- Puntuación y entonación sin ninguna dificultad.</li> <li>- Comprensión y capacidad de síntesis de un 90 a 100%.</li> </ul>
5o. Primaria	115-150 p/m	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Excelente lectura con fluidez, entonación y puntuación sumamente aceptable</li> </ul>
6o. Primaria	150-200 p/m	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Excelente lectura en todos los sentidos.</li> </ul>



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## EJEMPLO DE FORMATO PARA EL VACIADO DE LECTURA

### 1.- Deletreo :

- 1) No = 10
- 2) Si : Poco = 9 , 8  
Reg - 7 , 6  
Mucho = 5 ó menos

### 4.- Entonación

- Buena 10, 9  
Regular 8,7,6  
Mala 5 ó menos

### 2.- Silabeo :

- 1) No = 10
- 2) Si Poco = 9 , 8  
Reg. = 7, 6  
Mucho = 5 ó menos

### 5.- Comprensión (90-100%)

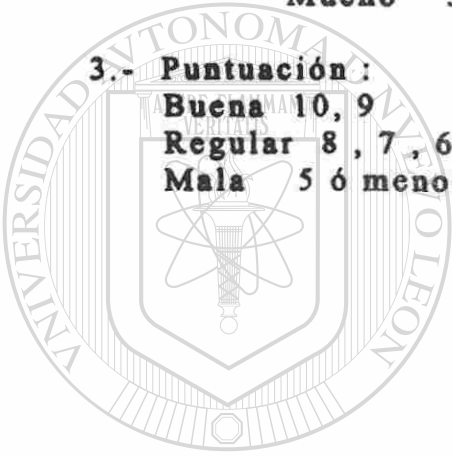
- (con preguntas)  
Buena 10, 9  
Regular 8 , 7 , 6  
Mala 5 ó menos

### 3.- Puntuación:

- Buena 10, 9  
Regular 8 , 7 , 6  
Mala 5 ó menos

### 6.- Num palabras por minuto :

- (115 - 150 p/m).  
Buena 115 - 150 (10)  
Regular 70 . 114 (8)  
Mala Menos de 69. (5)



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## EVALUACION DE APRENDIZAJE PRIMER AÑO

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Grado que cursa \_\_\_\_\_

I.- Pinta de rojo la cabeza, de azul los brazos y de amarillo las piernas.



II.- En el siguiente dibujo coloca:

- 1.- Un sol arriba de la casa
- 2.- Un niño al lado derecho de la casa
- 3.- Una pelota al lado izquierdo de la casa.



III.- Escribe la letra que falte:



ca\_a

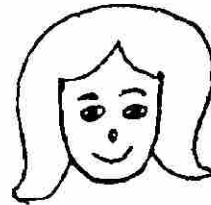
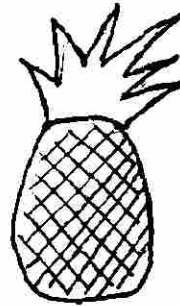


Ca\_a



Ca\_a

IV.- Escribe el nombre de los siguientes dibujos:



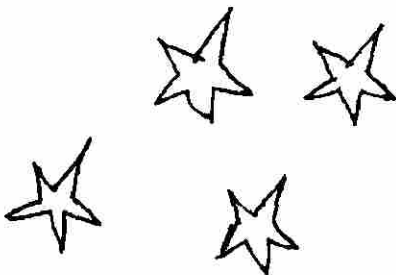
V.- Dictado de palabras.

- 1.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_
- 7.- \_\_\_\_\_
- 9.- \_\_\_\_\_

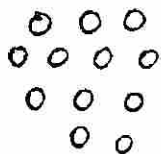
- 2.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_
- 8.- \_\_\_\_\_
- 10.- \_\_\_\_\_

**MATEMATICAS  
PRIMER AÑO**

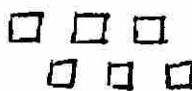
1.- Pinta de verde los que son menos :



2.- Coloca el número de cada conjunto :

