

11241

1 ej 22

" PRESENCIA DE RASGOS CARACTEROLOGICOS
DE PADRES DE NIÑOS CON
TRASTORNOS DE ATENCION "

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

INTRODUCCION.

TRASTORNO EN EL DEFICIT DE LA ATENCION.

ANTECEDENTES O MARCO TEORICO.

HIPOTESIS.

METODOLOGIA .

- UNIVERSO.

- VARIABLES.

RESULTADOS.

- DISTRIBUCION.

- INTERPRETACION GLOBAL.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

En el presente trabajo se pretende estudiar, características familiares, alrededor de niños con "Trastorno en el Deficit de la Atención". Tomando en cuenta la primordial importancia de la constelación familiar dentro de la dinámica familiar, y las repercusiones que está puede tener sobre los hijos. Intentando al efectuar un estudio sobre estos aspectos, que en lo futuro, en base a lo aquí detectado, se pueden ampliar estudios sobre esta área y así planear estrategias que permitan una acción más directa hacia los aspectos sobresalientes de la dinámica familiar y buscar con esto un mejor resultado en el tratamiento de los niños problema.

Para esto, el trabajo se divide en una distribución de cuatro áreas que serán: el marco referencial, en donde se expone la entidad nosológica a estudiar; el marco teórico, con una revisión de la bibliografía publicada; una explicación del procedimiento seguido y su justificación; una descripción de los resultados obtenidos y sus conclusiones.

Los hallazgos encontrados confirman la hipótesis planteada, y objetivizan los rasgos caracterológicos comunes de padres de niños con trastornos de atención.

CAPITULO I.

TRASTORNO EN EL DEFICIT DE ATENCION.

I.- MARGO DE REFERENCIA.

El síndrome hiperquinético, o trastorno en el déficit de la atención, se refiere a una constelación de síntomas como inquietud motora, impulsividad, inatención, dificultad en el aprendizaje y labilidad emocional. Puede encontrarse como entidad clínica y única, pero frecuentemente se observa en unión con otras entidades psiquiátricas o neurológicas en los niños.

Se han utilizado varios términos en la literatura y algunos clínicos preferían, el de disfunción cerebral mínima o daño cerebral mínimo, desechándose actualmente tal terminología, ya que no es posible cuantificar el grado de lesión cerebral, o en algunos casos, detectar si esta existe, y esto se llamaba así en base a la asociación de este comportamiento complejo, con signos neurológicos, indicadores orgánicos en pruebas psicológicas y una historia que sugiere etiología biológica.

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud); prefiere el nombre de síndrome hiperquinético, porque no implica etiología. La Asociación Psiquiátrica Americana, adopta el nombre de Trastorno por Déficit en la Atención, ya que las dificultades en la atención son considerables y casi siempre están presentes en los niños con este diagnóstico. Además, aunque se observa una disminución de la actividad motora excesiva durante la etapa de la adolescencia, en los niños afectados por este trastorno, suelen persistir las dificultades en la atención.

Antecedentes Históricos.

En 1897, en unos niños que presentan un retraso ligero A.M. -

Bourneville, describe una inestabilidad caracterizada por una movilidad intelectual y física extrema. J. Demoor, en 1909, describe la inestabilidad del niño, comparandola a una corea mental; observa un desequilibrio de la afectividad, exceso de expresión de las emociones, ambivalencia de las reacciones (tras que rápidamente se transforman en cariño, - dolor que pasa rápidamente a la alegría, actos de indisciplina de los - que el niño se arrepiente enseguida); falta de inhibición y atención, - necesidad constante de cambios y movimientos, con palabras y gestos entrecortados. P.H. y G. Paul Bancourt, hablan de la inestabilidad de los escolares. En los países de habla alemana, desde E. Kraepelin, así como en los países anglosajones, la inestabilidad está ligada sobre todo a - unas formas anormales de comportamiento que pueden llegar hasta la per- versión; igualmente en Francia, encontramos también este aspecto social de la inestabilidad, en las tesis de G. Heuyer y de G. Meron. En los - trabajos de H. Wallon se encuentra una descripción y una clasificación de las formas de inestabilidad psicomotriz; la descripción de este sín- drome es excelente desde el punto de vista psicológico, pero desde el - punto de vista patogenico sigue dependiente de una sintomatología neuro- lógica que se había enriquecido con los estudios sobre la encefalitis - epidémica. J. Abramson, aporta un estudio más general sobre la psicolo- gía del niño inestable y especialmente de su personalidad; este autor - demuestra que el inestable psicomotriz opera siempre en corto circuito, es decir, más bien de una forma intuitiva y confusa, y no utiliza los - encadenamientos, las posiciones, las confrontaciones, considera que la memoria inmediata de los datos concretos es generalmente buena en es - tos pacientes, pero no son capaces de ordenar unos hechos en el tiempo. El inestable psicomotriz está acorralado por todos los estímulos exte- riores y es incapaz de inhibir su necesidad de desperdigamiento; su - atención es lábil, se fija ya en el detalle, ya en el conjunto, pero - sin hacer un análisis del mismo y la actividad ordenada le cansa. En-

conjunto, el inestable psicomotor supera a menudo los test que exigen un gran gasto de energía en poco tiempo, mientras que fracasa en aquellos que exigen una coordinación, una precisión y una rapidez de movimientos, es decir, en todo aquello que exige un esfuerzo de inhibición y de organización. Por otra parte según este autor el inestable es opuesto a todo aquello que es estable y organizado, es sugestionable e influenciado por todo lo móvil e irregular, su humor oscila entre una alegría algo tirante y una depresión de aburrimiento.

S. Krener (1940) clasifica la inestabilidad en dos grupos:

- 1) Las inestabilidades adquiridas que pueden ser consecuencia de factores orgánicos o de traumatismos y situaciones psicológicas desfavorables (factores socioeconómicos y familiares).
- 2) Las inestabilidades constitucionales, que responderían a unas predisposiciones innatas o hereditarias, que serían relativamente independientes de las condiciones mesológicas. A.M. y S. Chorus, desde 1949 escribe, "los dos aspectos, motor y psíquico, demuestran de forma clara que la inestabilidad, no es sólo cuestión de inestabilidad, sino también de carácter, en definitiva es un problema de falta de duración o de continuidad de conducta global".

Autores como L. Eisemberg, han descrito la hiperquinesia más bien desde el punto de vista sintomático en 1957, y con un sentido sindrómico en 1966.

Otra característica de las primeras descripciones americanas, es la de aceptación de la etiología orgánica de este síndrome, hasta el punto de que han llegado a ser el equivalente de las "lesiones cerebrales mínimas". En 1947; A. Strauss y L. Lehtinen, describieron un síndrome caracterizado por unos síntomas que testimonian una desorganización de todas las esferas cognitivas, perceptivo-motrices y afectivas, pero en lo que predominan; la hiperactividad, la inestabilidad y la im-

pulsividad.

Dentro del marco de las lesiones cerebrales mínimas, se ha descrito: la hiperactividad, la torpeza hereditaria, los trastornos visomotores, la motivación retrasada o irregular, los movimientos exagerados.

Para evitar una etiología demasiado concisa, el Grupo de Estudios Internacionales de Oxford (1982), rechazó el concepto de lesiones cerebrales mínimas para adoptar el de disfunción cerebral mínima.

Según trabajos de P.H. Wender en 1921, el síndrome de disfunción cerebral mínima en el niño se caracteriza por:

- Un trastorno de la atención y unos trastornos perceptivos.
- Una dificultad de aprendizaje escolar.
- Un trastorno en el control de impulsos.
- Una alteración de la relación interpersonal.
- Unos trastornos afectivos; lábilidad, disfonía, agresividad, etc.

Desde el punto de vista etiológico, para P.H. Wender, la disfunción cerebral mínima, puede responder a unas etiologías diferentes o a una interacción de diversos componentes: lesiones cerebrales orgánicas (transmisión genética, trastornos intrauterinos, mal desarrollo fetal) y determinantes psicogénéticos. De hecho él distingue dos puntos:

- Unas disfunciones cerebrales mínimas reactivas (aparentemente similares a la hiperactividad orgánica) en este caso, la forma de conductas entendida como un intento del niño de enfrentarse a su entorno y sus propios conflictos.
- Unas disfunciones cerebrales mínimas sintomáticas que van conjuntamente con un retraso en el estado límite o una psicosis infantil. Es observable, que se definen dos posturas, unos limitan el diagnóstico de hiperquinesia cuando esta asociado a otros elementos del síndrome (tendencia a la distracción, impulsividad, etc); para otros el síndro

me de hiperquinesia esta ligado a unos trastornos de aprendizaje de los cuales uno seria de tipo específico (pör ejemplo dislexia) y a unos trastornos psicologicos especiales puestos en evidencia por unos test, perturbaciones perceptivo-visuales y auditivas, trastorno de la coordinación oculomotriz, de la discriminación figura fondo, de la constante de las formas, de la orientación, de la estructura espacial.

Prevalencia.

Según ciertos autores, por ejemplo, Steewart y colaboradores (1966) el síndrome de disfunción cerebral o trastorno en el déficit de la atención tiene un alto grado de incidencia pues estiman que la atención tiene un 4 % de todos los niños en edad escolar son hiperactivos. Es probable que alrededor del 1 a 1.5 % de los niños que acuden a recibir instrucción primaria exhiban este síndrome con la suficiente claridad como para merecer el diagnóstico seguro. Afecta con mayor predominio de los varones; las cifras más aceptadas denotan una diferencia respecto de las niñas. Se ha descontado que existan factores raciales importantes. Así que ningún grupo racial étnico es inmune a este trastorno.

Etiopatogenia.

La disfunción cerebral puede producirse a partir de acontecimientos a los que anteriormente se prestaba poca atención, y que ocurren en diferentes momentos, desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento. Es cierto que no siempre la anamnesis más cuidadosa nos aporta datos que permitan suponer la acción de fenómenos traumatizantes de la estructura cerebral pero ello no debe hacernos descartar la posibilidad de una disfunción cerebral.

Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los --

cambios estructurales responsables de la disfunción son los siguientes:

- Padecimientos infecciosos de la madre principalmente rubeola y toxoplasmosis.
- Anoxia del producto in útero producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
- Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias) — producida por toxemia del embarazo o de otro origen; por trauma directo, diátesis hemorrágica.
- Exposición excesiva a los rayos X.
- Disturbios metabólicos especialmente la diabetes mellitus.
- Factor Rh, causa de kernicterus.

Entre los factores perinatales que actúan durante el parto, citaré los siguientes:

- Anoxia neonatorum (terahani F.K.) producida generalmente en las siguientes situaciones: obstrucción mecánica respiratoria; atelectasias mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre; placenta previa e hipotensión pronunciada.
- Todas las distosias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente de forceps, maniobras de extracción, expulsión demaciado rápida, parto prolongado cesárea, inducción con oxitocicos.

Entre las causas postnatales, se considera como más frecuentes las siguientes:

- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses especialmente la tósferina, como se ha observado en las investigaciones de Livack, en 1948, y de Luric en 1942; el sarampión; la escarlatina y las neumonías; también la encefalitis y las meningitis. Se ha mencionado que este síndrome se llamó postencefálico, debido a la frecuencia con que se encuentra la encefalitis como antecedente.

- Traumatismos craneanos.
- Secuelas debidas a la incompatibilidad del factor Rh.
- Neoplasias cerebrales. .
- Anoxias Accidentales pasajeras.

Algunos autores suponen que la principal disfunción se localiza en la corteza cerebral y que está por la misma causa pierde o disminuye su capacidad de inhibir otras estructuras no corticales; al no regularse de manera conveniente el funcionamiento de estas células ocurre subjetivamente una desinhibición de la conducta y una falta de organización de estímulos y respuestas. Otros investigadores sostienen que la principal falla ocurre en los centros diencefálicos, que de esta manera cumplen mal su función de primer escalón de organización de los estímulos externos y viscerales.

Otros investigadores sostienen que debido a la deficiencia en la organización de los estímulos, la corteza cerebral se ve practicamente bombardeada por ellos y produce a su vez, un exceso de respuestas mal integradas.

Loretta Bender señala que la disfunción cerebral o el daño es estructural que antecede, más que producir trastornos específicos de carácter motor o sensorial, disminuye en la calidad del desarrollo general del niño, interfiriendo en los procesos de maduración y limitando al organismo como un todo.

Lending y sus colaboradores (1959), observaron que la transaminasa oxalacetoglútamica aumenta su actividad 82% en el líquido cefalorraquídeo y 18% en el plasma de los niños con diagnóstico de patología intracraneana. Igualmente encontramos que había aumentado la actividad de la deshidrogenasa láctica en 309% sobre lo normal en el líquido cefalorraquídeo y 11% en el plasma de estos niños.

La Dra. M. Coleman, de la Clínica de Investigaciones Cerebrales del Niño, en Washington, llevó a cabo una revisión muy interesante de-

los estudios, que diferentes autores han realizado sobre los cambios - que ocurren en la sangre de los niños que padecen diferentes síndromes neurológicos y psiquiátricos, en relación con una sustancia que interviene en el metabolismo de la serotonina. Se ha comprobado que la 5 - hidroxitriptamina se encuentra significativamente por debajo de los - niveles normales en los niños que muestran el síndrome hiperquinético - (en 88% de los casos).

El Dr. S. Sechzer y sus colaboradores del Instituto de Medicina de Rehabilitación del Centro Médico de la Universidad de New York, - realizaron una investigación tendiente a revelar el daño producido por la anoxia neonatorum en monos sometidos a la asfixia durante períodos - variables al momento de nacer. Se encontró que el verdadero daño cerebral es demostrable solamente después de 7 minutos de asfixia. Las observaciones periódicas llevadas a cabo en los pequeños monos, a los - que se impidió respirar durante 15 minutos, inmediatamente después del nacimiento, demostraron que las conductas adaptativas funcionaron normalmente a pesar de que aparecieron tardíamente. En contraste, las con - ductas adquiridas, como el aprendizaje y la memoria, aparecen seriamente impedidas. Este hecho sugiere que las células nerviosas que se re - quieren para cumplir con éxito las conductas simples del desarrollo - temprano del niño, son relativamente pocas, pero que se necesitan mu - chas más de ellas cuando se tienen que cumplir tareas más complejas, y en los casos de los monos sujetos a la asfixia, tales células no están disponibles. Importante es que al comparar el déficit funcional de estos monos con el que se observa en los niños que sufren disfunción cerebral los investigadores encontraron sorprendentes similitudes.

En 1982, Brumback, plantea una hipótesis acerca del compromiso del hemisferio derecho en problemas del aprendizaje, trastornos en la atención y trastornos depresivos mayores. Estos trastornos son diagnós - ticos clínicos frecuentes en los niños, los cuales muestran trastornos

en la conducta y un desempeño escolar deficiente (irregular).

Se sugiere que estas tres condiciones pueden estar asociadas con la disfunción del hemisferio cerebral derecho.

Se debe mencionar que no existe evidencia que apoye la noción de una asociación específica entre daño cerebral e hiperactividad. Henry y cols. (1972), refiriéndose a un número de estudios de factores analíticos, concluyeron que es poco lo que la hiperactividad, inatención o labilidad emocional se relacionan, ya sea entre sí o con índices de daño cerebral. Más aún, estadísticas de población muestran que los niños con daño cerebral franco pueden manifestar cualquier forma de desorden psiquiátrico y que la hiperactividad no se encuentra en forma desproporcionadamente frecuente entre ellos (Rutter, 1970).

Aunque no se ha establecido relación alguna entre la disfunción neurológica y la hiperactividad, se ha observado una variedad de factores en asociación con hiperactividad actual y percibida inatención o impulsividad. Estos incluyen estimulación medio-ambiental inadecuada; imagen de sí mismos devaluada, familias grandes y desventaja social. Carencia de atención por parte de adultos cercanos y anomalías físicas menores.

El factor hereditario es menos claro, Torgersey realizó un estudio en gemelos que sugieren la herencia de la actividad como un rasgo temperamental. Sin embargo, no existe evidencia de que la hiperactividad sea determinada genéticamente.

Los estudios en familias realizados por Contrell (1972), Omonison y Sterrait (1973), reportaron menos desordenes psiquiátricos en las historias tempranas de padres adoptivos, de los hiperactivos adoptados que en los padres biológicos de hiperactivos no adoptados. Sin embargo dado que los padres adoptivos son usualmente seleccionados por sus atributos positivos, estos resultados son altamente sorprendentes.

James S. Miller, en 10 años de seguimiento de niños con hiperac-

tividad, enuncia que la hiperactividad es primariamente un problema emocional. Cuestiona en ocho puntos el problema del diagnóstico:

- 1) No hay evidencia de daño cerebral per se en la historia clínica, de los niños hiperquinéticos, al igual de anormalidad física, neurofisiológica o neurológica. Los reportes de estos hallazgos son poco válidos.
- 2) No se han puesto de acuerdo en el criterio diagnóstico.
- 3) No hay estudios de hiperactividad y dinámica familiar, a pesar de que los efectos de la familia con el niño han sido fuertemente probados. El interior de la familia es lo primero que se debe observar.
- 4) Los test psicológicos se ocupan del C.I., conocimientos y desempeño, las relaciones entre la dificultad entre el aprendizaje y el síndrome no han sido bien mostradas.
- 5) No hay estudios a largo plazo con controles de resultados con o sin tratamiento.
- 6) No hay estudios prospectivos con hiperactividad asociada a la infancia. Se habla de un componente genético en la hiperactividad, pero, como Tlioman y Cols., han propuesto, bien puede ser una manifestación de diferentes temperamentos.
- 7) No hay estudios con la capacidad de socialización de estos niños; a pesar de que, la interrelación es probablemente el mejor indicador de ajuste en niños con edad escolar.
- 8) No hay estudios con el medio ambiente escolar cuando es hecho el diagnóstico de hiperquinesia.

Según este autor el hiperquinético tiene problemas por excesiva agresividad interna, que a menudo es autodirigida, pero derivada intermitentemente hacia afuera.

La hiperquinesia es el resultado de la actividad motora difusa (sin afecto depresivo), es la respuesta característica del preadolescen-

te a la agresión interna sin salida. En las familias estudiadas, los padres no manifestaban su agresión hacia otro directamente y era desplazada hacia el niño en edad temprana. En estas familias una de las pocas defensas que se permiten es el actin out. Este autor propone que el manejo de la agresión dentro de la familia es el problema central.

Sintomatología.

Ninguno de los síntomas que a continuación se describen tienen un valor patognómico, es decir, que por sí solo asegure el diagnóstico. Pero debemos tener presente que aunque no estamos describiendo una entidad patológica, propiamente dicha es posible, de acuerdo con la observación clínica constituir un verdadero síndrome que corresponda a la situación patológica que llamamos trastorno en el déficit de la atención.

