

CAPITULO 5

FACTORES PRECIPITANTES O AGRAVANTES

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

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

5.1. Nacimiento de un hermano.

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

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

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

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

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

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

5.2. Discusión y separación o divorcio de los padres.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. Tipo y frecuencia de castigos.

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO 6

EL MODELO RECTOR DE LA INVESTIGACION

6.1. Presentación del modelo.

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

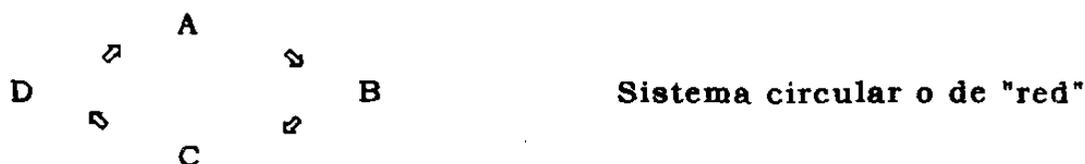
En estos capítulos pudimos darnos cuenta que tradicionalmente, los esfuerzos por explicar el comportamiento sintomático se han basado en un modelo médico o en un modelo psicodinámico; estos dos modelos típicamente han considerado el mal sintomático como una malfunción debida a causas biológicas o fisiológicas,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

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

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

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

Sistema lineal determinista



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

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

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

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

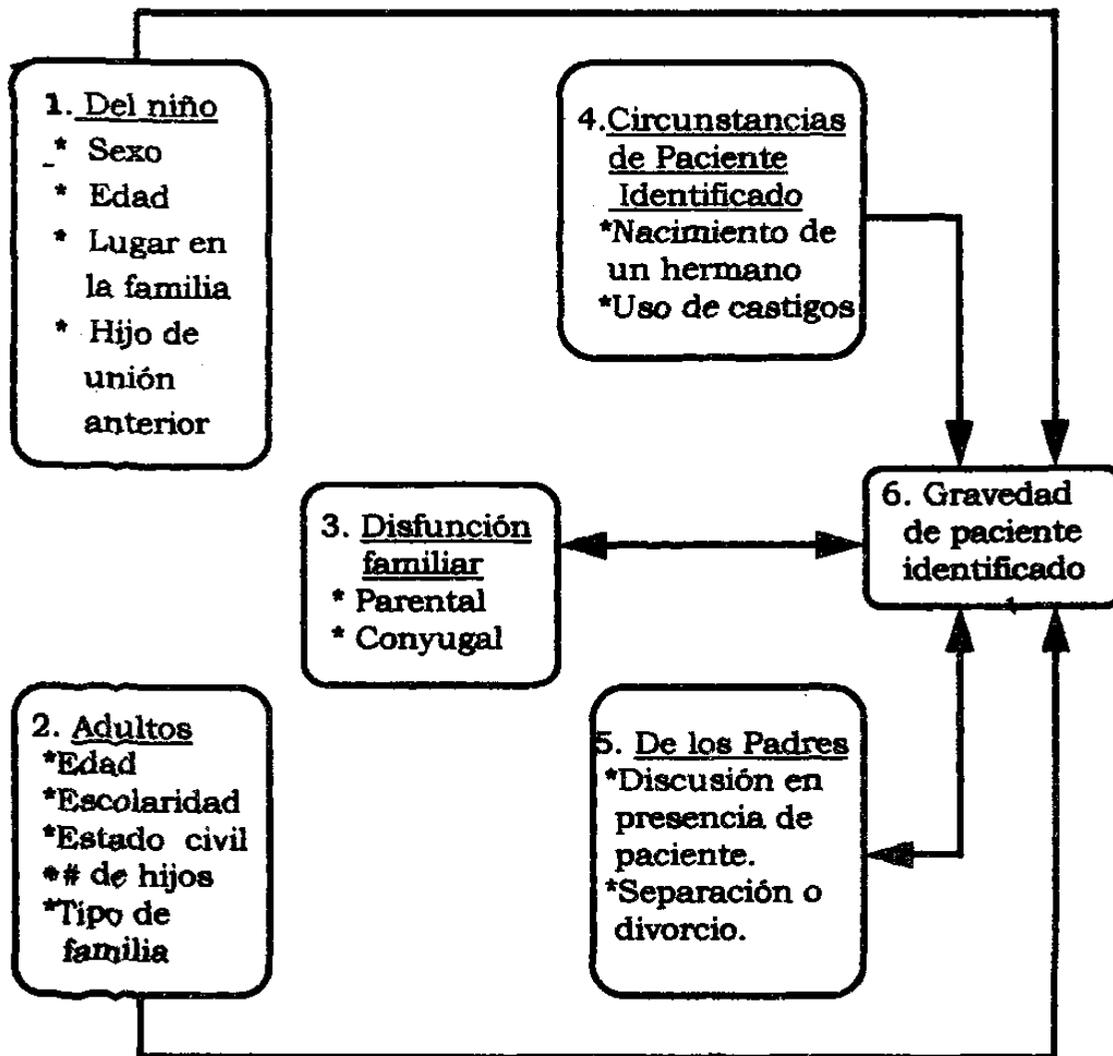
Resumidamente, podemos decir que existen dos grandes vertientes generales, una, la cual apoya un determinismo lineal de causa-efecto sobre la conducta, ya sea ambiental o interno al individuo; y otra que se basa en un determinismo e influencia recíproca entre estos factores, y es precisamente dentro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

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

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

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

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



1020091237

6.2. Las variables y sus indicadores.

Variables Independientes.

1. Del niño :

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

2. De los adultos :

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

Variables Intervinientes.

3. Disfunciones familiares :

3.1. Disfunción parental :

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

3.2. Disfunción conyugal.

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

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

Variables precipitantes o agravantes.

4. Circunstancias de P.I. :

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

5. De los padres :

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

Variable Dependiente.

6. Grado de gravedad de P.I.

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

CAPITULO 7

M E T O D O L O G I A

7.1. Selección de la muestra.

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

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

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

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

7.2. Diseño y piloteo del instrumento.

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

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

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

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

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

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

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

7.3. Valoración de los ítems del instrumento.

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

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

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

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

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

7.3.1. La variable dependiente: los trastornos psicológicos infantiles.

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

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

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

7.3.1.1. Trastornos de eliminación.

Este se deriva en dos: enuresis y encopresis.

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

La pregunta para enuresis fué:

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

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

La pregunta para encopresis:

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

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

Los criterios diagnósticos quedaron de la siguiente manera:

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

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

7.3.1.2. Trastornos por conducta perturbadora.

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

Los items para cada uno de estos fueron los siguientes:

Trastorno de atención con hiperactividad.

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

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

Negativismo.

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

Trastorno de conducta.

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

Las frecuencias para todos los trastornos fueron:

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

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

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

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

Negativismo. Suma ----

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

Trastorno de conducta. Suma ----

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

Atención con hiperactividad. Suma ----

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

7.3.1.3. Trastornos del habla o lenguaje.

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

Las preguntas a la madre fueron las siguientes:

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

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

Frecuencia:

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

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

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

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

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

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

7.3.1.4. Trastorno en habilidades académicas.

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

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

* Estas evaluaciones son incluidas en el apéndice 3.

7.3.1.5. Grado de gravedad de P.I.

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

Lista de opciones y su distribución.

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

7.3.2. Las variables intervinientes.

7.3.2.1. Las disfunciones parentales.

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

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

7.3.2.1.1. Unificación parental.

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

Se plantearon las siguientes preguntas:

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

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

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

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

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

Unificación parental. Suma ____

Grado de unificación de subsistema parental con P.I.

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

7.3.2.1.2. Triangulación parental.

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

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

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

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

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

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

Posteriormente los datos se recodificaron de la siguiente manera:

4,3= grave

2 = riesgo

1= leve

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

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

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

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

La pregunta para esta variable fué la siguiente:

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

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| - Abuelo, (a) | Frecuencia: |
| - Tío, (a) | 4) Siempre |
| - Otro. Especifique:_____ | 3) Casi siempre |
| | 2) Ocasionalmente |
| | 1) Rara vez, casi nunca |
| | 0) Nunca |
| | 9) No se aplica |

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

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

Esta pregunta fué recodificada de la siguiente manera :

Recode. Triangulación con familia extensa :

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

7.3.2.1.4 Percepción de responsabilidad sobre los hijos.

La pregunta sobre esta variable es la siguiente:

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

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

Esta pregunta se recodificó de la siguiente manera :

Percepción de responsabilidad de los padres :

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

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

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

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

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

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

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

Comunicación padre-P.I. y madre- P.I.

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

Los items son los siguientes :

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

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

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

Nivel de comunicación percibido:

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

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

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

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

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

Percepción:

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

Recodificación. Comunicación entre los padres :

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

7.3.2.2 Subsistema Conyugal.

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

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

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

7.3.2.2.1. Felicidad percibida en el matrimonio.

Para evaluar esta variable se aplicaron las siguientes preguntas:

- Cómo considera que es su matrimonio ?

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

Esta pregunta se recodificó de la siguiente manera :

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

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

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

Esta pregunta no se revaloró, se pasó directa.

7.3.2.2.2 Frecuencia de discusiones y frecuencia de acuerdo.

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

- Con qué frecuencia discuten usted y su pareja ?

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

La recodificación de esta pregunta es la siguiente:

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

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

Recodificación :

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

7.3.2.2.3. Frecuencia de discusión y acuerdo sobre ciertos temas.

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

Los ítems fueron los siguientes:

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

Frecuencia:

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

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

Recodificación sobre la frecuencia de discusión :

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

Recodificación sobre la frecuencia de acuerdo en la pareja :

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

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

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

Los items fueron los siguientes :

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

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

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

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

Recodificación de la frecuencia de discusiones graves :

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

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

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

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

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

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

Recodificación :

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

7.3.2.2.6. Frecuencia de aspectos negativos en la pareja.

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

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

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

Frecuencia:

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

7.3.2.2.7. Comunicación en la pareja.

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

Los items fueron los siguientes:

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

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

Nivel de comunicación percibido:

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

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

Grado de comunicación en la pareja. Suma _____

- 1) 12-19 buena
- 2) 20-27 regular
- 3) 28-36 mala

7.3.3. Variables precipitantes o agravantes.

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

Los ítems considerados en este aspecto fueron los siguientes:

- Fecha en que se inicia el problema del niño:

Mes _____ año _____

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

7.3.3.1. Nacimiento de un hermano de P.I.

- 1) Si Fecha_____
- 2) No

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

- 1) Si Fecha_____
- 2) No

7.3.3.3. Separación o divorcio entre usted y su pareja

- 1) Si Fecha_____
- 2) No

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

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

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

Los ítems fueron los siguientes :

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

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

Este ítem fué recodificado de la siguiente manera :

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

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

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

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

La recodificación de éste item es la siguiente :

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

7.3.4. Variables independientes.

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

Las variables consideradas son las siguientes :

7.3.4.1. En el niño (P.I.).

- Sexo
 - 1) Masculino
 - 2) Femenino
- Edad

- Lugar en la familia
 - 1) Unico
 - 2) Primero
 - 3) Medio
 - 4) Ultimo
- Motivo de consulta
- Hijo de unión anterior
 - 1) Si
 - 2) No

7.3.4.2. En los adultos (los padres).

- Edad

--- ---

- Escolaridad

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

La recodificación de éste ítem es la siguiente:

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

- Estado civil

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

Recodificación de estado civil de los padres :

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

- Persona entrevistada

- Número de hijos

7.4. Selección y adiestramiento de entrevistadoras.

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

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

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

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

7.5. Levantamiento de datos.

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

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

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

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

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

7.6. . Codificación, captura y procesamiento de datos.

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

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

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

7.7. Medidas estadísticas utilizadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Rojas Soriano (1980: 231).

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

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

CAPITULO 8

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

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

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

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

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

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

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

Variable	χ^2	Significancia
Sexo del niño	3.39	.705
Edad del niño	7.43	.114

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

8.1. Las variables independientes.

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

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

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

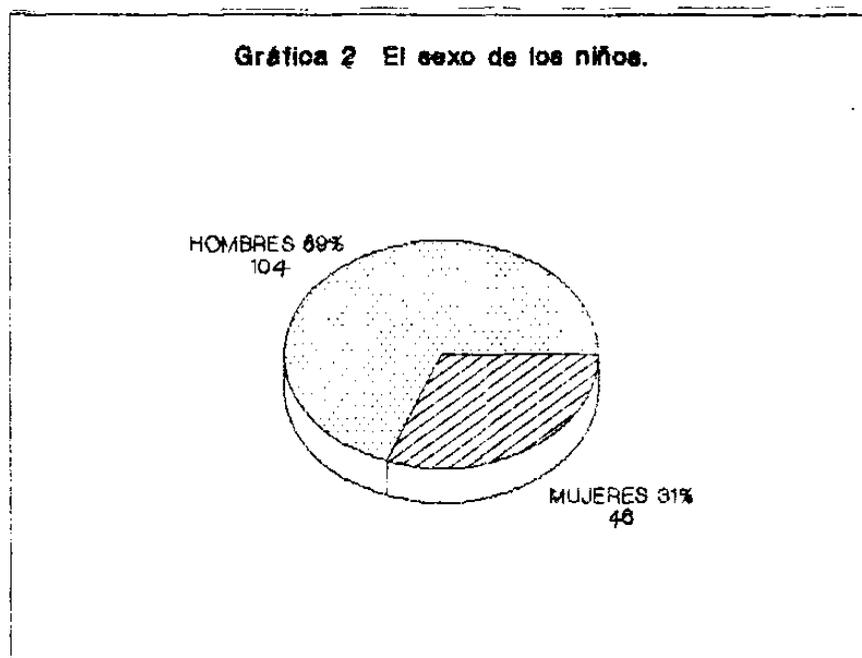
Cabe señalar que algunas de las variables mencionadas, tanto de la población infantil como adulta, sólo nos serán útiles para establecer el perfil de la población.