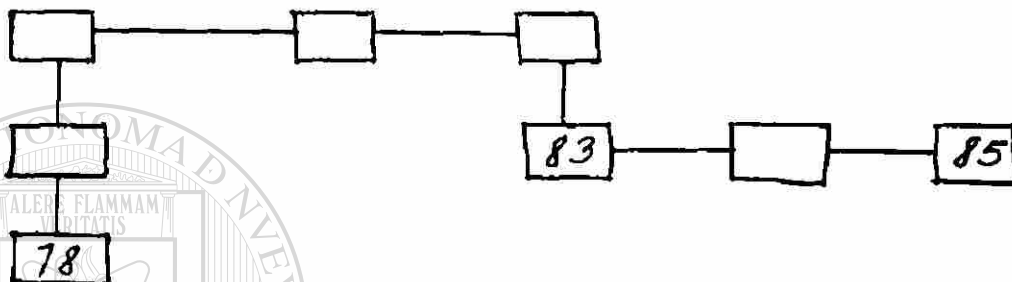


\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

3.- Completa la cadenas :



4.- Resuelve los siguientes ejercicios :

$5 + 3 + 2 = \underline{\hspace{2cm}}$

$6 + 3 + 1 = \underline{\hspace{2cm}}$

$7 - 2 = \underline{\hspace{2cm}}$

$9 + 8 + 4 = \underline{\hspace{2cm}}$

$5 + 4 + 3 = \underline{\hspace{2cm}}$

$10 - 3 = \underline{\hspace{2cm}}$

5.- Completa lo siguiente :

$7 + \underline{\hspace{1cm}} = 10$

$\underline{\hspace{1cm}} + 8 = 15$

$20 + \underline{\hspace{1cm}} = 25$

$\underline{\hspace{1cm}} + 30 = 38$

6.- Contar hasta el 50 empezando del 6. \_\_\_\_\_

7.- Dictar números al azar del 0 al 50 :

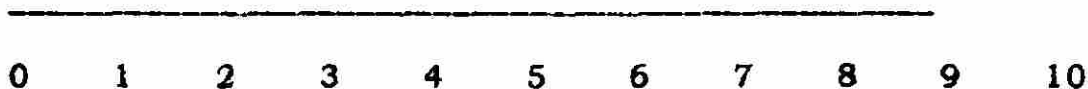
2, 17, 0, 10, 7, 22, 29, 35, 36, 40, 43, 48, 50.

8.- Copia de números :

3, 8, 7, 4, 5, 2, 69, 52, 10, 35, 27. \_\_\_\_\_

MATEMATICAS  
SEGUNDO GRADO

1.- Coloca en la recta numérica los siguientes números :  
6,7,8,10.



2.- Escribe los signos: > , < , = a los siguientes números.  
Colócalos en el cuadrado.

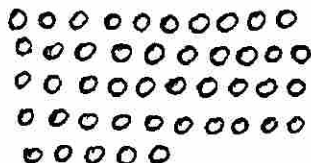
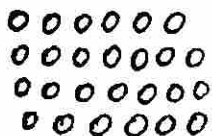
9	15	23	30	60	60
16	16	32	2	12	20

3.- Resuelve las siguientes operaciones :

$\begin{array}{r} 24 \\ + 37 \\ \hline 40 \end{array}$	$\begin{array}{r} 384 \\ - 206 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} 36 \\ - 65 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} 24 \\ + 12 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} 623 \\ - 213 \\ \hline \end{array}$
--	---	---	---	---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

4.- En los conjuntos siguientes escribe cuantas decenas hay y cuantas unidades sobran.



5.- Dictado de cantidades.

1.- \_\_\_\_\_  
2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_  
4.- \_\_\_\_\_



**MATEMATICAS  
TERCER GRADO**

1.- Escribe el nombre de los siguientes números :

634 \_\_\_\_\_

2329 \_\_\_\_\_

68 \_\_\_\_\_

4567 \_\_\_\_\_

949 \_\_\_\_\_

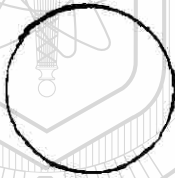
2.- Utiliza la notación desarrollada :

2342 = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

679 = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

68 = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

3.- Sombrea :  $\frac{1}{2}$  del círculo,  $\frac{1}{3}$  del triángulo y  $\frac{1}{4}$  del cuadrado.



4.- Resuelve los siguientes problemas :

Luis tiene 30 canicas y va a jugar con Juan y Carlos. Luis le ganó 81 canicas a Juan y 95 a Carlos. ¿Cuántas canicas tiene ahora ?

Un ganadero compró 552 vacas, pero en una epidemia se murieron 339 vacas ¿Cuántas vacas le quedaron ?

