



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Psicología

**ALCOHOLISMO EN PADRES: COMPORTA-  
MIENTO ECOLOGICO EN NIÑOS  
DEFICIENTES MENTALES**

**T E S I S**

para obtener el título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P r e s e n t a :

**María Laura Ruiz Puente**

Asesor: Lic. Noemí Barragán Torres

M-0094371

México, D. F.

1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

A mi madre:

Sra. Carlota Puente Vda. de Ruiz

A mi esposo y a mis hijos:

Sr. Sergio Lemus Galván.

Niño Sergio Lemus Ruiz

A mi hijo en gestación

A la memoria de:

Mi padre Sr.: Juvencio Ruiz Fortuna.

Mi abuelito: Sra. Virginia Cerranco

Mi hermana: Luz María.

A mis Hermanos

A mis Cuñados y Sobrinos

A todos las personas que de una manera u otra contribuyeron  
a la realización de este trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Primaria Urbana Federal de Educación Especial en Tijuana, B.C.N. A los niños, padres y maestros especialistas que participaron en este estudio. Al personal de la Escuela, en especial a la Directora Profesora, María Elena Carrro de la Fuente y al Dr. Alberto Luis Jiménez Ibarra.

A la Dra. en Psiconeurología, Maureen Priestley, profesora de la Universidad de California en San Diego. A los autores: Linda L. Brown y Donald D. Hammill y a los editores de Pro-ed, en Austin, Texas, por la sugerencia y donación del instrumento de medida "Perfil de Evaluación del Comportamiento" (P.E.C.), empleado en esta investigación que fué de vital importancia para su realización.

Con el más profundo reconocimiento y agradecimiento a los doctores: Miguel Angel Pérez Toledo, Fernando Pruneda y Elia Morales Nápoles, por su estímulo y guía en el inicio de mi ejercicio profesional. Así como por su honestidad que en todo momento admiré de ellos y cuyo ejemplo ha servido en mi desarrollo profesional.

A la Facultad de Psicología.

Universidad Nacional Autónoma de México

A la Lic. Noemí Barragán Torres  
Por su asesoría en este estudio

Al honorable jurado:

Dr. Julián Mc. Gregor

Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo

Lic. Noemí Barragán Torres

Lic. Mayra Aracely Chávez Martínez

Lic. Lidia Díaz San Juan.

## INDICE

INDICE GENERAL .....	i
LISTA DE FIGURAS .....	iii
LISTA DE TABLAS .....	iv
	v
	vi
INTRODUCCION.....	1
C A P I T U L O - I.	
MARCO TEORICO	
1.1 - Generalidades de la Deficiencia Mental.....	5
1.1.1 - Criterios para definir la Deficiencia Mental .....	7
1.1.2 - Concepto de Deficiencia Mental .....	8
1.1.3 - Clasificación .....	11
1.1.4 - Etiología .....	16
1.1.5 - La Escuela Primaria Urbana Federal de Educación Especial en Tijuana, B.C.N... ..	23
1.1.6 - Características de personalidad del Deficiente Mental .....	28
1.1.7 - La familia del niño Deficiente Mental..	32
1.1.8 - La sociedad y el Deficiente Mental ....	36
1.2 - Alcoholismo .....	40
1.2.1 - El alcoholismo y sus repercusiones en el comportamiento social del individuo....	46
1.2.2 - La familia y el alcoholismo .....	50
C A P I T U L O - II	
METODOLOGIA	
2.1 - Diseño .....	53
2.2 - Planteamiento del problema .....	54
2.3 - Hipótesis .....	55
2.4 - Variables .....	58
2.5 - Sujetos .....	60
2.6 - Escenario .....	62
2.7 - Instrumentos .....	62
2.8 - Procedimiento .....	68
C A P I T U L O - III	
Resultados .....	73

M-00 94371

#### CAPITULO - IV

Discusión y Conclusiones .....	106
Limitaciones del Estudio .....	115
Referencias Bibliográficas .....	117
Anexos	

## LISTA DE FIGURAS

NUMERO	PAGINA
1 - Medias de los puntajes estándar de las escalas del PEC de los grupos "A" y "B" de niños Deficientes Mentales.	81
2 - Ingesta de alcohol absoluto en ml. por tres días a la semana en el grupo "A"	82
3 - Ingesta de bebidas alcohólicas por días a la semana en el grupo "A".	83

## LISTA DE TABLAS

NUMERO		PAGINA
1	Puntajes de la prueba "t", grados de libertad, probabilidad y nivel de significancia de las escalas del PEC en los grupos "A" y "B" de niños Deficientes Mentales.	80
2	Edad de padres de niños Deficientes Mentales del grupo "A".	84
3	Edad de padres de niños deficientes Mentales grupo "B"	85
4	Estado Civil de padres en niños Deficientes Mentales del grupo "A".	86
5	Estado Civil de padres en niños Deficientes Mentales del grupo "B".	87
6	Religión de los padres en los niños Deficientes Mentales del grupo "A".	88
7	Religión de los padres en los niños deficientes mentales del grupo "B".	89
8	Escolaridad en los padres de niños deficientes mentales en el grupo "A".	90
9	Escolaridad en los padres de niños deficientes mentales en el grupo "B".	91
10	Ocupación de los padres de niños deficientes mentales en el grupo "B".	92
11	Ocupación de los padres de niños deficientes mentales en el grupo "A".	93

NUMERO	PAGINA
12 Antecedentes personales patológicos referidos por 20 padres entrevistados de niños Deficientes Mentales del grupo "A"	94
13 Antecedentes personales patológicos referidos por 14 padres entrevistados de niños Deficientes Mentales del grupo "B"	95
14 Antecedentes familiares alcohólicos de 20 padres de niños Deficientes Mentales del grupo "A".	96
15 Edad de inicio de ingesta de bebidas alcohólicas de padres de niños Deficientes Mentales del grupo "A".	97
16 Motivo de incremento de ingesta de bebidas alcohólicas reportadas por padres entrevistados de niños Deficientes Mentales del grupo "A".	98
17 Abstinencia actual de bebidas alcohólicas en días reportados por padres de niños Deficientes Mentales del grupo "A".	99
18 Repercusiones laborales en el sujeto que ingiere bebidas alcohólicas.	100
19 Tipos de repercusión familiar referida por padres de ambos sexos, de niños Deficientes mentales en el grupo "A".	101

NUMERO	PAGINA
20	Actitudes manifiestas por la familia ante el alcoholismo en el grupo "A". 102
21	Repercusión social en el padre que ingiere bebidas alcohólicas, grupo "A". 103
22	Conductas manifiestas en estado de ebriedad, reportadas por padres entrevistados de ambos sexos en el grupo "A". 104
23	Repercusiones en diferentes áreas en el padre que ingiere bebidas alcohólicas. 105

## INTRODUCCION

## INTRODUCCION

El avocarse a realizar una investigación en el campo del comportamiento humano es un problema complejo por la diversidad de factores que intervienen en él. El individuo como ser interactuante con su medio ambiente, desde su concepción y a lo largo de toda su vida, se va expuesto a factores tanto internos como externos que integrarán su patrón de conducta y determinarán la presencia o ausencia de alteraciones en ésta.

Investigaciones previas subrayan la importancia del ambiente que rodea al niño, la influencia que sobre él ejerce, así como en el desarrollo de su carácter (Buhler, Ch., 1964).

El niño Deficiente Mental como todo individuo es un ser biopsicosocial, es decir, que su campo de acción va más allá que el estudio único e independiente de cada una de esas áreas. Por tanto, estudiar su comportamiento de manera fragmentada limitaría su comprensión. Para lograrlo, es importante considerar la información del comportamiento desde los ámbitos en los que mayormente se desarrolla el niño y obtener así la apreciación que tienen los maestros y los padres en la escuela y en el hogar respectivamente, así como la percepción que el menor tiene de sí mismo en sus esferas de acción y la evaluación de su propio comportamiento en las habilidades y relaciones

interpersonales, entendiéndose de esta manera el comportamiento ecológico (Brown, L., Hammill, D.D., 1982).

Por otro lado, no se puede olvidar la importancia del medio familiar, la armonía entre los padres, que cuando no está presente y existe a cambio desórdenes emocionales en ellos, el comportamiento de los hijos podría verse afectado.

Las investigaciones ya realizadas (Guerra, G.A., 1982) y Mc. Kenno, T. and Pickens, R. 1983), destacan que la presencia del alcoholismo en los padres actúa en forma negativa sobre la conducta de sus descendientes. Al respecto, se han encontrado importantes hallazgos que se asocian a hiperactividad y conducta desordenada, alteraciones en el funcionamiento cognoscitivo, insuficiencia social, síntomas de ansiedad y depresión, además de interacciones disfuncionales en las familias de niños hijos de alcohólicos (Richards, 1982).

En investigaciones relacionadas a este problema se sostiene el debate de si el alcoholismo en los padres está asociado con un incremento en la incidencia de psicopatología en el niño en comparación con un decremento en la incidencia en los descendientes de padres no perturbados, lo que no ha sido completamente aclarado ya que los datos obtenidos refieren que pudieron ser el resultado de diversos factores, entre ellos, la plasticidad de niño y las variantes que se pueden suceder en las familias desorganizadas (Owens, M., Prinz, J. R., 1985).

Considerando que a distintos niveles los problemas del comportamiento se encuentran presentes en los niños deficientes mentales por las características propias de este problema, es de interés para el presente estudio analizar si la presencia del alcoholismo en los padres incrementa la posibilidad de alteración en el comportamiento ecológico del niño deficiente mental.

De esta manera, el presente estudio tiene como objetivos:

- 1.- Demostrar si existe diferencia en el comportamiento ecológico de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas en comparación con aquéllos cuyos padres no las ingieren en una población escolar, y
- 2.- Aportar datos útiles para diseñar métodos preventivos a nivel familiar, social y escolar en niños con deficiencia mental. Así como para aquellas familias que aún no son afectadas por el alcoholismo parental.

Para ello se seleccionaron, de una población de alumnos deficientes mentales que asisten regularmente a la Escuela Primaria Urbana Federal de Educación Especial, en Tijuana, Baja California Norte, una muestra de niños de 8 años a 13 años 11 meses de edad cronológica, los padres de familia o tutores de esos niños y sus maestros especialistas, los cuales se estratificaron en dos grupos: Grupo "A", integrado por niños cuyo padre, madre o ambos ingieren bebidas alcohólicas y Grupo "B", formado por niños cuyos padres no las ingieren. La asignación de los sujetos fué por la

presencia o ausencia de alcoholismo en los padres, datos que se obtuvieron por la respuesta de los padres ante un cuestionario, corroborándose con los valores establecidos por la teoría para ambos.

Para medir el comportamiento ecológico se aplicó a los dos grupos el Perfil de Evaluación del Comportamiento (P.E.C.) en sus tres escalas: Escala de Evaluación del Estudiante; Hogar, Escuela y Compañeros, Escala de Evaluación de los Padres y Escala de Evaluación del Maestro.

Como se mencionó, existen numerosas investigaciones (Borclay, M., 1976 y Gassull, M.A., 1982) acerca de los efectos del alcoholismo parental en sus descendientes. Se presentan debates respecto a las conductas de niños hijos de alcohólicos, desconociéndose la existencia de estudios relacionados a este tema en deficientes mentales. Es por tanto, importante llevar a cabo esta investigación porque de los resultados que de ella se obtengan conducirlo a mejorar el tratamiento de estos menores, detectando aquellas áreas del comportamiento afectadas, asimismo, aportaría datos para la creación de medidas preventivas escolares para la integración del alumno a la sociedad.

M A R C O            T E O R I C O

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

#### 1.1 - GENERALIDADES DE LA DEFICIENCIA MENTAL

El término deficiencia mental puede ser considerada como un producto del problema médico, psicológico o educacional, pero fundamentalmente se debe considerar como un problema social del que se derivan factores que se superponen en la conducta y el funcionamiento humano (Ingalls, R. 1982).

A lo largo de la historia, las actitudes hacia el deficiente mental han sido desde la reverencia, el desdén y el miedo hasta, la falta de preocupación y descuido. Estas han reflejado las reacciones sociales generales de un pueblo o de una cultura.

En la historia moderna se reflejan tres coyunturas que se caracterizan por un gran interés del público y un avance profesional en el campo de la deficiencia mental, como característica principal todas han seguido a períodos cruciales de grandes transformaciones sociales, lo cual ha permitido la adopción de actitudes más justas hacia los deficientes mentales.

El primer período de renovación en el campo de la deficiencia mental coincidió con la época de la Revolución Francesa y la Americana y las ideas de igualdad y derechos

para todos los hombres. Fué la época de Itard y sus trabajos como pionero con los deficientes mentales.

El segundo período siguió a las Revoluciones que conmovieron a Europa en 1848, la cuál dio inicio a un despertar de la opinión pública y como consecuencia, una justicia cada vez más legislativa. En este clima favorable las ideas de Guggenbul, Sequin y Howe acerca de las oportunidades educacionales especiales para los deficientes mentales se difundieron rápidamente. tercer período empezó tras la II Guerra Mundial. El gran resurgimiento de interés profesional y público por la deficiencia mental y su aparición brusca dentro de una perspectiva más racional, fueron la consecuencia de varios factores, el más importante probablemente fué el cambio radical del clima social observado, parecía como si se tratara de reparar los estragos de la II Guerra Mundial asegurando derechos y oportunidades iguales para todos los seres humanos, incluyendo los deficientes mentales.

Conforme se acumularon los datos científicos empezó a cambiar la opinión pública. Persisten aún concepciones erróneas incluso la idea de que las personas con deficiencia mental se parecen entre sí. Siendo estos individuos con características diferentes, aunque su invalidez crónica y a menudo estigmatizante les impone gran tensión y, por lo tanto, los predispone a ellos y a sus familiares a las dificultades emocionales más frecuentes en su mayor parte estas dificultades son semejantes a las observadas en otros;

y en contra de otra concepción errónea popular muchos de estos problemas se pueden atenuar con la mejoría resultante del funcionamiento social del niño deficiente mental a consecuencia de la educación especial.

1.1.1 - Criterios para definir la Deficiencia Mental.- Los modelos adaptativos y socioculturales representan las dos aproximaciones principales para la definición de la deficiencia mental. Los partidarios del modelo adaptativo biomédico insisten en la presencia de alteraciones básicas en el cerebro como condición para el diagnóstico de deficiencia mental (Gesell, 1987).

Los que proponen la segunda aproximación dan mayor importancia al funcionamiento social, a la adaptación general, esta aproximación sociopsicológica se centra en el trastorno del desarrollo de la primera infancia, en las dificultades de aprendizaje en los niños escolares y en la mala adaptación social y vocacional en la edad adulta (Gesell, 1987)

Debido a la importancia legal de la etiqueta del deficiente mental, se ha considerado necesario definir con toda claridad y confiablemente, de tal manera que queden excluidas aquellas personas por las cuales, el posible daño pudiera resultar de dicha etiqueta.