8.1.1. Población infantil.

8.1.1.1. Sexo

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

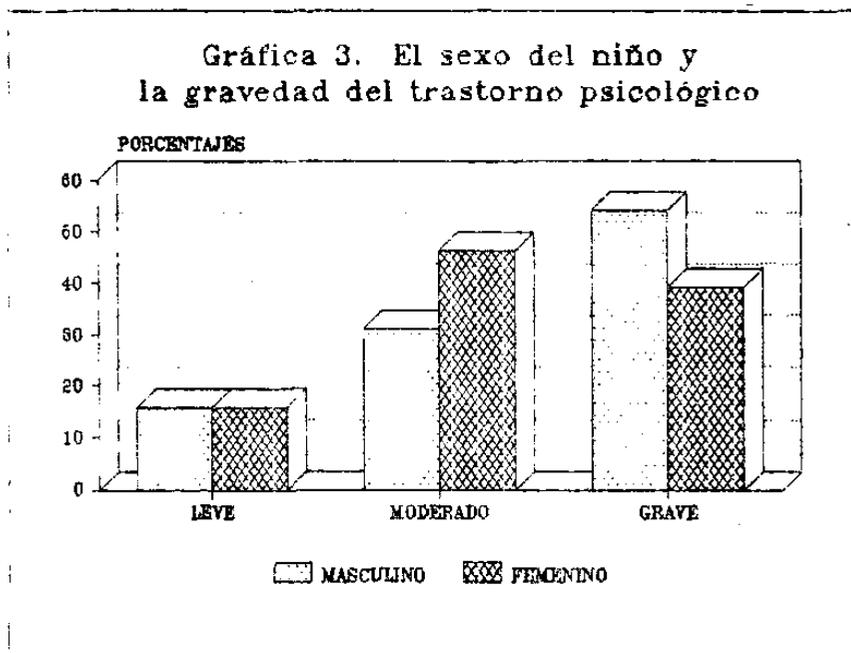
En cuanto a la incidencia de problemas infantiles en relación al sexo, diversos autores (Bakwin y Bakwin, 1980 ; Ross, 1989 ; Myers, 1989), afirman que estos se presentan con mas frecuencia en los varones, lo cual concuerda con lo que observamos en la siguiente gráfica :



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

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

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



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

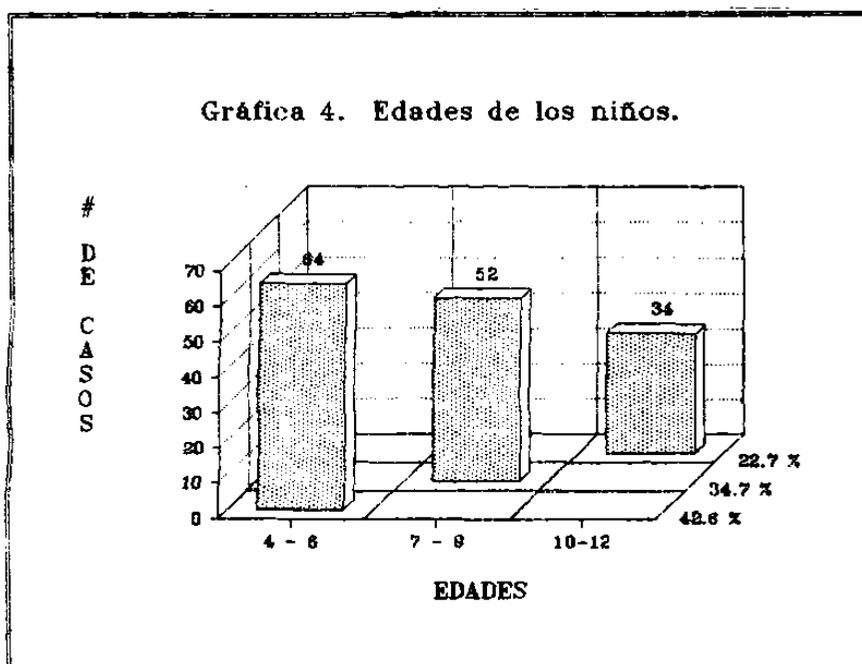
8.1.1.2. Edad.

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

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

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

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



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

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

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



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

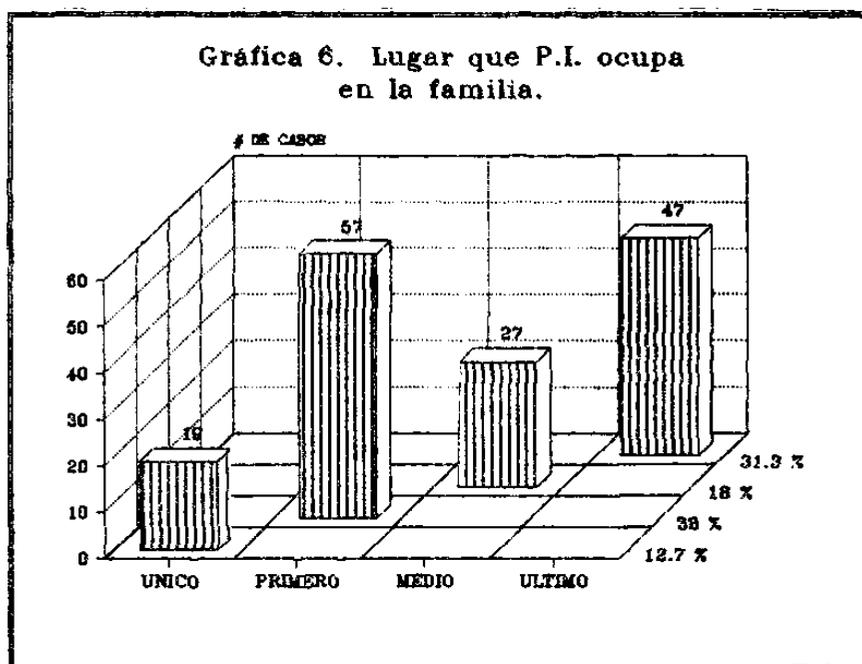
Comparando esta gráfica con la anterior (gráfica 4), nos damos cuenta que aunque son menos los casos que se presentan en las edades de 10 a 12 años, son los que mayor porcentaje de casos graves representan, estos resultados podrían tener relación con la vispera de la adolescencia, lo cual como sabemos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

8.1.1.3. Lugar en la familia.

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

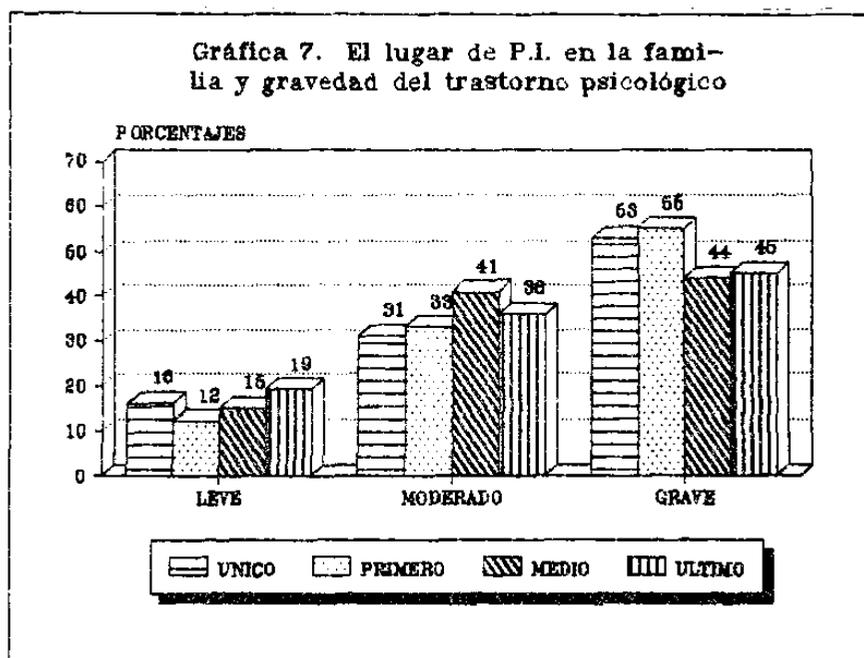
Los lugares en la familia que se consideraron en esta variable son: único, es decir, sin hermanos; primero, que es el mayor de sus hermanos; medio, puede ser el segundo, el tercero, etc. cualquier lugar en medio del primero y el último de los hermanos; y último, es aquel que nació en último lugar en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

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



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

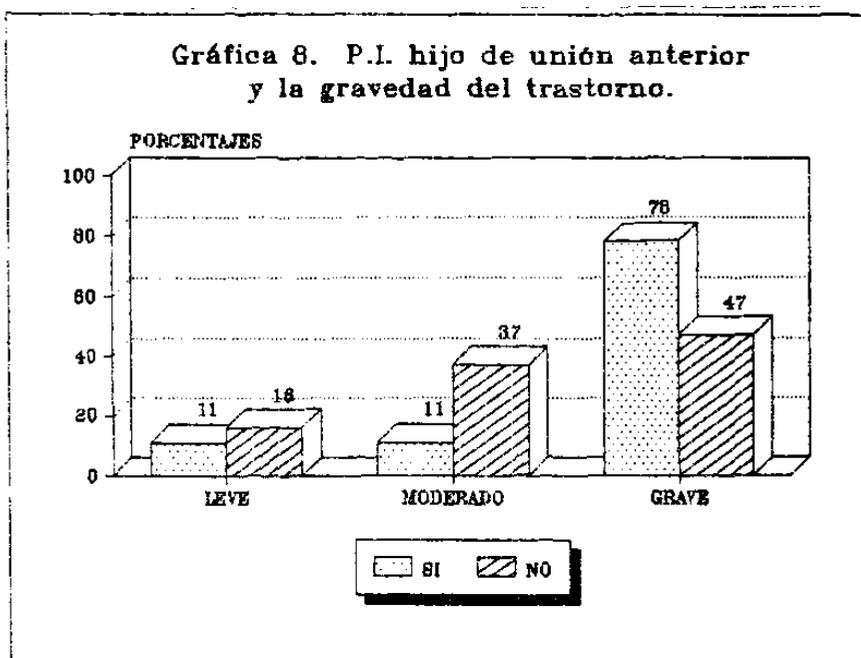
son 53% y 55% son los que corresponden a los niños que son hijos únicos o que ocupan el primer lugar en su familia respectivamente. Aunque esta diferencia no es muy marcada comparativamente con los hijos medios y últimos, si resulta pertinente señalar que esto, según señalan Bakwin y Bakwin (1980), en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



8.1.1.4. P.I. hijo de unión anterior.

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

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



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

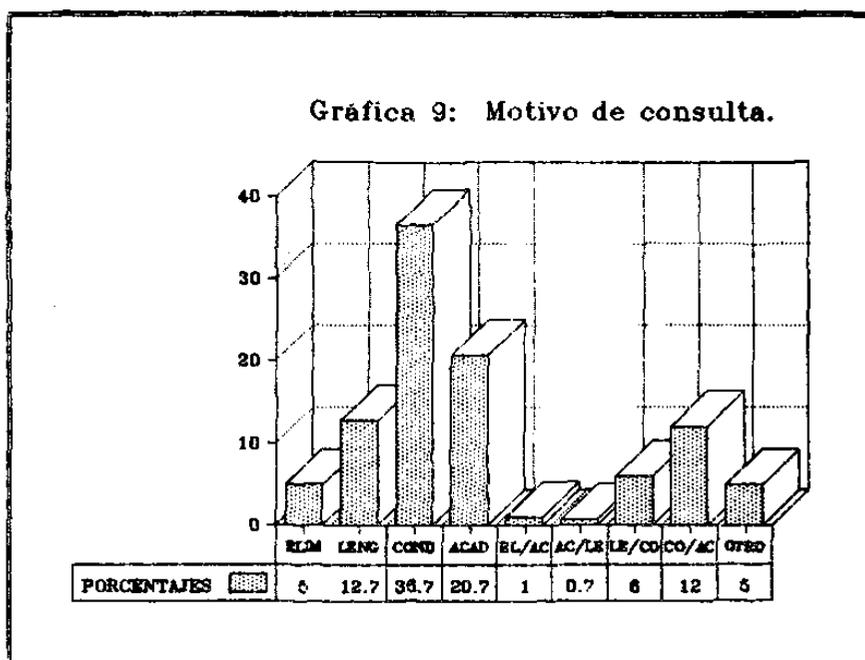
Algo muy importante de señalar sobre esto es que el número de casos que fueron hijos de uniones anteriores fué muy reducido (9 casos), sin embargo se consideró conveniente mostrarlo dado el porcentaje encontrado y que esto coincide con lo que algunos autores, entre otros Pittman, (1990) comentan acerca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

8.1.1.5. Motivo de consulta

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

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

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



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

8.1.1.6. Trastornos Psicológicos Infantiles

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

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

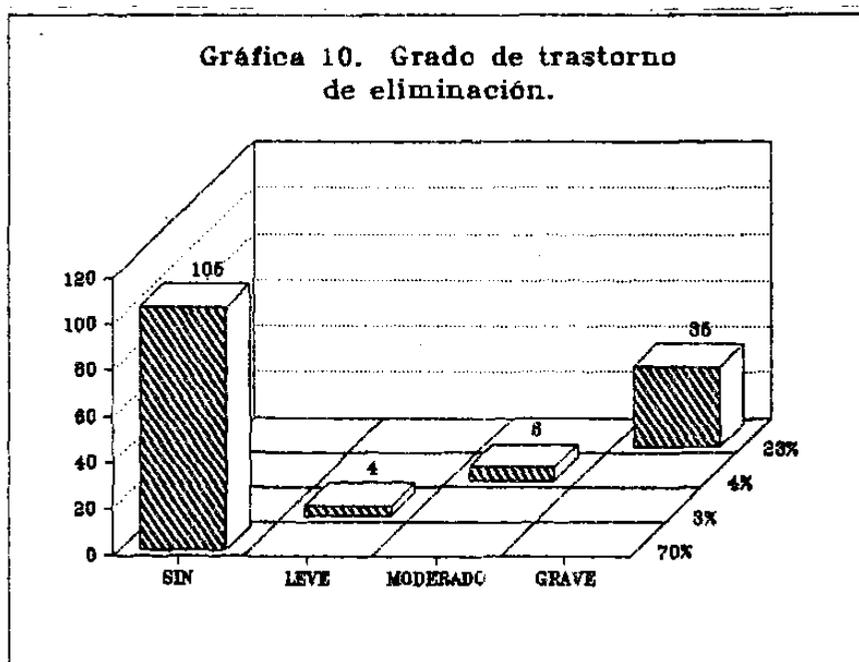
En nuestro estudio se consideran cuatro trastornos que son: Eliminación (enuresis y encopresis), Conducta perturbadora (Atención con hiperactividad, negativismo y conducta), Académico (lectura, escritura y aritmética), Lenguaje (articulación, expresión, comprensión y tartamudeo).