5.- Realiza las siguientes operaciones :

$$\begin{array}{r} 6807 \\ + 7034 \\ 4535 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 2050 \\ + 3869 \\ 2017 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 9601 \\ - 5024 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 8400 \\ - 2342 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 9403 \\ \times 47 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 4609 \\ \times 58 \\ \hline \end{array}$$

$$7 \overline{) 9504}$$

$$8 \overline{) 5670}$$

6.- Dictado de cantidades \_

- 1.- \_\_\_\_\_ 2.- \_\_\_\_\_  
 3.- \_\_\_\_\_ 4.- \_\_\_\_\_  
 5.- \_\_\_\_\_ 6.- \_\_\_\_\_

MATEMATICAS  
CUARTO GRADO

1.- Resuelve los siguientes problemas :

— Mi abuelita tiene 2 hijos. Uno de ellos es mi papá, el otro es mi tío que tiene 6 hijos. Yo tengo 3 hermanos ¿cuántos nietos tiene mi abuelita ?

En una colonia hay 72 manzanas, en cada manzana hay 4 cuadras y en cada cuadra hay 3 postes de luz, ¿cuántos postes hay en total en la colonia ?

2.-Realiza las siguientes operaciones :

$$\begin{array}{r} 3 \\ \text{---} + \text{---} = \\ 7 \quad 7 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 3 \quad 6 \\ \text{---} + \text{---} = \\ 4 \quad 4 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 124 \\ \text{-----} + \text{-----} \\ 138 \quad 138 \end{array}$$

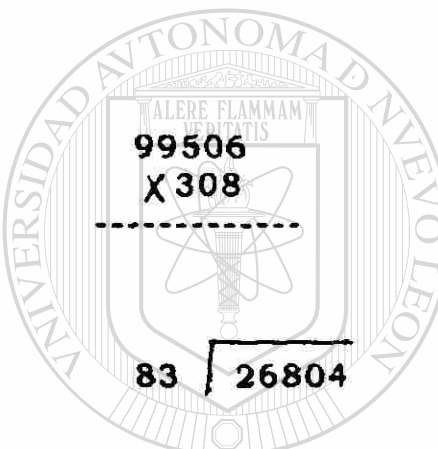
3.-Resuelve las siguientes operaciones :

$$\begin{array}{r} 0.673 \\ + 1.421 \\ \text{-----} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 2.716 \\ + 6.021 \\ \text{-----} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 136.475 \\ - 28.593 \\ \text{-----} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 0.760 \\ - 3.683 \\ \text{-----} \end{array}$$



$$\begin{array}{r} 99506 \\ \times 308 \\ \text{-----} \\ 83 \overline{) 26804} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 9745 \\ \times 127 \\ \text{-----} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 86603 \\ \times 75 \\ \text{-----} \end{array}$$

$$67 \overline{) 30745}$$

$$93 \overline{) 60705}$$

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

MATEMATICAS  
QUINTO GRADO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1.- Escribe con letra las siguientes cantidades :

1080.5 \_\_\_\_\_

125,000 \_\_\_\_\_

4,400.06 \_\_\_\_\_

900,083 \_\_\_\_\_

120.008 \_\_\_\_\_

2.- Escribe las siguientes cantidades en notación desarrollada.

16, 849 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

43,672 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

12, 843 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

3.- Coloca los signos  $>$   $<$   $=$  según corresponda :

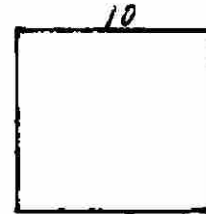
$$5 \text{ \_\_\_\_ } 3 + 1$$

$$9 \text{ \_\_\_\_ } 6 + 5$$

$$12 + 6 - 4 \text{ \_\_\_\_ } 9 + 5$$

$$15 + 4 - 5 \text{ \_\_\_\_ } 8 + 8 + 4$$

3.- Usando la fórmula correcta encuentra el área de las siguientes figuras :



5.- Efectúa las siguientes divisiones y comprueba el resultado con una multiplicación :

$$76 \overline{) 19438}$$

$$69 \overline{) 405962}$$

6.- En las siguientes líneas expresa el resultado de las divisiones :

	Dividendo	divisor	cociente	residuo
1)	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____