Los criterios tradicionales para definir la deficiencia mental han propuesto cierto número de características para

su identificación que se pueden reducir a tres categorías (Ingalls, 1982).

a) Definiciones basadas en un mal ajuste social y educativo (sociológico). Este hecho hincapié en la inadaptación social, es decir, que también se adapta el individuo al ambiente y a la cultura.

b) Definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia (psicométrico). El cuál se basa en la ejecución de pruebas de inteligencia y se expresan en función del coeficiente intelectual (CI). Algunos autores han tratado de dar una definición de la deficiencia mental en función del rendimiento en estas pruebas estandarizadas, sin embargo este criterio se encuentra limitado ya que no siempre se encuentra una buena relación entre el rendimiento en una prueba de inteligencia y el nivel de adaptación general del niño. (Sattler, J.M. 1977).

c) Definiciones basadas en causas biológicas: en el que se considera que el deficiente mental ha sufrido una enfermedad grave en el útero o durante los primeros años de vida, la cual ha perturbado el desarrollo normal del cerebro y producido serias anomalías en el desarrollo mental (Coronado, G. 1978).

1.1.2 - Concepto de Deficiencia Mental. - A lo largo de la historia de las investigaciones en el campo de la Deficiencia Mental se pueden encontrar diferentes concepciones para definirla. La American Association on

Mental Deficiency (Asociación Americana de Deficiencia Mental). Define la Deficiencia Mental como "Un funcionamiento intelectual muy por debajo del promedio que se origina durante el período de desarrollo, y que se asocia a alteraciones de uno o más de los siguientes aspectos: Maduración, Aprendizaje y Adaptación Social" (citado por Noyes, K. 1969).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III), (Masson 1984)., este problema se encuentra clasificado en el Eje I, de los trastornos del Desarrollo en donde se retoma la definición propuesta por la Asociación Americana de Deficiencia Mental; Se describen como síntomas esenciales: 1) Una incapacidad intelectual general muy por debajo del promedio; 2) Asociado a un deterioro de la conducta adaptativa y 3) Comienza antes de los 18 años.

El concepto de Deficiencia Mental y Retraso Mental tienen diferentes connotaciones para algunos autores, dependiendo de la presencia o ausencia de alteración orgánica en el sistema nervioso central (Gesell, 1987). Este autor define a la subnormalidad mental como: "Un funcionamiento intelectual general inferior a la norma, que se origina durante el período evolutivo y que se asocia con impedimentos para el aprendizaje y el ajuste social, para la maduración o para ambos". La subnormalidad resulta de cierta condición patológica del cerebro que impide el desarrollo normal a la que se le denomina "Deficiencia Mental".

Gesell (1987) menciona que el retraso mental designa lo que debiera reservarse a individuos que funcionan por debajo de su nivel de capacidad potencial, que por lo general se origina de situaciones ambientales deficientes y no de un mal orgánico que afecta el sistema nervioso central. La Deficiencia Mental es una evidencia de enfermedad orgánica en el cerebro, que obstaculiza la función humana. Se manifiesta como traba de los potenciales del desarrollo y en consecuencia rebaja el nivel final de madurez del comportamiento.

Si el equipamiento original del individuo está deteriorado, si se ve incapacitado por un accidente o enfermedad después de nacer, el niño no puede satisfacer adecuadamente las exigencias de su ambiente, ni siquiera en la primera infancia. Su desarrollo puede detenerse completamente o disminuir de modo grave a tal punto que como adulto continúe requiriendo asistencia y apoyo extraordinarios. Esta falta de potencial se manifiesta por lo general tempranamente y en parte de manera más notable en el campo del comportamiento.

→ La Dirección General de Educación Especial ha adoptado la siguiente definición de Deficiencia Mental: "Un sujeto se considera Deficiente Mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo y acompañado de alteraciones de la conducta adaptativa" (D.G.E.E., 1985).

1.1.3 - Clasificación.- Los criterios para clasificar la Deficiencia Mental están basados en el aspecto psicométrico, es decir, en la ejecución de pruebas de inteligencia y se expresan en función del coeficiente intelectual (CI). La prueba del coeficiente intelectual es la medición estándar de la inteligencia y, por tanto, la Deficiencia Mental se define como: "Un coeficiente intelectual menor de 70, es decir, dos desviaciones estándar por debajo de la media de 100 (American Association on Mental Deficiency, 1977). Sin embargo existe controversia en cuanto al nivel de la deficiencia mental basándose en el coeficiente intelectual proporcionado por las pruebas de inteligencia. De acuerdo a la AAMD no debe juzgarse el grado de Deficiencia considerando únicamente la puntuación de la prueba psicológica, sino que han de considerarse los determinantes culturales, físicos y emocionales, así como la efectividad escolar, vocacional y social" (Noyes, 1973).

Por otra parte, Gessell considera que además de los aspectos ya mencionados deben considerarse la capacidad de integrarse y organizarse que a menudo resulta más importante que la capacidad intelectual.

La Asociación Americana de Deficiencia Mental reconociendo las limitaciones de todas las pruebas de que en la actualidad se disponen ha propuesto una clasificación conductista de déficit, que consiste en medir por separado la cifra de inteligencia y la conducta adaptativa. La medición de esta conducta permite establecer cuatro niveles

de comportamiento en dos áreas: 1) Funcionar y mantenerse independiente y 2) Satisfacer en forma adecuada las exigencias que la cultura impone y que implican responsabilidad personal y social (Noyes, 1973).

En términos de coeficiente intelectual, esta asociación determinó como regla que el límite superior para diagnosticar debilidad mental debe ser un cociente intelectual de 69.

Sin embargo no hay que ceñirse a este límite en casos donde los factores médicos, sociales o de otro tipo indiquen claramente que el menor es débil mental (Noyes, 1973).

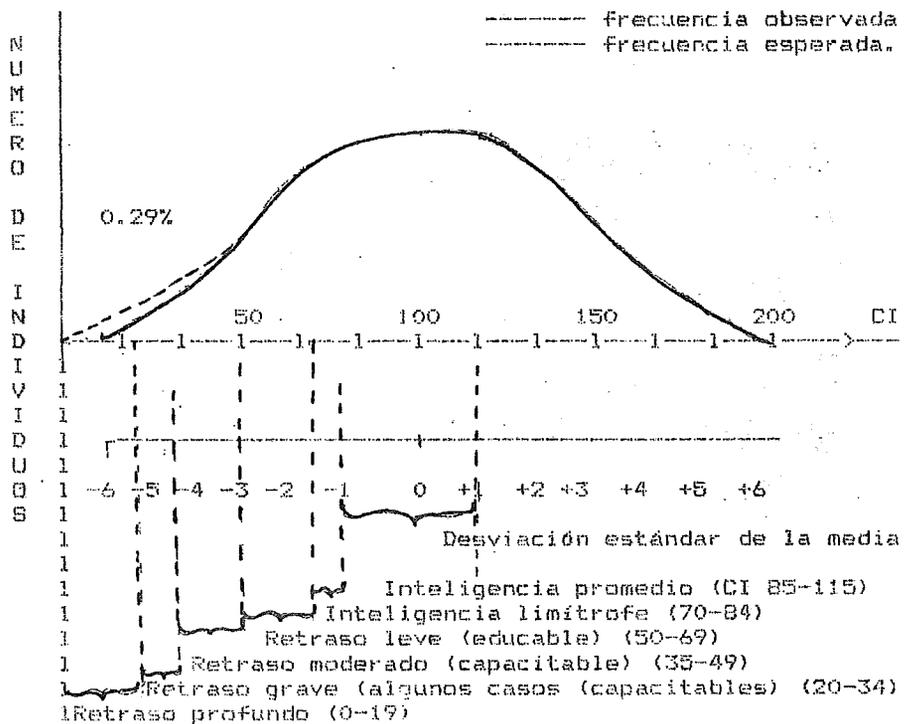
De acuerdo al consejo actual de la AAMD, para que una persona se le clasifique como Deficiente Mental se tienen que cumplir tres criterios: 1) Un funcionamiento intelectual notablemente por debajo del promedio. Esto significa que el coeficiente intelectual del sujeto tiene que obtener una inferioridad a 68 en la escala de Inteligencia de Stanford Binet, o inferior a 70 en la escala de Wechsler. 2) Tener una conducta de adaptación deficiente y 3) Esta deficiencia tiene que aparecer durante el desarrollo.

En muchos individuos se cumplen uno o dos criterios, pero sin el tercero, no se podrá considerar como Deficiencia Mental.

Niveles de Deficiencia Mental: Como la etiqueta de Deficiencia Mental incluye tantos tipos diferentes de personas esta misma asociación ha desarrollado un sistema de clasificación diagnóstica de las Deficiencias basados en el

nivel de funcionamiento del individuo partiendo principalmente en su CI, pero sin dejar de considerar los otros dos criterios:

NIVELES DE CLASIFICACION		
C.I.	DESVIACION ESTÁNDAR	CLASIFICACION
0 - 19	Más de 5	Deficiencia Profunda
20 - 34	Entre 4 y 5 por debajo de lo normal.	Deficiencia Severa.
35 - 49	Entre 3 y 4	Deficiencia Moderada
50 - 69	Entre 2 y 3	Deficiencia leve.



Distribución y clasificación de la Deficiencia Mental. El área sombreada indica la incidencia de 0.29% sobre la frecuencia esperada, resultante de causas orgánicas de Deficiencia Mental, (transcrito de "Psiquiatría General, (citado por Hoeward H. Goldman). Reproducido con permiso de Moser H. W. Wolf PA; The nosology of mental reterdation: Including the report of survey of 1378 mentally retarded individuals at The Walter E. Fernald State School. In: Nervous System, Bergsma D. [editor]/ Part 6 of; The second Conference on the clinicak Delineation of Birth Defects. Williams & Wilkins for the National Foundation-March of Dimes, Birth Defects Original Article Series 1971; 7:117).

A continuación se presenta el cuadro que traduce el sistema de clasificación (propuesto por AAMD) a puntuaciones de CI para las pruebas de inteligencia Wechsler y Stanford Binet en comparación con la Categoría Educativa y Edad Mental en Edad Adulta.

NIVEL	C.I. BINET	C.I. WECHSLER	CATEGORIA	EDAD MENTAL
Ligero	68 - 52	69 - 55	Educable	8.3 a 10.9
Moderado	51 - 36	54 - 40	Entrenable	5.7 a 8.2
Severo	35 - 20	39 - 25	Subentrenable	3.2 a 5.6
Profundo	19 - 0	24 - 0	De custodia	- 3.1

La Dirección General de Educación Especial ha adoptado la siguiente clasificación:

Leve	50 - 70
Moderado	35 - 50
Severo	20 - 35
Profundo	0 - 20

A los efectos del diagnóstico se toman en consideración las alteraciones orgánicas. Para el caso especial del grado leve se diagnostica deficiencia mental cuando existen evidencias de compromiso orgánico. De acuerdo a Gesell los casos que no reúnan este criterio caerían dentro de la categoría de Retardo mental.

Durante el ejercicio profesional se consideran los conceptos antes mencionados respecto al coeficiente intelectual y la conducta adaptativa.

La población escolar bajo estudio está formada por alumnos Deficientes mentales "educables", menores que cuentan con un coeficiente intelectual de 50 a 69.

De acuerdo a la clasificación de la conducta adaptativa este grupo corresponde a los niveles III y IV, que para efectos de esta investigación solo se hace referencia a estos dos niveles por características propias de la muestra bajo estudio.

El tratarse de menores que pertenecen a los niveles III, se entiende como niños aptos para la instrucción y cuyo rendimiento escolar puede llegar a alcanzar los grados entre cuarto y sexto de la instrucción primaria, cuando llegan a los dieciocho o veinte años, que además reciben entrenamiento pre-laboral mediante el desarrollo de habilidades manuales una vez que pasan al tercer grado. En el nivel IV, no pueden aprender temas generales de escuela

preparatoria. Requieren de educación especial particularmente a nivel de escuela secundaria.

De acuerdo a la clasificación de la conducta adaptativa, la mayoría de los menores que integran la población bajo estudio pertenecen al tercer nivel. Y para lograr este rendimiento escolar y adaptación social se requieren el apoyo familiar, social y socioeconómico donde el alumno pueda contribuir a sus propias necesidades cumpliendo funciones laborales no calificadas o semicalificadas.

1.1.4 - Etiología.- Los conocimientos actuales han demostrado científicamente que más de doscientas causas pueden dar origen a una deficiencia mental, las cuáles obedecen a factores etiológicos muy diversos, entre éstos se encuentran principalmente los factores biológicos y los psicosociales, ellos actúan a veces aisladamente o en conjunto, siendo en estos casos mayor la agresión y, por tanto, mayores sus proporciones y consecuencias.

Teniendo en cuenta los complicados mecanismos de actuación de tales factores, diversos investigadores han clasificado la etiología de la deficiencia mental en tres grandes grupos: Causas Prenatales, Causas Perinatales y Causas Postnatales. Entre las Causas Prenatales se encuentran aquellas de origen genético-metabólico que actúan antes de la concepción y en el mismo momento en que ésta se realiza y producen por una parte defectos y alteraciones

cromosómicas y por la otra errores en el metabolismo general. La totalidad de los procesos metabólicos aseguran la estructura y función de todo organismo humano y cuando se produce alteración o una mutación habrá una falla enzimática que trastornará el proceso metabólico y, por lo tanto, determinará una alteración del fenotipo. Así, todas esas modificaciones organofuncionales afectarán los procesos que intervienen a nivel de sistema nervioso, generando la extensa patología de la deficiencia mental. (Coronado, G. 1978).

De manera tradicional las causas prenatales se han clasificado como cromosómicas: anomalías de los cromosomas sexuales y anomalías autosómicas; bioquímicas: anomalías metabólicas; ambientales: alteraciones prenatales adquiridas; y de origen no identificado. Sin embargo hay cierta sobreposición en esta categoría.

Las Causas Prenatales incluyen las siguientes categorías: Las anomalías de los cromosomas sexuales, como el Síndrome de Turner, que en ocasiones se acompaña con Deficiencia mental.

Anomalías autosómicas como el síndrome de Down, presente en el 21 por ciento de la población escolar total.

Anomalías metabólicas: Estas causadas primordialmente por trastornos endócrinos o por anomalías de genes recesivos. Entre las anomalías metabólicas se encuentra el hipotiroidismo presente en un tres por ciento de la población escolar total. Y las anomalías o trastornos del

metabolismo de los carbohidratos, como la galactosemia, la cuál se encuentra en el 1.8 por ciento de la población escolar total.

Alteraciones prenatales adquiridas: En estos casos la deficiencia mental puede ser el resultado de exposición del feto a agentes tóxicos, medicamentos y abuso materno de sustancias como alcohol; al respecto las investigaciones efectuadas en los últimos años señalan que los hijos de madres que sufren de alcoholismo crónico y que siguieron bebiendo durante el embarazo, nacen con graves trastornos físicos entre los que destacan bajo peso y tamaño, defectos congénitos del corazón, paladar hendido, deformidades de los pies, luxaciones de la cadera y deficiencia del desarrollo físico antes y después del nacimiento. Todavía más severos que los problemas físicos que pueden afectar a los recién nacidos de madres alcohólicas, son los trastornos posteriores de la inteligencia y de la conducta debido a los daños ocasionados en las células del cerebro durante la vida fetal. (Velazco F., 1985).

El 1.8 por ciento de las madres que integran la muestra total bajo estudio, bebieron alcohol durante el embarazo, ignorándose si éste fué otro factor más para la deficiencia mental diagnosticada.