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

8.1.1.6.1. Grado de Trastorno de eliminación.

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

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

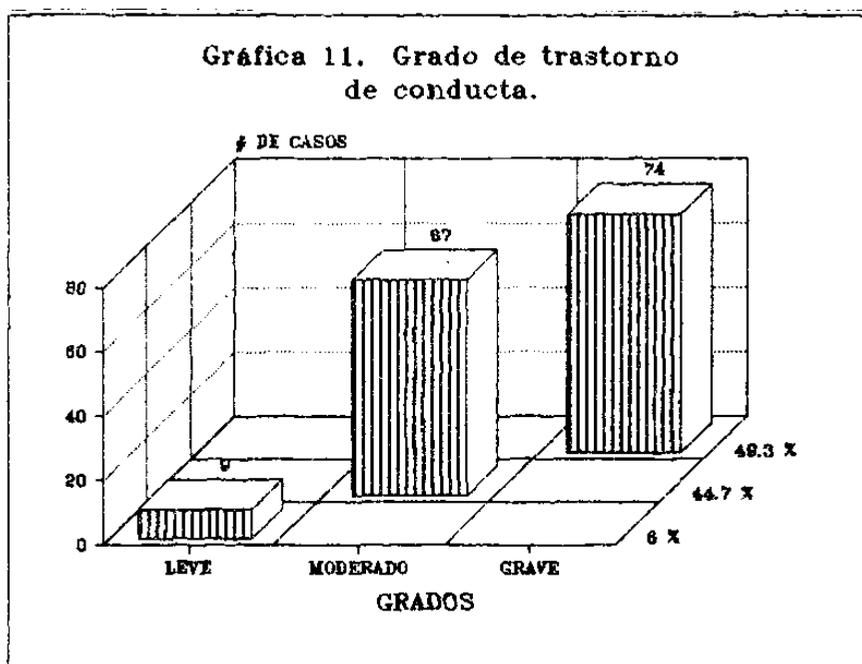


La gráfica 10 nos muestra que los trastornos de eliminación se presentan con baja frecuencia, ya que el 70% (105) de los niños evaluados no los presentan. Sin embargo si comparamos estas cifras con el motivo de consulta, podemos darnos cuenta que los trastornos de eliminación generalmente no son considerados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

8.1.1.6.2. Variable: Grado de trastorno de conducta perturbadora.

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

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



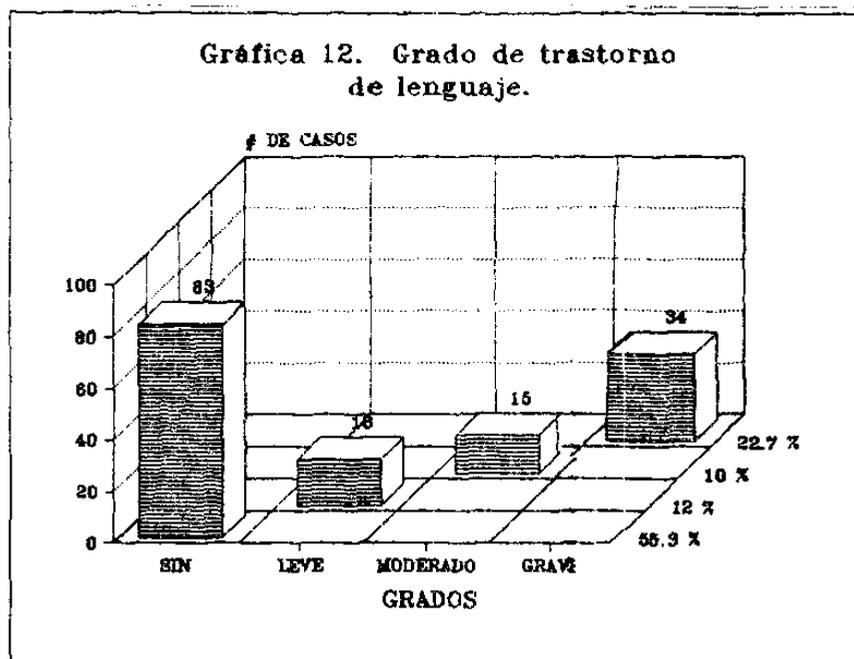
En estos resultados es importante considerar que casi la mitad (49.3%) manifiestan problemas graves de conducta, y que al comparar esta cifra con los motivos de consulta coinciden ligeramente ya que el 55% solicitaba consulta por problemas de conducta, lo que nos hace pensar que generalmente los padres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

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

8.1.1.6.3. Variable: Grado de trastorno de lenguaje.

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

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

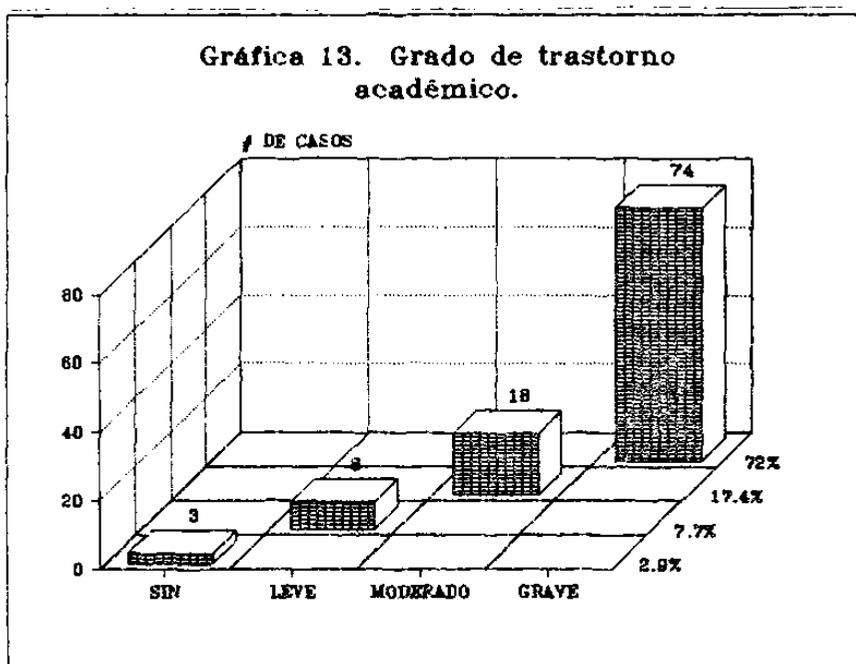


En esta gráfica observamos que un poco más del 50% de los casos evaluados no presentan problemas de lenguaje, sin embargo, de los que sí los presentan el 50% están en el nivel grave, y esto es de mucha importancia ya que si comparamos estas cifras con las obtenidas en los motivos de consulta, observamos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

8.1.1.6.4. Variable: Grado de trastorno académico.

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

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

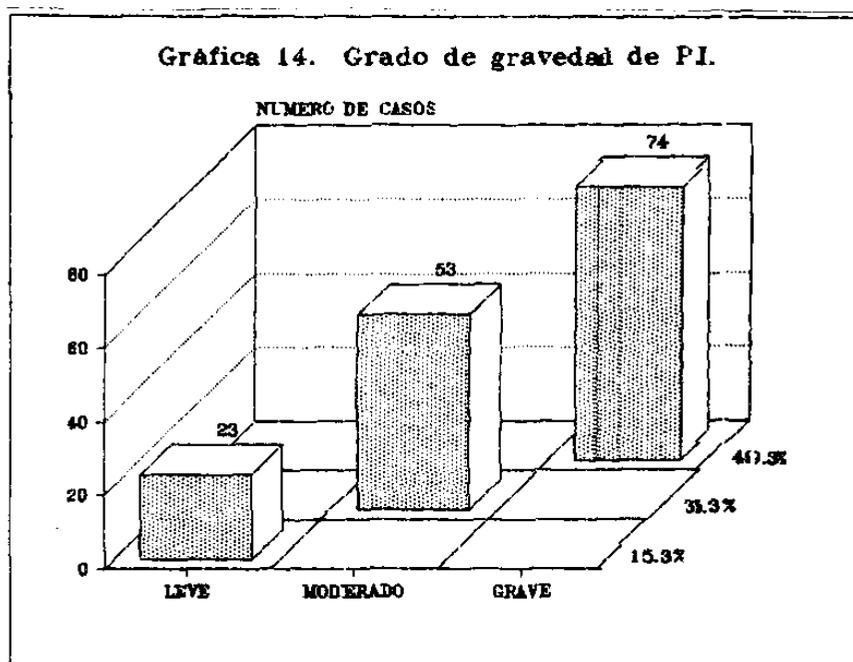


Esta gráfica nos muestra que existe un porcentaje del 31% en que no se aplicó evaluación de trastorno académico por no tener la escolaridad requerida para manifestarlo (primaria mínimamente), sin embargo, de la población que sí fué evaluada (103), un porcentaje bastante alto (72%) manifiesta problemas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

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

8.1.1.6.5. Grado de gravedad de P.I.

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



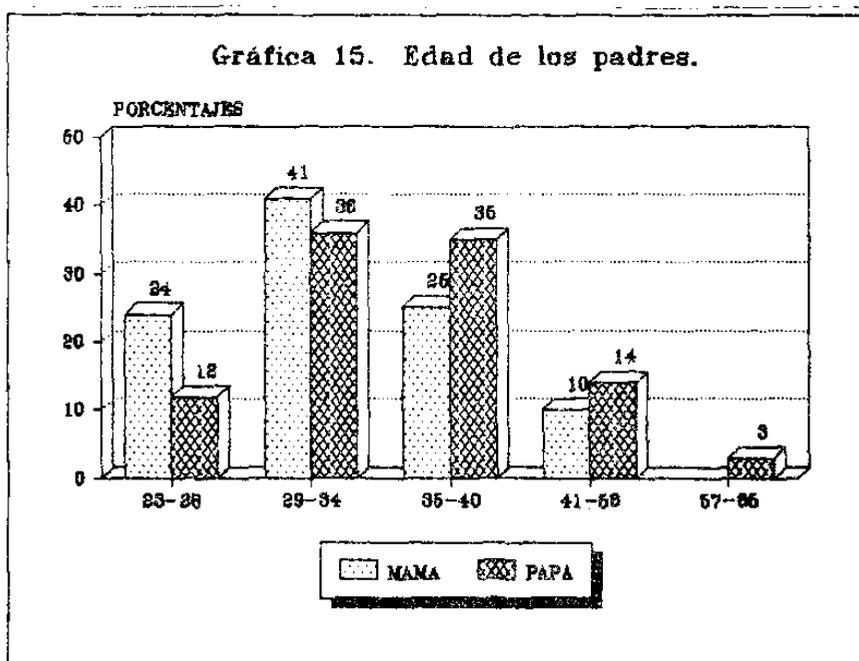
Como podemos observar se encontró que en la población estudiada el 49.3%, presentan un trastorno psicológico grave, el 35.3% moderado y el 15.3% leve. En base a esto podríamos suponer que gran parte de los padres (casi 50%) llevan a consulta a sus hijos cuando la manifestación del problema ya está a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

8.1.2. Población adulta.

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

8.1.2.1. Edad de los Padres.

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



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

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

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

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

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

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

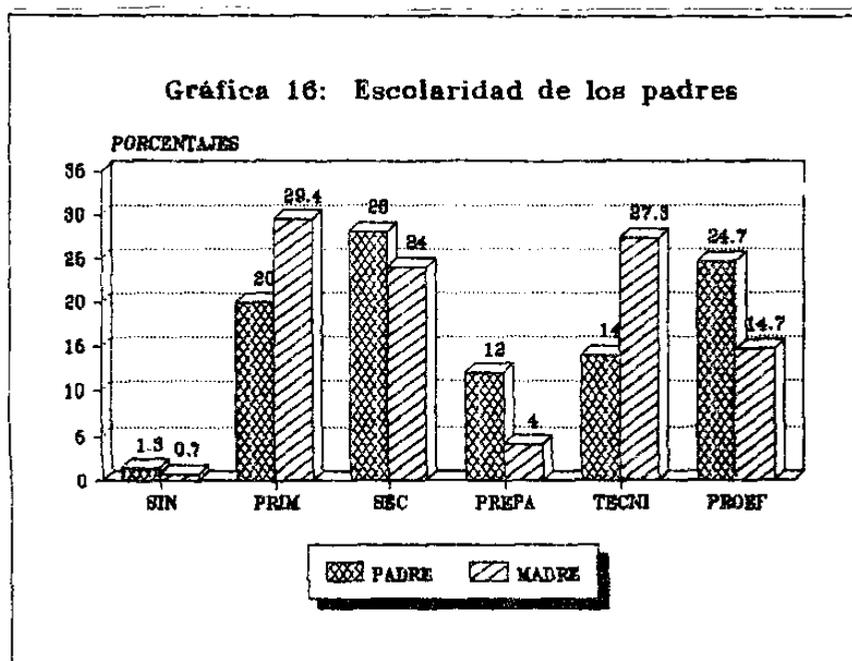
Es probable que en el primer caso, cuando los padres tienen entre 23 y 33 años de edad pudiera deberse a la inexperiencia de estos; y en el caso de los padres con edades entre 45 y 65 años, es probable que estén atravesando la etapa del ciclo vital de la familia con hijos adolescentes, lo que habitualmente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

8.1.2.2. Escolaridad de los Padres.

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

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

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



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

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

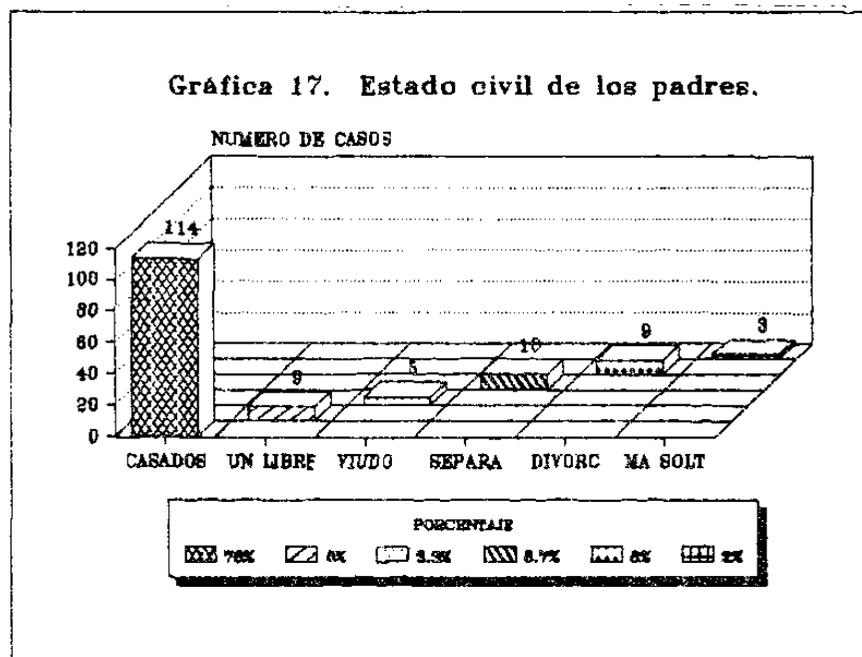
Cuadro 3. Gravedad de P.I. en relación con la escolaridad de los padres.