7.- Resuelve los siguientes ejercicios :

$$\begin{array}{r} 12080 \\ - 9636 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 706649 \\ - 39806 \\ \hline \end{array}$$

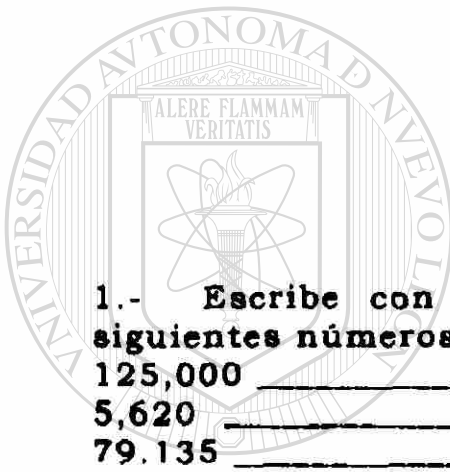
$$\begin{array}{r} 2400 \\ + 9126 \\ 865 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 3066 \\ + 1938 \\ 695 \\ 90 \\ \hline \end{array}$$

8.- Resuelve :

Hay 20 cuadernos con 225 hojas cada uno, si se utilizan 3240 ¿cuántas hojas quedan sin usar ?

Compré 50 metros de tela en \$ 375.00 cada uno ¿cuánto gasté en total ? ¿Cuánto dinero me sobró si traía \$2,500.00



**MATEMATICAS  
SEXTO GRADO**

1.- Escribe con letra, el nombre de cada uno de los siguientes números :

125,000 \_\_\_\_\_

5,620 \_\_\_\_\_

79.135 \_\_\_\_\_

13.028 \_\_\_\_\_

943.07 \_\_\_\_\_

40.9 \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS**

2.- Escribe en forma desarrollada :

35 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

617 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

5,769 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

12,843 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

3.- Colocar los signos > < = según corresponda :

$2+3+5$  \_\_\_\_\_  $5+6$        $184$  \_\_\_\_\_  $12^*3$        $12^2$  \_\_\_\_\_  $3^2$

$145 + 36$  \_\_\_\_\_  $145 + 8^2$

$522 - 2^2$  \_\_\_\_\_  $522 - 3^2$

4.- Efectúa las siguientes operaciones :

$$58 \overline{) 86935}$$

$$614 \overline{) 350712}$$

$$6.8 \overline{) 46.320}$$

$$\begin{array}{r} 6889.9621 \\ - 2563.683 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 45301.251 \\ - 19028.39 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 47.1623 \\ \times 6.78 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 85.4716 \\ \times 2.094 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 2845 \\ + 6397 \\ \hline 4912 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 43.2865 \\ + 398.5217 \\ \hline 489.256 \end{array}$$

$$(2/3)^2$$

$$18^2$$

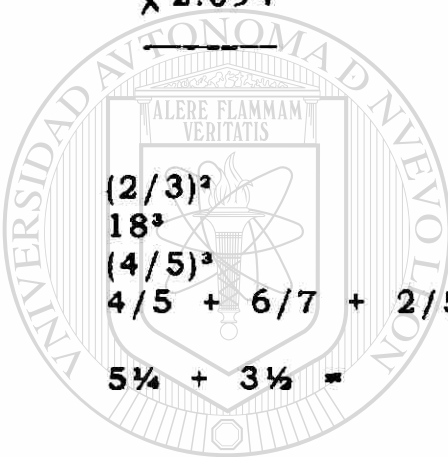
$$(4/5)^3$$

$$4/5 + 6/7 + 2/5 =$$

$$5\frac{1}{4} + 3\frac{1}{2} =$$

$$18/9 - 2/3 =$$

$$17\frac{3}{4} - 12 =$$



UANL

5.- Resuelve los siguientes problemas razonados :

Diana compró en una tienda N\$ 1748.40 en ropa para sus hijos, en otra tienda compró N\$ 963.07 en juguetes y ella se compró N\$1860.20 en artículos para el hogar ¿Cuántos le sobró si pagó con 17 billetes de 100, 38 de 50 y 49 de 20 ?.

3 autos consumen 750 litros de gasolina en un recorrido de 90000Km. ¿Cuántos litros corresponden a c/u si corrieron :  
 auto rojo 31 000Km  
 auto azul 40 000 Km.  
 auto blanco 19 000 Km

## EVALUACION DE LENGUAJE PARA NIÑOS DE 4 A 7 AÑOS.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Terapeuta \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_

Con el propósito de obtener una adecuada confiabilidad de esta evaluación se recomienda que sea GRABADA (previa autorización de los padres).