Entre otras se encuentran, además, las enfermedades infecciosas como la rubéola, toxoplasmosis y otras enfermedades, además de la mal nutrición materna, frecuente

en la población escolar bajo estudio y de escasos recursos económicos.

**Causas perinatales:** Las causas de deficiencia mental relacionadas con el proceso del nacimiento consisten en premadurez Anoxia por lesiones o hemorragia del nacimiento, lesión cerebral por traumatismo mecánico e infecciones como herpes simple.

**Causas postnatales:** Esta categoría muy amplia incluye causas traumáticas, psicosociales (estas últimas por su importancia serán analizadas posteriormente en este capítulo), metabólicas, infecciosas, tóxicas y de otros tipos de lesión cerebral, hipotiroidismo, encefalitis, meningitis (de todas estas presentes en un 7 por ciento aproximado de la población escolar total).

**Causas Psicosociales:** El ser humano está expuesto durante toda su vida a ser traumatizado por agentes de orden psicológico, estos pueden presentarse en los primeros años de la vida, como elementos causológicos de esta afección; Pues según la opinión de muchos investigadores, los factores psicológicos, como algunos de orden ambiental tales como patrones culturales familiares, condiciones sociales, situaciones económicas; pueden producir perturbaciones de las relaciones del niño con su medio, impidiéndole beneficiarse con las características cognoscitivas y afectivas del mismo (Spitz y Ajuria Guerra, 1986).

Otros autores (Coronado G., 1978), sustentan el siguiente criterio, que toda deficiencia mental obedece a

una lesión neuronal sea a nivel macroscópico o molecular, sin embargo se considera conveniente tomar en cuenta los factores de orden psicológico y también los de carácter socioeconómico y culturales ya que tienen afinidad fundamental con las manifestaciones afectivo-emocionales y la conducta del ser humano.

Los elementos de orden psicológico frecuentemente se asocian a factores que producen lesiones orgánicas y en otras ocasiones, frente a una predisposición constitucional, se desarrolla un doble mecanismo; por una parte, esta condición hace al niño menos apto, y al mismo tiempo, dicha inferioridad tiende a exagerar sus dificultades psicológicas y ambientales.

Las anoxias de carácter psicógeno obran sobre los procesos de maduración mental y de desarrollo afectivo del niño (Laing, R. 1982).

Este mismo autor afirma que la desarmonía o deficiencia del desarrollo podría ser también el resultado de un defecto de maduración funcional. A este respecto otros investigadores refieren la inexistencia de pruebas adecuadas que confirmen lo anterior. Por otra parte, se considera que la ansiedad, que disminuye el funcionamiento mental y produce desórdenes emocionales, puede afectar la potencialidad de la esfera intelectual, y bajo la presión de los factores psicógenos, determinan en el niño una real deficiencia mental. (Group for the advancement of

Psychiatric Department of Mental Health, California, USA, (1969).

Spitz en sus investigaciones hace notar los efectos del "hospitalismo" y de las carencias afectivas educacionales, el abandono precoz de los padres, los traumatismos afectivos repetidos en la primera infancia, la tiranía o sobreprotección paternos y demás motivos que rompen el cuadro de la organización familiar, éstos son otros tantos factores de orden psicológico que distorsionan el desarrollo normal de la inteligencia y, por consiguiente, desajustan el desarrollo armonioso de la personalidad.

En cuanto a los factores de orden ambiental, es indiscutible la importancia de los patrones culturales familiares, los factores socioculturales y socioeconómicos en la construcción del ambiente, el cuál actúa positiva o negativamente sobre el niño para integrar su personalidad. Gesell fué uno de los primeros investigadores en demostrar la importancia del ambiente social en el determinismo de los trastornos de la personalidad, y resulta lógico suponer que la personalidad deformada del deficiente mental debe ser presa igualmente de los impactos negativos de su ambiente; como lo han demostrado numerosos investigadores (Muller, Berendes, 1978). Sin embargo, como se mencionó, se desconoce la existencia de estudios relacionados específicamente acerca de los efectos del alcoholismo parental en el niño deficiente mental.

Ahondando en los aspectos psicosociales es necesario hacer referencia de la importancia del ambiente como factor causológico de la presencia de deficit en la capacidad intelectual. Dado que la práctica ha conducido a enfrentar en forma constante este tipo de problemática presente en parte de la población escolar bajo estudio, y a la cuál algunos autores hacen alusión a ella como subnormalidad o retardo mental debido a desventaja ambiental. Este retardo mental y no deficiencia mental a decir de investigadores como Gesell, debiera reservarse al tipo de capacidad subnormal a la que a menudo se hace referencia como retardo "fisiológico", "familiar" o "endógeno". Este se dirige hacia ese extenso grupo de niños sin enfermedad cerebral orgánica que muestran un nivel subnormal de capacidad intelectual siguiendo las mediciones de CI y el rendimiento escolar.

Estos niños pertenecen casi exclusivamente a los sectores socioculturales más bajos. Los niños con el llamado retardo familiar o fisiológico son normales en la primera infancia. Los afectados de enfermedad cerebral orgánica que deteriora el potencial intelectual, o su posición social pueden ser identificados en la primera infancia (Gesell 1937).

Los medios raciales socioeconómicos en cuyo seno crecen y se desarrollan los pequeños como por ejemplo: en problemas médicos y alimentarios, en las condiciones de hacinamiento, en la carencia de orientación cultural en el hogar, en la concomitante supresión de la comunicación y la curiosidad

verticales, en los resentimientos de desesperanza y en las condiciones educacionales inferiores son factores que sufren generalmente la población de escasos recursos económicos.

Hay datos que subrayan la importancia del medio sociocultural y sus efectos sobre la estrecha interrelación entre los factores biológicos y psicológicos que afectan el desarrollo. Sus implicaciones son definitivas en cuanto a la actualizada controversia acerca de las contribuciones relativas de los factores genéticos y ambientales al rendimiento intelectual entre razas y aún dentro de cada grupo étnico.

La población escolar total de esta investigación está formada por menores que reúnen ambos criterios, por una parte un alto índice de ellos tienen antecedentes de aletreción orgánica cerebral, presentan indicadores que sugieren la existencia de esta disfunción cerebral, arrojados por pruebas psicológicas y confirmados por electroencefalograma, en algunos de estos casos. Por otra parte, un buen número de estos niños provienen de ambientes socioculturales poco estimulados.

#### 1.1.5 - La Escuela Primaria Urbana Federal de Educación

Especial en Tijuana. - Los alumnos deficientes mentales de esta escuela forman parte de los sujetos que requieren de los Servicios de educación especial, tales como deficientes mentales, dificultades de aprendizaje, trastornos de audición y lenguaje, deficiencias visuales,

impedimentos motores y problemas de conducta. Comúnmente la mayoría presenta, asociada al problema dominante, algunas de las dificultades que caracteriza a los otros agrupamientos, cada grupo y cada caso tienen distintas manifestaciones que responden a etiologías diversas. Sin embargo, se unifican en el mismo grupo educativo porque presentan problemas en su rendimiento escolar o en su estabilidad emocional, así como en su capacidad para relacionarse con su medio y participar en el mismo. Todos ellos tienen derecho a la igualdad de oportunidades para la educación y como tales hay que consagrarles mayores recursos en tiempo, personal, presupuestos y planificación (Dirección General de Educación Especial, 1985). Lucha frecuente de la Educación Especial.

Para llevar a cabo los fines y objetivos de la educación especial, los profesionistas que laboran con ellos asumen la responsabilidad de formar una persona más que la de rehabilitar a un invalido. Así en la escuela se llevan a cabo los siguientes fines:

- 1.- Se capacita al escolar para que se realice como una persona autónoma (dentro de sus capacidades), posibilitando de esta manera su integración y participación en su medio social; para que pueda en lo posible disfrutar de una vida plena.
- 2.- Mediante la Escuela para Padres ofrecida por diversos especialistas se pretende actuar en la comunidad escolar y sobre el alumno, respecto a prevención en los niños y familias que aún no son afectados por la

deficiencia mental y en los ya inscritos en la escuela para lograr el máximo de su evolución psicoeducativa.

- 3.- Se aplican programas adicionales para desarrollar, corregir o compensar las deficiencias o alteraciones específicas que los afecten en los áreas de pedagogía, terapia de lenguaje, medicina, trabajo social y psicología.
- 4.- Se elaboran guías curriculares para la independencia personal, la comunicación, la sociabilización, el trabajo y el tiempo libre. Ellos se crean en forma grupal considerando las características individuales de cada miembro del grupo.
- 5.- Se incentiva la aceptación de las personas con requerimientos de educación especial por parte del medio social, mediante actividades cívicas, socioculturales, recreativas, deportivas y familiares para lograr la "normalización" e "integración".

La "normalización" es un principio que recalca la importancia para las personas con requerimientos de educación especial, de vivir en condiciones consideradas "normales" tanto como sea posible.

Por medio de este concepto se pretende satisfacer las necesidades de pertenencia, aceptación y participación que por segregación o rechazo familiar o social manifiesta el alumno, originando a su vez conductas antisociales que agravan su situación y frustran los esfuerzos de la acción educativa (D.G.E.E., 1985); Para este fin, la escuela brinda

el máximo de oportunidades a cada niño basándose en sus capacidades más que en sus limitaciones, ofreciéndole los medios para que adquiriera seguridad y pertenencia a los diferentes grupos sociales, por ejemplo, mediante competencias deportivas con escolares regulares a nivel internacional con escuelas de educación especial en Estados Unidos, así como su participación en grupos Scoutt, por mencionar algunos. Con los padres se efectúa, como se menciona, la escuela para padres, donde se mantiene contacto con ellos ofreciéndoles información sobre temas de mayor interés en la comunidad escolar, de los diversos programas escolares y actividades planeadas para que apoyen en sus hogares, observándose así mayor participación e interés de los mismos en el alumno, permitiendo de esta manera el desarrollo de las capacidades del niño ante las exigencias sociales dentro de su capacidad y/o limitaciones. Este es un gran logro porque con ello existe superación de actitudes familiares de sobreprotección o rechazo hacia el alumno, común en la población escolar.

El concepto de "Integración", en su acepción más moderna, es la estrategia que se utiliza durante la edad de desarrollo para lograr la "normalización". La "Integración" tiene una connotación más específicamente educacional, ya que tendrá lugar con la formación sistemática de las personas con requerimientos de educación especial. Con el culmina una larga experiencia y un prolongado debate de la antinomia "segregación - integración" (L.G.E.E., 1985). El

objetivo es lograr la integración del alumno con requerimientos de educación especial a los grupos regulares. Sin embargo, se observa que según el grado y las limitaciones, existen diversos recursos que responden a una relación inversa entre la limitación y la integración: a menor limitación, mayor integración (O.G.E.E., 1985).

En la escuela, hay algunos alumnos que se les llega a integrar a la escuela regular, generalmente son niños de primer grado especial, que obtienen un rendimiento intelectual clasificado como "fronterizo" y que llegan a la adquisición de la lecto-escritura y el cálculo. Son alumnos que posiblemente después requieran de apoyo psicopedagógico junto con su primaria regular. Al integrarlo, el personal considera los aspectos educativos, actuación social y apoyo familiar, eligiendo así el medio que ofrezca los estímulos más ricos y apropiados para su desarrollo y educación.

Desde luego, no todos los alumnos son integrados en el aula regular, existen algunos que presentan serias perturbaciones emocionales con conductas hiperactivas o antisociales, otros con defectos corporales, sensoriales o mentales graves o con deficiencias múltiples que requieren cuidado y atención intensiva y continua de su salud física y psicoafectiva. Para ellos, entonces, se pretende lograr la integración social mediante las actividades ya mencionadas, logrando así contacto continuo con el medio físico y humano exterior.

#### 1.1.6 - Características de la personalidad del deficiente

mental.- La mayoría de la investigación experimental sobre la deficiencia mental ha estudiado los procesos cognositivos, considerando así a la deficiencia mental dentro de los procesos básicos psicológicos pensamiento y memoria. Sin embargo en muchos casos los efectos secundarios que la deficiencia mental tiene sobre la personalidad y las emociones del individuo son mucho más serios y constituyen un obstáculo mucho mayor para una adaptación efectiva, que los problemas representados por las deficientes aptitudes cognositivas.

La gente que trabaja con deficientes mentales ha descubierto un grado más elevado de perturbaciones emocionales, lo mismo que otros desórdenes de carácter que parecen muy propios de personas deficientes. Hay muchas razones por lo que esto puede ser verdad: la personalidad la configuran muchas fuerzas y acontecimientos muy variados desde los factores orgánicos (predisposición genética o disfunción cerebral), hasta experiencias de los primeros años de vida y como se es tratado por la sociedad. La conducta del deficiente mental no solo ha sido afectada en cantidad, sino fundamentalmente en su calidad; por ejemplo, han sido afectados: su capacidad de someterse a un sistema de moralidad por sí mismo. En cambio el instinto sexual y el instinto de adquisición de poder no se encuentran afectados. Esta discordancia ha producido varios fenómenos sociales observados a lo largo del tiempo como son la prostitución y

los delitos menores. La llamada sedimentación social explica en una serie de pasos la caída del deficiente mental hasta los estratos más bajos de la sociedad (Ramos, 1968).:

SEDIMENTACION SOCIAL	COMENTARIOS
Retardo en los datos evolutivos.	Producido por la deficiencia mental.
Inadaptabilidad al ambiente escolar	Por causas de lo anterior
Parasitismo escolar	Incapacidad de la familia para adaptar el ambiente a las incapacidades del niño.
Incapacidad para adquirir una técnica de trabajo.	Incapacidad de la familia o la sociedad para proporcionar los medios adecuados de crianza.
Vida Parasocial	Provocada por lo anterior y por las características de la propia personalidad del deficiente.
Vida Antisocial	Final provocado por los errores en el manejo del niño.

El control emocional desempeña un papel muy importante en el comportamiento del deficiente mental. Puede manifestarse bajo la forma de pulsiones heteroagresivas o autoagresivas bien en forma de alboroto o buena conducta. Estos trastornos del control emocional que corren el peligro de ser una gran limitación para la organización, pueden modificarse por actividades adecuadas o mediante psicoterapia.

Los problemas psicológicos que el deficiente mental puede presentar se pueden dividir desde el punto de su

posición ante la vida en dos grandes grupos. Los primeros deficientes profundos que son egocentricos, sin importarles en realidad el mundo que los rodea. Sin embargo en ocasiones reponen con angustia, agresividad, anorexia o pasividad ante conflictos entre sus deseos y las personas que los manejan. Los segundos deficientes mentales medios, se dan cuenta en forma semiconfusa de su deficiencia pero sobre todo observan las diferencias en el trato a que son sujetos en relación con los hermanos. (Ramos 1968).

G. Vermeulen y T. Simon distinguen dos tipos de debilidades intelectuales en el deficiente mental en su organización afectiva y de relación, desde un punto de vista del comportamiento social y afectivo. Primeramente describen al deficiente mental armonico, en el cual la deficiencia mental no se complica con ningún trastorno de carácter, que muestra en cierto equilibrio en su comportamiento, llamado también "Deficiente equilibrado" o utilizable, que es capaz de utilizar sus reducidas capacidades en un determinado grupo social y profesional; y el deficiente mental disarmonico en el cual a su insuficiencia intelectual se añaden trastornos afectivos y del comportamiento. En este grupo se han descrito diversos aspectos clínicos: deficiente mental inestable, excitado, apático, pueril, emotivo. La descripción de estos resaltara los rasgos característicos de cada tipo de personalidad.