La hiperactividad o hiperquinesia es el más aparente de los trastornos de la conducta. No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño. En la edad escolar, el síntoma es más notorio, por lo que frecuentemente son los maestros de enseñanza primaria quienes lo detectan; con mayor razón si consideramos que son los niños hiperactivos los que alteran el orden dentro del aula. Parece ser que la disfunción mínima favorece una forma de excesiva actividad sensorial, la cual obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado, tanto desde el exterior como desde su propio medio interno. Hay razones para suponer que el hambre, el dolor, la sed y otros estímulos internos tienen mayor intensidad en el niño hiperquinetico y le exigen una satisfacción inmediata o de lo contrario se altera seriamente la conducta si la gratificación no ocurre. En cuanto a los estímulos externos ofrecen al niño una gran dificultad para establecer una discriminación adecuada, provocando que prácticamente to -

dos ellos tengan el mismo valor. Se comprende lo que esto significa como obstáculo para las tareas del aprendizaje. La inquietud que muestran otros niños cuyo problema no es la disfunción cerebral (los que sufren disturbios emocionales de diverso origen) es casi siempre selectiva, en el sentido que se manifiesta sólo en los momentos y lugares que la originan o la evocan. El tipo de niños a que nos referimos, es inquieto en el hogar, en la escuela y fuera de ella, aunque por supuesto, hay situaciones que la exageran y otras que parecen ejercer una influencia benéfica. En general los ambientes que más estimulan a los sentidos, incrementan la motilidad, en tanto que los lugares tranquilos sin ruidos u otros estímulos, tienden a mejorar la conducta del niño y a disminuir la actividad física de este.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia. Son niños hablantines que llegan a imitar a otros niños y especialmente a los adultos. Relacionando también con el sintoma aquí tratado, se describen los trastornos del sueño. Por ejemplo, a veces la hiperactividad se incrementa durante la noche de tal manera que se dificulta la iniciación del sueño, aunque es frecuente que el niño se duerma pronto y despierte unas cuantas horas después. Si esto ocurre, y puede darse el caso de que coexistan las dos formas de trastorno del sueño, el niño ya despierto inicia actividades propias de su hiperquinesia, habla en voz alta, deambula por la casa, pretende ponerse a jugar, etc.

Existen dos formas de conducta derivadas de la hiperactividad y son: la destructividad y agresividad. La primera se reconoce fácilmente en el hogar, donde con frecuencia el niño destruye objetos, valiéndose de herramientas como martillos, desarmadores, etc., o bien usando las manos y los pies. La agresividad es algo que se manifiesta de muchas formas, y en realidad no es algo que pueda separarse de la misma destructividad. En algunas ocasiones el niño se muestra cruel con los animales, otras veces agrade, sin motivo, a otros niños, o responde con -

agresiones exageradas a estímulos que no lo ameritan. Todo esto contribuye a que el niño sea visto con recelo y a que su impopularidad se incremente de manera irremediable.

La inatención es otro de los síntomas que se describen como integrantes fundamentales del síndrome. Es producto de la distractibilidad del niño, la cual le impide concentrar la atención y obstaculiza este proceso tan importante para el aprendizaje. La inatención está relacionada con la hiperactividad sensorial. Parece como si el niño se viera forzado a reaccionar ante los estímulos mostrándose atraído por detalles irrelevantes. Tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente los perceptos y las ideas, con los que estos adquieren una importancia uniforme, porque el niño presenta una atención tanto a lo esencial como a lo accesorio.

Se describe la irritabilidad como otro más de los síntomas característicos. Tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo, en comparación con lo que ocurre en los niños normales. Como consecuencia de ello, se presentan dos hechos que podemos considerar como derivados de la irritabilidad. Por una parte, el niño muestra escaso control sobre su conducta y esta se vuelve imprevisible a la vista de los adultos; y por otro lado, por las mismas razones exhibe una baja tolerancia a las frustraciones, las cuales suelen manifestarse en forma de rabietas y berrinches incontrolables. Es un hecho bien conocido que estos niños pasan sorpresivamente del enojo a la risa y de esta al llanto, además de que el no obtener lo que desean puede provocar una rabieta que hace que los padres pierdan la paciencia.

Otro síntoma importante, que a su vez origina ciertas modalidades del comportamiento, es la impulsividad, entendida esta como la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta. El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias mediatas e inmedia-

tas de sus actos, Wender, considera que la impulsividad incluye la baja tolerancia a la frustración que ya se mencionó, así como lo que se puede llamar conducta antisocial, la cual incluye la agresividad, destructividad y la tendencia a frecuentes hurtos. Se encuentran comunmente -- problemas en el control de esfínteres, señalando como datos frecuentes la enuresis y la encopresis.

La impulsividad del niño hace que se le tome por temerario lo -- que sucede en realidad, como suele decirse que se le toma porque no mide el peligro. Otro síntoma que también se detecta es la incoordinación muscular; algunos de los niños hiperquínéticos tienen un desarrollo motor aceptable e incluso pueden ser buenos atletas una vez que son jóvenes, pero lo habitual es que exhiban una torpeza general, la que involucra tanto a los movimientos gruesos como a los finos. En este aspecto los padres señalan las caídas frecuentes, el golpearse contra los -- muebles u otros obstáculos, su poca capacidad para tener cosas entre -- las manos, etc., En el plano escolar, son niños con dificultades para desarrollar ejercicios que contribuyen a que los demás se equivoquen. -- La incoordinación para los movimientos finos se descubre fácilmente en la caligrafía, que es deficiente; también hay otros síntomas que hacen sospecharla, por ejemplo, las dificultades que el niño tiene para abotonarse la camisa, atarse los zapatos, recortar figuras, etc.

Con frecuencia la atención se dirige hacia lo preferido que a lo central de tal manera que todos los estímulos adquieren una importancia similar y eso favorece una cualidad obsesiva observada en la actitud -- del niño que puede adoptar a partir de esa incapacidad a su vez, la obsesividad de la conducta se traduce en un síntoma que ahora agregamos -- al cuadro; la perseveración. La demanda de atención que exhiben estos -- niños se traduce en una conducta repetitiva; estereotipada y a veces -- compulsiva, tal es la perseveración que puede pasar inadvertida cuando no es muy notable, porque el foco de atención del observador se dirige-

hacia las consecuencias que sobre las relaciones interpersonales tiene la conducta del niño.

Para complementar la descripción de los trastornos que pertenecen al campo de lo emocional (labilidad afectiva, irritabilidad, agresividad), podemos mencionar la disfonía caracterizada por la incapacidad para experimentar placer, la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad.

Los niños pueden mostrarse sobreexcitados pero la cualidad misma de la vivencia no es la adecuada para la situación que se vive. La depresión se refiere más bien a que se puede comprobar, en algunos casos la presencia de los llamados equivalentes depresivos, o bien de la depresión enmascarada. Referente a la autoestima, se ha visto que los niños mayores y los preadolescentes con disfunción cerebral, frecuentemente se consideran a sí mismos, incapaces, diferentes, malos, inadecuados. Todo ello se desprende de las comunicaciones con sus maestros y de los estudios de la personalidad, que se les practican.

Un sintoma conductual frecuentemente hallado es la desobediencia patológica, su actitud ante las reglas y las limitaciones establecidas por los adultos que tienen autoridad sobre ellos, no es la de quien desobedece a sabiendas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino de quien no ha comprendido la prohibición y su significado, ni mucho menos la necesidad de acatarla. El niño comete una y otra vez, la misma falta sin tratar de ocultarla y sin comprender por qué se le castiga.

Los trastornos del aprendizaje, casi siempre presentes en este síndrome generalmente hace que un profesor poco observador llegue a la conclusión prematura de que el niño sufre un retardo mental verdadero.

Se puede mencionar dos tipos de obstáculos, para el aprendizaje que existen en este problema; la hiperquinesia asociada a la incapacidad para la concentración, que reduce el tiempo que el niño dedica a -

su trabajo escolar y a las tareas en casa, y la existencia de verdaderos desordenes en el proceso cognoscitivo, especialmente los del área visomotora, los cuales tienen probablemente una responsabilidad mayor. El niño no puede integrar los detalles de un percepto en una totalidad o figura acabada; por eso no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan como estímulos usuales, los invierte, los fragmenta o los mutila. Aparece así su incapacidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa, dificultad que posteriormente se traduce en problemas con la escritura (disgrafía), la lectura (dislexia), y el deletreo de palabras. La inversión del campo visual es otra de las características psicológicas que interfieren en el proceso cognoscitivo. El niño no puede destacar la figura del fondo en que esta se encuentra y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia. A esto se le llama inversión de fondo y figura. La memoria se encuentra obstaculizada, ya que la atención es un fenómeno ligado a la memoria, lo mismo que la tensión, aquella para favorecerla y esta para frenarla.

Pobreza de la imagen corporal como resultado de una larga serie de vivencias, fracasos y problemas visomotores, se forjan una imagen deformada de sus cuerpos y del cuerpo humano en general, como se comprueba en los test psicológicos. Se ha incluido a este dato porque efectivamente interviene en los problemas de aprendizaje. A continuación se describe la sintomatología de la disfunción cerebral mínima:

I HIPERQUINESIA:

- 1.- Destructividad.
- 2.- Hiperactividad Verbal.
- 3.- Trastorno del sueño.
- 4.- Agresividad.

II INATENCION.

- 1.- Hiperactividad sensorial.
- 2.- Distracción.

III IRRITABILIDAD.

- 1.- Conducta impredecible.
- 2.- Baja tolerancia a la frustración.

IV IMPULSIVIDAD.

- 1.- Conducta antisocial (¿Sociopática?).
- 2.- Enuresis, encopresis
- 3.- Temeridad

V INCOORDINACION MUSCULAR (DISPRAXIA).

- 1.- Torpeza corporal.
- 2.- Disgrafia.
- 3.- Ineptitud de postiva.
- 4.- Disartria, dislalia.

VI DISFORIA.

- 1.- Anhedonia.
- 2.- Ansiedad.
- 3.- Deficiente Autoestima.

VII DESOBEDIENCIA PATOLOGICA.

- 1.- Incomprensión de ordenes.
- 2.- Repetición de la falta.
- 3.- Incomprensión de castigos.

VIII TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.

- 1.- Problemas visomotores, dislexia.
- 2.- Disociación.
- 3.- Inversión del campo visual.
- 4.- Perseveración.
- 5.- Memoria deficiente.
- 6.- Pobreza de la imagen corporal.

Estudios Diagnósticos.

La historia clínica, es la fuente más importante de datos, cuya-

correcta valoración permite ya un diagnóstico de presunción y con frecuencia una definición completa. Los puntos más importantes en la aportación de datos son los siguientes:

- a) Antecedentes personales patológicos y no patológicos.
- b) La historia del desarrollo psicobiológico del niño.
- c) La sintomatología actual.
- d) La exploración psiquiátrica.
- e) La exploración física, sobre todo la neurológica.

De los antecedentes importan más los relativos a la historia del embarazo y las circunstancias del parto. Me es ocioso insistir en que la ausencia de datos patológicos en este renglón, no invalida un diagnóstico positivo, como tampoco la presencia de una anoxia neonatorum implica de necesidad la aparición de una disfunción cerebral. La historia del desarrollo psicobiológico del niño puede resultar útil, para el diagnóstico, sobre todo si aporta datos sobre problemas del lenguaje, del sueño, de la coordinación motora en general. De especial valor, sería el descubrimiento de una marcada hiperquinesia desde muy temprana edad. Los datos que aporta la inspección general pueden ser útiles; un niño desaliñado, desordenado en el vestir, inquieto y distraído puede despertar la sospecha del síndrome de disfunción cerebral. Pero no dejará de obtenerse información acerca del estado afectivo, el tono de humor, la orientación, la percepción, los procesos del pensamiento, la verbalización y el lenguaje. Ayuda al diagnóstico la presencia de datos como los siguientes: mala orientación en tiempo y espacio, afectividad inestable, con humor cambiante, verbalización inadecuada y problemas con la pronunciación de ciertas palabras.

Estudios de Laboratorio y Gabinete.

El E.E.G.: un estudio electroencefalográfico no hace el diagnós

tico. Una actitud difundida es esperar el resultado del E.E.G., para confirmar el diagnóstico. En realidad el E.E.G. debe practicarse siempre y en ocasiones proporcionar datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro, pero incluso un trazo francamente anormal es compatible con la conducta más saludable. Lo contrario también es cierto; un niño que presenta la automatología aquí descrita puede tener un E.E.G. totalmente normal.

La principal variación que se puede localizar en los estudios realizados a estos niños, es la llamada lentez electroencefalográfica. Esta consiste en un aumento global de la actividad theta, a la que se suma una respuesta exuberante a la hiperventilación, datos que frecuentemente se asocian con un ritmo de fondo occipital, ligeramente más lento que el que rigurosamente correspondería a la edad del paciente. La prevalencia de anomalías electroencefalográficas en los niños con este tipo de casos, resulta muy problemática. Por ejemplo, en una investigación (Wender P.H. 1967), se encontró que sólo 12% de los niños con este síndrome mostraban anomalías electroencefalográficas que varían de discretas a moderadas, lo cual no resulta significativo en comparación con lo que ocurre en la población sana.

Las Pruebas Psicológicas.

La evaluación que el psicólogo debe hacer, reviste cierta importancia para el diagnóstico, y posiblemente mayor aún para el pronóstico de las dificultades del aprendizaje características del síndrome. En general se recomiendan las pruebas que sirven para obtener el coeficiente intelectual y para valorar las deficiencias que con mayor frecuencia se encuentran cuando existe disfunción cerebral.

Como prueba, para obtener el coeficiente intelectual y otros datos de interés, se utilizan preferentemente el test de matrices progresivas de Raven, el test de Goodenough y el WISC. En cuanto al test de

tico. Una actitud difundida es esperar el resultado del E.E.G., para - confirmar el diagnóstico. En realidad el E.E.G., debe practicarse siempre y en ocasiones proporcionara datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro, pero incluso un trazo francamente anormal es compatible con la conducta más saludable. Lo contrario también es cierto; un niño que presenta la sintomatología aqui descrita puede tener un E.E.G. totalmente normal.

La principal variación que se puede localizar en los estudios - realizados a estos niños, es la llamada inmadurez electroencefalografica. Esta consiste en un aumento global de la actividad theta, a la que se suma una respuesta excesiva a la hiperventilación, datos que frecuentemente se asocian con un ritmo de fondo occipital, ligeramente más lento que el que rigurosamente correspondería a la edad del paciente. La prevalencia de anomalías electroencefalograficas en los niños con - este tipo de casos, resulta muy problemática. Por ejemplo, en una investigación (Wender P.H. 1967), se encontro que sólo 12% de los niños con este síndrome mostraban anomalías electroencefalograficas que variaban de discretas a moderadas, lo cual no resulta significativo en comparación con lo que ocurre en la población sana.

Las Pruebas Psicológicas.

La evaluación que el psicologo debe hacer, reviste cierta importancia para el diagnóstico, y posiblemente mayor aún para el pronóstico de las dificultades del aprendizaje características del síndrome. En general se recomiendan las pruebas que sirven para obtener el coeficiente intelectual y para valorar las deficiencias que con mayor frecuencia se encuentran cuando existe disfunción cerebral.

Como prueba, para obtener el coeficiente intelectual y otros datos de interés, se utilizan preferentemente el test de matrices progresivas de Raven, el test de Goodenogh y el WISC. En cuanto al test de -

Goodenough, además de los datos relativos a la inteligencia, éste puede aportar elementos que permiten deducir si el niño tiene una imagen corporal confusa o deformada; aunque estos datos se ven con mayor claridad en otra prueba también muy empleada, la del dibujo de una persona de Machover. Clements y Peters, sugirieron en un trabajo publicado en 1962, que aplicando el WISC, se obtienen con más frecuencia tres tipos de protocolos:

- a) Un protocolo que exhibe dispersión significativa de los datos (es el patrón más frecuente en el caso de la disfunción cerebral).
- b) Una escala verbal, notablemente más alta, que los puntajes de la ejecución (sigue en frecuencia);
- c) Por el contrario resultados considerablemente más altos en la escala de ejecución.

Entre las pruebas psicológicas que existen para la valoración de facultades específicas, una de las más usadas es el Bender (test visomotor de Bender), la cual ayuda a descubrir las dificultades visomotoras. Ciertamente es que en algunos medios se abusa de su aplicación y se le concede un valor que de ninguna manera tiene. La verdad es que cuando se aplica correctamente y demuestra que hay dificultades visomotoras ostensibles, nos proporciona un buen elemento para el diagnóstico; siempre que estos datos se agreguen y valoren a los de carácter clínico.

La distribución caótica de los dibujos, la perseveración, la fragmentación y las rotaciones, son los elementos que con mayor frecuencia se encuentran en los protocolos de los niños que padecen este síndrome. En general los test psicológicos, poco pueden decirnos sobre una de las manifestaciones centrales del cuadro, la hiperquinesia, para cuya valoración difícilmente se puede pensar en escalas que logren eludir la subjetividad del examinador.

Pronóstico.

Una investigación interesante que debe valorarse con cuidado es la realizada por Healy en 1936, este investigador comparó, en un estudio retrospectivo, la frecuencia de ciertos síntomas entre un gran número de delincuentes y adultos no delincuentes. Consideró las siguientes variables: hiperactividad durante la edad escolar (14% contra 5%), enuresis (21% contra 4%) gran impulsividad (44% contra 0%), marcados sentimientos de inferioridad (36% contra 4%). Por supuesto, el hecho de que esas características que predominaron en la niñez de los delincuentes, se vean también en los niños que sufren disfunción cerebral, no debe llevar a la conclusión de que muchos o algunos de estos serán delincuentes al ser mayores de edad.

Si bien, como señala Wender, tal conclusión es compatible con las premisas, no deriva necesariamente de ellas.

Hanimar, de la Clínica para Adolescentes de la Universidad de Washington, llevó a cabo un extenso estudio en adolescentes cuya edad fluctuaba entre los 12 y 18 años, que habían sido remitidos a su servicio con problemas de conducta. De los resultados obtenidos se extraen dos conclusiones valiosas:

- 1.- Que algunos de los que de pequeños mostraron la sintomatología típica del síndrome de disfunción cerebral, continúan siendo estudiantes de bajo rendimiento escolar al llegar a la adolescencia, desde luego en una proporción considerablemente mayor de lo que ocurre con los niños sanos y
- 2.- Que la hiperquinesia disminuye en forma clara conforme alcanza la pubertad.

Actualmente no existe una respuesta segura para saber, cuantos niños de los que sufren el síndrome, superaran la sintomatología y desarrollaran una personalidad adecuada. De los estudios revisados, se con-

cluye lo siguiente:

- a) Los niños con sintomatología neurológica más clara, que muestran conducta antisocial, tienen un mal pronóstico para su disfunción.
- b) No se puede predecir la evolución de aquellos otros en los que predominan los síntomas menos graves de la disfunción, por más que se enfatice la posibilidad de que un cierto porcentaje de ellos, más alto que el de niños normales, desarrolle problemas caracterológicos importantes;
- c) Finalmente, parece estar suficientemente probado que la hiperquinesia es el síntoma que evoluciona más favorablemente, lo que no ocurre con los problemas del aprendizaje.

Tratamiento.

Se requiere una evaluación cuidadosa, histórica, reportes de maestros, y conocer el contexto social donde el síndrome ocurre. Se cuenta con tres tipos de tratamiento combinados entre sí como son:

1.- Manipulación Ambiental:

La disminución de la cantidad de estímulos externos, disminución de alternativas, evitar situaciones como teatros, restaurantes, etc.