### Instrucciones :

- 1.- La aplicación deberá ser individual.
- 2.- La pregunta para el niño deberá ser clara y precisa como: que es esto, dime el nombre del dibujo que hay en esta lámina, etc.
- 3.- Por medio del lenguaje expresivo y comprensivo se evaluará su lenguaje articulatorio, por lo cual es necesario estar atento a los posibles errores en la articulación. Anotar en el cuadro de observaciones los errores.

### 1.- Lenguaje expresivo (todas las edades).

\* Pedir al niño que narre sus actividades :

- ¿ Qué haces en la mañana?
- ¿ Qué haces en la tarde ?
- ¿ Qué haces en la noche ?

- Sus actividades preferidas.
- Las actividades que le disgustan

El evaluador deberá registrar :

- a) Ajuste al tema \_\_\_\_\_
- b) Enlace de ideas \_\_\_\_\_
- c) Extensión de las oraciones \_\_\_\_\_
- d) Manejo de conjugación verbal \_\_\_\_\_
- e) Sincronización pregunta-respuesta \_\_\_\_\_
- f) Claridad del habla \_\_\_\_\_
- g) Velocidad del habla \_\_\_\_\_
- h) Intensidad del habla \_\_\_\_\_
- i) Titmo del habla \_\_\_\_\_
- j) Nasalidad \_\_\_\_\_



**II.- Lenguaje expresivo 4 a 5 años (evaluar estructura).**

\* Definir palabras familiares ¿ Qué es?

- a) Mesa
- b) Silla
- c) Caballo
- d) Mamá
- e) Lápiz

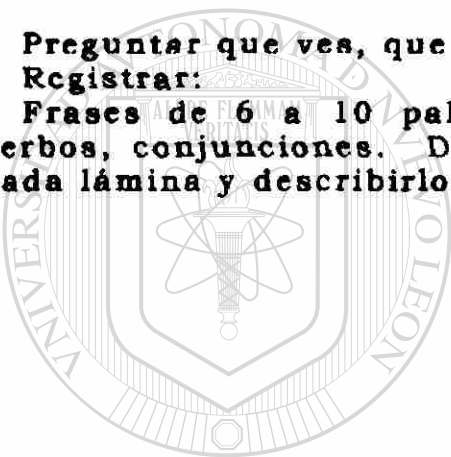
\* Describir láminas, usar láminas de :

- Maestra
- Paleta
- Doctor

Preguntar que ves, que hay, que son, que hacen, etc.

Registrar:

Frases de 6 a 10 palabras. Uso de adjetivos, conjugación de verbos, conjunciones. Debe nombrar cuando menos 3 elementos de cada lámina y describirlo e interpretarlo.



# UANL

**III.- Lenguaje expresivo 5 a 6 años.**

\* Repetir oraciones de 12 a 13 sílabas, pedir al niño que diga:  
 - Manchita es un buen perro (este ejemplo es para que el niño tenga claro que se espera de él).

- 1) El nombre del niño es Juan. Es un buen niño \_\_\_\_\_
- 2) Mañana vamos a pasear por el campo \_\_\_\_\_
- 3) Cuando el tren pase tu oírás su ruido \_\_\_\_\_
- 4) Me gusta comer carne y sopa sabrosas \_\_\_\_\_

* Dos o más oraciones correctas	10 - 9	bueno
Una oración correcta	8 - 7	regular
0 oraciones correctas	6	malo

IV.- Lenguaje expresivo 6 a 7 años.

- ¿ Qué es un burro ?
- ¿ Qué es una bicicleta ?
- ¿ Qué es una manzana ?
- ¿ Qué es un sombrero ?
- ¿ Qué es un zapato ?

\* Manejo adecuado de estructura. Uso de artículo, sustantivo, adjetivo, complemento en conjugación adecuada del verbo, usa de 10 a 16 palabras.

Estructura adecuada, usa hasta 15 palabras

10-9 bueno

Una dificultad en estructura, usa de 10-14 palabras

8-7 regular

Dos o más dificultades en estructura, usa menos de 10 palabras

6 ó menos malo

V.- Lenguaje comprensivo 4 a 5 años.