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

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

8.1.2.3. Estado Civil de los Padres.

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



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

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

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

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

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

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

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

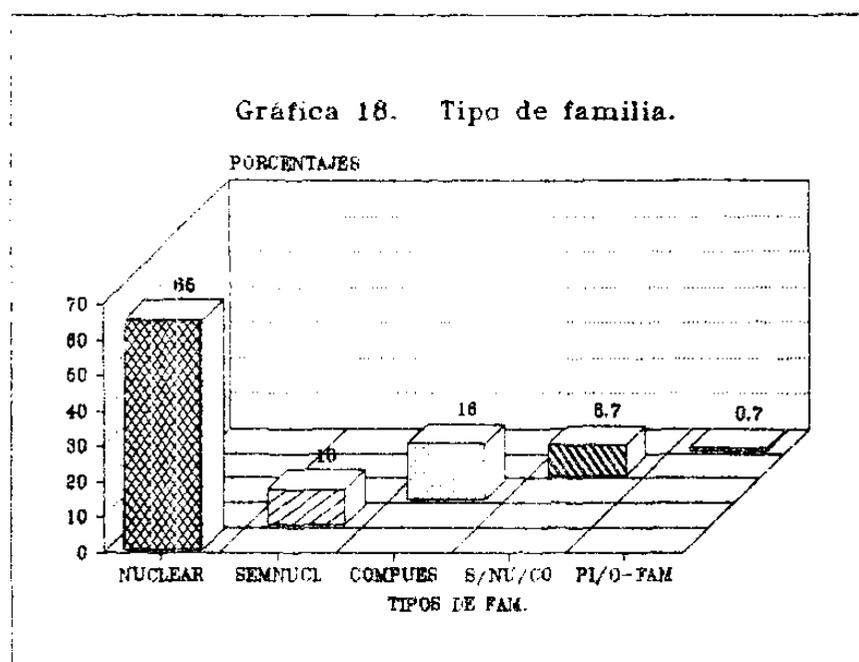
Encontramos que en los casos en que el estado civil de los padres es "separados" o "viudo", se observan los porcentajes más altos de trastorno infantil grave (63.2% y 60% respectivamente), es interesante observar esto, ya que en ambos casos existió una pareja de padres y luego (aunque por motivos diferentes),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

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

8.1.2.4. Tipo de Familia.

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

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



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

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

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

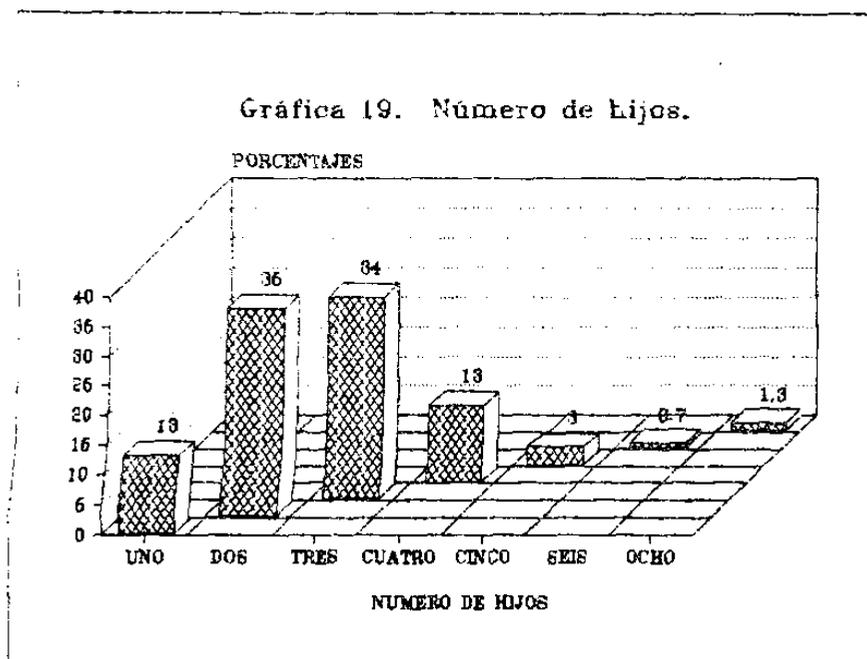
Los datos encontrados aquí coinciden con los del estado civil de los padres, ya que en ambos, los porcentajes más altos de casos graves fueron encontrados asociados con la falta de uno de los padres, en el caso del estado civil, fué con personas unidas o separadas, y en el tipo de familia, fué con la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

8.1.2.5. Número de hijos.

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

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

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



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

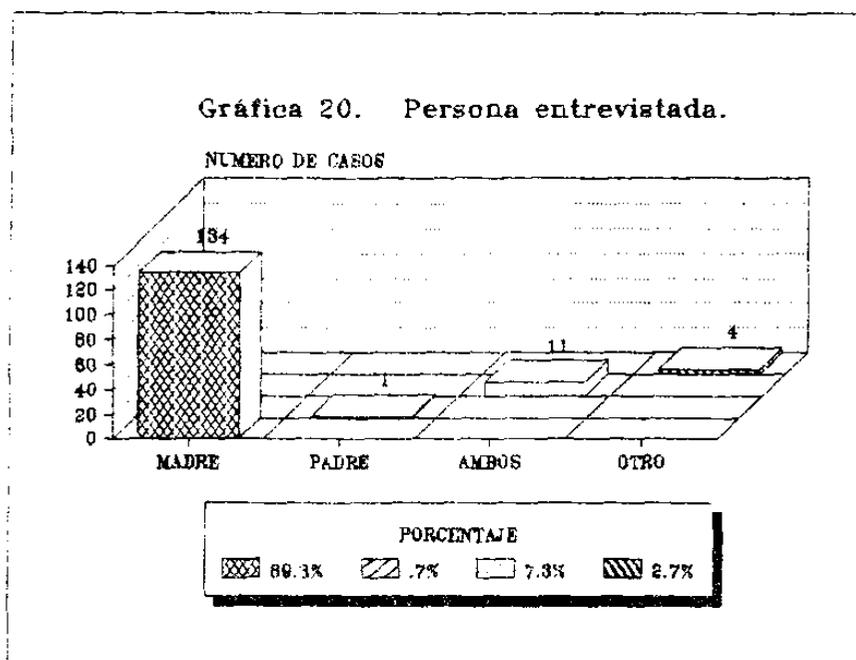
Cuadro 6. La gravedad de P.I. en relación con el número de hijos de la pareja

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

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

8.1.2.6. Persona entrevistada.

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



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

8.2. Variables Intervinientes.

8.2.1. Subsistema Parental.

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

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

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

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

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

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

8.2.1.1. Unificación parental.

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

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

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

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

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

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

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

8.2.1.2. Triangulación parental.

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

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

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

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

* Se eliminaron 3 casos que dijeron "nunca".

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

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

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

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

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

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

8.2.1.3. Triangulación del sistema parental con familia extensa.

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

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

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

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

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

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

8.2.1.4. Percepción de responsabilidad sobre los hijos.

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

Los resultados sobre esto se muestran en el siguiente cuadro.

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

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

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

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

8.2.1.5. Comunicación.

Dentro del aspecto de comunicación en el subsistema parental consideramos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.1.5.2. Comunicación entre padre y P.I.

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

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

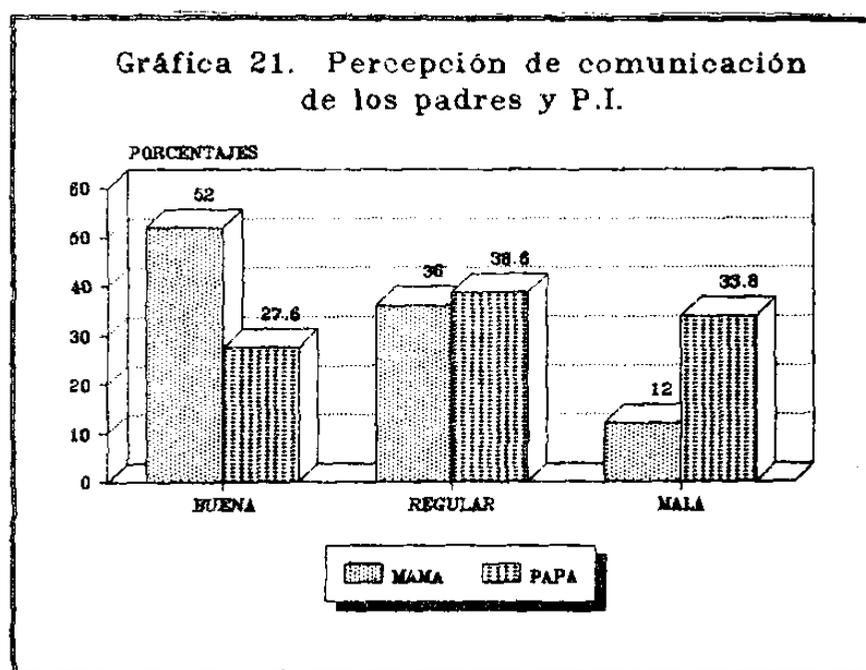
Cuadro 12. Gravedad de P.I. en relación con el grado de comunicación con el padre.

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

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

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

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



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

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

8.2.1.5.3. Comunicación entre los padres.

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

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

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

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

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

En relación a lo anterior podríamos conjeturar dos cosas:

1) Existe poca relación entre una buena comunicación entre los padres y los trastornos psicológicos infantiles.

2) Algunas madres supervaloraron la calidad de la comunicación que tienen con su pareja acerca de su hijo.

8.2.2. Subsistema Conyugal.

Bergman, J. (1991), afirma:

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

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

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

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

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

8.2.2.1. Felicidad percibida en el matrimonio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 16. Felicidad en el matrimonio y volverse a casar

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

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

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

8.2.2.2. Frecuencia de discusiones en la pareja.

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

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

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

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

3.2.2.3. Frecuencia de acuerdo en la pareja.

El siguiente cuadro muestra la frecuencia con que la pareja se pone de acuerdo después de mantener alguna discusión.

Cuadro 18. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de acuerdo entre sus padres.

Acuerdo	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	21.9	32.8	45.3	64
Ocasional	8.8	61.8	29.4	34
Rara vez	11.1	16.7	72.2	36
Total absoluto				134

Encontramos que en los casos en que la pareja rara vez se pone de acuerdo, el 72.2% de los hijos de estas parejas (P.I.), presentan trastorno psicológico grave, mientras que en los casos en que la pareja frecuentemente se pone de acuerdo, este porcentaje disminuye a 45.3%.

También es importante señalar que en los casos en que la pareja llega a un acuerdo de manera ocasional el 61.8% (de estos casos), presenta trastorno moderado.

Al comparar este cuadro y el anterior, podemos observar que se encontró una mayor relación entre la gravedad de P.I. y la frecuencia de acuerdo más que la de discusiones; es decir, ¿las discusiones entre una pareja no influyen tanto para la gravedad de un trastorno psicológico de un hijo, siempre y cuando terminen por ponerse de acuerdo?, pensamos que tal vez podría darse una respuesta afirmativa a esto, sin embargo, por otro lado también podríamos considerarla como interrogante a investigar más a fondo, con un mayor número de casos.

8.2.2.4. Frecuencia de discusiones graves.

En este punto es importante señalar que las discusiones de las que hemos hablado hasta aquí son aquellas "habituales", "casi rutinarias", (como lo mencionaban los entrevistados), enseguida nos referiremos a aquellas discusiones que por su magnitud se salen de lo "habitual" y que por lo tanto se les consideró como discusiones graves.

El cuadro 19 nos muestra los resultados encontrados en este aspecto:

Cuadro 19. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de discusiones graves entre sus padres.

Frec. discusiones graves	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
C/2 meses	18.8	37.5	43.8	16
1-2 por mes	14.0	38.7	47.3	93
Varias/semana	20.0	24.0	56.0	25
Total absoluto				134

En el cuadro anterior observamos un ligero aumento progresivo de los porcentajes de casos infantiles graves conforme aumenta la frecuencia de discusiones que la pareja considera como graves, ya que en los casos en que estas discusiones se dan cada 2 meses el 43.8% de los pacientes (hijos de estas parejas), presentan trastorno grave; en los casos en que la frecuencia aumenta a 1-2 por mes, también el porcentaje de niños con trastorno psicológico grave aumenta a 47.3% y en los casos de las parejas que tienen discusiones graves varias veces por semana se incrementa a 56%.