El niño lleva sobre sí su insuficiencia mental, pero su vida se desarrolla en un mundo exigente y en medio que

participa de su deficiencia, por lo cual adquiere una personalidad particular que es el fruto de sus propios conflictos y de su modo de relacionarse, si por un lado su rigidez mental puede ser un beneficio para su desarrollo afectivo, en un mundo exigente en el cual las múltiples alternativas y contradicciones forman parte de la vida, por otra parte la experiencia de la relación le enseña que sus pensamientos y sus acciones están en desacuerdo con la forma de actuar y de pensar de los demás. Se encuentra frente a una realidad en la cual el modo de actuar y de hablar está reglamentado y juzgado. La agilidad de su pensamiento le entorpece la flexibilidad necesaria para las organizaciones interpersonales. Los intercambios afectivos son menos expresivos, las frustraciones afectivas mal asimiladas, los juegos son más estereotipados y menos formativos, las identificaciones son generalmente masivas o difusas y variables a voluntad de las situaciones. El deficiente mental tiene mayores dificultades para superar las pulsiones de la libido, y es tanto más sensible a las frustraciones cuanto más limitadas sean sus posibilidades de respuesta y de adaptación.

De esta forma el deficiente mental vive de una forma particular además sus experiencias de fracaso y sus frustraciones. Toda una parte del modo de comportamiento de los deficientes mentales se manifiesta en forma de un cuadro reactivo frente a sus propios problemas y a las actitudes

conscientes o inconscientes de los padres, rechazo, sobreprotección (Ingalls, R. 1982).

1.1.7 - La familia del niño deficiente mental.- Al hablar sobre el tema de deficiencia mental generalmente se enfoca por completo a los padres que afrontan el niño deficiente, pasando por alto los problemas muy diferentes pero igualmente serios, que afrontan sus padres y hermanos, menospreciando el que precisamente de estos problemas surgidos inicialmente se desprenderan en el seno familiar toda una dinámica que proporcionará o no los elementos necesarios para la mejor adaptación del niño deficiente mental a su medio social.

Es en la familia donde se encuentran las bases de la educación física, moral y espiritual de los hijos, es aquí en su seno en donde nacen, crecen y viven, donde se forja el carácter que es el cimiento de la personalidad creadora del hombre (Coronado 1978). La familia es un núcleo indivisible y formado por el padre, la madre y los hermanos; "El deber de los padres al formar una familia dice el Dr. Maurice Pobot, es de entrega absoluta, debiendo organizarse en torno a los hijos. Una de las pocas cosas en que prácticamente todos los científicos están de acuerdo es que la familia es la influencia individual más importante de todas para un niño en desarrollo. El niño amado y aceptado por sus padres y que recibe una dosis equilibrada de disciplina e indisciplina, tiene más probabilidades de desarrollarse bien

y de convertirse en un adulto bien adaptado, que el niño de una familia rechazante e indiferente que es exageradamente permisiva o demasiado restrictiva (Ingalls 1982). Todavía más especial es el papel que desempeña la deficiencia mental en la microsociedad familiar. Según las investigaciones de J. Tizard y J., C. Grad el nacimiento de un niño anormal influye en el futuro desarrollo de la familia.

Es evidente que un niño deficiente mental crea un problema en la vida cotidiana familiar. Algunas madres sólo pueden hacer su trabajo cuándo el niño está dormido y otras se ven obligadas a permanecer en casa y a renunciar a un trabajo exterior.

¿Cuál es la actitud de la familia hacia la deficiencia mental?, el psicólogo al trabajar en casos de deficiencia mental, se encuentra que como en otros casos donde existen enfermos crónicos, la familia se ha moldeado ante la presencia del problema, pasando desde el impacto inicial en el cual experimentaron generalmente: pena, decepción, frustración de las esperanzas forjadas ante la espera de un bebé, sentimientos de culpabilidad y fracaso, y en tales ocasiones hasta la reacción extrema de no aceptación.

Se presenta un estado de "alarma" pero como el padecimiento no evoluciona con rapidez ya sea hasta la curación o la muerte, los diferentes miembros de la familia van siendo moldeados poco a poco ante la situación creada por el miembro enfermo y cada uno modifica a una forma de vida y de pensamiento de acuerdo a la enfermedad.

La presencia de un hijo anormal, es la prueba de fuego para cada matrimonio, como pareja un estudio realizado en 1968 de 175 casos el 16% sufrieron de divorcio y el 13% de separación (Ramos, 1968). También se ha comprobado que los padres de un deficiente mental llegaron a experimentar un binomio inestable de "Amor-Rechazo". Esto significa por un lado, el amor que un padre siente instintivamente por su hijo, y por otro la molestia que implica la frustración de la incapacidad como padre de negación ante las esperanzas futuras. Según describe esquemáticamente dos actitudes opuestas dentro de este binomio uno de rechazo puro y simple, la otra de hiperprotección, perfiladas en varios tipos de padres como son:

- Los padres que niegan la evidencia y esperan el milagro.
  - Los padres ansiosos que reconocen el estado de su hijo, buscan constantemente explicaciones, nunca están satisfechos sobre el método educativo. "Al querer hacer demasiado o hacerlo bien, se adelantan al fracaso o al contratiempo".
  - Los padres que aceptan la realidad: en este caso preparan todo lo necesario para que el niño alcance el máximo desarrollo posible. Al aceptar la realidad evitan sufrimientos del niño y crean un ambiente favorable para la labor educadora (Ajuriaguerra, 1980).
- Es un hecho que la deficiencia mental puede ser el origen de tensiones emocionales que avivan las tensiones personales de los padres, los cuales a su vez, la remiten a

su hijo. Frente a este azar imprevisible, pueden reaccionar generalmente en forma de rebeldía, frente a la injusticia, sufriendo como un castigo, o aún, pocas veces, como una ofrenda o una prueba.

Otros de los problemas psicológicos a los que se enfrentan los padres del deficiente mental son: trastornos psicósomáticos, solo demuestran la tensión emotiva a la que están sujetos, la neurosis: que se presenta cuando la personalidad previa no tiene la suficiente resistencia para soportar la condición anormal del hijo y por último la psicosis: se piensa que existe una condición patológica anterior y el niño anormal solo fué la causa desencadenante de una condición preestablecida. Como se comprende, el hecho de que un hijo sea deficiente mental, exige una gran madurez de los padres para ser aceptado.

Una de las preocupaciones de muchos padres en que sus otros hijos, los hermanos y hermanas del niño deficiente, se contaminen, de alguna manera por la presencia de un niño anormal en la familia, afortunadamente son muy pocas las pruebas objetivas que confirman estas preocupaciones. La mayoría de los hermanos de estos niños afirman que los efectos adversos son muy pocos (Gra. Ker Fishler y Koch, 1962). Las reacciones de los hermanos del deficiente mental son muchas o diversas, en las familias numerosas; es a veces aceptado como una parte de ella, en la familia restringida pueden ser objeto de sobreprotección o de rechazo por parte de los hermanos. Generalmente las hermanas a la edad de

casarse, intentan ocultarlo, es evidente, además que, en el terreno interrelacional, la actitud de los padres respecto al deficiente mental influye en el desarrollo de los hijos normales. Frente a la hiperprotección, el hijo normal se siente frustrado, en frente al rechazo paterno, el hijo normal se puede sentir incluido. Generalmente los hijos sufren la ambivalencia de los padres y se sienten o se creen privados de amor, su actitud reivindicativa frente a la sociedad que consagra su vida al hijo anormal.

Además de los problemas psicológicos que negativizan el ambiente familiar del deficiente mental, se ha descubierto que otro factor que influye directamente entre estas familias son las condiciones socioeconómicas y culturales de algunas de ellas que se ven formadas con un miembro anormal. Se repiten en su trágica situación con las familias de los deficientes mentales que habitan en los barrios bajos de las grandes ciudades, en sus hogares carentes de lo más indispensable, se percibe en ellos confusión e incertidumbre respirándose un ambiente francamente más patológico que negativiza el ambiente familiar para el niño deficiente mental como lo es la vida antihigiénica, la promiscuidad, las privaciones económicas, la incultura general que gestan o promueven directa o indirectamente a la deficiencia mental.

1.1.8 - La sociedad y el Deficiente Mental.- El deficiente mental no puede enfrentarse a la sociedad tal como está

organizada y plantea problemas psicológicos particulares, tanto en su ambiente social próximo como en el grupo interfamiliar.

La tolerancia hacia la deficiencia mental es muy variable, y pende de factores socioeconómicos. Se tolera peor en una ciudad industrializada que en un pueblo o en una organización tribal; se acepta mejor en los países subdesarrollados y peor en las familias ricas que los pobres, la tolerancia depende de las propias características de la deficiencia mental, nivel de deficiencia, malformación, déficit corporal, trastorno del carácter auto o heteroagresividad, apatía e inercia.

La población reacciona de una forma muy ambivalente, unas veces en forma de repulsión y otras en forma de piedad o seudopiedad. Si, es generosidad lo que mueve a la sociedad o demostraciones de disculpa que esconden un deseo de alejar a los deficientes mentales de los lugares en que se les tiene apartados. Estas actitudes influyen generalmente en la reacción de los padres ante el hecho de tener un hijo anormal, de tal forma que estos padres se sientan aislados de los otros padres de la comunidad; es fácil comprender que tan solos pueden sentirse estos padres, todo esto los empuja a no querer comentar nada al respecto al resto de la comunidad, siendo que en esta misma comunidad existen muchos otros padres que se enfrentan ante una situación similar.

El problema de aislamiento y rechazo social se agrava inevitablemente por una experiencia que caracteriza a todas

las personas deficientes, es esa experiencia de llevar las etiquetas de deficiente mental. Nuestra cultura hace mucho hincapié en ser normal y cualquier cosa que indique que el individuo es de alguna manera diferente, interferirá ineludiblemente con la aceptación social de esa persona. Este signo de desviación se llama estigma (Ingalls, 1982).

Muchas personas se sienten marcadamente incomodas en presencia de una persona anormal ya sea de ciego, de un lisiado o de cualquier otro individuo que lleve el estigma de anormal, como es el caso de un deficiente mental. La mayoría de las personas normales (que no tiene ningún estigma) no saben si es mejor ignorar el caso o si deben comportarse de alguna manera diferente, por razón del individuo presente. En consecuencia, cuando se encuentran delante de una persona estigmatizada, tienden a comportarse con mayor formalidad y menos espontáneamente, lo cual da por resultado una conversación difícil e inhibida, con la familia o acompañante del deficiente mental. El efecto más frecuente es que la persona no estigmatizada rope contacto de inmediato produciendo reacciones peores por parte de los niños los cuales tienden a burlarse sin misericordia de cualquier niño diferente.

Los efectos estigmatizantes de la etiqueta de deficiencia mental se agravan todavía más por el hecho de que mucha gente ignora casi por completo la naturaleza del deficiente mental. Todavía existen los viejos estereotipos de que los sujetos deficientes mentales son violentos, o

sexualmente promiscuos. Por lo tanto, algunas personas no permiten que sus hijos o hijas jueguen con niños deficientes, dando como excusa frívola que sus niños se exponen a contraer malos hábitos o que dicho contacto les resultara nocivo de alguna manera.

Sin embargo, algunas personas opinan que se ha exagerado los efectos denigrantes de las etiquetas y que hay muy pocas pruebas sólidas de que las etiquetas tengan efectos nocivos (MacMillanm Jones, Aloia, 1974). Más no hay que descartar una gran verdad "el aislamiento social de los niños deficientes mentales se debe más a sus modales sociales inmaduros que a su etiqueta de deficientes mentales" (Ingalls 1982).

1.2 Alcoholismo.— Desde que el fenómeno médico-social llamado alcoholismo existe, y prácticamente ha acompañado al hombre desde siempre, diferentes estudiosos (no sólo los médicos) han intentado definirlo con los conocimientos que se tienen a la mano, de la formación profesional de cada cual. Puede llamar la atención más aún, que todavía hoy día no existe un acuerdo unánime sobre la definición.

Durante más de dos décadas se aceptó en las mayorías de los programas contra esta enfermedad en muchos países, la definición que dieron los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1952, y que se traduce en los siguientes términos: "Los alcohólicos son bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones". Fué una buena definición que tuvo el mérito de introducir la idea de "Dependencia" que está implícita, desde entonces en las opiniones posteriores. Se dice que alguien depende de una droga (en este caso del alcohol), cuando la desea con vehemencia porque se ha habituado a ella y la necesita; si no la ingiere aparecen síntomas orgánicos que eventualmente pueden llevar hasta la muerte, se habla entonces, de la dependencia física, y si al suspender su administración no ocurre ningún trastorno orgánico, se llama dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir las dos formas, por ello el alcoholismo está considerado como una verdadera

"Farmacodependencia", término que ha sido sustituido gradualmente al de la drogadicción (Velasco, 1985).

La definición que parece ser la que más destacados especialistas aceptan y que para los objetivos de la presente investigación se utilizó es la del Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el alcohol de la Universidad de Rutgers en 1958 y enuncia lo siguiente:

"El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo".

Los elementos más importantes de esta definición son: Primeramente señala al alcoholismo como una enfermedad, con ello se le coloca entre los problemas de salud, susceptible de estudio desde los ángulos que son característicamente médicos. La etiología, así como la edad en que inicia la ingesta, la sintomatología que caracteriza el cuadro de la enfermedad, prevención, tratamiento y el retorno a la vida normal. En segundo término, la definición distingue claramente el alcoholismo de la intoxicación aguda, al establecerlo como una enfermedad crónica, es decir, de larga duración. No puede hablarse de alcoholismo si no se ha llegado a ciertas etapas, en las que ya se ven los síntomas característicos de la dependencia. Establece como característico esencial la ingestión excesiva de alcohol,

pese a la desaprobación general ("... hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado"). Aquí, se hace referencia a la posibilidad de dejar de beber; o sea, al verdadero estado de farmacodependencia (alcohol-dependencia), ya que ante el rechazo social de su exeso en el beber, es evidente que el alcohólico preferiría dejar de hacerlo. Ma lo hace porque se ha creado esa dependencia que primero es psicológica, pero que con el tiempo y de manera inevitable será física si continúa bebiendo.

Por último, señala la existencia de un daño físico o mental es una condición para el diagnóstico de un alcoholismo verdadero, en donde se hace referencia a la salud física, las relaciones interpersonales y la capacidad para el trabajo.

La definición del Dr. Keller permite valorar cada situación individualmente, sin embargo existen grados de alcoholismo que varían de un sujeto a otro. Es importante entonces resaltar otras definiciones secundarias y clasificaciones que auxilien a comprender mejor la situación particular de cada persona que ingiere bebidas alcohólicas. Con frecuencia la gente clasifica a los consumidores por la cantidad de alcohol que ingieren diariamente, aunque esto muestra ser un buen parámetro para hacer diagnóstico, Velasco (1985) incluye algunas definiciones que complementan el punto y que se tomaron como base para el desarrollo de este estudio con el fin de obtener más claro si el individuo era o no alcohólico.