\* Señala las imágenes adecuadas. (presentar las láminas al mismo tiempo para que el niño seleccione).

Láminas de: cocina, paraguas, vaca, estrella, gato, conejo.

- 1) ¿ Dónde hacemos la comida ? \_\_\_\_\_
- 2) ¿ Qué usamos cuando llueve ? \_\_\_\_\_
- 3) ¿ Quién nos dá la leche ? \_\_\_\_\_
- 4) ¿ Qué brilla en el cielo durante la noche ? \_\_\_\_\_
- 5) ¿ Quién atrapa los ratones ? \_\_\_\_\_
- 6) ¿ Quién tiene orejas largas ? \_\_\_\_\_

- Preguntas abiertas.

- 7) ¿ Qué debes hacer antes de sentarte a la mesa a comer ?
- 8) ¿ Que debes hacer cuando se te pierde algo ?

- Presenta dos líneas de diferente tamaño y láminas

- 9) Preguntar cuál es la mayor
- 10) Este zapato es de hombre o de mujer ?

- Presentar láminas incompletas

- 11) Mesa (falta una pata)
- 12) Perro (falta un ojo)
- 13) Niño (falta un brazo)

**VI.- Lenguaje comprensivo 5 a 6 años.**

Se evalúa congruencia pregunta respuesta, no estructura.

- 1) ¿ Para que sirve una plancha ?
- 2) ¿ Para que sirve un jabón ?
- 3) ¿ Qué colores conoces ?
- 4) ¿ Qué debes hacer si esta lloviendo cuando sales de tu casa ?
- 5) ¿ Con qué se toma agua ?
- 6) ¿ Con qué caminamos ?
- 7) ¿ Con qué se puede comprar dulces ?
- 8) ¿ Con qué se puede cortar ?
- 9) ¿ Con que se puede jugar futbol ?

\* Prueba de Pierre Marie.

10) Se le muestra al niño 3 papelitos y se le dice por ejemplo:  
"guarda uno en tu bolsillo, otro lo pones en la mesa y otro me lo das"

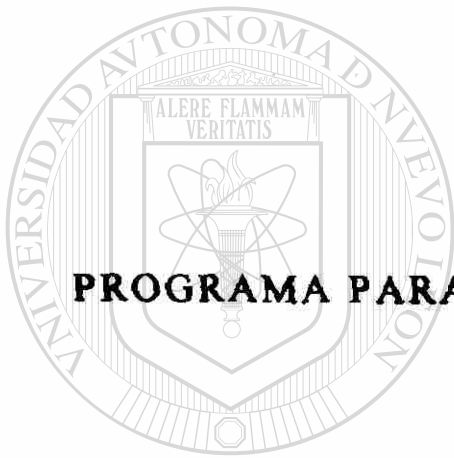
- |    |   |   |         |
|----|---|---|---------|
| 10 | . | 9 | bueno   |
| 8  | . | 7 | regular |
| 6  | . |   | malo    |

**VII.- Lenguaje comprensivo 6 a 7 años. (0 - 10 puntos).**

- 1) ¿Qué haces si te encuentras una mochila tirada en el patio de la escuela ?
- 2) ¿Qué debes hacer si ves salir mucho humo negro de la ventana de la casa de tu vecino ?
- 3) ¿ Por qué razones necesitamos policias ?
- 4) ¿ Qué es lo que harías si un(a) niño(a) más chico que tú, empieza a pelear contigo ?
- 5) ¿ Por qué es mejor beber un vaso de leche que un refresco ?

\* En qué se parece :

- 6) vela - foco
- 7) rueda - pelota
- 8) piano - guitarra
- 9) camisa - sombrero
- 10) manzana - plátano



**APENDICE 4**

**PROGRAMA PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS**

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PROGRAMA BASICO PARA EL PROCESAMIENTO DEL ARCHIVO DE  
DATOS EN EL SPSS

DATA LIST FILE="A:FAM.DAT"/V1 1-3 V2 4 V3 5-6 V4 TO V55 7-61  
V56 62-63 V57 64-65 V58 66-67 V79 68.