Relacionado con esto, es el siguiente cuadro el cual nos muestra la magnitud de las discusiones de la pareja y la gravedad del trastorno de P.I.

8.2.2.5. Magnitud de las discusiones de pareja.

La magnitud de las discusiones de pareja se refiere a lo más grave que llega la pareja en sus discusiones, es decir, si solo levantan la voz, o se agreden verbalmente, es decir, se ofenden uno al otro, o si llegan hasta la agresión física, es decir, a golpearse. Enseguida presentamos el cuadro 20, donde se observan los resultados acerca de esto:

Cuadro 20. Gravedad de P.I. en relación con la magnitud de las discusiones de los padres.

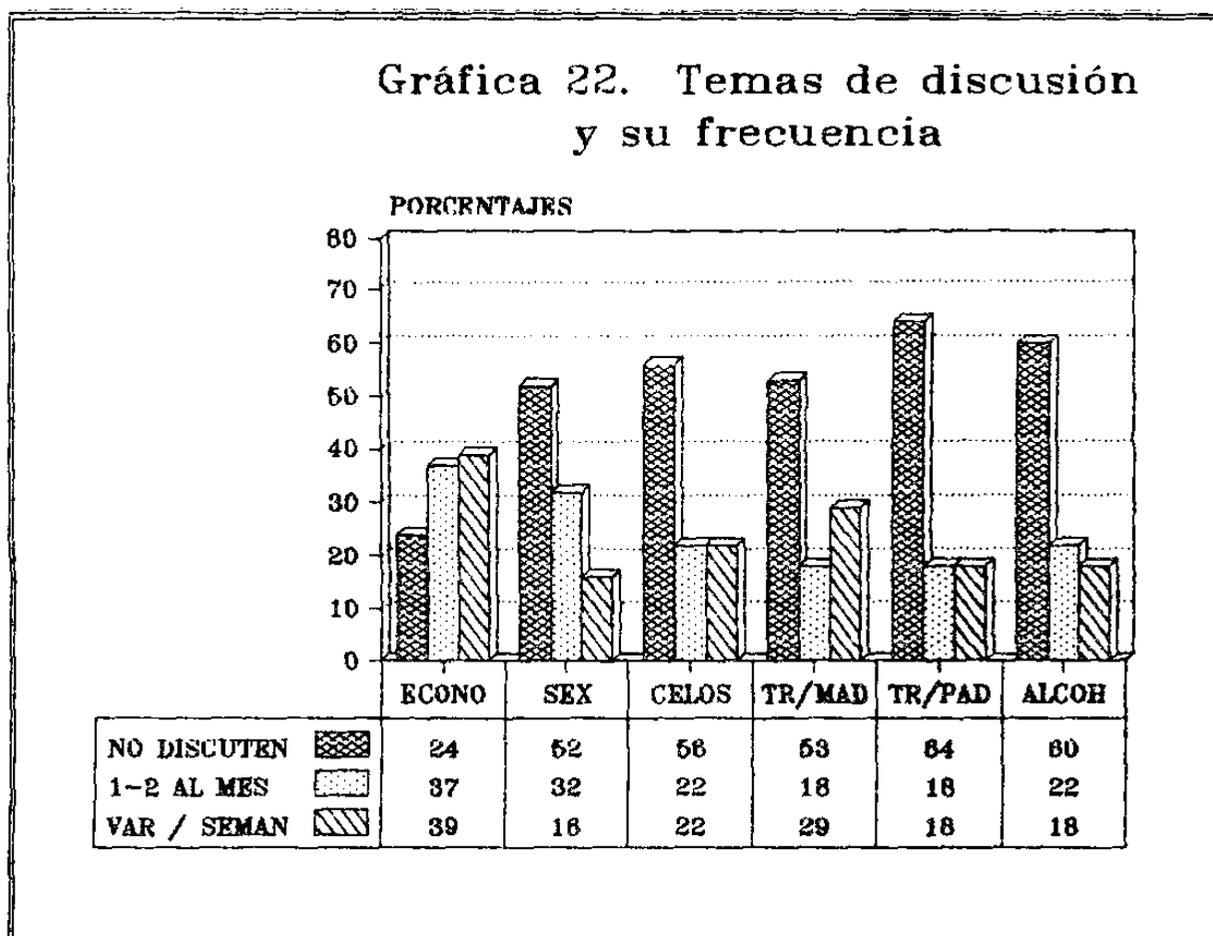
Magnitud de discusiones	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Levantar la voz	14.5	41.9	43.5	62
Agresión verbal	13.3	40.0	46.7	45
Agresión verb y física	22.2	14.8	63.0	27
Total absoluto				134

En el cuadro anterior observamos que cuando es sus discusiones la pareja solo levanta la voz, el 43.5% de los casos infantiles (hijos de estas parejas), presentan trastorno psicológico grave, cuando se presenta agresión verbal aumenta a 46.7%, y se incrementa a mas de la mitad (63%), cuando en las discusiones entre la pareja se incluye agresión verbal y física, lo que nos indica que conforme aumenta la magnitud de las discusiones en la pareja, aumenta ligeramente los porcentajes de casos infantiles graves.

Cabe señalar, que contrariamente a lo esperado, un porcentaje ligeramente mayor de parejas que se agreden verbal y físicamente tienen hijos con trastornos leves comparativamente con los que sólo levantan la voz o se agreden verbalmente.

8.2.2.6. Temas de discusión y su frecuencia.

Enseguida presentamos la gráfica 22 donde se muestra la frecuencia de algunos temas de discusión en las parejas de esta población. En ella se observa que el tema por el que menos discuten es por el trabajo del padre ya que el 64% afirma que este aspecto no es tema de discusión.



El punto por el que con más frecuencia discuten es el económico, ya que el 39% comenta que discuten por este tema varias veces por semana y el 37% lo hacen de 1 a 2 veces por mes, lo que suma un total de 76% de parejas que discuten por cuestiones económicas de 1 a 2 veces al mes hasta varias a la semana.

Es importante mencionar que se realizó un cruce de la gravedad de P.I. con estos temas de discusión, se encontró que los más relacionados fueron: 1) discusiones por ingestión de alcohol y 2) discusiones por el trabajo de la madre. A pesar de que estos temas no son por los que se discute con mas frecuencia. A continuación presentamos los cuadros que muestran los resultados obtenidos en el cruce de estas variables.

Iniciaremos por presentar el cuadro referente a la gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de discusiones por ingestión de bebidas alcoholicas.

Cuadro 21. Gravedad de P.I. y discusiones en la pareja por ingestión de alcohol.

Discusiones por alcohol	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
No discuten	16.0	40.7	43.2	81
1-2 veces/mes	17.2	37.9	44.8	29
Varias por sem	12.5	16.7	70.8	24
Total absoluto				134

En este cuadro observamos que de las parejas que discuten varias veces a la semana por ingestión de alcohol, el 70.8% de sus hijos (P.I.), presentan trastorno psicológico grave, mientras, que en los casos que no discuten por este tema, este porcentaje disminuye a 43.2%.

En relación a esto, Pittman (1990), plantea que el uso de alcohol por uno o ambos padres es motivo frecuente de disputa entre la pareja y en muchas ocasiones de maltrato infantil, y que cuando el padre (más frecuentemente que la madre), tiene problemas con la ingestión de bebidas alcoholicas, en ocasiones los hijos se sienten culpables, pero también hay casos en que intentan atraer la atención hacia su propia crisis, con rabietas, amenazas de suicidio, siendo destructivo, etc.

En cuanto al trabajo de la madre, el Dr. Ribeiro (1989), define el trabajo femenino como el desempeño de una actividad económica por parte de la mujer, que sea realizado dentro o fuera del hogar y que no se relacione con actividades domésticas de la familia. En nuestro estudio el trabajo de la madre, es considerado sólo aquel que se realice fuera del hogar, lo cual implicaría la separación, por cierto tiempo, de los hijos.

Es importante mencionar que en la población estudiada, solamente se presentaron 51 casos de madres que trabajaban fuera del hogar.

Cuadro 22. Gravedad de P.I. en relación con las discusiones por el trabajo de la madre.

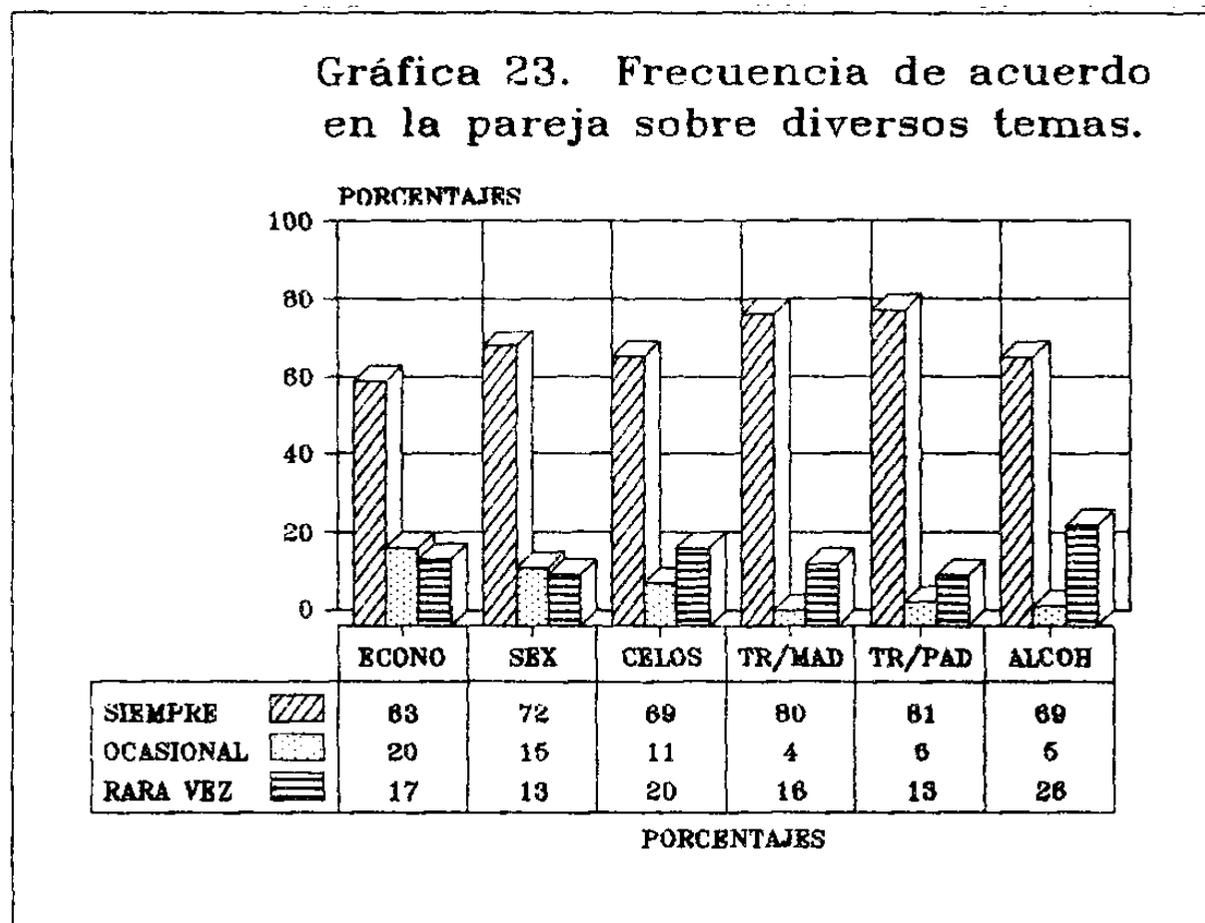
Discusiones trabajo/madre	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
No discuten	18.5	25.9	55.6	27
1-2 al mes	33.3	22.2	44.4	9
Varias por sem	6.7	20.0	73.3	15
Total absoluto				51

De las parejas que discuten varias veces a la semana a causa del trabajo de la madre, el 73.3% de sus hijos (P.I.), presentan trastorno grave, y este porcentaje disminuye a 55.6% en las parejas que no discuten por este aspecto, el cual a pesar de que disminuye, sigue siendo alto. Esto nos pone a pensar que tal vez, el que los padres discutan por el trabajo de la madre influya en el trastorno de P.I., a la vez que también sabemos que es probable que P.I. sea un motivo de discusión por el trabajo de la madre, ya que algunas de las personas entrevistadas comentaron que su esposo no estaba de acuerdo en que trabajara porque "descuidaba al niño".

Por otro lado, es importante considerar el porcentaje asociado con casos graves, aún y cuando mencionan no discutir por este aspecto (el trabajo de la madre), ya que esto podría ser un indicador de que cuando la madre trabaja fuera de casa hay que cuidar aspectos como ¿cuánto tiempo?, ¿al regresar del trabajo tiene tiempo ella y/o su esposo para dedicarle al niño?, ¿con quién ha de quedarse el niño cuando la madre sale a trabajar?, etc. Esto no es una defensa del punto de vista de que la madre "no debiera" de trabajar, pero sí de que pensamos que cuando esto sucede hay que cuidar ciertos aspectos en relación al hijo y establecer pautas de organización familiar para que esto no genere algún tipo de conflicto.

8.2.2.7. Frecuencia de acuerdo en la pareja.

Enseguida presentamos una gráfica donde se observa la frecuencia con que la pareja se pone de acuerdo sobre los temas mencionados arriba.



Encontramos que el tema en el que se ponen de acuerdo con más frecuencia es por el trabajo del padre (81%), en el que hay un acuerdo de manera ocasional con más frecuencia es el económico (20%), y en el tema que rara vez se ponen de acuerdo es por la ingestión de alcohol (26%)..

Cuando realizamos un cruce entre la gravedad de P.I. y la frecuencia de acuerdo en los temas anteriores, encontramos que la falta de acuerdo o el que rara vez se pongan de

acuerdo en temas como el trabajo de la madre o por celos, así como por cuestiones económica y por ingestión de alcohol están mas asociados con trastornos infantiles graves. Enseguida presentamos los cuadros que muestran los resultados en relación a estas variables.

Cuadro 23. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de acuerdo entre la pareja sobre el trabajo de la madre.