Abstinencia.- Es la ingestión de una cantidad muy moderada de bebidas alcohólicas (el equivalente a una o dos copas de licor), solo en situaciones excepcionales, nunca más de cinco veces al año y sin llegar en ningún caso al estado de ebriedad. Abstinente es también el que nunca toma alcohol.

Ingestión moderada de alcohol.- Es el hábito o costumbre de consumir menos de 100 mililitros de alcohol absoluto en un día, alcanzando menos de 12 estados de embriaguez al año (alcohol absoluto). La gran mayoría de las personas que han decidido no ser abstinentes pero que tampoco son alcohólicos quedan dentro de esta designación, afortunadamente el mayor porcentaje de ellas no pasa al nivel siguiente.

Ingestión excesiva de alcohol.- Es la que comprende a los individuos que acostumbran ingerir bebidas alcohólicas en forma habitual por más de tres días a la semana y en más de 100 mililitros de alcohol absoluto, cada vez. Esto equivale a más de un cuarto de litro de bebidas destiladas (tequila, vodka, whisky, ginebra). Esta última definición secundaria es la que se emplea para determinar la presencia de esta sustancia en los padres.

El alcoholismo tiene niveles de gravedad y no es lo mismo estar en las primeras etapas que sufrir la rutina física y mental como consecuencia de haber abusado del alcohol durante muchos años. Por eso para comprender de

manera más completa este proceso se tiene que pasar de la definición a la clasificación, solo se hablara de la del Dr. Jellinek. Pero antes se mencionará la división que muchos hacen equivocadamente de considerar la del primer grupo como individuos no alcohólicos. Este primer grupo se llama alcoholismo Intermitente, se caracteriza por la incapacidad que tienen los enfermos de detenerse una vez que han empezado a beber, así como por los periodos de abstinencia de una u otra borrachera, pudiendo durar de semanas hasta meses; el estado de embriaguez suele prolongarse por semanas generalmente hasta que un problema serio de orden orgánico obliga al alcohólico a detenerse. Después de unos días, sobre todo si es atendido por el médico, se recupera físicamente y queda en espera de la siguiente intoxicación. En el segundo grupo se encuentran los llamados alcohólicos Inveterados; forma en la que el sujeto ha sufrido la pérdida de su libertad para abstenerse de ingerir y por ello tiene que hacerlo cotidianamente.

Ahora bien, la clasificación más utilizada es nuevamente la del Dr. Jellinek; quien se basa en el grado de gravedad y en las complicaciones físicas, dependencia psicológica y/o física del alcohol. Utilizo para llamar a estas cinco formas las primeras letras griegas denominandolas:

Alcoholismo Alfa.- Traduce una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe al hecho de que al alcohol aporta al individuo un alivio a sus

selectivos físicos o a sus conflictos emocionales. Afecta a quienes tienen problemas de carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo Beta.- Se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión (pero puede haber dependencia psicológica).

Alcoholismo Gamma.- En este tipo de alcoholismo, de mayor gravedad, sí hay una dependencia física y psicológica con pérdida del control o pérdida de la libertad, para moderarse en la bebida. El bebedor puede dejar el alcohol durante semanas y aún meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control. En él puede presentarse el síndrome de abstinencia.

Alcoholismo Delta.- Aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero el sujeto a diferencia del Gamma no puede abstenerse de beber ni aún unos días. Se presenta el síndrome de abstinencia. Esta forma de alcoholismo es más común en los países cuya fuente principal de alcohol ingerible es el vino.

Alcoholismo Epsilon.- Es el alcoholismo periódico, también llamado "dipsomanía". No debe confundirse con

el tipo de Gama que también tiene períodos de abstinencia (Velazco , 1985).

En la presente investigación el 85% de los padres que ingieren bebidas alcohólicas pertenecen al alcoholismo Epsilon y el 15% restante se incluyen en el alcoholismo Gama.

1.2.1 } El Alcoholismo y sus repercusiones en el comportamiento social del individuo.- El conocimiento y la experiencia psicológica han mostrado que la existencia de una práctica tan extendida como el uso del alcohol, existe porque satisface necesidades psicológicas de raíz profunda. A menudo se encuentra que estas necesidades son el deseo de alivio a las tensiones producidas por conflictos, resentimientos, frustraciones y otras fuentes de angustia. La angustia es una experiencia humana tan constante y universal, y el alcohol tan efectivo para aliviarla, que su uso data de muchos siglos. Una persona bien adaptada experimenta angustias, pero es capaz de manejarlas sin recurrir a medidas que tienden a trastornar su personalidad. En el individuo normal la personalidad es madura, está relativamente bien organizada y tolera la angustia, los sentimientos de culpa y las frustraciones. La necesidad de alivio para estos factores es pequeña y puede encontrar satisfacción a través de unos cuantos rasgos ligeramente neuroticos. Por el contrario si el individuo es emocionalmente dependiente e inmaduro, sus tensiones son extremas o su

tolerancia frente a la angustia y a la frustración es baja, puede desarrollar una reacción neurótica o bien recurrir a la ingestión excesiva de alcohol, llegando a la intoxicación para eliminar por completo la realidad. Por otra parte el alcohol sirve también para crear un círculo vicioso que ayuda a fijar el hábito, ya que disminuye la capacidad de represión y tiende a liberar las inhibiciones. El alcohólico expresa en forma inapropiada sus tendencias agresivas, sexuales o de dependencia, desarrolla resentimientos cuando le frustra dichas tendencias y más tarde, cuando ya sobrio reflexiona sobre ellas, presenta sentimiento de culpa y remordimiento. Tales sentimientos y reacciones constituyen la fuente de un nuevo exceso en la ingestión del alcohol, de modo que el alcohol mismo produce el efecto contrario a los fines para los cuales se ingiere. El trastorno psicopatológico que conduce hacia el alcoholismo, varía en cada individuo. Los factores culturales y sociales influyen en el grado de alcoholismo. No hay duda de que, en algunos casos, el alcoholismo excesivo es meramente el resultado de un deseo de adaptarse a los costumbres de un grupo, y representa la necesidad de hacer algo que proporcione cierto prestigio al individuo. Si un sujeto con baja tolerancia a la angustia vive en un marco social que impone sanciones extremas a los alcohólicos, recurre a otros escapes (Souza, 1988).

Un número considerable de las personas que ingieren grandes cantidades de alcohol durante un periodo, terminan

por sufrir cierta desintegración de la personalidad; los cambios varían desde una alteración en la estabilidad y el control emocional, hasta una demencia notable. El principal daño orgánico que inflige el alcohol al sistema nervioso humano, se debe a avitaminosis y no a la agresión tóxica primaria.

Uno de los primeros síntomas mentales del exceso de alcohol es una tendencia creciente a actuar en forma impulsiva tomando como guía las fuerzas instintivas primitivas y la afectividad momentánea debido a diversos factores especialmente por un sentimiento de rechazo y frustración, el paciente alcohólico desarrolla resentimiento, hostilidad y sentimiento de culpa. Aunque por lo menos durante un período constante se conserva cierta capacidad para los sentimientos éticos, estos no se mantienen ni se aplican, de lo cual resulta una frustración en los propósitos y las tendencias éticas, la voluntad se debilita, se pierde la perseverancia y el paciente se vuelve mentiroso y poco digno de confianza. Su tendencia al engaño y a justificar todo lo reprochable de su conducta, no es sino una parte de su incapacidad fundamental para encarar los hechos de la realidad y de su propia situación. El enfermo culpa a otros de sus fracasos y se representa a sí mismo como una persona de quién se abusa, víctima de circunstancias de las que él no es responsable desde ningún punto de vista, y al mismo tiempo exagera sus propios méritos (Noyes K. 1969).

Los efectos se pierden y la ambición desaparece. El alcohólico declarado se vuelve negligente respecto a su apariencia personal y descuidado con su familia. A medida que aumenta su egocentrismo, desaparece, o más bien, se embota el sentido de la responsabilidad social o de otro tipo, que se conserva al principio; el paciente evade cualquier problema por medio de la burla y la superficialidad. Habitualmente el estado de ánimo del enfermo se caracteriza por euforia sin justificación y buen humor, libre de preocupaciones; sin embargo, una sola palabra que implique reproche puede provocar una explosión violenta y soez de irritabilidad. Una sola frase de conmiseración hace que el paciente lllore con facilidad, una palabra cordial en la espalda rápidamente abre el paso a una risa alegre. Con sus amigos el alcohólico puede ser afectuoso y acogedor, compartiendo sus placeres de manera entusiasta; en su hogar, en cambio, puede ser brutal, insolente y desvergonzado. En casi todos los casos, la vida sexual del paciente está mal ajustada; a veces esa es la causa del alcoholismo y otras, su resultado no es raro que dicho desajuste prolongue el círculo vicioso. El enfermo adopta una actitud defensiva hacia los que no son alcohólicos y se vuelve susceptible, irritable y critica todo en presencia de personas, que según él no aprueban todos sus excesos. Aparece una pobreza cada vez mayor de ideas, y una mayor incapacidad progresiva para mantener la atención y para efectuar diferenciaciones detalladas.

Después de cierto tiempo, la memoria se altera y finalmente la demencia incidiosa se vuelve extrema, por ejemplo; los exámenes psicométricos de estos pacientes indican, que el funcionamiento mental de diversas capacidades, se altera antes de que aparezcan signos clínicos de lesión cerebral (Noyes, 1969).

1.2.2 La familia y el alcoholismo.- Las características de la personalidad del alcohólico mencionadas anteriormente, principalmente en el orden de la afectividad se expresan fundamentalmente en la familia. Ey, Bernard y Brisset (1979), expresan que el alcohólico crónico muestra una despreocupación y una indiferencia con respecto a su familia, protestando siempre, por otra parte, de su falta de autoridad en la casa y el desprecio de que es objeto, sobre todo por parte de sus hijos. La regresión de su afectividad o su falta de integración se traducen también por un sentimentalismo "llorón" característico. Siempre está dispuesto a hacer alarde de sus buenos deseos, a manifestar su arrepentimiento y a comprometerse en buenos propósitos mediante juramentos. A estos se añade la relación interpersonal que existe con el conyuge para la presencia de violencia familiar (Corenblum, 1983) generada entre otros aspectos por el estado de ebriedad de la pareja, por la aparición de un comportamiento celoso, por la disminución de la potencia sexual o por la inseguridad respecto al conyuge.

En estas familias los hijos se ven involucrados en el funcionamiento de la pareja conyugal y los padres no apoyan

el funcionamiento hacia el desarrollo independiente de ellos. En éstas, la pareja está en conflicto o lo evita constantemente adoptando el hijo conductos antisociales] para desviar la atención hacia él evitando de esta manera la cercanía entre padres como conyuges que ponga en peligro su relación (Centro de Integración Juvenil, 1978).

En estudios de niños de padres biológicos alcohólicos (Mc.Kenna, T. y Pickens, R. 1983) se han descrito las siguientes características de personalidad: dejan fácilmente la escuela, tienen dificultad para relacionarse con sus compañeros de edad y grado así como para tener amistades cercanas. Explican que estas relaciones dificultan paralelamente la adaptación social, quizá porque se añaden a ellas altas proporciones de agresión manifiesta y dirigida.

Se ha encontrado además de la agresividad proporciones elevadas de depresión, dependencia y separación emocional. Sin embargo, en otros estudios (citados en Mc Kenna, T. y Pickens, R., 1983), no se ha determinado si la agresividad encontrada en niños de padres alcohólicos es una función:

1) del sexo del padre alcohólico, 2) el número de padres alcohólicos o 3) una interacción entre el sexo del padre alcohólico y el sexo del niño. En el estudio mencionado se encontró que el número de padres alcohólicos es asociado con niveles incrementados de agresión y psicopatología en niños alcohólicos. Los niños con una sola madre alcohólica no difirieron de la de niños con solo un padre alcohólico y el sexo del niño. Se discute sobre la relación entre

inestabilidad familiar y el desarrollo de conducta antisocial para el desarrollo de alcoholismo.

La experiencia que se tiene de los niños deficientes mentales de padres alcohólicos en relación a aquellos cuyos padres no lo son en la Escuela de Educación Especial de Tijuana, indica un trastorno en la dinámica familiar, donde existe entre otros aspectos, conflicto de pareja, la madre adquiere la responsabilidad de los hijos en el hogar y sufren carencias económicas. El comportamiento de los hijos en el hogar es de temor, dependencia y protección hacia la madre, agresión hacia el padre (que es el que generalmente ingiere alcohol), o por otro lado, muestran inseguridad, retraimiento y aislamiento.

En la escuela muestran conductas ambivalentes de rechazo o aceptación al maestro dependiendo de su sexo, rebeldía a la autoridad, agresión a los compañeros y negación a recibir instrucción. Conductas que llegan a perturbar el proceso educativo del niño.

## II. METODOLOGIA

## C A P I T U L O   I I

### METODOLOGIA

#### 2.1 - Diseño.-

En este estudio se llevó a cabo una investigación de campo con el diseño ex-post-facto "dos grupos sin control" (Kerlinger, 1988). Estos se justifican por tres aspectos:

- 1) Se realizó en una situación Institucional y el fenómeno (o las variables) a estudiar se encuentran presentes en la población.
- 2) La variable independiente bajo investigación no se manipuló, es decir, no estuvo bajo control directo del investigador, sino que se midió por los valores ya establecidos de la teoría (Velazco, F. R. 1985).
- 3) La asignación de los sujetos a los diferentes grupos no fué al azar, sino que fueron seleccionados a cada grupo dependiendo de la presencia o ausencia del alcoholismo en los padres.

El diseño se representa de la siguiente manera (Kerlinger, 1988):



donde:

$\textcircled{X}$  = Variable independiente: Consumo repetido y excesivo de bebidas alcohólicas. Presentes en el grupo "A", no se manipuló, no estuvo bajo

control directo del examinador, sino que se midió por los valores establecidos por la teoría.

Y = Medida de la variable dependiente

Comportamiento ecológico, medido por el Perfil de Evaluación del Comportamiento (PEC). Se espera ocurra alteración en el comportamiento en el grupo "A".

(-X) = Variable independiente: No presente en el grupo "B".

-Y = No ocurre la variable dependiente o bien, se espera ocurra alteración en el comportamiento ecológico pero en menor grado en el grupo "B".

La línea entre dos niveles, indica grupos separados.

Así, en este trabajo se estudiaron dos grupos de niños deficientes mentales. En uno de ellos existe la variable independiente y se espera que ocurra un efecto Y, variable dependiente, en en el otro grupo, no está presente la variable independiente y se espera que ocurra la variable dependiente pero con menor alteración.

## 2.2 - Planteamiento del Problema.-

Considerando que a distintos niveles los problemas en el comportamiento se encuentran presentes en los deficientes mentales, es inquietante investigar si el alcoholismo en padres (como otro factor influyente) incrementa aún más la

posibilidad de alteraciones en el comportamiento de sus descendientes. Lo anteriormente expuesto ha conducido a plantear el siguiente problema de investigación: ¿ Existe diferencia en el comportamiento ecológico de los niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren ?.

Este planteamiento surge como una necesidad existente en la población escolar de la Escuela Primaria Urbana Federal de Educación Especial, en Tijuana, B.C.N. El investigarse conduciría a superar el tratamiento de estos alumnos deficientes mentales para lograr una mayor integración psicosocial.