En la escuela se hace necesario un tutor que propicie la relación individual para el aprendizaje, y un lugar callado para evitar las distracciones. Se hace necesario incluirlo en clubes para niños, donde haya supervisión por adultos, y las actividades esten estructuradas.

2.- Medicación.

La más efectiva es el uso de estimulantes como la amfetamina y el metilfenidato, estos quitan la hiperactividad e impulsividad y prolongan los períodos de atención.

La dosis es individual, se inicia con 5 mg. de amfetamina, 10 mg de metilfenidato por la mañana, puede aumentarse hasta 40 mg. de metil-

fenidato, dividido en la tarde y la mañana.

Los efectos secundarios más comunes son el insomnio y la anorexia, ambas pueden disminuir en una semana reduciendo la dosis.

La tolerancia es un factor limitante incluso de medicamentos para el control de peso, el insomnio es la razón para usar sólo dosis matutinas.

Es muy raro que se provoque un cuadro psicótico, y cede cuando se suspende la droga. No hay evidencia de habituación, pues después de varios años de tomar la droga, se ha suspendido de un día para otro. Generalmente se ha suspendido la medicación durante las vacaciones y cuando vuelven a la escuela se ha visto que el síndrome aparece, lo que hace necesario la indicación nuevamente, y el tratamiento puede prolongarse de 3-5 años o hasta 6.

Se han usado otras drogas, como la imipramina que parece dar buenos resultados. Hay reportes de uso de carbonato de litio y tranquilizantes, pero los beneficios varían y es necesario valorar sus efectos y poder usarlos cuando los estimulantes no son efectivos.

3.- Psicoterapia.

La terapia individual sola no es adecuada, es necesario combinarla con otros tratamientos; al mismo tiempo, pero el niño la necesita para mejorar su autoimagen y su autoestima, para adaptarse a su nuevo rol para descartar los antiguos patrones de conducta y poner en juego otros nuevos y apropiados.

La psicoterapia familiar es necesaria para cambiar sus conductas y modificar el medio ambiente del niño, "un niño diferente requiere de una familia diferente". Se desconocen los problemas secundarios de una autoimagen negativa y de los patrones de conducta inapropiados, con el cuidadoso uso de todos los recursos terapéuticos, un niño puede desarrollarse sanamente y ser un adulto productivo.

Los autores de una investigación, Susan G. O'leary y William E. Pelham, mencionan que el 2% de todos los niños en edad escolar, han recibido tratamiento con anfetaminas; dándose factores en contra de este tratamiento y a su vez, se da como alternativa a los farmacos, la terapia conductual.

Se menciona que el estudio es limitado: por el tiempo breve de su realización y porque sólo enfocó a la intervención escolar.

Resultados.

- a) Observaciones en el salón de clases: los niños tratados con terapia conductista, sin tratamiento médico, mostraron que su conducta errada e inadecuada, mejoró significativamente.
- b) Clasificación de los maestros: se observó en el trabajo escolar una significativa mejoría, siendo el porcentaje de mejoría un 34%.
- c) Clasificación de Padres: en unas escalas aplicadas, mostraron una mejoría del 50%.

Los resultados hallados, sugieren que la terapia conductual es una posible y efectiva alternativa, para algunos niños que recibieron tratamiento farmacológico con estimulantes. El tratamiento paració más efectivo para cambiar la conducta social en la escuela, para mejorar la capacidad de atender.

La medicación psicoestimulante, cuando es correctamente administrada, provee de poca ayuda al niño hiperactivo y a su familia, después de las horas de clase y durante las vacaciones. Los resultados muestran claramente que la terapia conductual provocó, una evidente mejoría de los niños en su casa. Los padres reportaron cambios en su hogar, tales como: mayor habilidad para interactuar con otros niños, mayor control de sus impulsos. En algunos casos la atmosfera de la casa, cambio radicalmente. Por último, se debe hacer notar que este tipo de tratamiento requiere del esfuerzo, colaboración y apoyo por parte de la familia y-

los padres.

Como las actitudes de los padres y las reacciones emocionales -
afectan el concepto mismo de los niños impedidos físicamente.

Los padres de 24 niños físicamente impedidos, fueron agrupados -
según sus reacciones a una prueba de factores de ánimo espontáneo y se-
hicieron comparaciones con las reacciones de sus hijos en una escuela -
de autoevaluación. Se encontro que los padres que estuvieron unidos en-
sus reacciones de ánimo espontáneo, tuvieron niños impedidos con una -
autoevaluación más positiva, que aquellas parejas que tuvieron disorepan-
cias en sus reacciones de ánimo espontáneas.

II.- ANTECEDENTES O MARCO TEORICO.

La relación entre las actitudes de los padres y las disposiciones de los niños para aceptar su incapacidad física, ha sido conocida desde entonces por Allen y Person en 1920, publicando el estudio de 12-casos de niños incapacitados físicamente. El niño parece adoptar la misma actitud de incapacidad que sus padres tienen. Si se preocupan acerca de ello, él lo hace también; si se avergüenzan, él tendrá la misma sensación. Si lo consideran algo habitual, él lo acepta como tal, y no permitirá que interfieran en su concepción.

Pless y otros en 1972, uso el resultado y descripción de conducta de los padres en edad y sexo, para normar una lista de comprobación-clasificando la conducta de los maestros evaluados en el C.E.I., para recopilar un índice de salud mental en un ejemplo al azar de 209 niños-enfermos crónicos en el Monroe Country de Nueva York y compararlos con un grupo de 190 niños sanos.

Se reportó una vez más la puntuación original en el C.E.I. y el proceso presenta una calificación baja en el índice de salud mental, aumentada con la edad, especialmente cuando los dos grupos subdivididos y comparados con los niños de condiciones favorables, indicando condiciones de mala salud y condiciones familiares desfavorables, son acumulables con el tiempo. También se encontro, que a todas las edades, muchos niños que fueron enfermos crónicos se mantienen mal comparados con parejas de niños de la misma edad, en que hubo cambios variables de la familia, Plessy Salterwhithe 1973).

Se define en términos de satisfacción marital el comunicarse y sobrellevarse mutuamente, produce una autoevaluación en el niño crónicamente enfermo, más que un cambio social o demográfico.

No hay ninguna razón para creer que el incapacitado físico, necesariamente incapacite a toda la familia, sino que parece ser una fuente

mayor de carga sobre el niño incapacitado, los padres y los hermanos.

En este estudio se investigó algunas de las relaciones entre las reacciones de los padres y la dignidad del niño lesionado.

Se seleccionaron niños entre 9 y 11 años de edad; con una inteligencia normal; que recibieron una educación adecuada; asistiendo a una escuela normal o especial para niños incapacitados; con un miembro de la familia que incluía a la madre y a otro hermano por lo menos, no incapacitado, tener un diagnóstico, congénito formal del lisiado; sin síntomas de ataques. Los padres de los niños vivían en una gran extensión de la ciudad de Melbourne; incluían a 20 padres y 24 madres; había 4 madres solteras en el grupo, el resto eran casados. Los 20 padres del grupo, - eran de niveles altos ocupacionales, 12 de los padres tenían grado universitario o diploma terciario, algunos tenían certificado de técnicos. Casi la mitad de 24 madres trabajaban más de 20 horas, por semana en - empleos pagados, mientras que las restantes eran amas de casa de tiempo completo o trabajaban menos de 20 horas por semana, fuera de su casa. 8 de las madres que trabajaban estaban en guarderías o eran maestras y - del grupo total tenían calificaciones terciario. Todos tenían como lengua materna el inglés.

Los padres fueron seleccionados mediante una invitación a participar en una selección en base a un acuerdo de informar y callar. Las - cartas de invitación fueron redactadas por los trabajadores de la in - vestigación y entregadas a los psicólogos y directores, quienes no te - nían referencia de identificar el tema probable para la selección. En - estas se explicaba la intención del estudio y se pedía a los padres, - indicar si estarían dispuestos a discutir la posibilidad de su inclu - sión. Sólo después de una entrevista inicial, se les preguntó si deci - dían que ellos y sus hijos podían ser incluidos en el estudio. Todos - quienes conocieron el criterio, estuvieron de acuerdo. La primera entre - vista se realizó sin la presencia de los niños. Animando a los padres a

que ventilaran, lo relacionado acerca de sus hijos, dándole la cara - a los problemas en la escuela o en cualquier otro lugar, especialmente - donde estos parecían ser directamente relacionados a la incapacidad física, para la mayoría, estas entrevistas duraron al menos de 2 a 4 horas.

Se llevó a cabo una segunda visita, para ver a los niños y formular sus medidas de autoevaluación, junto con otras pruebas, las cuales son parte de este estudio. Las entrevistas fueron realizadas, en sus casas, en horarios después de salir de la escuela, o en fin de semana. La sesión se condujo de manera informal y descansada, cuidando que los niños no se interrumpieran.

Antes que la sesión terminara, se les preguntó a los niños, si sus padres podrían ver las respuestas, no hubo objeción alguna.

La tercera visita a la casa fue para ver a los padres. En esta entrevista, se discutió el trabajo hecho por los niños, y algunas posibles implicaciones que sugirieron. A la vez a los padres se les pidió terminar un test de avalúo, acerca del conyuge.

Una cuarta visita siguió a los análisis preliminares de cada una de las medidas de los padres, se explicó el resultado y las opiniones finales se discutieron.

La autoevaluación del niño, se realizó por una medida de autoconcepto de los niños por Piers Hanis 1969, intitulada "La manera como yo mismo me siento" . El cuestionario consistía de 80 tipos de declaraciones de opiniones, como "soy una persona feliz," "me porto mal en casa", y las respuestas eran si o no a cada una.

Una puntuación alta significaba un elevado autoconcepto, y una puntuación media o baja, indicaba un autoconcepto bajo. Se siguieron varios métodos de confirmación, para una mayor seguridad en la obtención de datos. Los datos de seguridad más amplios, se publicaron por Piers en 1976.

La medida de evaluación del padre, se baso en la primera técnica por separado, descrita por Kolly en 1955 y elaborada por Francella y - Branmister (1977), se designó para investigar un número de hogares y - situaciones comunes para la familia, la cual incluía más de un niño, pe - ro de los cuales puede esperarse que tenga una relevancia particular a aquellos en los cuales uno de esos niños está físicamente lisiado. Se - obtuvieron tres puntos sobresalientes de este análisis, y esto sirvió - para probar la hipótesis que fundamentan este estudio. Se identificaron y analizaron 14 situaciones y se subdividieron en cuatro categorías.

- I.- Efectos de crisis: 1.- Recordar los detalles del nacimiento de su - hijo y su temprana edad.- 2.- Recordar el día que mi hijo principio a ir a la escuela. 3.- Planes futuros para mi hijo. 4.- Llevar al - hospital a mi hijo.
- II.- Identificación: 5.- ir el día de deporte a la escuela del niño. - 6.- Observar a mi niño salir a la escuela en la mañana y 7.- Escu - char a la gente reirse de los movimientos de una persona lisiada.
- III.- Sostén familiar: 8.- tener que quejarme acerca de mi hijo. 9.- no poder pasar tiempo con mi familia. 10.- besar y abrazar a mi hijo. 11.- cuando mi hijo me enfada, 12.- cuando hago cosas con él.
- IV.- Reflexión: 13.- preguntarse si podría haber hecho la vida de mi - hijo más fácil. 14.- pensar en todas las cosas que los padres tie - nen que renunciar por sus hijos.

Se escogieron 304 palabras claves, las cuales se mostraron para - tener una carga alta en sus factores respectivos. De acuerdo a la reci - procidad demostrada, se hicieron grupos para que los padres pudieran - obtener una gráfica general del aspecto comprendido; más que estar limi - tado a un incentivo de la palabra. Las propuestas fueron: época de la - edad difícil, desilusionado, frustrado, vivaz, cansado y confuso. Deri - vados del carácter negativo y predominante de los 6 primeros aspectos,- se incluyeron dos aspectos posteriores más positivos: seguridad en sí -

mismo e ingenio.

Análisis de datos fueron obtenidos del proceso de factores de aspecto primario, abarcaron un sinnúmero de datos en el orden de personas aspectos y situaciones. Pueden analizarse 3 formas de datos, por cierto número de programas. Se hizo una elección para este estudio entre Cancoll y Chang's (1926), modelo IMSCAI, basado en el método computacional de Tucker's (1966). Se escogió el 3 MFA, primero debido a la necesidad de determinar si el grupo de personas abarcaba uno o más tipos ideales y en segundo para facilitar combinaciones de individuos dentro de cada tipo con los datos de los niños: Rosenber ha mostrado, que el módulo 3 MFA, es el más apropiado para ambas labores, particularmente donde el conjunto de datos incluye el uso de escalas de porcentaje, más bien que las series de comparaciones adecuadas, que son la base del análisis IMSCAI. Por consiguiente, los datos se arreglaron en forma bidimensionales con filas de módulo o matrices y columnas para combinaciones de módulo o modelo 4 (elaboraciones) y K (situaciones) y se analizaron utilizando el programa 3 MFA. Este programa sencillamente analiza los 3 modelos de datos e ilustra las relaciones en todos los factores correspondientes, proporcionando soluciones a los factores de componentes principales para cada modelo, es decir 3 matrices portadoras (o matrices de factores de peso), una para elaboraciones, una para situaciones, y otra para tópicos y por computación en una caja de vuelco interior, llamada el vuelco de la matriz, la cual da la interrelación, que unen los tres sistemas de factores.

Los factores se determinaron de modo empírico, contestando las preguntas de la encuesta, acerca del significado común o compartido, en términos de reacciones en la disposición de ánimo. Estas preguntas se han incluido en la construcción de la cuadrícula y a causa del propósito heurístico de la administración, no formaron el tema de ninguna hipótesis definida antes de ejecutar los análisis. Sin embargo, dados los -

resultados y las interpretaciones de los factores obtenidos se han hecho tres análisis de tres modalidades y las modalidades de sujeto han dado tres resultados derivados. Estos resultados se han usado para formular las hipótesis específicas de las pruebas. Un resultado derivado se usó para el análisis del grupo completo: la distancia entre parejas de padres en los dos factores obtenidos para la modalidad del sujeto. Este resultado, la distancia euclidiana entre parejas de padres, se ha denominado distancia primaria de ánimo. Un resultado derivado fue empleado desde cada uno de los análisis separados de las respuestas del padre y de la madre. Este resultado fue el peso de vector propio; en el primer factor obtenido por cada progenitor, en las modalidades respectivas de sujeto. Estos resultados se llamaron, resultados del ánimo de la madre y resultado del ánimo del padre respectivamente.

Las tres hipótesis comprobadas fueron las siguientes:

H-1 Los progenitores que tienen resultados bajos en la distancia primaria de ánimo (o sea, muestran desviación semejante a la solución del grupo), tendrán hijos físicamente impedidos con altos resultados en la escala de autoestimación de Piers-Hanis.

La rejilla de los factores de ánimo primario es un instrumento de amplia base diseñada para considerar reacciones generales. Su construcción indica las reacciones primarias de ánimo, medidas aproximadas de la percepción de cada progenitor de su propia posición.

La hipótesis I examina la noción del sentido común que los padres cumplen, según los valores generales de la familia, y que las relaciones entre ellos, deben asegurar que sus hijos serán psicológicamente equilibrados y manifiesten la autoestimación más estable y desarrollada.

H-2 Las madres con notas altas en la escala de ánimo de la madre, tendrán hijos físicamente impedidos, con notas altas en la escala de -

autoestimación de Piers-Harris.

La comprobación de la hipótesis 2 viene de D'arcy (1963), Kennedy - (1916), Johns (1971), Diotas et. al (1975), quienes encontraron sin excepción, que las madres que pudieron expresar su aflicción en las etapas iniciales, se adaptaron al hijo con más facilidad y encontraron las maneras de satisfacer sus necesidades; y también de Fishman y Fishman (1921) quienes encontraron que las madres que hablan acerca del obstáculo y se enfrentaron a los problemas, los superaron mejor que aquellas que no admitieron su gravedad. Esta hipótesis examina la noción que las madres que son más objetivas en el reconocimiento de sus sentimientos acerca del obstáculo, facilitarían el desarrollo de la autoestimación positiva de sus hijos.

H-3 Los padres con altas notas en la escala de ánimo del padre tendrán hijos físicamente impedidos con altas notas en la escala de autoestimación de Pierce y Harris.

La comprobación directa de la hipótesis 3 viene de Wattsson y Gross (1966) y de Cytryn et al. (1967) quienes encontraron una conexión directa entre la salud mental del niño y el grado que indica la incapacidad de los padres en no sentirse personalmente amenazados por el impedimento; y de Couren y Brenton (1975) y Fishman y Fishman - (1975) quienes encontraron que el apoyo paternal a los programas de madres de hijos físicamente impedidos fue un factor importante en el éxito de sus cursos. Se supone que la dinámica paternal que ayuda a la adaptación del hijo es similar al que manifiestan las madres, aunque se debe reconocer la diferencia en los papeles (From 1975, Westley y Epstein 1969).

Conclusiones.

Modalidades del sujeto, se vieron dos tipos de factores; hubo un solo grupo de sujetos, o tipo "ideal" en la muestra, el peso de los factores propios de los dos factores de sujetos sin rotación, pudo utilizarse para indicar las diferencias entre los individuos. Estas diferencias entre parejas individuales de madre y padre se tomaron como la base de la anotación derivada; la distancia primaria de ánimo .

Modalidad de las estructuras, las estructuras que se recargan en el primer factor fueron: cariñoso-feliz, vivaz-energico, confiado-eficiente y pueden imaginar estas situaciones con claridad. Estas estructuras todos reflejas estados de humor positivos, y contribuyen a un factor "ser padre es un placer". El segundo factor girado tuvo 4 estructuras; confundido-desorientado, enojado-molesto, descorazonado-infeliz y agotado-cansado, dos más, ansioso-tenso y preocupado por su conyuge, tu vieron influencias secundaria, pero también contribuyeron a este factor. Todas estas estructuras reflejan ánimo negativo, e indican reacciones directas de los padres a las situaciones fuera de su domicilio inmediato. Este factor representa frustración e impotencia. El tercer factor girado tuvo tres estructuras: a) puede imaginar con claridad, b) necesita hacer concesiones, c) problemas por otros padres. Estas estructuras se usaron para indicar situaciones que también se consideraron casos especiales, aunque fueron reconocidas como características.

El primer factor indicó una identificación con los aspectos placenteros de ser padre; y en el tercero indicó un reconocimiento de problemas que necesitan mucha paciencia e identificación con otros padres que se hallan en semejantes circunstancias. Dos estructuras no correspondieron a ningún nivel, la de ansioso-tenso y la de preocupado por el conyuge. Estas influyeron en forma secundaria tanto el factor frustrado-impotente, como el factor de racionalización, pero no influyeron en-

absoluto, en el factor "es un placer ser padre".

Modalidad de situaciones, contenía 5 situaciones: a) quejas acerca de mi hijo, b) no tengo tiempo para mi familia, c) ¿hubiera podido hacer mejor la vida de mi hijo? d) pensando en sacrificar todo por mi hijo, e) mi hijo me saca de mis casillas. Todas estas situaciones significan frustraciones en la vida cotidiana de la familia, y reflejan casos en que los padres son incapaces de ejercer dominio completo sobre los resultados de las experiencias de la vida. Este factor representa la "frustración en la vida familiar".