Acuerdo Trabajo de la madre	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	19.5	29.3	51.2	41
Ocasional	50.0		50.0	2
Rara vez		12.5	87.5	8
Total absoluto				51

Cuando la pareja rara vez se pone de acuerdo acerca del trabajo de la señora, en el 87.5% de estos casos, el hijo (P.I.) presenta trastorno psicológico grave, mientras que cuando el acuerdo es frecuente este porcentaje disminuye a 51.2%.

En este caso se observa una relación similar a la del cuadro que presentamos anteriormente sobre la frecuencia de discusiones por el trabajo la madre, ya que aquí también disminuye el porcentaje de casos infantiles graves cuando el acuerdo entre la pareja acerca del trabajo de la señora es frecuente, sin embargo, sigue siendo alto, lo cual en cierta forma apoya la idea expresada anteriormente sobre que si hay discusión o no, y en este caso, acuerdo o no, acerca del trabajo de la madre, este sigue siendo un aspecto que hay que considerar con cuidado para evitar conflictos.

Otra variable con la que se encontró cierta relación con la gravedad del trastorno psicológico infantil es la frecuencia de acuerdo después de una discusión acerca de "celos" o sospecha de infidelidad de alguno de los cónyuges.

En el cuadro 24 se muestran los resultados sobre esto.

Cuadro 24. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de acuerdo entre la pareja acerca de celos o sospecha de infidelidad.

Acuerdo en celos	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	17.2	39.8	43.0	93
Ocasional	20.0	46.7	33.3	15
Rara vez	7.7	15.4	76.9	26
Total absoluto				134

En los casos en que la pareja frecuentemente se pone de acuerdo acerca de celos o sospecha de infidelidad el 43.0% de sus hijos (P.I.) presenta trastorno psicológico grave, mientras que cuando la pareja rara vez se pone de acuerdo sobre este tema el porcentaje aumenta a 76.9%

Pensamos que es importante aclarar que tal vez la falta de acuerdo en este tema por sí sola no sea relevante para la gravedad de P.I., sino la secuela de esto en la relación de la pareja, es decir, que al no llegar a un acuerdo acerca de sospechas de infidelidad, es posible que esto "merme" la relación, deteriorando su forma de interacción como pareja y tal vez como padres.

Otro tema de acuerdo con el que también se encontró cierta relación con la gravedad de P.I. es la de aspectos económicos. Enseguida presentamos el cuadro que muestra los resultados sobre esto.

Cuadro 25. Gravedad de P.I. y frecuencia de acuerdo en aspectos económicos

Acuerdo económico	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	18.8	37.6	43.5	85
Ocasional	3.7	44.4	51.9	27
Rara vez	18.2	18.2	63.6	22
Total absoluto				134

Cuando las parejas frecuentemente se ponen de acuerdo sobre aspectos económicos el 43.5% de los hijos de estas parejas presentan trastorno psicológico grave, mientras que cuando las parejas rara vez se ponen de acuerdo sobre este tema, el porcentaje aumenta a 63.6%.

Es probable que la falta de acuerdo acerca de cuestiones económicas, tales como en que gastar el dinero, como distribuirlo, etc, genere tensión en la pareja, lo cual obviamente alterará su estado emocional y probablemente el trato con los hijos.

Una variable más en la cual la falta de acuerdo, también resultó significativa es la falta de acuerdo en la ingestión de alcohol por parte de uno de los miembros de la pareja. Enseguida presentamos el cuadro 26 con estos resultados.

Cuadro 26. Gravedad de P.I. en relación con la falta de acuerdo sobre la ingestión de bebidas alcoholicas.

Acuerdo alcohol	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Frecuente	18.3	37.6	44.1	93
Ocasional		50.0	50.0	6
Rara vez	11.4	28.6	60.0	35
Total absoluto				134

En este cuadro observamos que cuando la pareja rara vez se pone de acuerdo sobre la ingestión de bebidas alcoholicas el 60.0% de los hijos (P.I.) de estas parejas presenta trastorno psicológico grave, mientras que en los casos en que la pareja frecuentemente llega a un acuerdo, este porcentaje disminuye a 44.1%.

Es interesante la distribución de porcentajes encontrada en este cuadro, ya que es similar a la de frecuencia de discusiones y acuerdo por el trabajo de la madre, pues disminuyen los porcentajes de casos graves cuando disminuyen la frecuencia de discusiones o cuando aumenta la frecuencia de acuerdo, más sin embargo, siguen siendo altos, y tal vez, el análisis de este cuadro podría ser en el mismo sentido, es decir, tal parece que si es importante que la pareja no discuta por estos temas, o que llegue a un acuerdo, pero en el caso del trabajo de la madre tal vez habría que agregar organización familiar, y en el de bebidas alcoholicas considerar la cantidad y frecuencia con que esto sucede.

8.2.2.8. Aspectos negativos en la pareja.

Consideramos la frecuencia de ocurrencia de cuatro aspectos negativos en la pareja que fueron los siguientes:

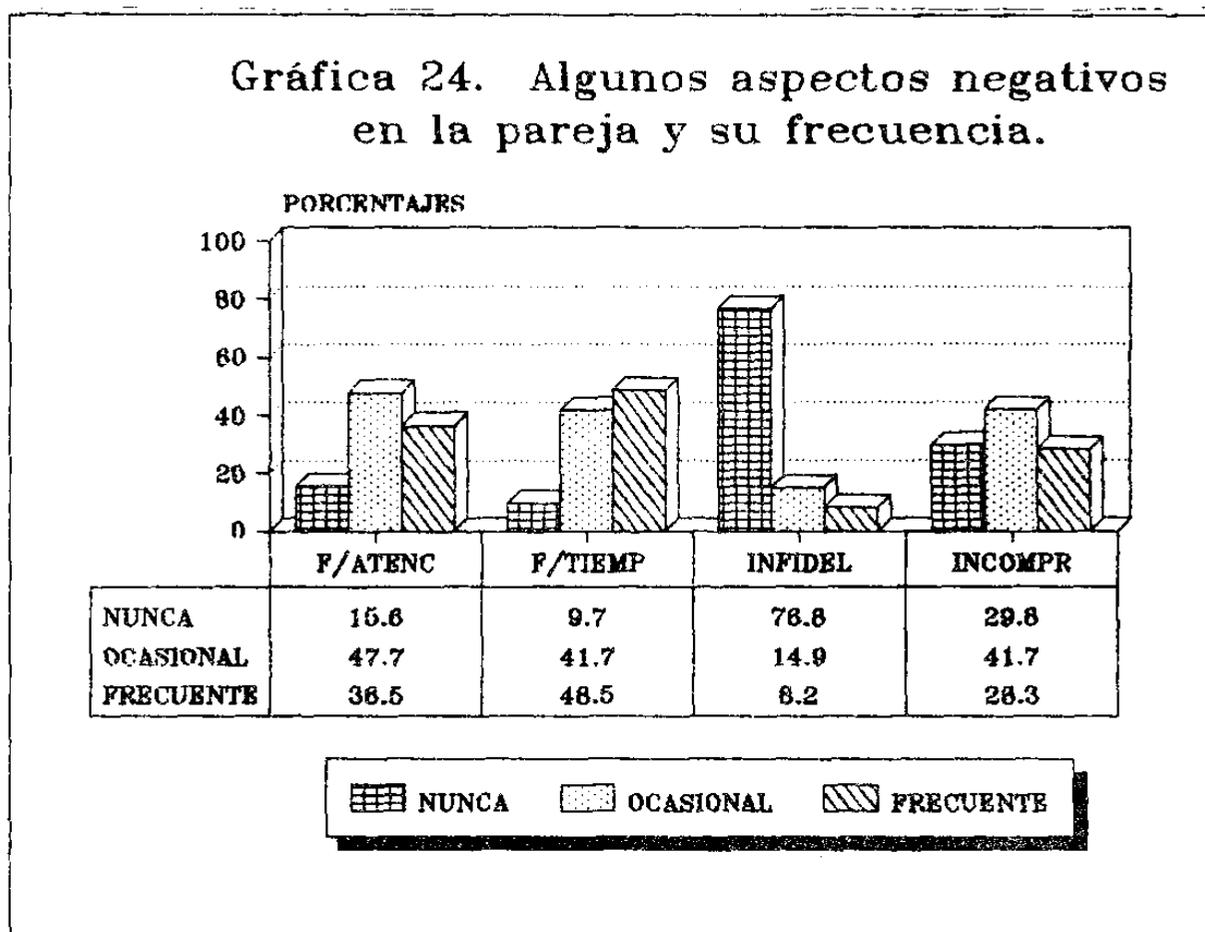
8.2.2.8.1. Falta de atención y detalles

8.2.2.8.2. Falta de tiempo juntos

8.2.2.8.3. Infidelidad

8.2.2.8.4. Incomprensión

Enseguida presentamos la gráfica 24 donde se muestran los aspectos mencionados y la frecuencia aproximada con que se presentan en las parejas de esta población.



Como podemos observar en la gráfica anterior el aspecto negativo que se presenta con mayor frecuencia es la falta de tiempo para estar juntos (48.5%); y en segundo lugar la falta de atención y detalles.

Enseguida presentamos los cuadros referentes a estos aspectos en relación con la gravedad de P.I.

8.2.2.8.1. Falta de atención y detalles.

Enseguida presentamos el cuadro 27 donde se muestra la relación entre la gravedad de P.I. y la falta de atención y detalles en la pareja

Cuadro 27. Gravedad de P.I. en relación con la falta de atención y detalles entre sus padres.

Falta Atención y detalles	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	14.3	47.6	38.1	21
Ocasional	14.1	37.5	48.4	64
Frecuente	18.4	28.6	53.1	49
Total absoluto				134

En este cuadro observamos que cuando en la relación de pareja nunca faltan atención y detalles, el 38.1% de los hijos de estas parejas (P.I.), presentan trastorno psicológico grave, cuando la falta de atención y detalles es ocasional aumenta a 48.4% y se incrementa a un poco más de la mitad (53.1%), cuando la falta de atención y detalles entre la pareja es frecuente.

Esto nos indica un aumento progresivo (aunque ligero) de los porcentajes de casos infantiles graves conforme aumenta la falta de atención y detalles entre la pareja.

8.2.2.8.2. Falta de tiempo juntos.

En relación a la falta de tiempo entre la pareja para hacer cosas juntos como salir a pasear, comer fuera, etc. no se observaron diferencias significativas, cuando la falta de tiempo entre la pareja para hacer cosas juntos es frecuente, ocasional o nunca se presenta.

A continuación presentamos el cuadro 28 que muestra esto.

Cuadro 28. Gravedad de P.I. y la falta de tiempo entre la pareja.

Falta de tiempo	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	15.4	30.8	53.8	13
Ocasional	17.9	39.3	42.9	56
Frecuente	13.8	33.8	52.3	65
Total absoluto				134

8.2.2.8.3. Infidelidad.

La infidelidad entre la pareja fué otro de los aspectos considerados. Enseguida se muestra el cuadro sobre la gravedad de P.I. en relación con la presencia, ausencia o sospecha de infidelidad por uno o ambos de los conyuges de la pareja (padres de P.I.).

Cuadro 29. Gravedad de P.I. y frecuencia de infidelidad en la relación de los padres.

Infidelidad	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	17.5	39.8	42.7	103
Ocasional	10.0	25.0	65.0	20
Frecuente	9.1	18.2	72.7	11
Total absoluto				134

Cuando en la situación de pareja nunca se ha dado una situación de infidelidad el 42.7% de los hijos de estas parejas (P.I.), presentan trastorno psicológico grave, mientras que cuando la infidelidad se presenta frecuentemente este porcentaje aumenta a 72.7%, por otro lado, también se observa una diferencia, aunque ligera, cuando la infidelidad es frecuente, solamente el 9.1% de los hijos (P.I.) de estas parejas presenta trastorno leve, y este porcentaje aumenta a 17.5% cuando nunca se presenta la infidelidad en la relación de la pareja.

8.2.2.8.4. Incomprensión.

El siguiente cuadro se refiere a la frecuencia con que se manifiesta incomprensión en la relación de pareja, aunque cabe mencionar, que en este caso al igual que en los anteriores, quien proporcionó la información es la madre, por lo que es probable que esta sea la frecuencia con que ella se sienta incomprendida.

Cuadro 30. Gravedad de P.I. en relación con la frecuencia de incomprensión entre los padres.

Incomprensión	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	22.5	37.5	40.0	40
Ocasional	14.3	42.9	42.9	56
Frecuente	10.5	23.7	65.8	38
Total absoluto				134

En este cuadro al igual que en el anterior se observa una ligera diferencia cuando la incomprensión es frecuente comparativamente a cuando nunca se dá la incomprensión en la relación de pareja.

En los casos en que la incomprensión es frecuente en la relación de pareja, el 65.8% de sus hijos (P.I.), presentan trastorno grave, y cuando nunca se presenta este aspecto, el porcentaje disminuye a 40%; también se observa una ligera disminución en los porcentajes de casos infantiles leves cuando la incomprensión es frecuente, (10.5%), comparativamente a cuando esta nunca se presenta en la pareja (22.5%).

8.2.2.9. Triangulación del sistema conyugal con familia extensa.

Este tipo de triangulación se refiere a cuando existen discusiones entre la pareja y algún miembro de la familia extensa (familiares) de uno u otro conyuge interviene para apoyar a alguno de ellos.

Enseguida exponemos el cuadro 31 donde se muestra la relación entre la gravedad de P.I. y este tipo de triangulación:

Cuadro 31. Gravedad de P.I. y triangulación del sistema conyugal con familia extensa

Triangulación con familia extensa	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Nunca	14.7	33.3	52.0	75
Ocasional	15.4	46.2	38.5	13
Frecuente	17.8	37.8	44.4	45
Total absoluto				133

En este cuadro observamos que no se presenta relación entre la gravedad de P.I. y las triangulaciones del subsistema conyugal con familia extensa, aunque cabe señalar que en algunos puntos se observa una relación inversa, por ejemplo cuando nunca se presenta la triangulación conyugal, el 14.7% de estos casos presentan trastorno leve, mientras que cuando la triangulación es frecuente, este porcentaje aumenta, aunque muy ligeramente, (a 17.8%), y lo mismo se observa con los casos graves, ya que cuando nunca existe triangulación conyugal con familia extensa, el 56.4% de los hijos (P.I.) de estas parejas, presentan trastorno grave y este porcentaje disminuye a 44.4% cuando la triangulación conyugal con familia extensa es frecuente. Lo esperado sería a la inversa, es decir, encontrar los porcentajes de casos graves, asociados con las triangulaciones frecuentes.

