

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.

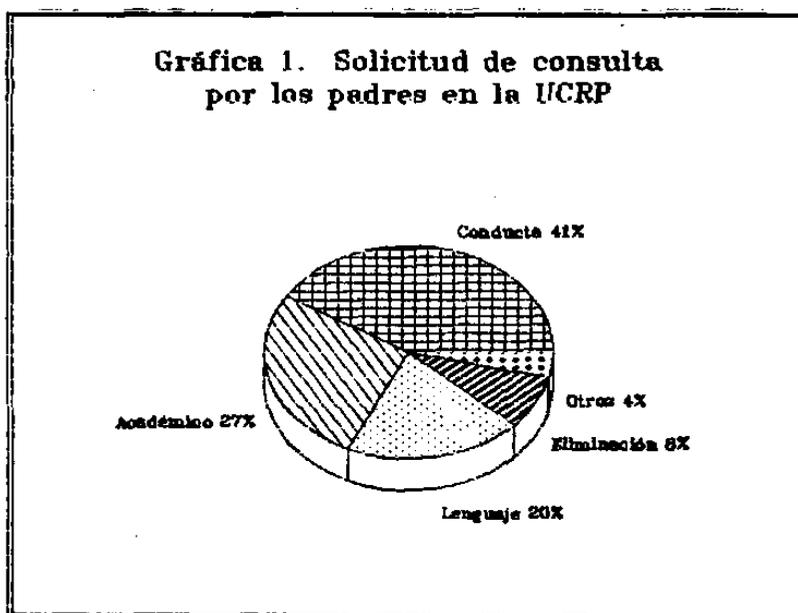
1.1. Antecedentes.

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 nos 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 este 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).

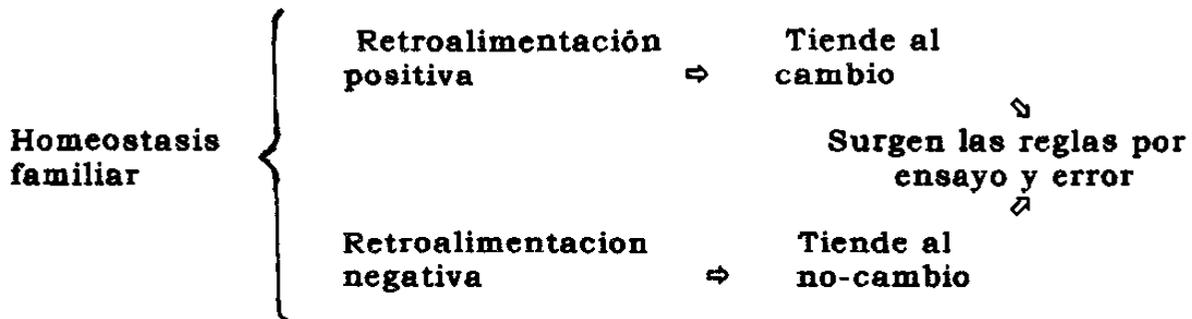
Por lo tanto el análisis de la familia no es el de la conducta de cada uno de los miembros que la componen, sino el producto precisamente de las interrelaciones que ocurren y de sus influencias recíprocas.

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.

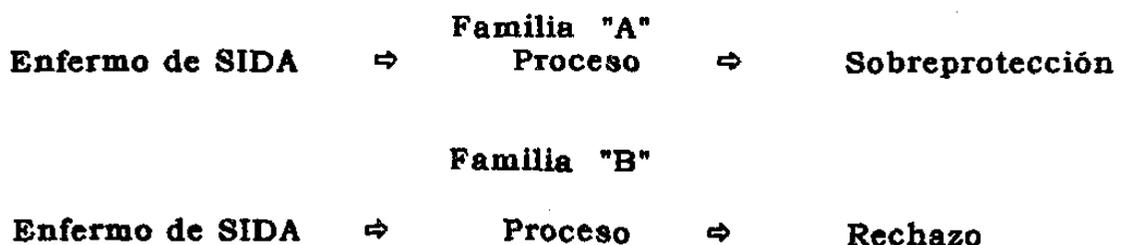


Aquí es importante mencionar que la retroalimentación es un término que también es usado dentro del campo de la Cibernética y la Comunicación, como veremos mas adelante.

• 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 organos 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.

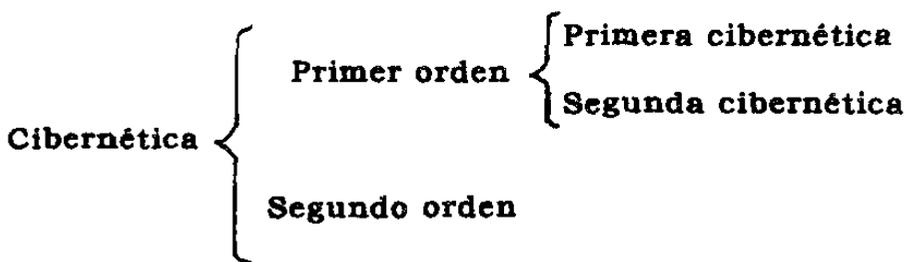
c) Por último existe la máquina de reacción totalmente imprevisible, cuyas funciones no han podido reemplazar, hasta ahora a las reacciones del hombre, (Diccionario enciclopédico Selecciones, 1975).

Dentro del enfoque familiar sistémico se retoma esta complementariedad recursiva que se da en la retroalimentación. Gregory Bateson¹ 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.



¹ 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 influidas recíprocamente

Según plantea Liliensfeld, (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 Foerster², 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 neurolinguística 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.

² 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-R³ 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

³ 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 tartamudeo⁴

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".

⁴ 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, Hallgren⁵, 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:

⁵ 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 encopreticos, 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.

Walker⁶, (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

⁶ 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 más 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 patrón 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 más 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 disgrafía 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 delecteo. 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 periodo 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 águila 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.

- **Invención.** 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 Standop, 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 mimicos 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 más 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).

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)⁹, 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 ⁸ 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

⁹ El cual es un indicador bioquímico del estrés.

⁸ 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 más 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 pelagra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretos". (Haley, 1987:96).