El segundo factor girado, tuvo 5 situaciones: A) temor al hospital, b) observar a mi hijo al ir a la escuela, c) ir a un programa deportivo, d) hacer cosas con mi hijo y e) recordar el primer día cuando mi hijo fue a la escuela. Estos se pusieron en contraste con el oír que la gente se reía de una persona inválida. Esta situación sugiere respaldar al niño físicamente impedido, dar énfasis a situaciones de la vida que son pruebas de la vida normal, del desarrollo y de la superación de las relaciones de una sociedad que trata a la persona impedida como un anormal. Este factor representa el interés en la protección personal.

Todas las 14 situaciones contribuyeron a un factor, por lo menos con dos: hacer cosas con mi hijo y oír que la gente se ríe de una personainválida, contribuyendo el segundo y el tercer factor. En el segundo factor estos dos estaban en la misma dirección e indican los problemas de la vida del impedimento físico en la familia.

En el tercer factor tenían sentidos contrarios e indican las reacciones protectoras de los padres, en una sociedad poco considerada.

Una explicación simplificada de estos resultados es que el tipo "ideal" (o punto central de padres) en este estudio reaccionó con una gama de emociones a aglomeraciones de situaciones que reflejaban frustraciones cotidianas en la vida familiar, y que la consideración de la

condición especial de su hijo en la sociedad resultó en un sentimiento de frustración y en la pérdida del dominio personal, aunque se afirmó — el placer particular en proteger al hijo inválido y en identificarse — conél.

En la modalidad de situación, calificando separadamente a padre y madres, no hubo gran variación. Un punto necesita comentario: Las situaciones recordando los detalles del nacimiento y vida temprana de mi hijo, y planificar para el futuro de mi hijo, estaban en distintas posiciones. Sin embargo, la diferencia en el sentido significaba solamente que las madres consideraron ambos elementos como más íntimamente rela— cionados a aspectos negativos y prosaicos de la vida familiar (por ejemplo quejandome acerca de la vida de mi hijo, imaginando si hubiera podído hacer mejor la vida de mi hijo). Mientras que los padres calificaron más cerca a los aspectos positivos con normalidad de tensión y ser pa— dre es un placer (por ejemplo recordando, el día cuando mi hijo empezó a ir a la escuela). La semejanza de respuestas entre los dos grupos sugiere que las madres y los padres actúan en la misma dimensión o en se— mejantes dimensiones, cuando se les pide que evalúen sus reacciones a — las clases de situaciones usadas en la rejilla de factores de ánimo primario. Las pequeñas variaciones, aunque importantes en sí, indicaron — que no fue necesario hacer un análisis más cabal de las madres y de los padres como grupos separados.

La hipótesis 1 predijó que las parejas de padres que se encon— traban cerca en la distancia de ánimo espontánea, tendrían hijos físicamente impedidos con altas calificaciones en la escala de Piers-Harris de autoevaluación; está hipótesis se confirmó.

La hipótesis 2 predijó que las madres con altas calificaciones en la escala del ánimo de la madre tendrían niños físicamente impedidos con altas calificaciones en la escala de Piers-Harris de autoestimación esta hipótesis se confirmó.

La hipótesis 3 predijó que los padres masculinos con alta pun—

tuación en la escala del ánimo del padre tendría hijos físicamente impedidos con altas calificaciones en la escala de Puers-Harris de autoestimación, esta hipótesis se confirmó.

EVALUACION

La solución de tres modalidades del factor de humor espontáneo, demostró que los progenitores de los niños físicamente impedidos en el presente estudio reflejaron una puntuación de reacción a las situaciones en el estudio.

Las 14 situaciones dieron tres distintos grupos en el análisis. Un grupo reflejó las frustraciones normales que cualquier progenitor debe encontrar; Feugel (1927) tratando con problemas menores de disciplina perturbándose con alguna forma de conducta, tratando de hacer la vida tan fácil como sea posible para el niño, pero con la excepción que hubo una disminución extra en el grupo. Esta dimensión extra por lo que la gente se reía de una persona inválida, generalmente no se considera un problema para la mayor parte de los progenitores, pero para los estudiados claramente lo fue.

El segundo grupo reflejaba los problemas de la vida en tener un hijo físicamente impedido. Los acontecimientos críticos del nacimiento de llevar al niño al hospital, de planificar para el futuro, junto con el de oír a la gente que se ríe de una persona inválida y las frustraciones de hacer cosas con el niño, todas presentan problemas de vida que los progenitores deben enfrentar, cuando tienen un hijo físicamente impedido.

El niño con padre nuevo, es dócil en el hogar, y tiene problemas en la escuela.

El diagnóstico diferencial por el manual estadístico diagnóstico de los desordenes mentales, tercera edición, de los desordenes que a menudo surgen en la niñez está ilustrado por este caso. El invitado ex-

perto es el Dr. Theodore Shapiro, profesor de psiquiatría infantil en la Universidad de psiquiatría infantil, en la Universidad de Medicina de - Cornell, y director del Departamento de psiquiatría del niño y del adolescente en la clínica de psiquiatría de Payne Whitney.

EL CASO

Jimmy, un niño de cinco y medio años de edad, es traído a consulta por sus padres adoptivos, porque ha estado golpeando a sus compañeros, es excesivamente activo, y abandona fácilmente las tareas escolares. Ellos están preocupados acerca de los efectos de la muerte de la primera madre adoptiva de Jimmy cuando él tenía cuatro años y del reciente segundo matrimonio de su padre. Al examinarlo, antes de la consulta, se demostró que se tenía dificultades con los movimientos motores pequeños y dibujo imaginativo deficiente.

Poco se conoce de los padres biológicos de Jimmy pero no existían antecedentes traumáticos antes del nacimiento o durante el mismo. Jimmy fue un buen niño durante el primer año, pero su primera madre adoptiva tenía leucemia, y fue condescendiente e incapaz de ejercer disciplina, - fue cuidado variablemente por deficientes parejas de muchachas y desarrolló un fuerte apego a su padre. La afición física de la indulgencia caracterizaron sus primeros años. Jimmy caminó y habló de los 12 a los 14 meses pero continuó presentando diuresis nocturna, hasta que su segunda madre se hizo cargo de él. Cuando estase integrado al núcleo familiar Jimmy había estado durmiendo con su padre quien no le ponía límites con la idea que Jimmy había sufrido bastante y que criarlo con ternura - excesiva era indicado en vista de la muerte reciente de su madre; aunque Jimmy no parecía conmovido por esto último.

Cuando se le presentó a su futura madre, ella lo considero encantador, pero consentido y expreso que su crianza había sido desfavorable en su indulgencia, y veía la necesidad de metas sociales. Una vez caso

dos, ella adopto una disciplina más fuerte, pero lamentablemente el es-
poso continuaba demasiado pasivo en la educación de Jimmy. Mientras la
socialización de Jimmy progresaba en el hogar, sus maestros reportaban
que no le gustaba la escuela y que expresaba que él no le agradaba a la
gente. Aunque él había destacado en su grupo escolar, ahora se negaba,
enojaba y rehusaba participar en actividades escolares. La resistencia-
pasiva fué común, junto con el enojo excesivo y eruptivo al golpear a
sus compañeros. En contraste al jugar en casa era imaginativo y amable.

Jimmy es un jovencito de ojos vivaces al que le faltan dos dien-
tes. En la consulta estuvo animado y vivaracho, inicialmente no quería-
entrar a la oficina sin su madre, una vez adentro, pronto estuvo ocupa-
do en jugar con un grupo de soldados de juguete, estuvo coordinado y
agil. Su manejo de los pequeños juguetes demostró que su coordinación
motora era buena y su habilidad para construir barreras con cubos más
grandes fue excelente para su edad. El contenido del juego, con los sol-
dados, fue el acabar uno a uno de ellos. Aún cuando mató a los soldados
indicó que ellos se van con Dios y que es posible volver a la vida otra
vez. El examinador le pregunto acerca de la muerte de su madre y Jimmy
dijo que ella también esta con Dios en el cielo y que el puede hacerla
volver a la vida. Inicio una discusión acerca del cariño hacia su padre
y del hecho que tenia una nueva mamá. Dijo que los muchachos de la es-
cuela no le gustaban y estaba confundido acerca del por qué. Contesto
que él tenia en casa un buen amigo con quien jugar.

Cuando se le pidió dibujara una persona, dibujo un perro senci-
llo, consistente en dos círculos colocados de modo apropiado y con ras-
gos faciales. Sus dibujos de un niño y una niña fueron igualmente rudi-
mentarios, sin diferencia clara entre los sexos. La prueba Bender Ges-
talt, para la evaluación motora-visual, mostro forma deficiente, impul-
sividad, formación de angulos deficientes y al azar aproximado ala ta-
rea. El deficit grafomotor se observo también clinicamente. Usa la mano

derecha pero tiene dificultad en distinguir ambas en otra persona. Su vocabulario fue excelente. Fue expresivo emocionalmente con una buena clase de afecto, pero estuvo preocupado por las necesidades de agresión y muerte. La prueba psicológica reveló preocupaciones similares. La escala de Weschler y la primaria de inteligencia mostro, 10 de 119 (8 verbal de 11, 10 de realización de 119).

Opinión del Dr. Shapiro.

El niño debido a la posición filogenética del hombre, esta inmiscuido en un ambiente de complejo cuidado y en un curso de adaptación progresiva del período de crecimiento, cuando gradualmente evoluciona en un ser social autónomo. Tal complejidad, demandó la adopción de un sistema multiaxial de organización de datos, aun antes del D.S.M. III, y los psiquiatras que vieron al niño, frecuentemente separaron los datos de su caso en componentes biológicos, intrapsíquicos y sociales.

Al principio trabajaremos desde el punto de vista biológico. Los datos genéticos no son útiles. Una dificultad grafomotora con la imposibilidad es evidente en la observación clínica y en las pruebas psicológicas. Este descubrimiento se debe considerar en relación a las normas del período de desarrollo, pero probablemente no es meramente incidental y puede estar relacionado con la agresividad social de Jimmy. El D.S.M.-III, nos permite usar el eje II, para denotar un retraso del desarrollo así como los problemas de la personalidad en los niños. De ese modo sugiero en el eje II, un desorden atípico de desarrollo específico (315 90) grafomotor. Es atípico porque ninguna lectura específica o capacidad de aprendizaje es evidente ahora.

Al considerar el eje II como un eje de desarrollo, no podemos declarar ninguna patología en el eje III, porque ninguna lesión orgánica o bioquímica específica, se indica en la historia o el examen. Ahora regresando al eje I, la diagnosis diferencial más grande, se va a consi-

derar si este niño satisface, los criterios distinguidos para el desorden del deficit de la atención, un desorden de conducta o un desorden de oposición. La riqueza del material del caso, no permite una fácil -- diagnosis diferencial, especialmente cuando consideramos los acontecimientos de las condiciones externas inusuales y los sistemas de crianza del niño, empleados durante los años de desarrollo del niño. La sintomatología con respecto a la atención no se acerca a los requerimientos del DSM III, para el deficit de la atención. El manifiesta tres determinantes requeridos en cuanto a que él algunas veces actúa antes de pensar, muestra alguna dificultad de organizar su trabajo y parece necesitar mucha superación. Sin embargo, no muestra un número suficiente de características para la distracción. Mientras él no logra terminar -- no tiene dificultad en adherirse a la actividad del juego y no se distrae fácilmente, ni escucha. Cualquier dificultad en la concentración -- es intermitente y probablemente secundaria a la intuición de fantasmas sobre la muerte, la lamentación y la agresión. (el entorno para la existencia de hiperactividad sólo necesita la confirmación por los padres o maestros, ninguna comprobación del medio clínico y no se necesita ser -- constante la hiperactividad).

Consideramos al desorden de la oposición (313.81) para lo cual -- el niño aporta el principio, después de los 3 años con un modelo de 6 -- meses de la oposición desobediente, negativa, y provocativa a la autoridad. En cuanto a que Jimmy ha estado golpeando provocativamente a sus -- compañeros, esta descalificado, ya que un parámetro específica que ninguna violación sobre los derechos esta incluida.

La diagnosis más correcta es el desorden de la conducta, tipo -- agresivo socializado (312.23). El requerimiento para cada violencia física contra los demás o robos califica a Jimmy. Dos de los 5 criterios -- para la visión social se encuentran. Tales como una o más amistades de compañeros; la muestra de bienestar por los amigos; algunos médicos --

afirman que este diagnóstico considera de modo adecuado las tensiones psicosociales del año pasado. Jimmy experimentó una pérdida y un cambio radical en la educación. Alguna ayuda se proporciona por el eje IV, que incluye la severidad de las tensiones psicosociales. Un ejemplo del D.S.M. III, de los factores tensionales del nivel V de la severidad es la disciplina severa del padre. El trato inconstante o demasiado indulgente del padre, puede ser de igual modo destructivo para un hijo pequeño. Un tensor de severidad VI, es la muerte de un padre. El eje II considera el nivel más alto del funcionamiento durante el pasado año. La clasificación que yo le daría a Jimmy, en cuatro, adecuado debido al trabajo deficiente en la escuela, pero generalmente compañero adecuado y la relación familiar.

La Diagnósis Completa.

Eje I: 312.23 desorden de la conducta socializada agresiva.

Eje II: 315.90 desorden del desarrollo atípico específico (grafomotor).

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Tensores psicosociales: muerte de la madre, trato de los padres inconstante, severidad 5-6.

Eje V: nivel más alto de funcionamiento adaptativo del año pasado: 4 - adecuado.

Interacción entre la Madre y el Niño de Kinder. Un acercamiento Secuencial.

Se menciona en esta investigación, un sistema para estudiar en el hogar, los métodos se enfocan en las interacciones iniciadas de los padres con los hijos, así como también las respuestas de los padres con la conducta del niño, y el comportamiento negativo u opuesto de los padres con el mismo a su angustia. Las medidas que se emplean para este propósito nos permiten hacer una evaluación de las amplias secuencias -

de evaluación cuantitativa del estilo de intercambio, sus componentes -
afectivos y el resultado del afecto de la interacción.

El objetivo de la evaluación de los padres es continuar, hasta -
llegar a obtener la finalidad de una investigación común. Aunque la de-
finición de los estilos mal adaptados de los padres han sido un enfoque
fundamental, existe un aumento en la apreciación, en la impotencia de--
reunir datos que normen la conducta. Los dictámenes clínicos basados en
las descripciones de los padres constituyen el método más utilizado para
evaluar las situaciones entre la familia y el hijo, pero hay un ma -
yor interés en la cuatificación y observación directa, en los aspectos-
especificos de los padres.

En este estudio se discute la evaluación de los padres y las con-
tribuciones del niño a la secuencia de integración y se describe una -
técnica para estudiar dichas secuencias. El método fue investigado para
estudiar las cualidades de la interacción materna con el niño de 24 a -
42 meses de edad; el análisis secuencial, completa otras estrategias de
observación en la evaluación de los padres y el hijo, los cuales se ob-
servaron al mismo tiempo.

Enfoque en la Evaluación de los Padres.

La creencia de que los padres tienen un papel importante en la -
formación y desarrollo psicológico posterior de sus hijos, tiene una -
larga historia, en este siglo, el mecanismo por el cual se da este efec-
to ha llegado a ser objeto de debate académico. Los teóricos psicoana -
listas y los conductistas, han dado explicaciones detalladas, para des-
cribir los posibles procesos que intervienen en la influencia de los -
padres, sobre el desarrollo de los niños. Mientras que estas hipótesis-
han sido difíciles de probar empíricamente, han dado origen a una mejor
apreciación de los factores que constituyen el desarrollo, y de las -
características de los padres, que conducen tanto a resultados normales

como a desviados. Los primeros textos de la psiquiatría infantil, nos proporcionan (Kanner 1935), información sobre las actitudes y actividades de los padres. Sin embargo, la experiencia clínica ha tenido que esperar pacientemente para obtener una validez empírica.

Más aclaraciones objetivas de la conducta variable de los padres, juicios importantes para el desarrollo posterior del niño, que comenzó a surgir a través del estudio clínico y sistemático (Levy 1943, Rutter-1966, Wolff y Acton, 1968), y posteriormente poblaciones generales - - (Rutter y otros 1975, West y Farrington, 1973). Mientras que se fundaban asociaciones importantes, los mecanismos en que se basaban estas relaciones no son claras, y las preguntas hechas al azar, aún están sin aclarar.

Estudio de Entrevistas Desarrolladas con los Niños.

Los primeros estudios hechos en el desarrollo del niño (Balwin - 1945, Bishop, 1951, Escharfer, 1959), también empezaron a enfocarse en la evaluación objetiva de las características de los padres, a través del uso de técnicas de entrevista. Una vez más se encontraron asociaciones substanciales entre la conducta de los padres y varios aspectos en la conducta de los niños. Sin embargo, surgieron preguntas, sobre la especificidad y confianza y validez de estas entrevistas, en particular, la evidencia acumulada, sobre el problema de seguridad sobre un problema anterior (en los miembros de una familia, que existieron tiempo atrás), y de una falla para establecer una diferencia adecuada entre los hechos y sentimientos y entre sucesos objetivos y actitudes y personas hacia esos sucesos. Sin embargo, se encontraron formas para tratar con estas dificultades metodológicas y se utilizaron medidas de entrevistas válidas y confiables de las situaciones de una familia y se demostró que tenía una fuerza predictiva considerable.

Como experiencia de la evaluación de las relaciones e interac -

ciones aumentadas entre el padre y el hijo. Tanto los esfuerzos como las limitaciones y métodos de entrevista llegaron a delinearse con más claridad. Los puntos principales de la estrategia de las entrevistas incluyen: 1) su habilidad a un amplio rango de conductas y situaciones que aquellos que abarcan conductas observables. Su fuerza para evaluar la claridad afectiva de las relaciones y su capacidad para valorar las actitudes subjetivas, creencias, fantasías y aspiraciones que no pueden observarse directamente. Sin embargo, sobre la situación de la pérdida ha llegado a ser aparente, que las entrevistas no pueden proporcionar medidas adecuadas de como proceden las interacciones y como se desarrollan las secuencias. En resumen, las personas que no están enteradas de la forma con la cual contribuyen a la continuación de un diálogo o resuelven un intercambio. Las interacciones tienden a recordarse en términos claros, la percepción del papel que desempeña una persona o los resultados, más bien que en términos de una secuencia actual de sucesos que se presentaron. Son precisamente estas características las que se han valorado con mucho éxito a través de las observaciones directas.

La delineación de secuencias de la interacción entre padres e hijos y la medida de los elementos moleculares específicos, lo que constituye la secuencia que incluye sus propios problemas.

Patterson (1976), definió una interacción como una presentación en un período de 5 segundos, después de una conducta objetiva inicial y limitada a la longitud de la secuencia estudiada a 3 elementos. Peed (1977), enfocó la respuesta del niño a un sistema de conducta de los padres nuevamente utilizando un sistema de código secuenciales, los cuales restringían, el período de tiempo a 5 segundos la orden iniciativa de los padres.