VARIABLE LABELS V1"NUM ENTREVISTA"

V2"SEXO"

V3"EDAD PI"

V4"LUGAR EN LA FAM"

V5"MOTIVO DE CONSULTA"

V6"GDO TRAS ELIMINAC"

V7"CLASIF TRAS ELIM"

V8"GDO TRAST COND"

V9"CLASIF TRAS COND"

V10"GDO TRAS ACADEM"

V11"CLASI TRAS ACADEM"

V12"GDO TRAST LENG"

V13"CLASIF TRAST LENG"

V14"TRIANG PARENTAL"

V15"UNIF PARENTAL"

V16"PERCEP RESPONS HIJOS"

V17"TRIANG SIST PARENT FAM EXT"

V18"COMUNICACION MADRE PI"

V19"COMUNICACION PADRE PI"

V20"COMUNICACION ENTRE PADRES"

V21"FELICIDAD MATRIMONIO"

V22"VOLVER A CASARSE"

V23"FREC DISC PAREJA"

V24"FREC ACUERD PAREJA"

V25"FREC DISC ECONOM"

V26"FREC DISC SEX"

V27"FREC DISC CELOS"

V28"FREC DISC TRAB MADRE"

V29"FREC DISC TRAB PADRE"

V30"FREC DISC ALCOHOL"

V31"FREC ACUERDO ECONOM"

V32"FREC ACUERDO SEX"

V33"FREC ACUERDO CELOS"

V34"FREC ACUERDO TRAB MADRE"

V35"FREC ACUERDO TRAB PADRE"

V36"FREC ACUERDO ALCOHOL"

V37"MAGNITUD DISC PAREJA"

V38"FREC DISC GRAVES PAREJA"

V39"TRIANG CONYUG FAM EXTEN"

V40"FALTA ATENC Y DETALLES"

V41"FALTA TIEMPO JUNTOS"

V42"INFIDELIDAD"

V43"INCOMPRESION"

V44"COMUNICAC PAREJA"

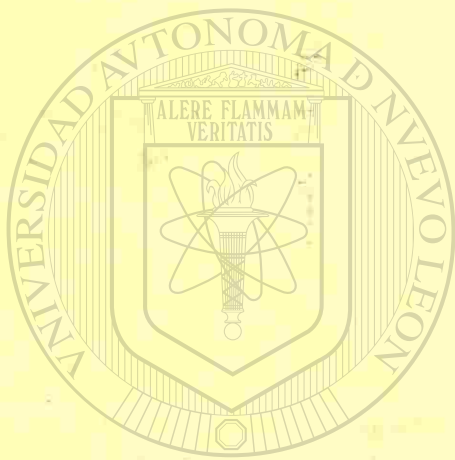
V45" NACIM HERMANO"  
 V46" DISC PRESENTE PI"  
 V47" SEPARAC O DIVORCIO"  
 V48" TIPO CASTIGOS PI"  
 V49" FRECUENC CASTIGOS"  
 V50" TIPO DE FAM"  
 V51" ESCOLARIDAD PADRE"  
 V52" ESCOLARIDAD MADRE"  
 V53" HIJO UNION ANTERIOR"  
 V54" EDO CIVIL. PADRES"  
 V55" PERSONA ENTREVIST"  
 V56" NUM HIJOS"  
 V57" EDAD MADRE"  
 V58" EDAD PADRE"  
 V59" GDO GRAVEDAD PI"  
 VALUE LABELS V2 1" MASC" 2" FEM"/  
 V4 1" UNICO" 2" PRIMERO" 2" MEDIO" 4" ULTIMO"/  
 V5 1" ELIMINAC" 2" LENGUAJE" 3" CONDUCTA" 4" ACADEM"  
 5" FLIM-ACADE" 6" ACADEM-LENG" 7" LENG-COND" 8" COND-ACADEM"  
 9" OTRO"/  
 V6 0" SIN" 1" LEVE" 2" MODERADO" 3" GRAVE"/  
 V7 1" ENURESIS" 2" ENCOPRESIS" 3" AMBAS" 9" NO SE APLICA"/  
 V8 0" SIN" 1" LEVE" 2" MODERADO" 3" GRAVE"/  
 V9 1" ATENC-HIPERACT" 2" NEGATIVISMO" 3" CONDUCT"  
 4" COMBINAC" 9" NO SE APLICA"/  
 V10 0" SIN" 1" LEVE" 2" MODERADO" 3" GRAVE"/  
 V11 1" LECTURA" 2" ESCRITURA" 3" ARITMETICA" 4" COMBINAC"  
 9" NO SE APLICA"/  
 V12 0" SIN" 1" LEVE" 2" MODERADO" 3" GRAVE"/  
 V13 1" ARTICULAC" 2" EXPRESIVO" 3" COMPRENSIVO"  
 4" TARTAMUDEO" 5" COMBINAC" 9" NO SE APLICA"/  
 V14 0" NUNCA" 1" RARA VEZ" 2" OCASIONAL" 3" FRECUENTE"  
 4" SIEMPRE/  
 V15 1" BUENA" 2" RIESGOSA" 3" MALA" 9" NO SE APLICA"/  
 V16 1" DE LA MADRE" 2" DEL PADRE" 3" DE AMBOS" 4" OTRA PERSON"/  
 V17 0" NUNCA" 1" RARA VEZ" 2" OCASIONAL" 3" CASI SIEMP" 4" SIEMP"  
 9" NO SE APLICA"/  
 V18 TO V20 1" BUENA" 2" REGULAR" 3" MALA" 9" NO SE APLICA"/  
 V21 0" MUY FELIZ" 1" FELIZ" 2" POCO FELIZ" 3" INFELIZ"  
 4" MUY INFELIZ" 9" NO SE APLICA"/  
 V22 1" CON LA MISMA" 2" CON OTRA" 3" NO" 9" NO SE APLICA"/  
 V23 0" NUNCA" 1" UNA AL MES" 2" UNA POR QUINC" 3" VARIAS SEMA"  
 4" TODOS DIAS" 9" NO SE APLICA"/  
 V24 0" SIEMPRE" 1" FRECUENTE" 2" OCASIONAL" 3" RARA VEZ"  
 4" NUNCA" 9" NO SE APLICA"/  
 V25 TO V30 0" NO DISCUTEN" 1" UNA AL MES" 2" UNO POR QUINC"  
 3" VARIAS SEMANA" 4" TODOS DIAS" 9" NO SE APLICA"/  
 V31 TO V36 0" SIEMPRE" 1" FRECUENTEM" 2" OCASIONAL" 3" RARA  
 VEZ" 4" NUNCA" 9" NO SE APLICA"/