Los resultados encontrados en relación a esta variable es probable que se deban , realmente a la ausencia de relación o un posible ocultamiento de la información, que como habíamos mencionado antes, esto podría ser factible, ya que los padres no encuentran mucha relación entre este tipo de preguntas y el síntoma en su hijo, por lo que no les dan mucha importancia, además de que es difícil en una primera (y única) entrevista obtener información sobre subsistema conyugal.

8.2.2.10. Comunicación entre la pareja.

En el siguiente cuadro observamos que cuando la comunicación entre la pareja es buena, el 40.9% de los hijos (P.I.) de estas parejas presentan trastorno psicológico grave, este porcentaje aumenta a 47.6% cuando la comunicación es regular y se incrementa a un poco mas de las tres cuartas partes, (76%), cuando la comunicación entre la pareja es "mala".

Cuadro 32. Gravedad de P.I. y grado de comunicación en la relación de pareja de los padres de P.I.

Comunicación	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
Buena	19.3	39.8	40.9	88
Regular	9.5	42.9	47.6	21
Mala	8.0	16.0	76.0	25
Total absoluto				134

También es importante señalar que en los casos en que la comunicación entre la pareja es buena, el 19.3% de los hijos (P.I.), de estas parejas presentan trastorno psicológico leve y este porcentaje disminuye a 8% en los casos en que existe mala comunicación.

8.3. Las Variables precipitantes o agravantes.

Como mencionamos anteriormente, en este apartado nos referimos a algunos factores que podríamos considerar ya sea como posibles precipitantes o agravantes del problema en el niño, dependiendo esto de si su ubicación en el tiempo era antes o después del inicio del trastorno psicológico respectivamente. Los factores considerados son los siguientes:

- 8.3.1.-. El nacimiento de un hermano(a) de P.I.
- 8.3.2.-. Discusión grave entre los padres presenciada por P.I.
- 8.3.3.-. Separación o divorcio entre los padres de P.I.
- 8.3.4.-. Tipo de castigos más usados con P.I.

Y los parámetro (con excepción del tipo de castigos) es si esto sucedía :

- 1) De 0 a 6 meses antes del inicio del problema de P.I. (posible precipitante).
- 2) De 7 a 12 meses antes del inicio del problema de P.I. (posible precipitante).
- 3) Después del inicio del problema de P.I. (posible agravante)
- 4) No se presentó alguno de estos eventos ni antes, ni después del inicio del trastorno en el niño.

Enseguida exponemos los cuadros que muestran los resultados acerca de estos factores :

8.3.1. Nacimiento de un hermano(a) de P.I.

El cuadro 33 nos muestra la gravedad de P.I. en relación con el nacimiento o no de un hermano(a), y se observan ligeras diferencias en los porcentajes.

El porcentaje más alto de casos graves (60%), se encuentra asociado al nacimiento de un hermano como posible factor agravante, es decir, después del inicio del problema de P.I.; sin embargo, es importante señalar que no se encuentran diferencias significativas cuando esto se presenta antes del inicio del trastorno en el niño, (50% y 41.7%), y cuando esto no ha sucedido, es decir, cuando no ha habido el nacimiento de un hermano de P.I. un año antes o después del inicio del trastorno de éste último. Por lo que concluimos que cuando menos, en esta población, este hecho no resultó estar muy relacionado con el trastorno psicológico de P.I.

Cuadro 33. Gravedad de P.I. y nacimiento de un hermano(a).

Nacimiento de hermano(a)	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
0-6 mes antes	16.7	33.3	50.0	24
7-12 mcs antes	8.3	50.0	41.7	12
Después		40.0	60.0	10
No	17.3	33.7	49.0	104
Total absoluto				150

8.3.2. Discusión grave entre los padres presenciada por P.I.

La discusión grave entre los padres presenciada por P.I., se refiere a alguna discusión ocurrida entre los padres de P.I., que por su magnitud se saliera de las disputas "cotidianas" o habituales de la pareja, y que hubiera sido presenciada por el niño.

En el cuadro 34 se muestran los resultados encontrados, en donde se observa que en los casos en que el niño (P.I.) presenció una discusión fuerte entre los padres de 0 a 6 meses antes del inicio de su problema, el 69% presenta trastorno psicológico grave; después observamos como este porcentaje disminuye a 22.2% cuando este hecho sucedió de 7 a 12 meses antes del inicio del problema del niño (P.I.).

Esto podría ser el indicador de cuando menos dos cosas:

- 1) A medida que pasa el tiempo disminuye en el niño el impacto de la discusión presenciada.
- 2) Si esto no ha sucedido sólo una vez, es probable que se dé una "habituaación" a este tipo de situaciones por parte del niño, pero no que por eso deje de ser precipitante

Cuadro 34. Gravedad de P.I. y discusión entre sus padres presenciada por él.

Discusión presente P.I.	Gravedad de P.I.			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
0-6 mes antes	7.1	23.8	69.0	42
7-12 mes antes	44.4	33.3	22.2	9
Después	10.5	42.1	47.4	19
No	17.3	41.3	41.3	75
Total absoluto				145

8.3.3. Separación o divorcio de los padres de P.I.

Enseguida presentamos el cuadro 35 donde se muestran los resultados encontrados en relación a la separación o divorcio de los padres de P.I. de 0 a 12 meses antes o después del inicio del trastorno psicológico de este.

Cuadro 35. Gravedad de P.I. y separación o divorcio entre los padres.

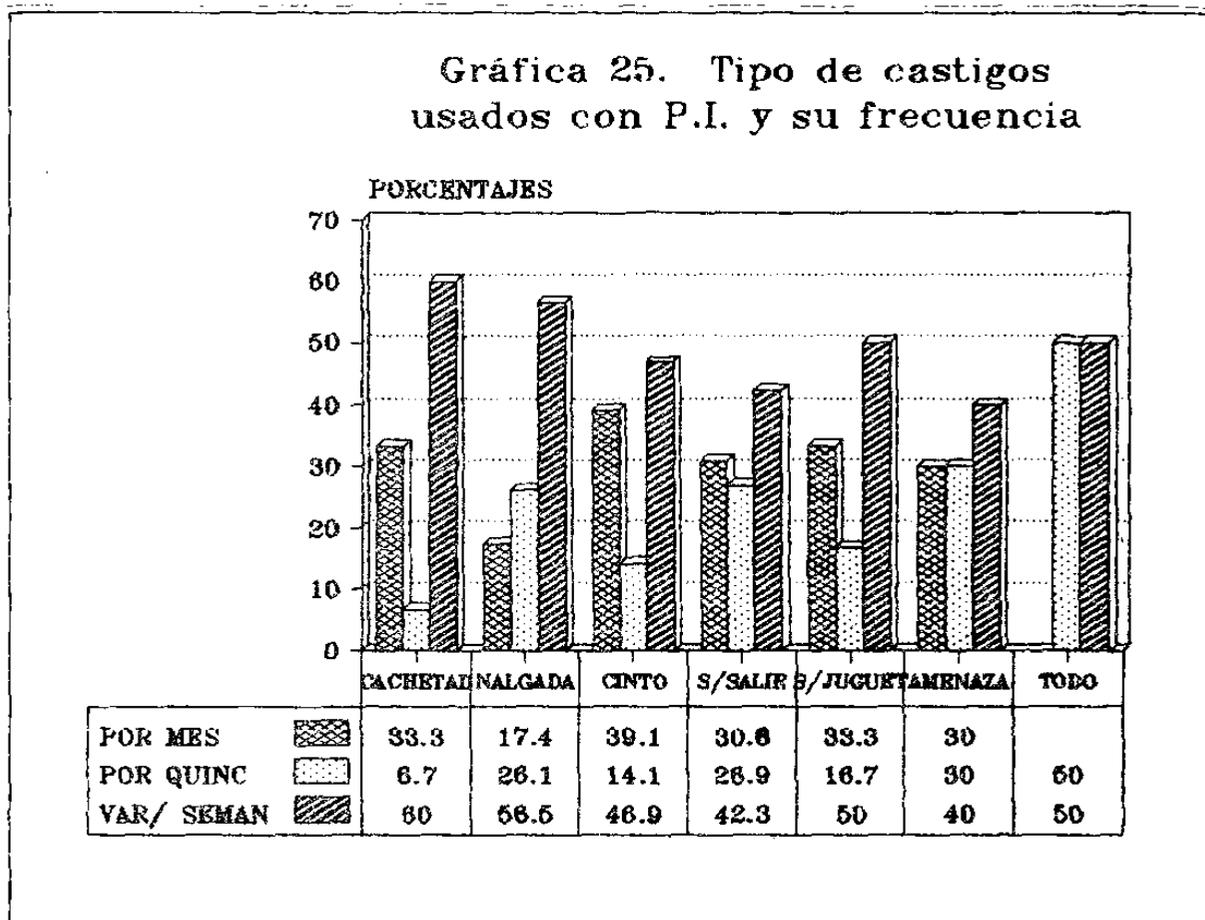
Separación o divorcio	<u>Gravedad de P.I.</u>			Total absoluto
	Leve	Moderado	Grave	
0-6 mes antes	31.3	25.0	43.8	16
7-12 mes antes	20.0	30.0	50.0	20
Después		14.3	85.7	7
No	13.1	39.3	47.7	107
Total absoluto				150

En este cuadro observamos que el porcentaje más alto de casos graves se encuentra asociado con la separación o divorcio de los padres después del inicio del problema en el niño (P.I.), aunque cabe mencionar que sólo fueron 7 casos, también es importante considerar que 85% es un porcentaje bastante alto.

El encontrar este porcentaje tan alto de casos infantiles graves asociado con la separación o divorcio de los padres después del inicio del problema de P.I., nos hace considerarlo como un posible factor agravante, ya que cuando los padres de P.I. se separaron o divorciado el niño (P.I.) ya presentaba el trastorno psicológico, sin embargo, como sabemos, las discusiones son la antesala de la separación o divorcio de una pareja, lo cual nos podría hacer hipotetizar las discusiones como un posible factor precipitante y la separación o divorcio de los padres como agravante, aunque obviamente no en todos los casos, ya que lo impactante de esto no es el hecho en sí, sino la forma en que se dá el proceso.

8.3.4. Tipo y frecuencia de castigos más usados con P.I.

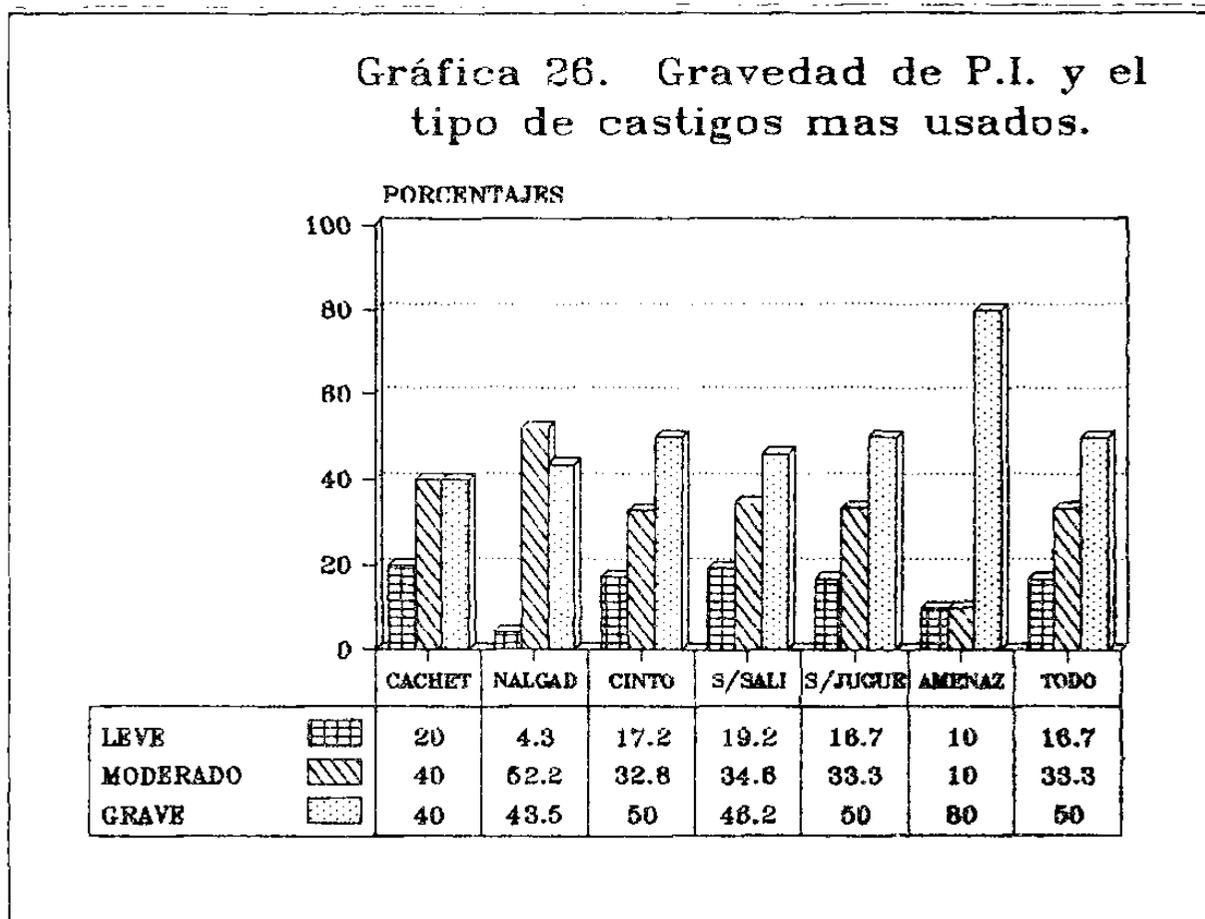
Enseguida presentamos la gráfica 25 donde se muestran los tipos de castigos más usados por los padres para corregir a P.I.