Hay otra estrategia para captar la naturaleza de la interacción y se amplía como "sucesos dramáticos". Estos sistemas están designados para definir un número de aspectos relacionados de la interacción. Espe

oficilmente la: 1) Identidad del iniciador principal, 2) la naturaleza de su conducta, 3) el individuo a quien se dirige la comunicación, 4) - el tono afectivo, y 5) la consecuencia de la comunicación que estan registradas como una unidad de 5 partes. Tales sistemas se han hecho más-factibles por la introducción de registradoras de sucesos de alta velocidad.

Concepto de Secuencias.

La decisión más acertada para designar un sistema de resultados-final secuencial, se relaciona con la duración de tiempo. Un lingüista-puede dar a conocer una serie de microeventos que duran pocos segundos-en la pronunciación de un sólo sonido. Una secuencia es una serie de - eventos interconectados temporalmente relacionados. La duración temporal de estos sucesos, depende completamente de la naturaleza de los fe-nómenos, los cuales tienen que ser estudiados. Un acercamiento al aná-lisis de las interacciones de la madre con el hijo, tiene un sentido in-tuitivo, de cuales son los elementos que constituyen una interacción. El giro de un diálogo proporciona un punto de partida para determinar - una aproximación a la documentación de un intercambio de una perspecti-va semántica o con mucho significado psicológico. Sin embargo, se ha - estudiado la interacción humana a diversos niveles. Por ejemplo, el mi-croanálisis de una interacción diádica, revela un modelo de reciproci- - dad entre la madre y el infante, lo cual puede demostrarse en tan poco-tiempo como el registro audiovisual analizado en un minuto en la compu-tadora o el análisis de audio.

Método de Evaluación de la Interacción.

El método de evaluación de la interacción entre madre e hijo, se-ha centralizado en épocas anteriores en infantes o adolescentes. Mien - tras que aquí se ha enfocado en niños de 2 a 3 y medio años, en una -

edad, cuando los efectos de autonomía y control han llegado a ser importantes. Se ha puesto la mayor importancia a aquellos aspectos de los padres que parecen ser muy importantes con respecto a las influencias en el desarrollo psicosocial de los niños, más bien que con aquellos que afectan principalmente el aspecto cognitivo o lingüístico. Además dentro de estas conductas de los padres hemos tratado de evaluar, los aspectos que podrían estar relacionados con la psicopatología, así como también con el desarrollo normal. Se ha escogido en base a esto, analizar secuencias más complejas en base, en enunciados de objetivos, acerca del significado psicológico de las interacciones. Finalmente, hay un énfasis sobre el tono afectivo de la interacción, de manera que los componentes emocionales de las conductas específicas puedan entenderse con más claridad, un aspecto que parece particularmente crucial, cuando los padres actúan emocionalmente.

La valoración se efectúa con entrevistas semiestructuradas, en estudios doble ciego con padres que reunieron características étnicas, sociales de edad y los niños comprendían entre 2 y 3 y medio años hallándose en el proceso de individuación. Se estableció la edad de 2 años como la edad mínima para ser evaluados, debido al aumento rápido en la actividad y uso del lenguaje del niño sobre el segundo año. Esto dio más seguridad a las comunicaciones verbales para observar el sistema comunicacional. Otro factor que se consideró al escoger niños de esta edad fue la evolución afectiva, mientras que los niños en los primeros 18 meses de vida están en el proceso de formar y reforzar los afectos, para la edad de dos años, el establecimiento de un enlace primario, deberá completar el acercamiento, por lo tanto, la comparación de la diada en esta edad, reflejarán más la naturaleza de la relación establecida. Fue también selectivamente limitada la experiencia externa del núcleo familiar; la estrategia general fue esencialmente escoger un período

do de desarrollo, durante el cual las interacciones de los padres tendrían un efecto primordial en el desarrollo del niño.

Finalmente, a pesar de la importancia del desarrollo en el período de Kinder, se han reportado pocas evaluaciones de la conducta interaccional sistemática, entre la madre y el niño de Kinder.

Se seleccionaron tres áreas específicas de interacción como de suma importancia, en la evaluación de la cualidad de los padres en esta edad. Primero como se inicia la interacción y una vez iniciada como se facilita, Segundo, como tolera la madre, la primera autonomía del niño. Finalmente, cuan sensible es la madre a la angustia que el niño esta experimentando y cuan afectiva es ella para confrontarlo. Por lo tanto, el sistema secuencial que se desarrollo se enfocó en la reciprocidad de la relación, la cualidad del acercamiento de la madre para mantener el control social y su sensibilidad y respuesta a la angustia.

Evaluación Metodológica.

Cada estudio observacional, debe tener un cierto número de variables, incluyen: 1.- Observación ambiental, 2.- duración y tiempo de observación, 3.- definición del enfoque de la observación y 4.- estrategia de registro. La naturaleza de los datos reunidos, varía con la técnica de acercamiento que se emplee.

Observación Ambiental.

Un enfoque universal, al estudiar a los padres, es la posibilidad de que el ambiente de la observación o la presencia de un observador puede afectar la naturaleza de la observación, que representa verdaderamente el modelo usual.

Se origina otro sistema de evaluaciones específicas, cuando se observa la madre y a los hijos, puede esperarse que los padres modifiquen su conducta, en un intento de ajustar a su percepción de lo que es

un buen padre. Por lo tanto, hay un factor de que el investigado, esta-
obteniendo el beneficio de una acción más bien que ver la integración -
real entre el padre y el niño. Mientras que algunos niños mayores pue -
den también intentar modificar su conducta, cuando sean observados, es -
menos frecuente que cada niño, pueda asumir una conducta no regular, so -
cialmente característica y aprobada para impresionar a un observador so -
bre un período de tiempo dado. Si ha sido muy limitado un contacto pre -
vio con adultos no familiarizados; la influencia inicial de un extraño -
en el hogar, puede por un corto período de tiempo alterar la conducta -
del niño. Para disminuir el impacto de ser observado en una situa ción -
"natural, algunos investigadores han escogido hacer observaciones en ca -
sa como si se sintieran con un reflejo más exacto en la interacción de -
los padres en el hijo. Puesto que esta consideración parece válida, cuan -
do se observa una población de Kinder, se adaptó una estrategia de obser -
vación en el hogar. Sin embargo, el factor de la respuesta diferente a
un adulto extraño, aun dentro del hogar, originó la pregunta de qué pos -
tura debería asumir el observado en el ambiente del hogar. Se encontró -
que si se respondía al niño en lo que sería un modelo normal socialmen -
te aceptado, esto tendía a un cambio marcado en el modelo de la interac -
ción. Por lo tanto, se decidió tomar una posición no responsiva muy pa -
siva. La decisión de guardar silencio y sin respuesta en el transcurso -
de la mañana en el hogar, se explicó con más detalles a las madres du -
rante una visita preliminar. Esta situa ción no comunicativa, que se -
sostuvo se terminó al final del período de registro y se suscitó una pre -
gunta acerca de la reacción de la madre en la mañana de observación sub -
secuente.

Se creó un modelo interesante respecto a la reacción del niño pa -
ra el observador. Mientras que no se tomaron algunas precauciones mode -
radas y no fueron usuales al principio de la observación, el niño ini -
cilamente estuvo completamente interesado en nuestra presencia. Fue co -

mún para ellos, que se acercaron una o dos veces e intentar comprometer- nos en alguna interacción social. Sin embargo, si sus insinuaciones eran completamente pasivas e ignoradas, sería una excepción que ellos no presentaran poca atención en el resto de la sesión matinal.

Una desventaja principal en las observaciones en el hogar, es de un sinnúmero de variables sin control, las cuales amenazan hacer comparación de diferentes ambientes problemáticos. Por lo tanto, se decidió establecer tres condiciones estandar en la observación para incrementar la validez de la comparación. Estas condiciones fueron: 1) la limitación del número de individuos en el hogar, 2) la presentación de un juego es pecífico, y 3) la presentación de un libro de dibujo como regalo.

La limitación restringía el número de individuos en el hogar, durante la mañana de la observación que fue particularmente importante. Teniendo otro observador presente, generalmente, disminuyó marcadamente la cantidad de interacción entre la madre y el niño. Otra investigación (Clarke Stewart 1973), ha demostrado que la presencia del padre de hecho, altera la conducta de la madre. La presencia de otros niños fue algo menor de un problema en términos de afectos en la conducta de los padres, pero creo grandes dificultades en el código. Este sistema no podrá tratar con las interacciones bastante complicadas de un grupo de individuos en forma adecuada. Por lo tanto se acordó que la madre y el niño en cuestión, serían los únicos que estuvieran presentes en el hogar en las mañanas de nuestra observación. Mientras que se hizo la mayor parte del registro, en tanto que las madres efectuaban sus actividades matutinas normales, se utilizaron dos condiciones estandarizadas, para aumentar comparativamente las variables particulares. La primera de estos treinta minutos antes de completar la primera observación, fue la presentación de un juego moderno. Este juego fue algo difícil para los niños en el grupo de edad de observación para poder dominar y generalmente resultó en un período dado de la interacción entre la madre y-

el niño, en el cual se explicaba la operación de la caja registradora.

La segunda condición estandarizada se dio al final de la segunda mañana. En ese momento se dio un regalo a la madre para el niño. Este regalo fue un libro de dibujos sin palabras, dando una historia. A la madre se le pidió que "le diera un vistazo" junto con el niño y generalmente surgía alguna interacción entre ellos. Debido a esta combinación de períodos estandarizados y no estandarizados, esperamos obtener una gráfica del estilo de la interacción que se llevó a cabo y también un sistema de medidas que serían comparables de familia a familia. Una completa seguridad y condiciones no estandarizadas, pueden proporcionar un reflejo de lo que la madre y el hijo, hacen generalmente juntos. Sin embargo, si estas actividades varían mucho de familia a familia, existen mayores problemas al comparar estilos de interacción entre los padres de madre e hijo. Si una pareja muestra más afecto (positivo o negativo) que otra, por ejemplo, esta podría ser una función de lo que ellos están haciendo, (algunas actividades proporcionan más oportunidad para expresiones emocionales que otras) más bien que las cualidades afectivas de los padres. Por lo contrario, la estandarización permite hacer una comparación directa sobre el estilo exacto, porque el contenido y contexto de la interacción han sido controlados; pero la especificación de las condiciones estandarizadas, puede significar, que la diada madre hijo, estén incluidas en las actividades que no forman parte de su repertorio usual. Ningún acercamiento entre sí mismos parecería satisfactorio mientras la combinación permitiría alguna medida de contenido "natural", así como también comprobable con su estilo.

LA DIFERENCIA EN COMUNICACION PARENTAL, COMO PREDICTOR DE INFLUENCIA, EN HIJOS EN RIESGO DE DESORDENES PSIQUIATRICOS.

Métodos de diferencia de comunicación sacados de la aplicación de tres diferentes situaciones de Roscharch, fueron obtenidos de padres

de 62 niños, propensos a desordenes psiquiátricos. Las familias eran — de un matrimonio estable, con el padre presentando historia psiquiátrica de hospitalización, y un promedio de hijos de 7 a 10 años de edad. La diferencia de comunicación parental en una situación, no fue importante en otra. Sin embargo, madres que tenían altos niveles de diferencia en comunicación, en las dos situaciones del consenso individual y familiar; tenían tendencia a tener hijos que fueron juzgados con bajo rendimiento en situaciones múltiples, basándose en calificaciones escolares, de compañeros y el reporte de los padres. Los niños calificados de un alto nivel de funcionamiento en situaciones múltiples, tenían madre que no presentaban altos niveles de diferencia de comunicación, en las dos situaciones Roscharch. La contribución de factores familiares a desordenes severos psiquiátricos, como la esquizofrenia, ha sido área de sumo interés de investigadores en las dos décadas pasadas. Estudios numerosos de factores familiares, se penso que contribuyen a la manifestación de desordenes psiquiátricos. En años recientes varios grupos de investigadores, han adoptado un método de investigación de riesgo — en un esfuerzo para estudiar aspectos de funcionamiento familiar, que pueden producir alteraciones en los hijos. Este método hace que el investigador, señale grupos de individuos, que se piensa tienen un alto riesgo de padecer desordenes psiquiátricos, que dejarlo al azar. Una base para definir este riesgo es puramente genético, en este ejemplo niños de individuos esquizofrenicos tienen un alto riesgo de volverse esquizofrenicos también. Se estima que del 9 al 18 % de familias con un padre esquizofrenico, tendrá un hijo esquizofrenico, comparado con el riesgo del 1% de la población general.

El presente estudio es el reporte de unas informaciones que son parte de un gran estudio de esquizofrenia de la Universidad de Rochester de hijos y familias. Los hijos con riesgo, son hijos jóvenes de familias que han sido hospitalizadas con varios desordenes psiquiátricos. La meta final de este proyecto es aislar características —

individuales o de familia que permitieron una temprana identificación - de esos hijos propensos a tener esquizofrenia u otras formas de patología en la vida adulta. Aquí se examinará una de esas características — parentales, diferencia de comunicación en hijos de familias con riesgo de psicopatología en el futuro.

Aunque este ejemplo fue seleccionado con base en el riesgo gené tico, el enfoque es examinar atributos familiares o sociales con mayor o menor susceptibilidad del hijo. Las áreas de susceptibilidad del hijo - fueron escogidas, para asesorar este estudio con medidas de competencia socioemocional, basada en calificaciones de profesores contemporáneos y basados en el reporte paternal del comportamiento en el hogar. La meta es examinar si ciertos aspectos de funcionamiento familiar están asocia dos con las medidas de calificaciones de los maestros, compañeros e ina daptación psicosocial en los hijos.

La diferencia de comunicación refleja el impacto de la comunica ción al agente. Técnicamente el extremo al cual los padres fallan a comu nicarse eficazmente, gobierna el extremo al cual el hijo que es depen diente de transacciones con ellos sentirá confusión y sufrimiento.

Singer y Wynnes, usan el concepto de diferencia de comunicación - que se ha encontrado repetidamente en diversas ocasiones para caracteri zar padres con hijos enfermos. Y se usa el término para referirse a diferencias y defectos en la comunicación de padres de individuos esquizo frenicos. La manera o el estilo de la comunicación de una persona es — señalado más que el contenido.

El desorden del pensamiento a nivel de psicología individual — son vistos en contraparte del desorden de la comunicación y confusiones siendo las consecuencias para el resto del proceso profundas. Se cree que la comunicación en familias de esquizofrenicos es mala en etapas — tempranas, en la secuencia de la comunicación a diferencia de los neuró ticos o normales. Un hecho importante es si la diferencia de comunica —

ción está asociada con signos tempranos de mal funcionamiento en la población infantil, sin manifestaciones clínicas, y un bajo funcionamiento psicosocial en múltiples situaciones.

CONCLUSIONES

Los hallazgos en este estudio sugieren que la diferencia de comunicación medida en diferentes situaciones no siempre es la misma. El encuentro más sorprendente fue la falta de correlación entre consensos -- Roscharch, familiar y situaciones Roscharch individual por este estudio tan detallado. Este hallazgo ilumina la importancia para medir el comportamiento en varias situaciones. Un buen número de padres, sin embargo, -- fueron altamente coincidentes en las situaciones Roscharch de familia e individuales. La identificación de madres con estas características dió una predicción precisa de hijos con alto o bajo funcionamiento. Juntos -- estos hallazgos nos dan interesantes e importantes problemas en la diferencia de comunicación. Primero que modelos pueden explicar la falta de consistencia del cruce de situaciones para unos padres y no a otros. Segundo que modelos nos pueden indicar que hijos incompetentes en una situación múltiple tienden a venir de familias en la cual la madre exhibe -- un cruce situacional de alta diferencia de comunicación?. Así parece en este trabajo que el factor de riesgo maternal de alta diferencia de comunicación y cruce situacional es mejor predictor de menos competencia que la esquizofrenia patenal. Este trabajo no contiene hijos esquizofrenicos. Es importante que en las relaciones encontradas, reflejan el funcionamiento del hijo, y nos sugieren que no hay índices de predicción al funcionamiento futuro. Finalmente debe aclararse que la medida de diferencia de comunicación parental no es un índice hecho para registrar todos los aspectos del funcionamiento familiar. Los resultados hacen ver que: primero los encuentros dan luz a la importancia de obtener medidas de diferencia de comunicación de diferentes situaciones. Segundo, que la diferencia de comunicación parental es buena para identificar padres que son esquizo-- frenicos, y para identificar hijos con enfermedades tempranas. Así la diferencia de comunicación puede ofrecer a un investigador la oportunidad de identificación temprana para intervenir y ver enfermedades más seve-- ras en los adultos.

La Contribución de los Padres al Cuidado de sus Hijos. Los efectos de -
los roles familiares en las percepciones de los hijos.

El comportamiento del adulto y sus efectos en los hijos han sido explorados en un estudio doble, en familias tradicionales. Papas que están involucrados en el cuidado de los hijos fueron encontrados más productivos y con más actividades en el hogar. Menos estereotipados en el rol de mamá fueron encontrados en hijas que en hijos, en los hijos que tenían padres que disfrutaban la misma responsabilidad para el cuidado de los hijos, tuvieron menos estereotipos del rol paterno, que hijos de familias tradicionales.

Cada vez son más la cantidad de mujeres que participan en el trabajo desempeñando así una carrera doble entre el trabajo y el hogar. En algunas familias, en estas condiciones, se deja el estereotipo de división de los roles por sexo, para producir y desempeñar los roles familiares del cuidado de los hijos y el trabajo del hogar, en una forma no tradicional. Se hizo este estudio dirigido a la exploración de varios problemas que pueden surgir en familias con hijos menores en donde hay una división no tradicional de labores. En estas familias el rol de proveedor y cuidado de los hijos, son compartidos por las parejas en una base igualitaria. Las siguientes preguntas se plantean: 1) ¿qué papas llevan una mayor responsabilidad al cuidado de los hijos y dentro del hogar? - 2) ¿En familias iguales, porqué algunos están involucrados en el cuidado de los hijos, cuando otros asumen un rol más tradicional y se involucran menos? 3) ¿Existe mayor responsabilidad, entre padres involucrados en el cuidado de los hijos que los que no lo están?, 4) ¿Cuándo las mamás están empleadas de tiempo completo esperan que los hijos sean independientes? 5) ¿Las percepciones de los hijos son alteradas cuando los papas están involucrados en el cuidado de los hijos?

Se hace el siguiente planteamiento, cuando las madres trabajan es cambiado el rol. Unos expertos afirman que la división de trabajo entre

marido y mujer, es afectado por el empleo de la mamá y que marido de "mujeres empleadas", ayudan más en el hogar y al cuidado de los hijos. Sin embargo hay estudios empíricos que demuestran que aunque las madres empleadas no modificó la participación del padre en el hogar. Beckett y Smith reportaron pequeños aumentos en el cuidado de los padres entre negros (1.9 hrs más por semana) y blancos (1.2 más por semana), entre estas familias.