### 2.3 - Hipótesis.-

Para efectos de la siguiente investigación se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis Conceptual.- Los niños deficientes mentales cuyos padres ingieren bebidas alcohólicas tienen mayor alteración en el comportamiento ecológico que los niños cuyos padres no las ingieren.

Hipótesis de Trabajo.- Ho. General: No existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de los Escalas de Evaluación del estudiante: Hogar, Escuela y Compañeros, del Maestro y de los Padres, de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas

alcohólicos de aquéllos cuyos padres no los ingieren. El comportamiento es el mismo en ambos grupos.

Hi General: Existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de las Escalas de evaluación del estudiante: Hogar, escuela y compañeros, del maestro y de los padres, de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren. El comportamiento ecológico no es el mismo en ambos grupos.

Para cada una de las Escalas, se plantearon las siguientes hipótesis:

H01: No existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Estudiante: Hogar, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

H11: Existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Estudiante: Hogar, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

H02: No existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Estudiante: Escuela, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

Hi2: Existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Estudiante: Escuela, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

Ho3: No existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Estudiante: Compañeros, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

Hi3: Existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Estudiante: Compañeros, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

Ho4: No existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Maestro, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

Hi4: Existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Maestro, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

Ho5: No existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación de los

de los hijos deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

H15: Existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación de los Padres, de niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren.

#### 2.4 - Variabes:

Variable Independiente.- Consumo repetido y excesivo de bebidas alcohólicas en los padres.

Definición operacional: Es aquélla en la que los individuos ingieren bebidas alcohólicas en forma habitual por más de tres días a la semana y en más de 100 mililitros de alcohol absoluto cada vez (Velazco 1985) y que tienen hijos deficientes mentales.

Variable Dependiente.- Comportamiento ecológico, medido por los puntajes del Perfil de Evaluación del Comportamiento (P.E.C.) (Anexo C) en sus tres Escalas:

##### 1. Escala del Estudiante:

1.1 Hogar

1.2 Escuela

1.3 Compañeros

##### 2. Escala del Maestro

##### 3. Escala de los Padres.

En el presente estudio se define cada una de ellas como sigue:

1. Escala de Evaluación del estudiante: Estas Escalas miden la imagen que el niño tiene de sí mismo y la evaluación de su propio comportamiento en tres aspectos:

1.1 Hogar: Comportamiento o situaciones que ocurren en la casa.

1.2 Escuela: Comportamiento o situaciones que ocurren en la escuela o en el salón de clase.

1.3 Compañeros: Comportamiento que involucra relaciones y habilidades interpersonales.

2. Escala de Evaluación del Maestro: Mide las actitudes, opiniones y observaciones de los maestros acerca del alumno en la escuela y en el salón de clases sobre conducta y relación con compañeros.

3. Escala de Evaluación de los Padres: Mide actitudes, opiniones y observaciones de los padres acerca del comportamiento del niño en el hogar.

Las variables extrañas que se controlaron en ambos grupos fueron: en niños, la edad de 8 a 13 años 11 meses, coeficiente intelectual de 50 a 69, escolaridad de segundo a sexto grados especiales y condiciones de aplicación en un cubículo de psicología. En los padres, la ingesta de alcohol de acuerdo a los valores establecidos por la teoría sin otras sustancias estimulantes y las condiciones de

aplicación, en el "aula magna" de la Escuela y bajo las mismas instrucciones para cada cuestionario y escala aplicada.

## 2.5 - Sujetos:

La población está formada por niños diagnosticados (por instrumentos psicológicos (Entrevista a Padres, Wisc-RM, Test Gestáltico, Visomotor de Bender y Dibujo de la Figura Humana) y los estudios respectivos de cada departamento que integran el equipo de apoyo y que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de los niños) como "Deficientes mentales educables". Oscilan entre una edad cronológica de 3 meses a los 18 años aproximadamente, de ambos sexos, con diversa etiología para la deficiencia mental diagnosticada y cursan diversos grados escolares, desde intervención temprana hasta el sexto grado de primaria especial. El nivel sociocultural y socioeconómico es diverso y todos son nacionalidad mexicana. Para obtener la muestra a estudiar, la población se estratificó en dos estratos: El primero, niños con síndrome de Down y el segundo niños con diversas etiologías. Por características de la escala a utilizar, del segundo estrato (población bajo estudio), se seleccionaron a todos los niños de 8 a 13 años 11 meses de edad cronológica, de ambos sexos y cursan de segundo a sexto grados de primaria especial, de los cuales, se subestratificaron a su vez en dos grupos: Un grupo "A" integrado por aquellos niños cuyo padre, madre o ambos ingieren bebidas alcohólicas y un

grupo "E", por aquellos niños cuyos padres no los ingieren. La asignación de los sujetos a cada grupo fué por la presencia o ausencia de alcoholismo en los padres, dato obtenido por la "Guía de Entrevista para Padres" y cuyo análisis reúne los criterios establecidos por la teoría para la decisión de presencia o ausencia del alcoholismo. Datos que se confirmaron también mediante los expedientes de cada alumno, con atención especial en la Historia Clínica Pediátrica, Estudio Psicológico y Estudio Social.

Se descartaron de la muestra los niños con síndrome de Dawn (21 por ciento de la población total), considerando que por sus rasgos físicos aparentes son rechazados socialmente afectando de esta manera su comportamiento, en comparación a otro niños deficientes mentales con diversas etiologías cuyos rasgos físicos no son evidentes y, por tanto, la aceptación social es mayor, influyendo también en el comportamiento social de los mismos. Se eliminaron así mismo aquellos niños (4 por ciento de la población bajo estudio) que por su grado de deficiencia mental concomitante con alteraciones mentales y lenguaje severo (ininteligible) les fué difícil responder a la prueba, aquéllos (8 por ciento de la población bajo estudio) que se han ausentado temporalmente sin ser dados de baja de la escuela y cuyas causas se desconocen, y por último, aquellos niños (4 por ciento de la población bajo estudio) cuyos padres se resistieron a ofrecer información.

Así, la muestra se integró de la siguiente manera:  
 Grupo "A": 20 niños de ambos sexos, 20 padres de familia y 8 maestros especialistas en Deficiencia Mental  
 Grupo "B": 14 niños de ambos sexos, 14 padres de familia y 8 maestros especialistas.

#### 2.6 - Escenario:

La investigación se llevo a cabo en la Escuela Primaria Urbana Federeal de Educación Especial, ubicada en el municipio de Tijuana, Baja California Norte. Esta Institución depende de la Dirección General de Educación Especial, subordinada a su vez de la Secretaría de Educación Pública. Atiende a una población de niños diagnosticados como "deficientes mentales educables". El personal que labora en ella está integrado por un equipo de apoyo que realiza el diagnóstico y tratamiento del niño. Este equipo está formado por trabajadores sociales, psicólogos, médico psiquitra y terapistas de lenguaje. Además del equipo de apoyo se cuenta con maestros especialistas quienes tratan directamente la labor pedagógica de los escolares. Dentro de los Servicios que ofrece la Escuela incluye la atención odontológica, personal administrativo y de intendencia. Todos encaminados a fomentar la integración del deficientey mental a la comunidad y su aceptación a la sociedad.

#### 2.7 - Descripción de Instrumentos o Materiales.-

Se utilizaron los siguientes materiales:

Para la obtención de valores de la variable independiente:

1.- Guía de entrevista para Padres. Para fines de esta investigación, se adaptaron y midificaron las tres primeras secciones de la Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Alcoholismo (HCPCA) (Souza 1988) (Anexo A), para aplicarse a los padres de familia con el fin de confirmar la información acerca de las características del alcoholismo parental, su repercusión en la familia y en el niño deficiente mental. Se incluyó en ella la variable independiente (Consumo en cantidad y días de ingesta de bebidas alcohólicas). Las secciones de ésta consisten en:

Sección I.- Se refiere a los aspectos sociodemográficos y sociomédicos.

Sección II.- Trata de los aspectos generales y específicos relacionados al consumo de alcohol, familiares e individuales.

Sección III.- Consta de las características del padecimiento actual del alcoholismo.

Se emplearon también:

2. Historia clínica pediátrica.- Ofrece datos patológicos personales y familiares del alumno, así como su exploración física y exámen mental actual. La utiliza el médico psiquiatra de la Institución.

3. Expediente Psicológico.- Contiene la entrevista a los padres y los resultados obtenidos por el niño en la

batería de pruebas, integrada por los instrumentos: WISC-RM, Test Guestáltico Visomotor de Bender (valorado por Koppitz) y Dibujo de la Figura Humana (valorado por Koppitz).

4. Estudio Social. Es un estudio que se aplica a todos los padres de los niños con el fin de investigar el nivel socioeconómico, sociocultural y dinámica familiar. Se emplea en el Servicio de Trabajo Social de la Escuela.

Para el registro de la Variable Dependiente:

5. Perfil de Evaluación del Comportamiento (P.E.C.) En la búsqueda de un instrumento de evaluación del comportamiento válido, confiable y estandarizado en población mexicana, se recurrió a la orientación de la Dra. en Psiconeurología, Maureen Priestley, profesora de la Universidad de California, en San Diego y colaboradora en la estandarización del instrumento, quién sugirió el empleo de este Perfil y proporcionó las referencias postal y telefónica para establecer comunicación directa con los editores de Proed, en Austin, Texas a quienes se les solicitó fundamentos y ejemplar del instrumento (ver anexo B) de los que recibió respuesta inmediata con el envío gratuito de dicho Perfil de Evaluación.

Los autores de dicho Perfil son Linda L. Brown y Donald D. Hammill, 1982, con la traducción de Joanna Fountain Chambers. Es un instrumento que permite la evaluación del comportamiento ecológico y como tal lo evalúa en una variedad de situaciones (hogar, escuela y la percepción que el niño tiene de sí mismo en diferentes situaciones) y desde

diferentes puntos de vista: del propio niño, de sus padres o tutores y de sus maestros.

el PEC fué desarrollado en inglés inicialmente. La versión original de las Escalas llamada "Behavior Rating Profile" (Brow y Hammill, 1978), se compone de 120 ítems. En 1981, éstos fueron traducidos y adaptados al español y estandarizado con muestras de estudiantes, maestros y padres en México. Los participantes tenían domicilio en Coahuila, Jalisco, México (Naucalpan y Tecamochalco), Yucatán y el Distrito Federal. No se incluyó ningún niño que se supiera recibía Servicios de Educación Especial.

Respecto a la información normativa, los resultados del PEC se presentan en términos de puntajes estándar reportados en una distribución cuyo promedio es 10 y desviación estándar de 3, por lo que, los puntajes menores a siete o mayores que 13 se consideran diferentes a la norma o desviados estadísticamente y como tal son dignos de interés. En esta investigación, se considerará que existe una alteración en el comportamiento en cada una de las ecologías (Escalas) en que se evalúa, si la media de los puntajes estándar de un grupo se encuentra por debajo de un puntaje de siete o por arriba de un puntaje de 13. Así, el empleo del instrumento se justifica por reunir los siguientes aspectos:

1. Es estandarizado en México
2. Es válido y confiable (Brown, L. Hammill, D.O., 1982)
3. Contiene normas de referencia

4. Evalúe lo que en esta investigación se pretende medir:  
el comportamiento del niño en diferentes ámbitos.
5. En breve periodo de tiempo se aplica, califica e  
interpreta

El PEC, contiene 6 componentes independientes: cinco listas de control y un sociograma. Por características de la población a estudiar, se emplearon solo cinco listas de control. Ellas están incluidas en una división de tres Escalas: 1. Escala de Evaluación del Estudiante, que a su vez comprende tres subEscalas: Escala de Evaluación del Hogar, de la Escuela y de los Compañeros; 2. Escala de Evaluación del Maestro y 3. Escala de Evaluación de los Padres (Anexo C).

1. Escala de Evaluación del Estudiante, Hogar, Escuela y Compañeros: consta de 60 reactivos, de los cuales a cada subescala le corresponden 20 ítems. Todos se encuentran intermezclados en un solo folleto. Se les pide a los niños completen en esta escala clasificando cada pregunta como "verdadero" o falso". Para la calificación y obtención del puntaje bruto, de la columna de la categoría de "falso", se sumará, otorgándole un valor de un punto. Posteriormente se traduce a un puntaje estándar de acuerdo a las tablas correspondientes que proporciona el Manual del Perfil.
2. Escala de Evaluación del maestro: Consta de 30 ítems que son oraciones descriptivas acerca del comportamiento del niño en el salón de clase, escuela y compañeros,

que el maestro debe clasificar en una de las cuatro categorías variadas en: "muy parecido al estudiante", "algo parecido al estudiante", "poco parecido al estudiante" y "nada parecido al estudiante". Para obtener la calificación de la Escala, se suman cada columna, la suma se multiplica por el cómputo que aparece en el folleto, se suman los productos para obtener el puntaje bruto y se convierte en puntaje estándar usando la tabla correspondiente.

3. Escala de Evaluación de los Padres. Consta de 30 ítems, que son oraciones descriptivas acerca del comportamiento del niño en el hogar y que los padres o tutores deben responder separadamente a cada una de las opciones de los reactivos, estos son: "muy parecido a mi hijo (a)", "algo parecido a mi hijo (a)", "poco parecido a mi hijo (a)", y "nada parecido a mi hijo (a)". Para computar el puntaje de esta escala, se suman el número de respuestas en cada una de las cuatro categorías, se multiplica por el dígito que indica el mismo folleto, se obtiene el puntaje bruto, sumando los productos y se localiza en la tabla correspondiente para la conversión a puntaje estándar.

Las instrucciones para la aplicación de cada uno de las Escalas a los niños, padres y maestros se ofrecen en cada folleto.

Los puntajes obtenidos para cada niño se grafican en la hoja de perfil de Evolución del Comportamiento (anexo D).

La interpretación de los resultados del Perfil se fundamenta en las variaciones estadísticas, es decir, en los puntajes diferentes o la norma e indican las áreas en que se necesita más investigación o intervención y aquellas donde el niño se desempeña bien.

## 2.8 - Procedimiento.

La asignación de los sujetos a cada uno de los grupos fué por la presencia o ausencia del alcoholismo en uno o en ambos padres. Para ello, se revisaron inicialmente los expedientes de todos los niños de 8 años a 13 años 11 meses de edad cronológica (31 por ciento de la población escolar total), con atención especial en la Historia Clínica Pediátrica, Entrevista psicológica y Estudio Social, que proporcionaron una visión de los niños que conformarían cada grupo. Posteriormente, se citó a los padres de esos niños y se les aplicó en forma individual la "Guía de Entrevista para Padres". La instrucción para el desarrollo de ésta fué:

"Como profesionistas interesados en el comportamiento de nuestros alumnos, hemos detectado la presencia de alcoholismo en algunos padres, es por ello, que con este cuestionario pretendemos recabar información para investigar si este problema influye en el comportamiento de los alumnos. La información que proporcionen será confidencial y sólo la manejará el Departamento de Psicología".

Se dió lectura a cada reactivo y se anotó la respuesta de cada uno de ellos. El tiempo para responder esta Guía fué de 30 minutos aproximadamente.