V37 1"LEVANTAN VOZ" 2"AGRESION VERBAL" 3"AGRES VERB FISI"  
 9"NO SE APLICA"/  
 V38 0"CADA 2 MESES" 1"CADA MES" 2"POR QUINC" 3"1-5 POR SEM"  
 4"TODO DIAS" 9"NO SE APLICA"/  
 V39 0"NUNCA" 1"RARA VEZ" 2"OCASIONAL" 3"FRECUENTE"  
 4"SIEMPRE" 9"NO SE APLICA"/  
 V40 TO V43 0"NUNCA" 1"CASI NUNCA" 2"OCASIONAL" 3"CASI SIEMP"  
 4"SIEMPRE" 9"NO SE APLICA"/  
 V44 1"BUENA" 2"REGULAR" 3"MALA" 9"NO SE APLICA"/  
 V45 TO V47 1"0-6 MES ANTES" 2"7-12 MES ANTES" 3"DESPUES" 4"NO"  
 9"NO SE APLICA"/  
 V48 1"CACHETADA" 2"NALGADA MANO" 3"CINTO" 4"SIN SALIR"  
 5"SIN JUGUETE" 6"SIN ALIMENTO" 7"AMENAZA" 8"TODO"/  
 V49 1"POR MES" 2"POR QUINC" 3"VARIAS SEM" 4"TODO DIAS"/  
 V50 1"NUCLEAR" 2"SEMINUCLEAR" 3"COMPUESTA" 4"SEMINUC  
 COMPUEST" 5"PI OTRA FAM"/  
 V51 TO V52 0"SIN ESC" 1"1-3 PRIM" 2"4-6 PRIM" 3"SEC NO TERM"  
 4"SEC TERM" 5"PREPA NO TERM" 6"PREPA TERM" 7"TECNIC TERM"  
 8"PROF NO TERM" 9"PROF TERM"/  
 V53 1"SI" 2"NO"/  
 V54 1"CASADOS" 2"UNION LIBRE" 3"VIUDO" 4"SEPARADO"  
 5"DIVORCIADO" 6"MADE SOLTE"/  
 V55 1"MADRE" 2"PADRE" 2"AMBOS" 4"OTRO"/  
 V59 1"LEVE" 2"MODERADO" 3"GRAVE".

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®