Varias conclusiones se obtuvieron basándose en estos estudios: 1) en el caso de las madres sin tomar en cuenta su estatus de empleo o número de horas trabajadas, asumen mayor responsabilidad para tareas de cuidar a los hijos. Aunque hay discusión sobre el aumento de la participación de padres en el cuidado de sus hijos, cuando sus esposas trabajan, estos cambios de actitud, no reflejan una gran diferencia en el comportamiento del papá como se ha visto en estudios recientes. 2) Se han estudiado poco el período del cuidado del papá a los hijos, y poco se sabe sobre el impacto que esto ocasiona en los hijos. Por razones similares poco se sabe de porque unos padres se involucran con los hijos y otros no. También, surge la controversia entre expertos en familia, sobre si la tradicional división de empleos con la esposa haciendo esta casi todo el quehacer del hogar, es cambiado cuando ésta encuentra empleo. Existe el consenso general de que cuando las madres no están empleadas los esposos participan poco en el quehacer del hogar y lo que hacen es en relación tradicional de cuidar el coche, cortar el pasto y reparaciones en el hogar.

Hay un acuerdo general que menciona que aunque los esposos si aumentan su participación en el hogar en respuesta a sus parejas que trabajan este aumento es mínimo, la participación tiende a ser confinada exclusivamente al rol masculino tradicional. Aunque se sabe que hay parejas que comparten el trabajo. Muy pocos estudios han considerado la interre-

lación entre el hombre participando en el cuidado del hijo y trabajando en el hogar; si se hallan estas actividades juntas, esta relación entre responsabilidad del cuidado del hijo y del hogar positiva y negativa?. - ¿Son capaces los esposos de asumir más responsabilidad en una cosa que en otra?.

Antecedentes de la Involucración del Padre.

Existe una hipótesis que los papas que se involucran más en el cuidado de los hijos, tuvieron tendencias, que fueron satisfechas al involucrarse más en el cuidado del hijo. En investigaciones previas se ha encontrado que, aunque los papas tienden a ser menos afectivos que las madres, esta dimensión del comportamiento del padre esta relacionada a varias áreas de funcionamiento socioemocional de los hijos, incluyendo - desenvolvimiento sexual, orientación, adaptación e independencia.

Entrenamiento a la Libertad.

Hay dos enfoques para examinar el entrenamiento de independencia en el estudio de familias con doble carrera. Primero, el de aquellos que han investigado los efectos del trabajo de la mujer que da más independencia a los hijos, si esta tiene empleo. Entre más independientes sean los hijos, el stres es menor en la madre, no si se siente culpable de trabajar y se sobrecompensa para que los hijos sean independientes, La segunda propuesta se basa en que los padres que se involucran en el cuidado de los hijos, cuando las esposas tienen empleo, y que esto de como resultado que "mayor participación de los padres en el cuidado de los hijos facilitará el desenvolvimiento independiente en hijas como en hijos.

Percepción de los roles parentales.

En investigaciones efectuadas, se ha visto que los niños a partir de los 3 años, pueden distinguir, los roles funcionales de los adul

tos. También, pueden identificar un amplio comportamiento que esta culturalmente asociado con un sexo u otro. Se percibe a las madres en el hogar, actualmente cuidando a los hijos y en los quehaceres del hogar, donde los padres son vistos como proveedores. Recientes investigaciones han visto que el comportamiento de los padres, así como trabajar fuera del hogar, se ha comprobado que esta relacionado en la manera que los hijos perciben los roles de los adultos. Por ejemplo, se dice: "como el hijo se identifica sexualmente observando a los papas, el empleo de la madre influye el concepto de mujer. Este enunciado esta basado en que cuando la mujer trabaja, la división del trabajo del hogar esta afectado, con padres participando más en el hogar, y esto repercute en la percepción del hijo.

Una etapa no significativa fue reportada en donde hijas de madres empleadas tienden a ver el rol paterno con muchos estereotipos que las hijas de madres que no trabajan. Estas hijas parecen haber acertado en la manera de percibir las diferencias entre sus padres, el padre que tiene más roles sexuales tradicionales y al que no. La información sugiere que las familias donde trabaja la madre son menos tradicionales que el grupo control.

Maranz y Mansfield, examinaron dos tipos de estereotipos (basados en actitudes, actividad y personalidad) en relación a los dos estatus de mujeres empleadas y participación del padre en el hogar (como ha sido reportado por la madre). Los hijos entre 5 y 6 años de edad, el estatus de madres empleadas no esta relacionado a numerosas medidas de actividad estereotipo. Pero a todas las edades, hijas de madres empleadas se encontraron menos cualidades de personalidad estereotipada, que hijas de madres trabajadoras. Los niveles de participación del padre en los quehaceres del hogar; aunque asociado al estatus de empleo maternal; no tienen relación al rol de sexo en conductas estereotipadas.

Basados en estos estudios se puede concluir que los hijos menores-

pueden identificar correctamente, cualitativamente los roles sexuales -- descritos y en algunos casos han identificado desviaciones de patrones-estereotipos del comportamiento del sexo adulto; en sus propias familias.

De lo anterior se derivan las siguientes hipótesis:

- 1.- Papas que comparten el cuidado de los hijos, tomarán más responsabilidad al hogar, que padres con una menor responsabilidad al cuidado de los hijos.
- 2.- Los padres que comparten el cuidado de los hijos serán más, que los padres con una responsabilidad menor hacia los hijos.
- 3.- Los padres de familia no tradicionales (donde la mujer trabaja) tendrán tempranas expectativas a la independencia de los hijos, que los padres de familias tradicionales.
- 4.- Hijos de familias donde el cuidado de los hijos es compartido, tendrán menos estereotipos de roles de los padres, que hijos de familias tradicionales, donde la mamá es la que se encarga de la educación de los hijos.

Método.

Se tomó una muestra de 60 familias de clase media alta, con hijos en edades de 3 a 5 años, los cuales vivían en los alrededores de las comunidades universitarias, todas las familias fueron blancas excepto por dos. Los padres con un nivel elevado de educación, profesional y que tenían empleos. Las familias se dividieron en tres grupos de 20 basándose en dos variables: El estatus de la mamá empleada y el nivel de responsabilidad del padre para cuidar a sus hijos. Los grupos fueron del mismo sexo (12 hijos y 8 hijas cada uno) y la edad del hijo (más o menos cuatro años y medio al ser entrevistados). Grupo 1, consistió en familias en las que el padre tiene empleo de tiempo completo, pero la madre no tiene empleo por más de 10 horas a la semana, y asumieron cuidar a los hijos. El cuidado por parte del padre fue mínimo. El grupo 2, cuando hay

dos careras, Los padres tienen empleo fuera del hogar, estaban en la - - escuela tiempo completo o una combinación de tiempo completo de los dos. La mamá toma primeramente el cuidado y el padre el secundario. Grupo 3,- los padres teniendo los dos empleos, fuera del hogar, están en el colegio tiempo completo o una combinación de los dos, la responsabilidad de los hijos fue equitativa.

Procedimiento.

Las familias fueron entrevistadas en sus hogares por el autor, por estudiantes graduados, en servicio social, usando el procedimiento de en entrevistas estructuradas. Los padres fueron entrevistados primero, después las mamás y los hijos al último. Las entrevistas duraron un año.

Medidas Variables de Los Padres.

El cuestionario expone las siguientes áreas, en términos reaccionarios y familiares y el origen de las familias, la involucración en tareas de papas y el quehacer del hogar: expectativas de independencia de los hijos; y el buen cuidado por parte de los padres.

Medidas de Variables del Hijo.

Las medidas de los hijos fueron administradas por estudiantes de psicología, durante una sesión de pruebas con el hijo o la hija en su casa. Se efectuaron medidas de inteligencia, para establecer que los tres grupos de hijos fueran de igual inteligencia. Se usó un test de percepción de los padres (P.R.P.T.) también de las percepciones de los hijos de los roles familiares de adultos.

Resultados.

Resultados de la primera hipótesis, de papas que comparten el cuidado de los hijos, que participan más en el hogar, que padres en otros -

grupos. Dos respuestas se obtuvieron, no sólo los padres que comparten las tareas hogareñas (grupo 3), hacen más tareas que otros padres, también se reportó más cuidados en los hijos que sus esposas. La relación inversa predominó en los dos grupos. (grupo 1 y 2), en donde las madres cuidaban a sus hijos, con esposas que trabajaban más en el hogar que sus esposos. Estos descubrimientos sugieren la posibilidad de una relación positiva entre la responsabilidad paterna hacia el cuidado del hijo y tareas caseras.

Segunda Hipótesis de padres que comparten el cuidado de los hijos que serán mejor padres, en familias donde la madre es la que está al cuidado de los hijos. La magnitud de diferencia es limitada aunque fue una hipótesis aclamada.

Resultados con respecto a la independencia de los hijos; este promedio de independencia no fueron diferentes para padres y madres, de hogares tradicionales y no tradicionales. Así no hubo apoyo en la hipótesis de que padres con dos carreras tienen más confianza en la independencia de su hijo.

Conclusiones.

Las hipótesis de que padres de familia que comparten el trabajo hogareño de cuidar a los hijos, tomarán más responsabilidad en el hogar con los hijos, comparados con familias tradicionales, fue apoyado. Al mejor padres que hace una discreta participación en una rama son absueltos de mayor responsabilidad en el otro, y en los niveles bajos de participación parental, distribuyen su tiempo más equitativamente entre el cuidado del hijo y la tarea hogareña.

También, es interesante que el grupo 3, se encuentre que padres, con mayor nivel de quehacer en el hogar que sus esposas. Inexplicablemente, se encontró que no se tenían en ningún trabajo publicado, en familias de doble carrera. No se estudió las expectativas de las mujeres del rol de

los esposos. También se puede relacionar a la fuerza de la orientación de la carrera de la esposa, o la aceptación del esposo de su carrera, y ninguna de estas situaciones se exploraron. Parece claro que la participación del padre en el cuidado de los hijos y tareas caseras, esta relacionada a los estereotipos que tienen los hijos y tareas caseras del rol paternal, esto puede explicar el hecho de que los hijos del grupo 3, tienen menos estereotipos parentales, que los de los grupos 1 y 2.

Al escribir este estudio se espera que algunos antecedentes de asumir un rol paternal, no tradicional fue identificado.

HIPOTESIS.

En base a los estudios citados, dentro del marco teórico, se con firma la influencia de las actitudes de los padres, en el comportamiento de los hijos. Y se formula la siguiente hipótesis: ¿existen rasgos - caracterológicos comunes, en los padres de niños con trastornos de aten ción?

OBJETIVOS.

Mediante la aplicación del test psicológico FPl6 a un grupo de - 39 padres de niños con trastornos de atención, se busca si existen o no rasgos caracterológicos comunes.

METODOLOGIA.

I.- UNIVERSO.

En base a los criterios diagnósticos, del Manual Diagnóstico y - Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III, se seleccionó una muestra de 26 casos de niños con trastornos de atención, citando a sus pa - dres, para la aplicación del test psicológico FP 16.

Criterios de Inclusión.

Edad de los Niños: se incluyeron a niños en etapa escolar, o sea, aquellos que se encontraron dentro de los seis años de edad; por ser esta - la etapa que con más frecuencia se observan los trastornos de atención.

Edad de los Padres: la selección fué de padres en etapa de adultos jóve nes, integrándose padres de 25 a 40 años de edad.

Sexo: se hizo un intento de incluir 50% de casos de niños del sexo más oulino y 50% del sexo femenino.

Nivel Socioeconómico: se seleccionaron familias de clase media, datos -

que se encontraban reportados mediante un estudio de trabajo social, incluido en los expedientes.

Requisitos de Paternidad: fueron los siguientes: que fueran padres biológicos y de un primer matrimonio, intentando que el estudio no se viera alterado por otras influencias.

Nivel de Escolaridad de los Padres: mínimo con estudios de primaria completa.

Estado Civil: Se intento seleccionar a padres en unión legal, bajo registro civil.

Instrumentos de Selección y Evaluación.

Anexo, se incluye el cuestionario FP 16, el cual se aplico para el estudio de los rasgos caracterológicos de los padres; el criterio de selección se puede constatar en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en el apartado correspondiente a deficit en la atención.

Determinación de Recursos y Cronograma.

Fue necesario el permiso para tener acceso a los archivos del hospital infantil, Juan N. Navarro, para la selección de casos y localización domiciliaria de los padres.

Recursos.

26 casos de niños con trastorno por deficit de atención.

Un salón para entrevistar a los padres, para la aplicación del test.

39 fotocopias de respuesta al cuestionario FP 16.

5 fotocopias de preguntas del FP 16.

Diez lapices con borrador.

Asesoría técnica de un psicologo para la calificación e interpretación.



16 P.F.

INSTRUCCIONES

DENTRO DE ESTE CUADERNILLO hay cierto número de preguntas. Con ellas queremos saber sus actitudes y sus intereses. No hay respuestas "buenas" ni "malas" porque cada quien tiene el derecho de poseer sus propios puntos de vista. Para que podamos obtener la mayor cantidad de información de sus resultados, usted deberá tratar de responder exacta y sinceramente.

En la parte superior de la hoja suelta de respuestas, escriba por favor, su nombre y los demás datos que se le piden.

Primero, usted debe contestar las preguntas de ensayo que están aquí abajo. Si tiene algún problema con ellas por favor dígalos. En este cuaderno usted sólo va a leer las preguntas; todas las contestaciones las hará en la hoja de respuestas, asegurándose de que el número que tienen ambas sea el mismo.

Hay tres respuestas posibles para cada pregunta. Lea los siguientes ejemplos y ponga sus contestaciones en la parte superior de la hoja de respuestas en donde dice "Ejemplos". Si su respuesta es (a) ponga una cruz dentro del cuadrado de la izquierda; si su respuesta es (b) ponga la cruz o una equis si lo prefiere dentro del cuadrado del centro; si su respuesta es (c) ponga la marca dentro del cuadrado de la derecha.

EJEMPLOS:

1. Me gusta ver juegos entre equipos deportivos: (a) sí, (b) en ocasiones, (c) no.
2. Prefiero a la gente que es: (a) reservada, (b) término medio o a medias, (c) hace amigos rápidamente.
3. El dinero no trae la felicidad: (a) sí, (cierto), (b) a medias, (c) no (falso).
4. Mujer es a niña como gato es a: (a) gatito, (b) perro, (c) niño.

En este último ejemplo hay una respuesta correcta: gatito. En el cuaderno hay unas cuantas preguntas como esta.

La letra (b) indica por lo general, que usted está dudando acerca de lo que se le plantea. Hemos puesto varias frases y palabras distintas en esta letra, pero todas tienen ese mismo significado.

Si algo no está claro, pregúntelo ahora. Dentro de un momento el examinador le dirá que dé vuelta a esta hoja y comience a responder. Cuando esté contestando recuerde estos cuatro puntos:

1. No le pedimos que medite sus respuestas. Dénsos la primera respuesta que le venga a la mente de un modo natural. Desde luego que las preguntas son demasiado cortas para darle todos los datos que usted querría tener. Por ejemplo, en el número uno de arriba, que usted acaba de contestar, cuando se le preguntó acerca de los juegos entre equipos deportivos, a usted puede gustarle más el fútbol que el basquetbol. En estos casos usted deberá pensar que le preguntamos por el juego "promedio", por el "normal", (por el que usted practique o el que a usted le guste). Dé siempre la mejor respuesta a un ritmo no menor de 5 por minuto. Haciéndolo así usted deberá terminar dentro de 35 a 45 minutos.

2. Trate de no caer en el centro, en la letra (b), que son las respuestas de indecisión o de duda, excepto cuando le sea realmente imposible escoger cualquier extremo.

3. Asegúrese de que no brinca ninguna pregunta. Responda de la manera que sea todas y cada una de las preguntas. Algunas puede ser que no encajen con su situación. Algunas preguntas pueden parecerle demasiado personales, pero recuerde que su hoja de respuestas quedará en las manos confidenciales de un experto, y que no tratamos de localizar ciertas respuestas especiales, sino de apreciarlas globalmente. Para ello, esta prueba se califica con una plantilla construida ex profeso.

4. Responda con toda la honestidad posible lo que sea cierto para usted. Evite marcar la respuesta que le parezca "la más aceptable" con el fin de impresionar al examinador.

NO VOLTEE LA HOJA HASTA QUE EL EXAMINADOR LE AVISE

1. Tengo las instrucciones de esta prueba bien grabadas en la mente. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
2. Estoy listo para contestar cada pregunta tan sincera como me sea posible. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
3. Sería muy bueno que las vacaciones fueran más largas y todos tuvieran que tomarlas. (a) de acuerdo, (b) quién sabe, (c) en desacuerdo.
4. Yo puedo encontrar energía suficiente para enfrentarme a mis dificultades. (a) siempre, (b) por lo general, (c) raras veces.
5. Me pongo un poco nervioso con los animales salvajes, aun cuando estén encerrados en jaulas macizas. (a) sí, (b) indeciso, (c) no.
6. Evito criticar a la gente y a sus ideas. (a) sí, (b) a veces, (c) no.
7. Le hago observaciones sarcásticas a las personas que creo que se las merecen. (a) por lo general, (b) a veces, (c) nunca.
8. Prefiero la música semiclásica a las tonadas populares. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
9. Si mirara pelear a los niños de mi vecino: (a) dejaría que terminaran de solucionar su problema, (b) no sé, (c) razonaría con ellos.
10. En los eventos sociales. (a) me anticipo rápidamente, (b) a medias, (c) prefiero estar tranquilo y a distancia.
11. Yo preferiría ser: (a) ingeniero constructor, (b) quién sabe, (c) maestro de Ciencias Sociales.
12. Yo pasaría una tarde libre: (a) con un buen libro, (b) en duda, (c) trabajando con mis amigos en algún pasatiempo.
13. Por lo general puedo tolerar a la gente vanidosa aun cuando fanfarronee y demuestre que se cree la gran cosa. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
14. Yo preferiría que la persona con la que me casara fuera socialmente admirada, mas que bien dotada para el arte y la literatura. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
15. A veces siento un desagrado irracional por alguna persona: (a) pero es tan ligero que puede ocultarlo fácilmente, (b) a medias, (c) es tan claro que tiendo a expresarlo.
16. En una situación que puede volverse peligrosa creo que hay que hacer ruido y gritar aunque se pierdan la cortesía y las buenas maneras. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
17. Estoy, siempre, completamente al tanto de los intentos de hacerle propaganda a algo en las cosas que leo. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
18. Me despierto por las noches y tengo dificultades para volver a dormirme por que estoy intranquilo. (a) a menudo, (b) a veces, (c) nunca.
19. No me siento culpable si me regañan por algo que no hice. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
20. Me consideran una persona liberal, que busca nuevos caminos, más que una persona práctica que sigue caminos conocidos. (a) cierto, (b) dudoso, (c) falso.
21. Me doy cuenta de que mi interés por las gentes y por las diversiones tiende a cambiar bastante rápido. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
22. Si se trata de hacer algo preferiría trabajar. (a) en un comité, (b) no sé, (c) por mi propia cuenta.
23. Me sorprende a mí mismo contando cosas sin ningún objeto en especial. (a) a menudo, (b) en ocasiones, (c) nunca.
24. Cuando estoy conversando me gusta: (a) decir las cosas tal y como se me ocurren, (b) a medias, (c) organizar primero mis pensamientos.
25. Nunca siento necesidad de escribir garabatos ni estarme moviendo mientras estoy sentado con otras personas. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.