Una vez aplicada a todos los padres de los niños que conformaron la muestra, se procedió a obtener los valores de la variable independiente.

Para investigar la ingesta de alcohol en la Guía de Entrevista para Padres, los sujetos respondieron textualmente la cantidad de bebida en las unidades (vasos, botellas, etc) que ingerían. Estas se convirtieron después en cantidad de alcohol absoluto. Para la obtención de este valor se utilizaron las siguientes fórmulas para las bebidas más comunes (Souza, 1988):

1. Cervezas:

Cant. en ml. x núm. de cervezas ingeridas x 5 grados B. Lussac

100

2. Pulque:

Número de jarros x 1000 ml. x 4 grados Gay Lusacc

100

3. Tequila:

Cantidad en ml. de la botella x 40 grados Gay Lusacc

100

3. Brandy:

Cantidad en ml. por unidad x 40 grados Gay Lusacc

100

En dicha guía se registro también la cantidad de ingestión semanal. Una vez obtenidos estos dos valores, se asignaron los niños a cada grupo.

Para el registro de la variable dependiente, se aplicaron la Escala de Evaluación de los Padres, a los padres o tutores de cada niño, la Escala de Evaluación del estudiante, a los niños y la Escala de Evaluación del maestro, al profesor de cada niño seleccionado para obtener así un perfil del Comportamiento Ecológico de cada grupo.

La escala de Evaluación del estudiante, se aplicó individualmente a cada niño de acuerdo a la instrucción especificada en el Manual. Es importante aclarar que en algunos niños (los más pequeños) hubo la necesidad de leerles cada reactivo ya que no saben leer y en algunos otros se amplió la instrucción apoyada en los lineamientos para la administración del P.E.C. El tiempo promedio de aplicación fué de 30 minutos aproximadamente.

La escala de Evaluación de los Padres. En una segunda sesión se aplicó dicho instrumento en forma grupal y en un tiempo aproximado de 25 minutos. Las instrucciones por el protocolo de aplicación fueron escritos en el pizarrón para después dar lectura por el investigador tanto a las mismas como a cada frase descriptiva. Se proporcionó un margen de tiempo para responder y continuar con el siguiente reactivo.

La Escala de Evaluación del Maestro. Se les proporcionó a los profesores de los alumnos que conformaron la muestra, un formato de dicha escala, que contiene la identificación

de cada niño, las instrucciones especificadas y las frases descriptivas a investigar para completarse. Previamente se pidió su colaboración en forma verbal y se explicó el motivo de este trabajo. El tiempo que utilizó cada maestro en responder fué de 8 minutos aproximadamente.

Una vez aplicadas las Escalas a los padres, maestros y niños se procedió a la calificación para obtener el puntaje bruto y estándar para cada uno de los integrantes de la muestra y obtener así un Perfil Ecológico para cada niño.

Posteriormente, se computaron los datos estadísticamente mediante la prueba "t" de student, con un nivel de significancia de  $F \leq 0.05$  para aceptar o rechazar la hipótesis de nulidad.

Finalmente, se obtuvieron los resultados con auxilio de gráficas y tablas. Se les interpretó y se concluyó sobre este estudio.

### III. RESULTADOS

## C A P I T U L O    I I I

### RESULTADOS

#### Análisis General.

El resultado arrojado por la prueba estadística "t" de student al comparar dos grupos de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren no resultó significativo al nivel de significancia de 0.05 en las Escalas de Evaluación del Estudiante: Hogar, Escuela y Compañeros y la de los Padres, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo general para esas Escalas y se acepta la hipótesis nula general para las mismas, concluyendo que no existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de las Escalas de Evaluación del Estudiante: Hogar, Escuela y Compañeros y la de los Padres de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren. La media de los puntajes es similar.

Sin embargo, el resultado del análisis estadístico en ambos grupos indica un nivel de significancia de 0,05 en la Escala de Evaluación del Maestro, aceptándose de esta manera la hipótesis alterna para esa Escala y rechazando la hipótesis nula para la misma, concluyendo que existe una diferencia significativa entre las medias de los puntajes de

la Escala de Evaluación del Maestro de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren. La media de los puntajes del grupo "A" es menor.

De acuerdo a la definición operacional de la variable dependiente, la media de los puntajes del grupo "A" en esta Escala no se encuentra por debajo del puntaje establecido para considerarse alteración en el comportamiento, sino que se ubica dentro de los puntajes considerados como normales.

#### Análisis de las Variables.

Escala del Estudiante: Hogar. Se acepta la hipótesis nula que dice: no existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Estudiante: Hogar de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren (vease la tabla 1).

Escala del Estudiante: Escuela. Se acepta la hipótesis nula que dice: no existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Estudiante: Escuela de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren. La media de los puntajes es similar. (vease la tabla 1).

Escala del Estudiante: Compañeros. Se acepta la hipótesis nula que dice: no existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación

del Estudiante: Compañeros de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren. La media de los puntajes es similar. (vease la tabla 1).

Escala del Evaluación del Maestro. Se acepta la hipótesis alterna que dice: existe una diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación del Maestro de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren. La media de los puntajes del grupo "A" es menor (Véase la tabla 1).

Escala del Evaluación de los Padres. Se acepta la hipótesis nula que dice: no existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de la Escala de Evaluación de los padres de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren. La media de los puntajes es similar (Véase la tabla 1).

Como se aprecia en la figura 1 existe la misma tendencia en las medias de los puntajes en cada una de las Escalas de ambos grupos, hallándose ligera elevación en las medias del grupo de niños cuyos padres no ingieren bebidas alcohólicas, excepto en las Escalas del Estudiante: Hogar y la de los Padres que se encuentran ligeramente disminuídos en relación al otro grupo de niños. La mayor elevación se encuentra en la Escala del Maestro. Las medias de los puntajes de ambos grupos se ubican dentro del Perfil considerado normal.

### Observaciones estadísticas de la muestra de padres.

Estos se obtuvieron de la "Guía de Entrevista para Padres" en las dos muestras empleadas. Hubo algunos datos que el grupo de padres que no ingieren bebidas alcohólicas no respondieron por considerar la ingesta de alcohol como un problema no presente en ellos.

Para la selección de la muestra de padres que ingerían bebidas alcohólicas de aquéllos que no las ingerían se obtuvieron los valores de la variable independiente (ingesta de alcohol absoluto en ml. (consumo excesivo) y días a la semana (consumo repetido)), que en esta sección se describen como sigue:

En la figura 2 se observa que el mayor porcentaje de padres ingiere de 300 a 570 ml. de alcohol absoluto por tres días a la semana. La minoría ingiere mayores cantidades de dicha substancia.

La figura 3 indica que el mayor porcentaje de padres ingieren bebidas alcohólicas por tres días consecutivos. La minoría los ingiere de 4 a 7 días.

Estos datos indican que la muestra de padres que ingieren bebidas alcohólicas se apegan a los valores establecidos por la variable independiente.

En dicha Guía, se detectaron además 16 variables que se manifiestan como sigue:

1. Edad. El mayor porcentaje de edad de los padres que ingieren bebidas alcohólicas, se encuentran en el intervalo

de 43 a 49 años y en las madres de 36 a 42 años. En el grupo de padres que no ingieren dicha sustancia, se observa la misma edad en los padres, variando en el grupo de las madres cuya edad se ubica en el intervalo de 29 a 35 años (véanse tablas 2 y 3).

2. Estado Civil. Los padres que ingieren bebidas alcohólicas, tienen un estado civil en su mayoría de unión libre, siguiéndole en porcentaje el nivel de casados. En el grupo de padres que no las ingieren se detecta un porcentaje homogéneo en los niveles de soltero, unión libre y viudos (véanse tablas 4 y 5).

3. Religión. La religión católica tiene el mayor porcentaje de padres y madres en ambos grupos (véanse tablas 6 y 7).

4. Escolaridad. Como se puede apreciar en las tablas 8 y 9 existe homogeneidad en los diversos niveles de escolaridad en las dos muestras de padres. Se observa que la mayoría de estos al igual que las madres del grupo que ingieren bebidas alcohólicas cursaron hasta el nivel de primaria incompleta y en el grupo donde no las ingieren lo cursaron hasta el nivel de secundaria incompleta. En ambos grupos, el 10 y 14 por ciento de las madres tienen estudios comerciales y/o técnicos. Así también, en ambos grupos existe el analfabetismo en bajos porcentajes, observándose ligeramente mayor en el primer grupo.

5. Ocupación. Las tablas 10 y 11 indican homogeneidad en la ocupación de los dos muestras de padres. En ambos

grupos; la mayoría de padres tienen una ocupación de empleado privado, entendiéndose por éste, personas que desempeñan sus labores en centros de trabajo de la iniciativa privada, por ejemplo, talleres mecánicos y establecimientos comerciales entre otros. También en ambos grupos el mayor porcentaje de madres se dedica a labores domésticas.

6. Antecedentes Personales Patológicos. Existe homogeneidad en el porcentaje de padres y madres del grupo que ingieren bebidas alcohólicas. En él, la mayoría tiene más de dos o ninguna patología en el grupo donde no las ingieren, el mayor porcentaje no tiene ninguna patología (véanse tablas 12 y 13).

7. Antecedentes familiares Patológicos alcohólicos. En la tabla 14 se observa que el grupo de padres y madres que ingieren bebidas alcohólicas tienen en gran proporción antecedentes familiares patológicos alcohólicos.

8. Edad de inicio de ingestión. El mayor porcentaje de padres que ingieren bebidas alcohólicas inició la ingestación en el intervalo de edad de 15 a 19 años. En las madres del mismo grupo solo el 5 por ciento lo ingería, desconociéndose este dato porque falleció. El mayor porcentaje de madres (95 por ciento) no ingiere alcohol (véase tabla 15).

9. Motivo de incremento de ingesta. Como se indica en la tabla 14, el mayor porcentaje de padres que ingieren

alcohol por motivos sociales y el 5 por ciento de madres lo ingerían para lograr los efectos.

10. Abstinencia actual. El mayor porcentaje de padres que ingerían bebidas alcohólicas se abstienen de tomarlas en la actualidad por un período de 4 a 7 días (véase tabla 17).

11. Repercusiones laborales del alcoholismo. El mayor porcentaje de padres que ingerían bebidas alcohólicas no tienen repercusiones laborales, siguiéndole en porcentaje el ausentismo (véase tabla 18).

12. Repercusiones familiares del alcoholismo. En la muestra de padres que ingerían bebidas alcohólicas, el mayor porcentaje no tienen repercusiones familiares, siguiéndole en éste las riñas (véase tabla 19).

13. Actitud de la familia ante el alcoholismo. La actitud de la familia ante el alcoholismo del padre es en su mayoría de rechazo (véase tabla 20).

14. Repercusión Social del alcoholismo. Como se expresa en la tabla 21, la mayoría de padres que ingerían bebidas alcohólicas no tienen repercusiones sociales y en el grupo de madres, el 5 por ciento tenía más de dos.

15. Conducta en estado de ebriedad. La tabla 22 indica una homogeneidad en los niveles de conducta de hostilidad y depresión, encontrándose un ligero ascenso en el porcentaje de la conducta de agresión. En el grupo no se presentan los niveles de ansiedad y dependencia.

16. Perjuicio del alcoholismo. El mayor porcentaje de padres que ingerían bebidas alcohólicas le perjudica el

alcoholismo en más de dos de los siguientes niveles: física, mental o emocional, familiar, laboral, económica, legalmente y otros (vease la tabla 23).



---

E S C A L A S	"t"	gl	p	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Estudiante: Hogar	0.025	32	0.9	P> 0.05
Estudiante: Escuela	1.414	32	0.2	P> 0.05
Estudiante: Compañeros	0.379	32	0.7	P> 0.05
Maestros.	2.533	32	0.02	P< 0.05
Padres.	0.199	32	0.9	P> 0.05

---

Cuadro 1 Puntajes de la prueba "t", grados de libertad, probabilidad y nivel de significancia de las Escalas del PEC, en los grupos "A" y "B" de niños deficientes mentales.

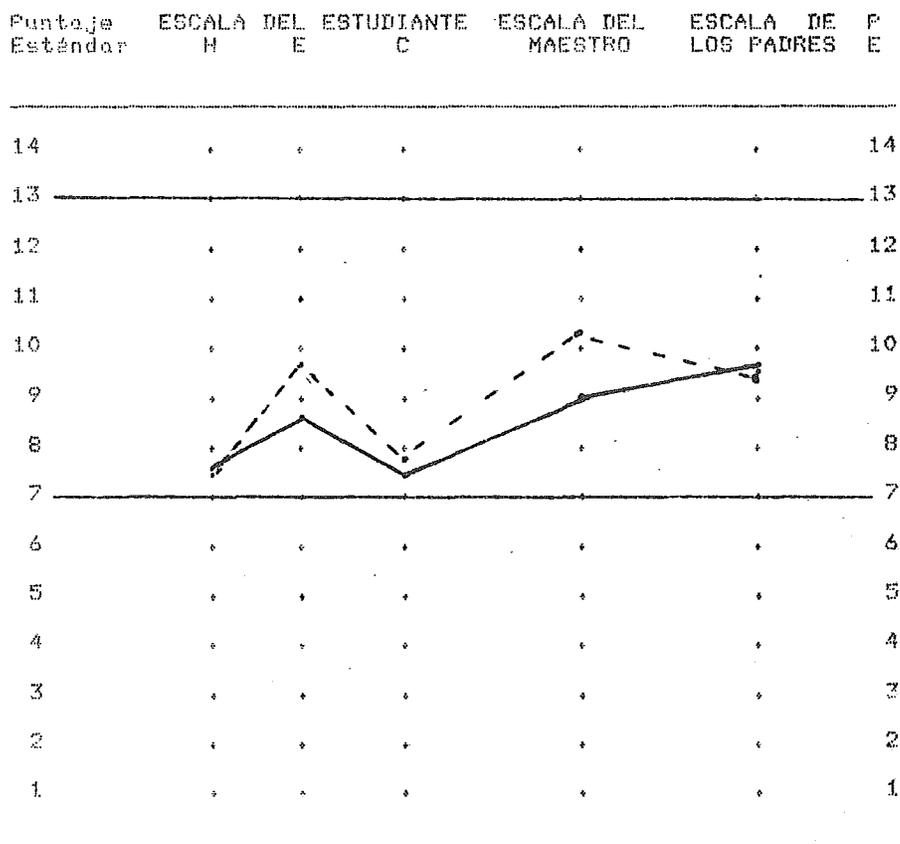


FIGURA 1 Medias de los puntajes estándar de las Escalas del PEC de los grupos "A" y "B" de niños deficientes mentales.

- Grupo "A" de niños cuyos padres ingieren bebidas alcohólicas.
- - - - - Grupo "B" de niños cuyos padres no ingieren bebidas alcohólicas.