Como podemos observar en esta gráfica, de las personas que acostumbran corregir a su hijo por medio de cachetadas, el 60% hace uso de este castigo varias veces a la semana, de las personas que utilizan las "nalgadas", el 56.5% también lo hace varias veces a la semana, de los que acostumbran quitar algo al niño, el 50% también lo hace varias veces a la semana, y un 50% de los que dicen que usan "de todo" es decir, cachetada, nalgada, amenaza, etc, también lo hacen varias veces a la semana.

Todos los datos anteriores nos hablan de una alta frecuencia de uso de castigos.

La gráfica 26 que presentamos a continuación se muestra la gravedad de P.I. en relación al tipo de castigo utilizado por sus padres para corregirlo:



En esta gráfica observamos que el porcentaje más alto de casos graves (80%) se encuentra asociado con amenazas, lo que nos hace suponer que serán amenazas no cumplidas.

En los demás porcentajes de casos graves y leves no se observan diferencias significativas.

CAPITULO 9

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Antes de iniciar este apartado es conveniente mencionar que las conclusiones obtenidas de este trabajo debieran ser consideradas como una pequeña contribución para futuras investigaciones sobre estos temas tan amplios como son la familia y los trastornos infantiles.

Dentro de las variables independientes que se encontraron relacionadas con la gravedad del trastorno psicológico en el niño se encuentra el sexo de este, es decir, se encontró una mayor incidencia de casos graves en niños que en niñas. Esto concuerda con lo planteado por algunos autores como Bakwin y Bakwin (1980), quienes plantean como el comportamiento esperado y reforzado en un niño y en una niña por la familia es diferente; obviamente que a su vez ésta última se ve influida por las normas culturales, por lo tanto, un factor aparentemente independiente de la familia como es el sexo del niño, bien podría estar relacionado con la forma en que la familia interactúa con sus hijos según el sexo de estos.

Otro factor similar al anterior, es decir, en su función de variable independiente, es la edad del niño. Encontramos que de los niños que tenían de 10 a 12 años, el 65% presentaba trastorno psicológico grave, lo que suponemos podría tener relación con la etapa del ciclo vital de la familia con este niño, que es la de la pre-adolescencia, aunque es posible que la familia esté en otro ciclo vital con otros hijos, con este hijo recién empieza una etapa en que se inicia el reacomodo y necesaria negociación de reglas y límites, es una época en que los padres tienden a una retroalimentación negativa (tendencia al no cambio), y los hijos a una retroalimentación positiva

(tendencia al cambio), dando lugar a conflictos, mas o menos serios dependiendo de como se manejen.

Otro aspecto que consideramos importante incluir, a pesar del bajo número de casos es el de P.I. como hijo de una unión anterior de uno de los padres, es decir, cuando existe padrastro o madrastra. En estos casos, generalmente el niño atravesó previamente por un período de divorcio de los padres o muerte de uno de ellos; luego a esto hay que agregarle la integración a una nueva familia, lo que no estamos señalando como algo "malo" o "inadecuado", si es que se tiene cuidado en cada uno de los procesos mencionados (divorcio, muerte de uno de los padres, o la integración a una nueva familia). En el caso de nuestra población, el 78% de los niños hijos de unión anterior, presentan trastorno psicológico grave, contra un 47% de los que no lo son.

Sobre lo anterior, es importante mencionar que hubo dos casos que no estaban en esta situación, es decir, siendo hijos de unión anterior no presentaban trastorno psicológico grave, sin embargo por los datos proporcionados a nivel informal por la persona entrevistada, pudimos constatar que los procesos de divorcio (en este caso) habian sido diferentes a los de los niños con trastorno psicológico grave; es probable que un proceso de divorcio o muerte de uno de los padres afecte a los hijos, sin embargo, tal vez sea mas importante la forma en que estos hechos son manejados por la familia.

Algo relacionado es el estado civil de los padres y el tipo de familia, en donde los datos coinciden, ya que encontramos que en las familias seminucleares, es decir, la compuesta por un padre viudo(a) o separado(a) presenta los porcentajes más altos de casos infantiles graves.

Esto parecería que es inadecuado divorciarse y volverse a casar, así como no hacerlo, es decir, que el niño permaneciera con solamente uno de los padres, no obstante es importante retomar aquí lo mencionado arriba, tal parece que lo importante de esto, es la manera como se manejen por la familia estas situaciones, ya que por ejemplo en otros resultados tenemos que lo importante es que ambos padres se sientan y se hagan responsables de sus hijos. En nuestro estudio encontramos que los porcentajes más altos de casos graves, se ubican cuando sólo uno de los padres u otra persona (no los padres) tiene la responsabilidad de los hijos, es decir, cuando ambos no se sienten responsables de los hijos, aún y cuando el estado civil de la pareja sea de casado o unidos. De las personas casadas o unidas solamente el 40.7% piensa que la responsabilidad de los hijos es de ambos, es decir, más de la

mitad de las parejas suponen que la responsabilidad de los hijos es solamente de uno de ellos (generalmente de la madre).

Lo anterior nos pone a pensar no sólo en la importancia de la estructura familiar (padre, madre hijos), sino también en los procesos que pueden darse dentro de ella, como son la separación o divorcio de los padres, muerte de uno de ellos, e incluso, el que estando la estructura tradicional conformada sólo uno de ellos se sienta participe en la educación de sus hijos, lo cual parecería que es similar a que esté uno de los cónyuges.

Todos estos argumentos se ven apoyados por los resultados en otras variables, como por ejemplo, la unificación parental, es decir, el grado en que los padres se apoyan el uno al otro para corregir a su hijo. En relación a esto encontramos que a menor unificación parental, mayor gravedad de P.I.; y lo mismo se observó en cuanto a las triangulaciones entre los padres, esto es, que uno de los padres apoye al hijo cuando el conyuge lo está corrigiendo, restándole de esta manera autoridad a su pareja.

Fueron interesantes los resultados encontrados en el último factor mencionado (la triangulación parental), ya que observamos que aunque la triangulación entre los padres fuera leve, esto bastaba para estar asociado con trastornos moderados, mientras que la triangulación moderada se veía asociada con casos graves, subiendo el porcentaje aún más cuando la triangulación era grave, lo que nos habla de que la triangulación entre los padres es un factor altamente importante en los trastornos psicológicos de los hijos.

Lo expuesto hasta el momento concuerda con la teoría familiar sistémica, ya que autores como Madanes (1988), Haley (1989), Minuchin (1989) hablan de la importancia de las jerarquías, reglas, límites, y como estas se vuelven disfuncionales, cuando en la familia, y sobre todo en la pareja se dá una lucha por el poder, que generalmente es oculta, y desviada a través del hijo.

En cuanto a la comunicación, encontramos que es otro factor importante en la gravedad del trastorno psicológico del niño, ya que cuando es mejor la comunicación, disminuye el porcentaje de casos infantiles graves.

Algo que nos llamó la atención es que se encontrara mayor relación entre los trastornos infantiles y la comunicación con el padre que con la madre. Como lo mencionamos anteriormente la entrevista fué contestada generalmente por la madre, así que ella se auto-evaluó con mayor comunicación con sus hijos que su esposo; por lo que pensamos que es probable que las madres

supravaloraran la comunicación con su hijo en relación a la que existe entre padre e hijo, y por esto no se observara tan alta la relación entre la comunicación madre-hijo, como la de padre-hijo.

Dentro del aspecto comunicación también resultó importante que tanta existe entre los padres acerca de los hijos.

En el subsistema conyugal también encontramos algunos factores relacionados con la gravedad de P.I., aunque cabe mencionar que un poco menos que los observados en el subsistema parental, esto posiblemente debido a que en una primera y única entrevista es difícil tener acceso a esta área algo privada de la familia, como lo es el subsistema conyugal, y más cuando la consulta no ha sido solicitada por problemas en este aspecto; sin embargo, aún así se encontraron algunos puntos que sería importante mencionar.

Las discusiones entre la pareja es un aspecto que diversos autores (Carpenter y Treacher, 1993, Pittman, 1990), consideran impactante en los hijos, lo cual concuerda con los resultados obtenidos, ya que en general se observó que al aumentar la frecuencia de discusiones, aumentaba el porcentaje de casos infantiles graves, además de que también es importante la magnitud de estas, es decir a lo más "fuerte" que llega la pareja cuando tiene discusiones graves, encontrándose un alto porcentaje de casos graves asociado con padres que llegan hasta la agresión física y verbal.

Otro punto relacionado con las discusiones, es el tema por el que discuten, encontrándose que las parejas de nuestra población discuten con más frecuencia por cuestiones de índole económica; sin embargo los temas más asociados con trastorno psicológicos infantiles graves fueron las discusiones por ingestión de alcohol y por el trabajo de la madre (así como la falta de acuerdo en esto último) lo que nos da una idea de que existen aspectos más impactantes en los hijos que otros, ya que tal parece que no es lo mismo discutir porque falta dinero, que porque el padre llega en estado de ebriedad o la madre tiene que salir a trabajar.

Lo más probable en los casos anteriores es que habría que analizar las consecuencias y aspectos asociados con los problemas mencionados, ya que por ejemplo los motivos por que la madre decide o tiene que trabajar, pueden ser múltiples y van desde una necesidad económica, independencia, autorrealización, etc.

La mujer al iniciar su actividad laboral entra en contacto con un sistema extrafamiliar, por lo tanto, todo el sistema tendrá

necesidad de acomodarse a las nuevas circunstancias, lo cual será doblemente difícil cuando la madre ha tenido que iniciar a trabajar por problemas económicos. Algunos autores como Minuchin (1989) y Pittman (1990), hablan de como el contacto de algún miembro de la familia con un sistema extrafamiliar puede generar estrés.

Las dificultades de la madre trabajadora, generalmente se ven relacionados con otros factores, como la desaprobación del marido, además de que cuando regresa al hogar después de un día de trabajo frecuentemente continúa con el trabajo de casa, es posible que discuta con el marido, pero que esto quede limitado a subsistema conyugal, sin embargo, también puede suceder, que esto no se resuelva en subsistema conyugal y se genere así un estrés no resuelto que posteriormente podría ser desviado en un ataque contra los hijos, lo cual reduciría el peligro en el subsistema conyugal pero afectaría a los hijos. Todo esto se complica aún mas cuando hay necesidad de guardería, una abuela u otra persona que cuide a los niños, lo cual también repercutirá en el comportamiento de estos, por lo tanto, como lo mencionamos anteriormente, cuando menos en nuestra cultura, cuando la madre trabaja fuera de casa, es necesario establecer pautas de organización familiar, para que esto no genere conflictos entre la pareja o con los hijos.

El abuso del alcohol, según mencionan (Andolfi y Zwerling, 1985), tiraniza a la familia, ya que el bebedor se mostrará adormecido o agitado, irritable o colérico, o reaccionará de manera inadecuada o extraña ante los estímulos, será incapaz de mantener relaciones o resolver problemas y es posible que además pretenda monopolizar el poder, la atención y el interés.

Por otro lado Pittman (1990), afirma que los hijos de alcohólicos pueden sentirse agobiados por la culpa, a veces intentan no molestar, pero en ocasiones deciden que les ha llegado su turno de tiranizar a la familia y optan por atraer la atención hacia su propia crisis, rabietas, fugas del hogar, sintiéndose poseedores del derecho a ser destructivos como su progenitor, además de que el modelo que está recibiendo de conducta madura o relaciones recíprocas no es del todo adecuado.

En fin, como podemos darnos cuenta, estos temas de discusión en la pareja, están relacionados con otros muchos aspectos a considerar, lo cual podría ser tema de una nueva investigación. Y siguiendo con el tema de las discusiones también encontramos que cuando ellas son fuertes entre la pareja y presenciada por el hijo podrían ser un factor precipitante de trastorno infantil y el divorcio o separación de los padres un posible factor agravante. Pensamos que este orden es

significativo, ya que como lo menciona Marla y cols. (1988), las discusiones son la antesala de la separación o divorcio, por lo que es posible que para cuando los padres decidan separarse o divorciarse el trastorno psicológico en el niño ya se haya iniciado y este hecho sólo venga a agravarlo.

En relación a las demostraciones de afecto y cariño en la pareja, encontramos que aspectos tales como la falta de atención y detalles, la incomprensión y la infidelidad también están asociados con la gravedad de P.I., no así el punto de falta de tiempo para estar juntos como pareja, lo que nos conduce a pensar en el dicho "lo que importa no es la cantidad, sino la calidad", es decir, tal vez no sea tan importante la cantidad de tiempo que estén juntos, como las demostraciones de cariño y comprensión que se den el uno al otro.

Sabemos que este punto hay que tomarlo con cuidado, porque de otra manera podríamos pensar que estos aspectos están relacionados de manera directa, es decir, si entre una pareja se dan detalles cariñosos el uno con el otro ya no habrá problema con el hijo, y tal vez la cosa no sea tan simple, ya que más bien esto podría estar relacionado con la satisfacción de la relación con la pareja, es decir, estos son indicadores de que tan bien está la relación. Por ejemplo si una persona sabe o sospecha de infidelidad de su pareja, aparte de que se siente incomprendida, esto nos dará idea de que tan satisfecha esta con su relación. Y en la medida que este más insatisfecha habrá más diferencias y discusiones en otros temas.

En base a lo expuesto hasta aquí, podemos concluir que en la población estudiada se observaron relaciones entre los trastornos psicológicos infantiles y algunas disfunciones familiares. En estas últimas, las principales fueron detectadas a nivel de subsistema parental, este hallazgo es importante ya que nos permitirá mejorar estrategias de intervención y prevención. Obviamente por no tener una muestra probabilística, no es posible generalizar nuestros resultados, pero si proponerlos como se mencionó anteriormente, como un aporte a futuras investigaciones sobre el tema.

Pensamos que ésta es una labor interesante y sobre todo útil, ya que se podría hacer mucha labor preventiva, además de poder trabajar con varios grupos con características similares, lo cual efficientaría la labor del profesional y sería posible dar servicio a un mayor número de personas.