26. Con las mismas horas de trabajo e idéntica paga preferiría la vida de: (a) un carpintero o cocinero, (b) **quién sabe**, (c) mesero de un buen restaurante.
27. Hablando con personas que conozco prefiero: (a) platicar sobre cosas impersonales, (b) a medias, (c) charlar acerca de las gentes y sus sentimientos.
28. "Pala" es a "cavar" como "cuchillo" es a: (a) afilado, (b) cortar, (c) palear.
29. A veces no puedo dormirme porque tengo una idea rondando en la mente. (a) cierto, (b) dudoso, (c) falso.
30. En mi vida personal, casi siempre alcanzo las metas que me propongo. (a) cierto, (b) dudoso, (c) falso.
31. Cuando le digo a alguien deliberadamente una mentira, tengo que bajar la vista porque me avergonzaría mirarlo a los ojos. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
32. No estoy a gusto cuando trabajo en un proyecto que requiere acciones rápidas que afecten a los demás. (a) cierto, (b) a medias, (c) falso.
33. La mayoría de la gente que conozco me considera como un conversador agradable. (a) sí, (b) **quién sabe**, (c) no.
34. Mucha gente común y corriente se sorprendería si conociera mis opiniones personales íntimas. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
35. Me siento un poco turbado si de repente me convierto en el foco de atención de un grupo de gentes. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
36. Me da gusto siempre reunirme con grupos grandes, por ejemplo: en una fiesta, en una junta, etc. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
37. En la escuela prefiero (o prefiri): (a) la música, (b) en duda, (c) el trabajo manual y los talleres o artesanías.
38. Creo que la mayoría de la gente está un poco "zafada", aunque no les guste admitirlo. (a) sí, (b) **quién sabe**, (c) no.
39. Me agrada un amigo (de mi sexo) que: (a) piense seriamente sus actitudes ante la vida, (b) a medias, (c) sea eficiente y práctico en sus intereses.
40. "Si la primera vez no resultó, prueba una y otra vez". Este es un refrán completamente olvidado en el mundo moderno. (a) sí, (b) **quién sabe**, (c) no.
41. Siento una necesidad de emprender actividades físicas rudas, de vez en cuando. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
42. Preferiría juntarme con gente bien educada a juntarme con individuos toscos y rebeldes. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
43. Respecto a intereses intelectuales, mis padres están (o estuvieron): (a) un poquito abajo del promedio. (b) en el promedio, (c) arriba del promedio.
44. Cuando el jefe (o el maestro) me llama: (a) veo una oportunidad para hablar de cosas que me interesan, (b) en duda, (c) temo que algo haya salido mal.
45. Cuando estoy triste, siento una fuerte necesidad de recurrir a alguien. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
46. Me sorprende en ocasiones de la posición de la derecha y de la izquierda cuando me veo en el espejo. (a) cierto, (b) dudoso, (c) falso.
47. De adolescente participé en los deportes escolares: (a) de vez en cuando, (b) bastante, (c) con frecuencia.
48. Preferiría detenerme en la calle a mirar a un artista pintando que a escuchar a quienes discuten. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
49. A veces me entra un estado de tensión y confusión cuando pienso en los sucesos del día. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
50. A veces dudo que la gente con la que estoy hablando se interese verdaderamente en lo que estoy diciendo. (a) sí, (b) a medias, (c) no.

51. Me gustaría ser: (a) un **guárdabosque**, (b) **quién sabe**, (c) **maestro de primaria o secundaria**.
52. En santos y cumpleaños: (a) **me gusta hacer regalos personales**, (b) **quién sabe**, (c) **siento que comprar regalos es un poco latoso**.
53. "Cansado" es a "trabajo" como "orgullo" es a: (a) **descanso**, (b) **éxito**, (c) **ejercicio**.
54. ¿Cuál de estas tres palabras es diferente de las otras?: (a) **vela**, (b) **luna**, (c) **luz eléctrica**.
55. Yo admiro a mis padres en todos los aspectos importantes. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
56. Tengo ciertas características en las que me siento definitivamente superior a la mayoría de la gente. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
57. Si es útil para otros, a mí no me importaría aceptar un trabajo en donde me ensucie, aunque algunas personas lo consideren inferior. (a) **cierto**, (b) **no sé**, (c) **falso**.
58. Me gusta asistir a espectáculos, o ir a divertirme. (a) **más de una vez por semana (más de lo normal)**, (b) **una vez a la semana (lo normal)**, (c) **menos de una vez por semana (menos que lo normal)**.
59. Pienso que mucha libertad es más importante que la buena educación y el respeto a la ley. (a) **cierto**, (b) **en duda**, (c) **falso**.
60. Tengo la tendencia a quedarme callado en la presencia de personas superiores (de más edad, experiencia, jerarquía o puesto). (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
61. Se me hace difícil hablar o recitar frente a un grupo grande. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
62. Preferiría vivir en una población que fuera: (a) **tosca pero llena de prosperidad y de progreso**, (b) **no sé**, (c) **artística y relativamente pobre**.
63. Si cometo una falta de educación puedo olvidarla pronto. (a) **sí**, (b) **quién sabe**, (c) **no**.
64. Cuando leo algún artículo tendencioso o injusto en una revista tiendo a olvidarlo más que a sentir ganas de "devolverles el golpe". (a) **cierto**, (b) **en duda**, (c) **falso**.
65. Tiendo a olvidar muchas cosas triviales y sin importancia, como nombres de calles, de tiendas, etc. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **falso**.
66. Se me considera una persona fácilmente influenciable cuando recurren a mis sentimientos. (a) **sí**, (b) **quién sabe**, (c) **no**.
67. Yo tomo mis alimentos con gusto, no siempre tan cuidadosa y apropiadamente como algunas gentes. (a) **cierto**, (b) **en duda**, (c) **falso**.
68. En las dificultades diarias por lo general no pierdo la esperanza. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
69. A veces la gente me advierte que demuestro mi excitación con voces y ademanes demasiado evidentes. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
70. De adolescente, si mi opinión era distinta a la de mis padres por lo general: (a) **la mantenía**, (b) **a medias**, (c) **aceptaba la autoridad de mis padres**.
71. Preferiría casarme con alguien capaz de: (a) **mantener a la familia interesada en sus propias actividades**, (b) **en duda**, (c) **hacer que la familia tome parte en la vida social del vecindario**.
72. Preferiría gozar de la vida con calma a mi manera, más que ser admirado por mis éxitos. (a) **cierto**, (b) **quién sabe**, (c) **falso**.
73. Puedo trabajar con cuidado en la mayor parte de las cosas sin que me perturbe el ruido que la gente hace a mi alrededor. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
74. Se me hace que últimamente, una o dos veces, me han echado la culpa más de lo que realmente merecía. (a) **sí**, (b) **quién sabe**, (c) **no**.
75. Soy capaz de expresar mis sentimientos bajo mi estricto control. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.

76. Al inventar algo útil, preferiría: (a) perfeccionarlo en el laboratorio, (b) en duda, (c) venderse a la gente.
77. "Sorpresa" es a "extraño" como "miedo" es: (a) valiente, (b) ansioso, (c) terrible.
78. ¿Cuál de estas fracciones es distinta de las otras dos? (a) $3/7$, (b) $3/9$, (c) $3/11$.
79. No sé porqué, pero algunas gentes como que me ignoran o me evitan. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
80. La gente me trata menos razonablemente de lo que merecen mis buenas intenciones. (a) a menudo, (b) en ocasiones, (c) nunca.
81. Me molesta que se digan albures aun cuando no haya mujeres delante. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
82. Decididamente tengo bastante menos amigos que la mayoría de la gente. (a) sí, (b) quién sabe, (c) no.
83. Me disgustaría estar en un sitio donde no hubiera muchas gente con quien platicar. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
84. La gente me dice descuidado, a veces, aunque piensen que soy persona atractiva. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
85. Mi timidez siempre se interpone cuando quiero entablar conversación con un desconocido del sexo opuesto que me atraiga. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
86. Preferiría un trabajo con: (a) un sueldo fijo y seguro, (b) en duda, (c) un sueldo elevado que dependiera de mi capacidad para demostrar constantemente que lo merezco.
87. Prefiero leer: (a) una narración realista de batallas militares o políticas, (b) quién sabe, (c) una novela sentimental e imaginativa.
88. Cuando la gente mandona trata de carrerearme y o hago exactamente lo contrario de lo que ellas quieren. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
89. Mucha gente mejoraría si recibiera más alabanzas y menos críticas. (a) cierto, (b) dudoso, (c) falso.
90. Cuando discuto de arte, religión o política, rara vez me acaloro hasta perder la cortesía y los buenos modales. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
91. Si alguien se enoja conmigo: (a) trataría de calmarlo, (b) quién sabe, (c) me irritaría.
92. Me gustaría que se formara un movimiento para: (a) que la gente coma más vegetales y así evitar el asesinato de tantos animales, (b) no sé, (c) fabricar mejores venenos que maten a los animales que echan a perder las cosechas, (ardillas, conejos y algunos pájaros).
93. Si mis conocidos me hacen ver que les caigo mal y me tratan mal: (a) me importa poco, (b) a medias, (c) tiendo a ponerme triste.
94. Los tipos indiferentes que dicen "lo mejor de la vida es gratis", por lo general no han trabajado para conseguir mucho. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
95. Dado que no siempre es posible que las cosas se hagan por métodos razonables y lógicos, a veces es necesario usar la fuerza. (a) cierto, (b) a medias, (c) falso.
96. Entre los quince y dieciséis años me interesé por el sexo opuesto: (a) mucho, (b) lo mismo que los demás, (c) menos que los demás.
97. Me gusta tomar parte activa en asuntos sociales, comités, etc. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
98. La idea de que las enfermedades provienen tanto de causas mentales como físicas es muy exagerada. (a) sí, (b) quién sabe, (c) no.
99. A veces me irritan demasiado pequeñas contrariedades. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
100. Muy rara vez suelto exclamaciones molestas que pueden herir los sentimientos de la gente. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.

101. Preferiría trabajar en una empresa. (a) hablando con los clientes, (b) en duda, (c) llevando las cuentas y el archivo.
102. "Tamaño" es a "longitud" como "deshonesto" es a: (a) prisión, (b) pecado, (c) robo.
103. AB es a dc como SR es a: (a) qp, (b) pq, (c) tu.
104. Cuando la gente no es razonable: (a) me quedo callado, (b) a medias, (c) los desprecio.
105. Si alguien habla en voz alta cuando estoy escuchando música: (a) me concentro en la música y así no me molesta, (b) a medias, (c) me echan a perder mi gusto y me molesto.
106. Creo que lo que me describe mejor es: (a) educado y tranquilo, (b) a medias, (c) enérgico.
107. Asisto a eventos sociales sólo cuando tengo que hacerlo, pero el resto del tiempo me alejo de ellos. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
108. Ser precavido y esperar poco es mejor que ser optimista y esperar siempre el éxito. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
109. Cuando pienso en las dificultades de mi trabajo: (a) trato de planearlas anticipadamente, (b) a medias, (c) supongo que podré manejarlas cuando se presenten.
110. Tengo tantas amistades del sexo opuesto como del mío. (a) sí, (b) quién sabe, (c) no.
111. Aun cuando se trate de un juego importante me interesa más divertirme que ganarlo. (a) siempre, (b) por lo general, (c) en ocasiones.
112. Preferiría ser: (a) orientador vocacional de muchachos que tratan de encontrar su carrera, (b) en duda, (c) gerente, en el aspecto técnico, de una fábrica.
113. Si estoy completamente seguro de que una persona es injusta o se porta de un modo egoísta, se lo digo, aunque me traiga problemas. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
114. Algunas gentes critican mi sentido de responsabilidad. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
115. Me gustaría ser reportero de teatro, ópera, conciertos, etc. (a) sí, (b) quién sabe, (c) no.
116. Me perturba que me alaben o me digan cumplidos. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
117. Me parece que es más importante para el mundo actual resolver: (a) las dificultades políticas, (b) en duda, (c) el problema moral.
118. En ocasiones tengo un vago sentimiento de peligro o un repentino temor, sin que exista motivo suficiente. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
119. De chico le tenía miedo a la obscuridad. (a) a menudo, (b) a veces, (c) nunca.
120. En una tarde libre me gustaría: (a) ver una película de aventuras históricas, (b) en duda, (c) leer un cuento de ciencia, ficción o un ensayo sobre "el futuro de la ciencia".
121. Me fastidia que la gente piense que soy demasiado diferente o muy poco convencional. (a) mucho, (b) algo, (c) nada.
122. La mayoría de la gente sería más feliz si viviera más ligada a sus semejantes e hiciera las mismas cosas que todos. (a) sí, (b) quién sabe, (c) no.
123. Me gusta hacer las cosas a mi modo en vez de obrar de acuerdo con las reglas aprobadas. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.
124. A menudo me enojo demasiado rápido con la gente. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
125. Cuando algo me trastorna de veras, por lo general me calmo muy rápido. (a) sí, (b) a medias, (c) no.

126. Si el sueldo fuera igual, preferiría ser: (a) **abogado**, (b) **quién sabe**, (c) **piloto o navegante**.
127. "Mejor" es a "peor" como "más lento" es a: (a) **rápido**, (b) **óptimo**, (c) **más veloz**.
128. ¿Cuál es la que debe ir al final de esta lista: xooooxxooxxx? (a) **xox**, (b) **oox**, (c) **oxx**.
129. Cuando se llega la hora de algo que yo había planeado o anticipado, a veces siento ganas de **no ir**. (a) **cierto**, (b) **a medias**, (c) **falso**.
130. Podría gustarme la vida de un veterinario ocupado en las enfermedades y cirugía de los animales. (a) **sí**, (b) **quién sabe**, (c) **no**.
131. En ocasiones les digo a personas desconocidas cosas que me parecen importantes aunque ellas no me las pregunten. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
132. Yo paso mucho de mi tiempo libre hablando con amigos de los eventos sociales con los cuales nos divertimos en el pasado. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
133. Me agrada hacer cosas temerarias y atrevidas nada más por gusto. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
134. Creo que podemos confiar en que la policía no maltrata a los inocentes. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
135. Me considero una persona muy sociable con la que es fácil llevarse. (a) **sí**, (b) **a medias**, (c) **no**.
136. En el trato social: (a) **demuestro mis emociones como quiero**, (b) **a medias**, (c) **me las guardo**.
137. Me gusta la música: (a) **aguda, ligera y viva**, (b) **en duda**, (c) **emotiva y sentimental**.
138. En los chistes yo trato de hacer que mi risa sea más moderada que la de la mayoría de la gente. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
139. Admiro más la belleza de un cuento de hadas, que la de un revólver bien hecho. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
140. Oír diferentes opiniones del bien y del mal. (a) **siempre interesa**, (b) **no se puede evitar**, (c) **perjudica a la mayoría de la gente**.
141. Siempre me interesan los asuntos de mecánica, como los coches y los aviones, por ejemplo: (a) **sí**, (b) **a medias**, (c) **no**.
142. Me gusta enfrentarme a los problemas que otras gentes han dejado enredados. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
143. Me consideran, acertadamente, como una persona trabajadora y de poco éxito. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
144. Si la gente abusa de mi amistad, no lo resentio y lo olvido pronto. (a) **cierto**, (b) **en duda**, (c) **falso**.
145. Pienso que difundir el control de la natalidad es esencial para resolver los problemas de la paz y la economía del mundo. (a) **sí**, (b) **quién sabe**, (c) **no**.
146. Me gusta hacer mis planes yo solo, sin que nadie me interrumpa para aconsejarme. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
147. A veces dejo que mis acciones se vean influenciadas por mis celos. (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
148. Estoy convencido de que "el patrón podrá no tener la razón, pero tiene el derecho por ser el patrón". (a) **sí**, (b) **en duda**, (c) **no**.
149. Cuando pienso que se me viene encima un trabajo difícil, tiendo a sudar o a temblar. (a) **por lo general**, (b) **en ocasiones**, (c) **nunca**.
150. Me molesta que la gente me grite lo que tengo que hacer cuando estoy jugando. (a) **cierto**, (b) **dudoso**, (c) **falso**.

151. Preferiría la vida de: (a) un artista, (b) quien sabe, (c) encargado de un club social.
152. ¿Cuál de las siguientes palabras no es de la misma clase que las otras dos? (a) cualquiera, (b) algo, (c) más.
153. "Llama" es a "calor" como "rosa" es a: (a) espina, (b) pétalo rojo, (c) perfume.
154. Tengo sueños tan reales que turban mi dormir. (a) a menudo, (b) en ocasiones, (c) casi nunca.
155. Aunque las probabilidades de que algo tenga éxito estén completamente en contra, sigo pensando en aceptar el riesgo. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
156. Me agrada saber bien lo que el grupo tiene que hacer para que así sea yo el que manda. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
157. Preferiría vestirme sencilla y correctamente y no con un estilo personal y llamativo. (a) cierto, (b) dudoso, (c) falso.
158. Me llama más la atención pasar una tarde con un pasatiempo tranquilo que en una fiesta animada. (a) cierto, (b) quién sabe, (c) falso.
159. Cierro los ojos ante los consejos bien intencionados de otras personas, aunque no debería hacerlo. (a) en ocasiones, (b) casi nunca (c) nunca.
160. Al decidir cualquier cosa, siempre hago hincapié en las reglas básicas de lo bueno y lo malo. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
161. Me disgusta un poco que mi grupo me observe cuando estoy en el trabajo. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
162. Casi siempre mi cuarto está bien arreglado con un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
163. En la escuela me gustaba más: (a) lengua y literatura, (b) quién sabe, (c) aritmética y matemáticas.
164. A veces me causa problemas el que la gente hable mal de mí a mis espaldas, sin tener razón. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
165. Hablar con la gente convencional, común y corriente. (a) a menudo es interesante e importante, (b) a medias, (c) me molesta porque dicen tonterías y cosas superficiales.
166. Me gusta: (a) tener un círculo de amigos íntimos aunque sean exigentes, (b) en duda, (c) sentirme libre de ataduras personales.
167. Pienso que es más sensato mantener poderosas a las fuerzas armadas del país, que depender de la buena voluntad internacional. (a) sí, (b) quién sabe, (c) no.
168. La gente me considera una persona estable, sin perturbaciones, inmovible ante las altas y las bajas de la vida. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
169. Pienso que la sociedad debería dejar que la razón la encaminara hacia nuevas costumbres y hacer a un lado los viejos hábitos o meras tradiciones. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
170. Mis puntos de vista cambian de un modo incierto porque le tengo más fe a mis sentimientos que a mi razonamiento lógico. (a) cierto, (b) hasta cierto punto, (c) falso.
171. Yo aprendo mejor: (a) leyendo un libro bien escrito, (b) a medias, (c) interviniendo en la discusión de un grupo.
172. Tengo ratos en los que me es difícil evitar un sentimiento de autocompasión. (a) a menudo, (b) en ocasiones, (c) nunca.
173. Me gusta esperar hasta estar seguro de que lo que estoy diciendo es correcto antes de presentar mis opiniones. (a) siempre, (b) por lo general, (c) sólo si es conveniente.
174. Aunque me doy cuenta de que no tienen ninguna importancia, algunas veces ciertas cositas me ponen los nervios de punta. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
175. Pocas veces digo cosas, de las que después tenga que arrepentirme, empujado por una situación pasajera. (a) cierto, (b) en duda, (c) falso.

176. Si me pidieran que trabajara en una obra de caridad: (a) aceptaría, (b) quién sabe, (c) respondería cortésmente que estoy ocupado.
177. ¿Cuál de las siguientes palabras no es de la misma clase que las otras? (a) amplio, (b) zigzag, (c) regular.
178. "Pronto" es a "nunca" como "cerca" es a: (a) en ninguna parte, (b) lejos, (c) siguiente.
179. Tengo un buen sentido de orientación cuando estoy en un lugar extraño, (descubro con facilidad donde está el Norte, el Sur, etc.). (a) sí, (b) en duda, (c) no.
180. Me conocen como un "hombre de ideas" porque siempre se me ocurren algunas cuando hay un problema. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
181. Pienso que soy mejor cuando demuestro: (a) seriedad en los retos que se me hacen dentro del grupo, (b) quién sabe, (c) mi tolerancia para con los deseos de otras gentes.
182. Me consideran una persona muy entusiasta. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
183. Me gusta un trabajo que tenga novedades, cambios y viajes aunque presente ciertos peligros. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
184. Soy una persona bastante estricta que insiste siempre en hacer las cosas tan correctamente como sea posible. (a) cierto, (b) en duda (c) falso.
185. Me gustan los trabajos que requieren habilidades exactas, concienzudas. (a) sí, (b) a medias, (c) no.
186. Soy del tipo de gente con energía, de los que se mantienen ocupados. (a) sí, (b) en duda, (c) no.
187. Estoy seguro de que no hubo preguntas que haya omitido o que las haya contestado impropriadamente. (a) sí, (b) quién sabe, (c) no.

tación del test aplicado.

Asesoría técnica de un estadígrafo, para el análisis y objetivación de los resultados.

Un asesor de la investigación, para poder realizar el desarrollo de la misma y organizar la información.

Un responsable de la investigación, para su ejecución y publicación.

Tiempo Estimado del Estudio.

Se calculó un tiempo estimado de una y media hora para cada entrevista; planteando un total de 7 a 9 sesiones para la aplicación del cuestionario por grupos, estimándose un tiempo total para la encuesta, de 6 a 7 semanas. En el desarrollo, recopilación de material informativo, aplicación, análisis y descripción de la investigación, se calculó un tiempo aproximado de ocho semanas, haciendo un cálculo total de cuatro meses para la terminación de la investigación.

Tratamiento Estadístico de los Datos.

El estudio es de tipo descriptivo y transversal; haciéndose una presentación de cada una de las variables en gráficas y su explicación correspondiente; siendo en una sola entrevista, en la que se efectúa el test. Además se hace una descripción general, para correlacionar los resultados.

II.- VARIABLES.

Factor A: Expresividad Emocional.

Hay evidencia, de que personas que pertenecen al grupo A, son por naturaleza "asociativos", dispuestos a formar grupos activos y existe evidencia experimental de que son más generosos en sus relaciones personales, menos temerosos de la crítica, más aptos para recordar nom-

bres de personas, pero posiblemente menos confiables en trabajos de precisión y son más despreocupados para cumplir sus obligaciones.

Factor B: Intelligencia.

Indican solamente una tendencia moderada en la persona inteligente a tener más moral, perseverancia, fuerza en el interés.

Factor C: Fuerza del Yo.

Se muestra en el cuestionario que la persona C, se molesta fácilmente por cosas y personas, se encuentra inconforme, con la situación mundial, con su familia, con las limitaciones de la vida, con su propia salud, siente que no puede enfrentarse a la vida, muestra respuestas neuróticas generalizadas, que se traducen en fóbias, perturbaciones psicósomáticas, sueño perturbado y una conducta histérica y obsesiva.

Factor E: Dominancia.

Grupos con promedios altos de E, muestran una interacción más efectiva, y un proceder democrático (se sienten libres para participar y ponen a discusión problemas de grupo y critican los defectos del grupo).

Factor F: Impulsividad.

Personas con puntuación alta en este renglón, generalmente se desarrollaron en un ambiente más fácil, menos duro, más optimista, creativo o que han tenido una actitud despreocupada al tener aspiraciones menos precisas.

Factor H: Aptitud Situacional.

La hipótesis actuales que H. representa un extenso factor constitucional (en el sentido positivo), de baja reactividad a la amenaza. Es por esto que el polo opuesto (negativo o bajo) es denominado timidez.

Factor G: Superego.

Individuos con mayor propensión a la negatividad desarrollan un

superego débil, y los que tienen a la positividad, es lo contrario.

Factor I: Emotividad.

Se ha demostrado, como individuos melindrosos y adiestrados con personas toscas y ocupaciones rudas; un gusto romántico por los viajes y nuevas experiencias; una mente estética, imaginativa y un tanto irreal y un amor por lo dramático e impráctico en asuntos generales.

Factor L: Credibilidad.

El término "protensión", significa "proyección" y "tensión interna" y se usa para describir este factor. Hay algunas actuaciones muy positivas, asociadas con alta protensión, dentro de los campos creativos, por ejemplo, en la religión y en la ciencia.

Factor M: Actitud Cognitiva.

La persona M, tiene una gran subjetividad y una vida mental interior. Aunque se deja llevar por oleadas interiores de confianza, y es definitivamente inclinada a olvidarse de asuntos prácticos, en realidad tiene una ansiedad interna alta, omite cuestiones prácticas con períodos histeroideos de conducta relativamente inmadura.

Factor N: Sutileza.

En una calificación alta puede considerarse digno de confianza, ingenioso, acertado, flexible en su punto de vista, inclinado a estudiar las distintas alternativas, observador de modales, de obligaciones sociales y de las relaciones sociales de otros.

Factor O: Conciencia.

La persona O positiva se siente inestable, informa de exceso de fatiga, por situaciones excitantes, no puede dormir debido a las preocupaciones, se siente inadecuado para enfrentarse a las difíciles exigencias de la vida cotidiana.

Factor Q I: Posición Social.

Estas personas se encuentran mejor informadas y se encuentran -

más dispuestas a experimentar, con soluciones y problemas, menos dispuestas a moralizar, con más dudas acerca de los puntos de vista generales - etc.

Factor Q 2: Certeza Individual.

Es uno de los principales factores de la introversión.

Factor Q 3: Autoestima.

La persona Q 3, muestra respuestas de carácter socialmente aprobadas, control, persistencia, previsión, consideraciones hacia otros, conciencia y respeto por la etiqueta y la reputación social.

Factor Q 4: Estado de Ansiedad.

La tensión se manifiesta siendo el individuo irracionalmente preocupado, tenso, irritable, ansioso y agitado.

Calificación del Estudio.

Una vez aplicado el cuestionario FP 16, que consta de 187 preguntas, se aplican dos machotes para su calificación, obteniéndose puntuaciones neto bruto, las cuales se buscan en una tabla para población femenina y otra para población masculina y se obtiene su calificación promedio en estenes. Esta información se vierte a una gráfica en donde se pueden ver las tendencias de cada uno de los casos para cada factor, y así se realiza su calificación individual.

A continuación presentaremos los resultados de un estudio por medio de gráficos y otro por medio de una interpretación global.

HOMBRES

A

EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

B

INTELIGENCIA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C

FUERZA DEL YO

E

DOMINANCIA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

IMPOSEVIDAD

HOMBRES

SUPEREGO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APTITUD SITUACIONAL

I

EMOTIVIDAD

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CREDIBILIDAD

7OMBRES

ACTITUD COGNITIVA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SUTILLEZA

0

CONCIENCIA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POSICION SOCIAL

HOMBRES

03

CERTEZA INDIVIDUAL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

03

AUTOESTIMA

04

ESTADO DE ANSIEDAD

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MUJERES

A

EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

B

INTELIGENCIA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUERZA DEL YO

E

DOMINANCIA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MUJERES

IMPULSIVIDAD

SUPEREGO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APTITUD SITUACIONAL

EMOTIVIDAD

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CREDIBILIDAD

MOJERES

M

ACTITUD COGNITIVA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

SUTILEZA

6

CONCIENCIA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MUJERES

POCISTON SOCIAL

CERTEZA INDIVIDUAL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AUTOESTYMA

ESTADO DE ANSIEDAD

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANALISIS DE GRAFICOS Y DE DISTRIBUCION DE INDICES.

Factor A: Expresividad Emocional.

En el gráfico de la población masculina, se observa una distribución homogénea; no así en este mismo gráfico en comparación con la población femenina, en la que hay una distribución promedio, similar a la masculina, pero con un sesgo mayor hacia la sociabilidad.

Factor B: Inteligencia.

En el gráfico de la población masculina aparecen tres subgrupos, tendiendo un solo grupo hacia menos inteligente y pensamiento concreto; un subgrupo más numeroso con inteligencia promedio y el subgrupo más es caso, hacia más inteligente y pensamiento abstracto. En este mismo gráfico correspondiente a la población femenina, hay una evidente tenden-cia hacia menos inteligente y pensamiento concreto, con baja capacidad-mental escolar.

Factor C: Fuerza del Yo.

En la población de padres, el gráfico muestra una distribución homogénea; en la población de madres; existe al igual que la anterior, una distribución homogénea, pero con tendencia hacia una menor estabilidad emocional y debilidad del Yo.

Factor E: Dominancia.

En la población de padres, el gráfico muestra una distribución homogénea, tendiendo hacia ser afirmativo, agresivo, terco, competitivo. La población de madres, en el gráfico, tiene una marcada distribu-ción promedio, con casos en ambos extremos.

Factor F. Impulsividad.

La población masculina, demuestra una tendencia no acentuada ha-cia el retraimiento, sobrio, taciturno, serio, misma que se observa -

en la población femenina, pero con la diferencia que esta tiende hacia la impulsividad, siendo despreocupadas y entusiastas.

Factor G: Lealtad Grupal.

La población de padres muestra tendencia hacia un superego débil activo, destaca las reglas, con un reducido número de casos en superego fuerte. La población femenina muestra una distribución homogénea, con mayor tendencia hacia un superego fuerte, escrupuloso, persistente, moralista y juicioso.

Factor H: Aptitud Situacional.

La población de padres demuestra una distribución homogénea, con mayor tendencia hacia la audacia, aventurado, desinhibido, gusto por conocer a la gente. En la población femenina, se observa lo contrario, con una mayor tendencia hacia la timidez, recatado, reprimido.

Factor I: Emotividad.

En la población masculina se observa una franca distribución tendiente hacia la sensibilidad emocional, afectuoso, sensitivo, dependiente, sobreprotegido. Con las mismas características que aparece la población femenina, tendientes hacia la sensibilidad emocional.

Factor L: Credibilidad.

La población masculina se presenta con mayor tendencia a la desconfianza y suspicacia. Apareciendo las mismas características en las madres.

Factor M: Actitud Cognitiva.

En la gráfica de padres, denota un alto índice promedio, no así en la población femenina, donde se observa la población tendiente hacia la subjetividad, imaginación y distraimiento.

Factor N: Sutileza.

En la distribución de padres, se observa una distribución homogé

nea, tendiente a la ingenuidad, sin pretenciones, sincero pero social - mente torpe. Esta misma distribución se observa en la población femenina pero con tendencia más acentuada.

Factor O. Conciencia.

En este gráfico, la población masculina se observa con una distribución homogénea, tendiente a la propensión a la culpabilidad, inaprehensión, autoreproche, inseguro y preocupado. No así en la población femenina, donde la tendencia es hacia la autorecriminación y propensión a la culpabilidad más acentuadas.

Factor Q1: Posición Social.

La población masculina muestra una distribución homogénea, con ligera tendencia hacia el radicalismo, lo mismo que la población femenina, pero con tendencia hacia el conservadurismo.

Factor Q2: Certeza Individual.

La población masculina, muestra dos subgrupos: uno promedio y otro tendiente hacia la autosuficiencia; la población femenina se muestra homogénea, pero con tendencia a la dependencia grupal, se adhiere y es un seguidor ejemplar.

Factor Q3: Autoestima.

La población masculina, muestra una mayor distribución hacia la indiferencia, incontrolado, flojo, sigue sus propios impulsos, con algunos casos extremos hacia el control y firme fuerza de voluntad. La población femenina muestra una más acentuada tendencia homogénea hacia la indiferencia.

Factor Q4.: Estado de Ansiedad.

La población de padres muestra una mayor distribución homogénea hacia la tensión, frustrado e impulsivo, coincidiendo con la femenina - teniendo ambos excepciones.

INTERPRETACION GLOBAL.

PERFIL DEL CUESTIONARIO FP 16.

Perfil Padres.

Se implica una mayor capacidad mental a nivel de escolaridad, teniendo este grupo una alta eficiencia para la resolución de problemas abstractos y mayor adaptabilidad intelectual. Se observa que este grupo tiende a ser más afectado por sentimientos, tornándose emocional cuando es frustrado y de esta manera puede evadir responsabilidades, tiende a desistir y puede encontrarse en situaciones problemáticas constantes; se observa una mayor propensión a la sensibilidad emocional, determinándose rasgos dependientes, buscan la sobreprotección, ayuda y simpatía. Son amables, gentiles, indulgentes (tanto consigo mismos como hacia otros) y actúan por intuición sensitiva.

Este grupo tiende a "contentarse con su suerte", tiene gustos simples, son ingenuos, modestos, sinceros, pero socialmente torpes. Muestran no ser hábiles en el análisis de sus propias motivaciones y acciones; muestran tener un rasgo característico al conservadurismo, siendo que respetan las ideas establecidas y son tolerantes ante las dificultades tradicionales (no les gusta experimentar, ni las tendencias al pensamiento liberal, analítico o libre); este grupo muestra tener un bajo nivel de desarrollo de conciencia y en la integración conductual de autoestimación consciente, es decir, no han cristalizado en sí mismos un patrón admirado, consistente, y claro de conducta aprobada socialmente y al cual desean conformarse mediante el esfuerzo, aunque en ellos existe la preocupación y el respeto por estos estándares.

Se observa en este grupo cierta tendencia a la excitación y a la tensión, tendencias que pueden deberse a una función de a) nivel situacional, frustración y dificultad ambiental, así como b) alguna incapacidad temperamental del ego para manejar bien la descarga aún en un ambien

te de dificultad ordinaria.

Perfil Madres.

Este grupo tiende a una menor capacidad mental a nivel de escolaridad, mostrando una orientación hacia el pensamiento concreto. Tiende, también a ser afectado por sentimientos, aunque puede ser su comportamiento menos emocional ante situaciones de frustración y de esta manera encarar las responsabilidades del hogar con mayor disposición. En este grupo de madres, se observa un mayor control de la sensibilidad emocional, determinándose rasgos que sugieren una mayor confianza en sí mismas, toman las responsabilidades con evidencia lógica y práctica y con una mayor concentración a la realidad.

Se pudo observar en este grupo una tendencia de propensión a la culpabilidad, involucrandose características que denotan aprehensividad autorecriminación, inseguridad y preocupación. Hay depresión y un sentido de obligación. Las madres son más sencibles a la aprobación o desaprobación de la gente. También, este grupo tiende a mostrarse con ideas y actitudes conservadoras (como el grupo de padres), aunque las madres en menor grado, existiendo una mayor apertura al pensamiento libre: tienden a ser indiferentes a las reglas establecidas, pero en ellas se observa un mayor control.

Existe, como en el grupo de padres, una cierta tendencia a la excitación y a la tensión, tendencias que pueden explicarse a los dos aspectos anteriormente mencionados en el grupo de padres.

CONCLUSIONES.

Una de las características de los padres, es la presencia de pensamiento concreto y baja capacidad escolar, característica que concuerda con la hallada en los niños con trastorno de atención, que se refleja en un trastorno de aprendizaje, siendo este numeroso y causa de la mayor parte de motivos, por lo que estos niños son llevados a la consulta psiquiátrica. Así como también podría estar influyendo, la marcada presencia de tensión emocional en los padres. Encontrándose en el trastorno de atención, una falta de estabilidad emocional y debilidad del yo, misma característica que destaca en la población de madres, siendo estas las que mayor influencia tienen sobre el menor, por la cercanía afectiva y mayor parte de tiempo de convivencia.

En la población de padres, sobresalen características de agresividad y terquedad, similar a la del problema estudiado en niños, en los que son evidentes los trastornos de conducta agresiva.

En lo que respecta a la emotividad, se observa una mayor sensibilidad emocional, dependencia y necesidad de protección de los padres; parecidas a las características encontradas en los hijos.

Otra característica importante en el grupo de padres, es la tendencia hacia la impulsividad, correlación que se encuentra en los casos de estos niños, con una marcada falta de control de impulsos.

Podríamos concluir, que sería interesante investigar, si estos hechos de las características comunes de padres y niños (algo que no se esperaba hallar en el estudio) guarda una relación directa o son factores independientes.

El presente estudio, nos permite una clarificación acerca del perfil de estos padres, la cual redundaría en un beneficio, si se utiliza para intervenir, desde un encuadre de terapia familiar, en algunos de los aspectos sobresalientes de estos padres, como son: menor intelligen-

cia y capacidad escolar, para dirigirse a estos padres en un lenguaje sencillo, la importancia de su intervención y tratamiento, buscando una mayor sensibilización e involucración de estos. Esperandose al aclarar esto una disminución de la culpa y tendencia hacia la autocrítica severa, en base a la frustración, y con ello generación de ansiedad, que las dificultades del desarrollo del hijo, pueden estar ocasionando.

Dando alternativas para la mejor canalización de estos sentimientos que limiten u obstaculicen, el óptimo desarrollo del grupo familiar.

En base a los hallazgos encontrados y similitudes dentro de las características de los padres de niños con trastornos de atención, se propone la posibilidad del manejo grupal. Así como la sugerencia de aplicación del test FP 16, para una intervención más directa y objetiva, con la espera de mejores resultados a corto plazo.

Una de las limitaciones de este estudio, es la falta de un grupo comparativo o control, lo cual debe quedar como planteamiento para investigaciones futuras; así como la ampliación del número de casos para obtener resultados más precisos.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Miller J.S.: Hiperactive Children: A Ten - year Study. M.D. Pediatrics For The Clinician.
- 2.- Canwell D.F. Psychiatric Illness in the Families of Hiperactive - Children. Arch. Gen. Psychiatric 27: 414-417 1972.
- 3.- A Critical Note Predictive Validity of the Hiperkinetic Syndrome. J. Child Psych. 20: 61-72, 1979.
- 4.- Adult Psychiatric Disorders in Parents of Hiperactive Children. A.M. J. Psychiatric 137 (7): 825-927 1980.
- 5.- The Hyperactive Child Syndrome. AM J. Orthopsychiatric 36: 861-867, 1966.
- 6.- Velazco, F.R. El Niño Hiperquinético. Trillas Mex. , 1980.
- 7.- Torey Masson, Manual de Psiquiatría Infantil. España, 1970.
- 8.- The Diagnosis of Attention Deficit Disorder (Hyperkinesis) in Children. Journal of the American of Child Psychiatry 20: 376-384, 1981.
- 9.- Krazek D.A. Mother and Preschool child Interaction: A Sequential Approach. Journal of the American Academy of Child Psychiatry - 21, 5: 453 - 464, 1982.
- 10.- Shapiro, T. Child With New Parents is Amenable at Home, has Problems at School. M.D. Hospital y Community Psychiatry. Vol. 13 April, 1982.
- 11.- Harvey D. y Greeway P. Psychological Medicine. 12: 357- 370 1982.