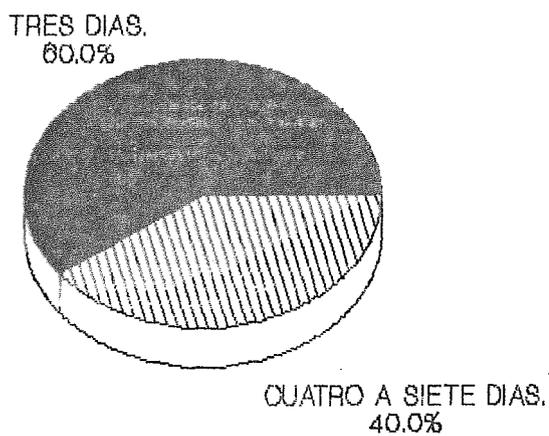


FIGURA No. 3

INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS POR DIAS  
A LA SEMANA EN EL GRUPO "A".

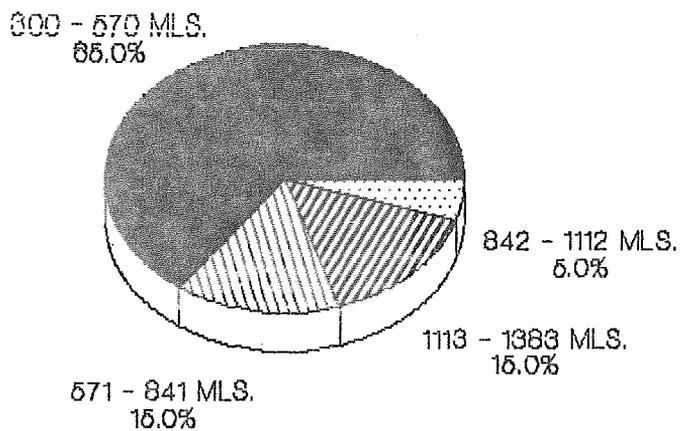


FIGURA No. 2

INGESTA DE ALCOHOL ABSOLUTO EN ML. POR TRES DIAS A LA SEMANA (Grupo de padres de niños deficientes mentales que ingieren bebidas alcohólicas.

E D A D	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
15 - 21	0	0	0	0
22 - 28	0	0	2	10
29 - 35	4	20	4	20
36 - 42	3	15	7	35
43 - 49	7	35	5	25
50 - 56	1	5	2	10
57 - 63	3	15	0	0
64 - 70	2	10	0	0
Total	20	100	20	100

TABLA 2 Edad de padres de niños deficientes mentales del grupo "A".

E D A D	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
15 - 21	0	0	1	7
22 - 28	1	7	2	14
29 - 35	1	7	6	43
36 - 42	6	43	4	29
43 - 49	5	36	1	7
50 - 56	0	0	0	0
57 - 63	1	7	0	0
64 - 70	0	0	0	0
Total	14	100	14	100

TABLA 3 Edad de padres de niños deficientes mentales del grupo "B".

ESTADO CIVIL	P A D R E	
	f	%
Soltero	0	0
Casados	6	30
Unión Libre	7	35
Divorciados	1	5
Separados	3	15
Viudos	3	15
Otros	0	0
Total	20	100

TABLA 4 Estado Civil de padres en niños deficientes mentales del grupo "A".

---

ESTADO CIVIL	P A D R E	
	f	%
Soltero	2	14
Casados	8	5
Unión Libre	2	14
Divorciados	0	0
Separados	0	0
Viudos	2	14
Otros	0	0
<hr/>		
Total	14	100

---

TABLA 5 Estado Civil de padres en niños deficientes mentales en el grupo "B".

RELIGION	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Católico	15	75	19	95
Protestante	0	0	0	0
Testigo de Jehová	1	5	0	0
Ninguna	2	10	1	5
Otros	2	10	0	0
Total	20	100	20	100

TABLA 6 Religión de los padres en los niños deficientes mentales en el grupo "A".

---

RELIGION	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Católico	11	79	13	93
Protestante	0	0	0	0
Testigo de Jehová	0	0	0	0
Ninguna	3	21	1	7
Otros	0	0	0	0
Total	14	100	14	100

---

TABLA 7 Religión de los padres en los niños deficientes mentales en el grupo "B".

E S C O L A R I D A D	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Analphabeta	3	15	3	15
Primaria incompleta	6	30	7	35
Primaria completa	3	15	4	20
Secundaria incompleta	2	10	4	20
Secundaria completa	4	20	0	0
Preparatoria	2	10	0	10
Estudios comerciales y/o técnicos	0	0	2	10
Profesional	0	0	0	0
Total	20	100	20	100

TABLA E      Escolaridad en los padres de niños deficientes mentales en el grupo "A".

E S C O L A R I D A D	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Analfabeto	1	7	3	21
Primaria incompleta	2	14	2	14
Primaria completa	0	0	0	0
Secundaria incompleta	4	29	4	29
Secundaria completa	3	21	3	21
Preparatoria	2	14	0	0
Estudios comerciales y/o técnicos	0	0	2	14
Profesional	1	7	0	0
Total	14	100	14	100

TABLA 9      Escolaridad en los padres de niños deficientes mentales en el grupo "B".

O C U P A C I O N	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Profesional	1	5	0	0
Empresario o Directivo	0	0	0	0
Burócrata	0	0	0	0
Empleado Privado	8	58	1	7
Oficio Mayor	0	0	1	7
Obrero	4	29	0	0
Labores Domésticas	0	0	10	71
Empleados esporádicos	1	7	0	0
Estudiantes	0	0	2	14
Total	14	100	14	100

TABLA 10 Ocupación de los padres de niños deficientes mentales en el grupo "B".

O C U P A C I O N (Categorías)	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Profesional	0	0	0	0
Empresario o Directivo	0	0	0	0
Burócrata	0	0	0	0
Empleado Privado	9	45	1	5
Oficio Mayor	0	0	0	0
Obrero	5	25	3	15
Labores Domésticas	0	0	15	75
Empleados esporádicos	2	10	0	0
Estudiantes	4	20	1	5
Total	20	100	20	100

TABLA 11 Ocupación de los padres de niños deficientes mentales en el grupo "A".

PERSONALES PATOLOGICOS	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Gastroenteritis	2	10		
Cardiovasculares	1	5		
Tuberculosis				
Venerreas				
Neurológicos			1	5
Psiquiátricos				
Consumo otras drogas				
Traumáticos	1	5	1	5
Quirúrgicos			2	10
Alergias por medicamentos	2	10		
Más de dos	6	30	6	30
Ningunos	6	30	6	30
Otros	2	10	4	20
Total	20	100	20	100

TABLA 12      Antecedentes personales patológicos referidos  
por 20 padres entrevistados de niños deficientes  
mentales en el grupo "A".

PERSONALES PATOLOGICOS	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Gastroenteritis				
Cardiovasculares	2	14.30	1	7.15
Tuberculosis				
Venerreas				
Neurológicos	1	7.15		
Psiquiátricos				
Consumo otras drogas				
Traumáticos				
Quirúrgicos	1	7.15	2	14.30
Alergias por medicamentos				
Más de dos	2	14.30	3	21.45
Ningunos	8	57.10	8	57.10
Otros	0	0	0	0
Total	14	100	14	100

TABLA 13      Antecedentes personales patológicos referidos por 14 padres entrevistados de niños deficientes mentales del grupo "B".

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS ALCOHÓLICOS	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
SI	11	55	17	85
NO	9	45	3	15
Total	20	100	20	100

TABLA 14 Antecedentes familiares alcohólicos de 20 padres de niños deficientes mentales del grupo "A".

Inicio de Ingestión (EADADES)	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
15 - 19	12	60		
20 - 24	2	10		
25 - 29	1	5		
30 - 34	2	10		
35 - 39				
40 - 44	1	5		
45 - más				
Se desconoce	2	10	1	5
No ingesta			19	95
Total	20	100	20	100

TABLA 15 Edad de inicio de ingesta de bebidas alcohólicas de padres de niños deficientes mentales del grupo "A".

Motivo de Incremento de Ingesta	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Por pérdida objetal	4	20		
Para lograr los efectos	3	15	1	5
Por motivos sociales	6	30		
Otros	2	10		
Ninguno	5	25	19	95
Total	20	100	20	100

TABLA 16 Motivo de incremento de ingesta de bebidas  
alcohólicas reportadas por 20 padres entrevistados,  
de niños deficientes mentales del grupo "A"

ABSTINENCIA ACTUAL (DIAS)	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
1 a 3	3	15		
4 a 7	7	35		
8 a 30	2	10		
31 a 90	1	5		
91 a 180				
más de 180	3	15		
Se desconoce	4	20	1	5
Ninguno			19	95
Total	20	100	20	100

TABLA 17 Abstinenencia actual de bebidas alcohólicas en días reportados por 20 padres de niños deficientes mentales grupo "A".

Repercusiones laborales del alcohólico	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Ausentismo	4	20		
Abandono	1	5		
Desempleo	2	10		
Despido				
Accidentes de trabajo	1	5		
Problemas con compañeros y/o patrón				
Ninguno	12	60	20	100
Total	20	100	20	100

TABLA 18 Repercusiones laborales en el sujeto que ingiere  
bebidas alcohólicas.

Repercusión Familiar	f	%
Tensión y dificultades	2	10
Riñas	4	20
Separación transitoria	3	15
Abandono sin divorcio		
Divorcio		
Ninguno	8	40
Más de dos	3	15
Total	20	100

TABLA 19 Tipos de repercusión familiar referida por 20 padres de ambos sexos de niños deficientes mentales en el grupo "A".

---

Actitudes de la familia ante el alcoholismo	f	%
Rechazo	11	55
Indiferencia	5	25
Ambivalencia		
Aceptación	3	15
Más de dos	1	5
Tota <sup>l</sup>	20	100

---

TABLA 20      Actitudes manifiestas por la familia ante  
el alcoholismo en el grupo "A".

Repercusión Social	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Mendicidad				
Parasitismo Social	1	5		
Rabo				
Problemas Legales				
Riña				
Accidentes Domésticos o Viales.	1	5		
Otros				
Ninguno	15	75	19	95
Más de dos	3	15	1	5
Total	20	100	20	100

TABLA 21 Repercusión social en el padre que ingiere  
bebidas alcohólicas, grupo "A".

Conducta en estado de ebriedad	P A D R E		M A D R E	
	f	%	f	%
Agresión	5	25		
Hostilidad	4	20		
Ansiedad				
Dependencia				
Depresión	4	20		
Ninguno	4	20	19	95
Más de dos	3	15	1	5
Total	20	100	20	100

TABLA 22 Conducta manifiesta en estado de ebriedad, reportada por 20 padres entrevistados de ambos sexos, grupo "A".

Le perjudica su alcoholismo	f	%
Fisicamente	2	10
Mental o Emocionalmente	2	10
Familiarmente	1	5
Laboralmente		
Economicamente	2	10
Legalmente		
Otros		
Más de dos	11	55
No afecta	2	10
Total	20	100

TABLA 23 Repercusiones en diferentes áreas en el padre, que ingiere bebidas alcohólicas.

#### IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de los resultados indican dos aspectos a discutir: 1. El comportamiento ecológico de los niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas es el mismo que el de aquellos niños cuyos padres no las ingieren (excepto en la apreciación que realiza el maestro de grupo sobre una diferencia en el comportamiento entre ambos grupos en la Escuela), y 2. El comportamiento ecológico de los niños deficientes mentales de la muestra estudiada se ubica dentro del puntaje considerado como "normal".

Para interpretar estos aspectos, es necesario considerar la dinámica existente en cada una de las ecologías y el interjuego que se sucede entre ellas por ser éstas los ámbitos en que se desarrollan los niños deficientes mentales de la muestra empleada. Así, se describen como sigue:

Hogar: En él se pueden apreciar varios aspectos: el primero, las características de la muestra de padres, y segundo, las modificaciones de conducta que se suceden en los padres, principalmente en la madre, al asistir el niño a una Escuela de Educación Especial.

Como se observó en las tablas 4 y 5 de datos estadísticos sobre características de la muestra de padres, existen variables como el estado civil, donde éste podría, posiblemente, igualar las características de la dinámica familiar en ambos grupos: por un lado existe el alcoholismo del padre y por otro podría existir desorganización familiar, provocando en los niños trastornos conductuales al mismo nivel. Estos se manifiestan en ambos grupos por la percepción que tiene el niño de su propio comportamiento en el hogar y la que tienen los padres del mismo en la casa. Esta apreciación apoya las conclusiones de varios estudios citados por Mc. Kenna y Pickens (1983) al mencionar que la inestabilidad familiar puede estar mayormente relacionado para el desarrollo de conducta antisocial que para el desarrollo de alcoholismo.

Las tablas de datos estadísticos 18 y 21 muestran que no existen repercusiones laborales y sociales del alcoholismo. Así también que la deficiencia mental del niño no fue un factor desencadenante del alcoholismo del padre como lo muestra la tabla sobre la edad de inicio de ingestión. Lo que indica que ante dicha entidad los padres pueden mostrar otras reacciones que posiblemente apoyarían la descripción que menciona Ramos (1968) sobre la deficiencia mental y la familia, afectando de la misma manera a ambos grupos que por los objetivos de este estudio no se investigaron y que son independientes del inicio de ingesta del padre.

La edad, religión, escolaridad y ocupación son constantes en ambos grupos.

En las tablas estadísticas 12,13,22 y 23, del grupo de padres que ingieren bebidas alcohólicas se detectan que las variables de antecedentes personales patológicos, la conducta en estado de ebriedad y el perjuicio que el alcoholismo tiene en los padres, podría ser significativo para provocar desajuste en la dinámica familiar que en las tablas 20 y 19 se manifiesta por la actitud de rechazo y repercusión familiar de riña que se presenta en el segundo mayor porcentaje de la muestra de padres estudiada, corroborándose también con la conducta en estado de ebriedad de agresión y hostilidad.

Estos datos apoyan la descripción conductual del alcohólico en la familia que realizan Ey, Bernard, Brisset (1978) y Corenblum (1983).

Estas características de la muestra de padres indican dos aspectos: primero que podrían existir las mismas condiciones familiares, socioculturales y socioeconómicas en los dos grupos de niños. Segundo, que el alcoholismo del padre tiene repercusiones familiares que podrían afectar el comportamiento ecológico del niño en relación al otro grupo de niños. Sin embargo, no se investigaron variables conductuales fuera del alcoholismo en el otro grupo que también podrían ser significativos y afectar el comportamiento ecológico del niño.

Por otra parte, al observar los padres la evolución de los niños lograda por la labor educativa de la Escuela de Educación Especial de Tijuana y la orientación recibida por el personal que ahí labora, se ha evidenciado que estos tienden a relajar tensiones y actitudes de sobreprotección y rechazo que se tenía hacia el niño, permitiendo de esta manera el mayor desarrollo de sus habilidades y posible aceptación de sus limitaciones intelectuales por la familia.

Escuela: Como se mencionó en el marco teórico, el personal que labora en la Escuela de Educación Especial de Tijuana lleva a cabo los fines y objetivos que rigen a la Educación Especial en México, para lograr así en lo posible la "normalización" e "integración" del niño deficiente mental a la comunidad, permitiendo de esta manera cubrir las necesidades de pertenencia, aceptación y participación de las que posiblemente antes de ingresar a la Escuela estaba privado, disminuyendo así la presencia y frecuencia de algunas conductas como la agresión y el retraimiento entre

La experiencia clínica con los alumnos que integran la población escolar total detecta el mismo comportamiento de ambos grupos ante situaciones sociales, culturales, recreativas y deportivas, manifestándose, sin embargo, trastornos conductuales en el salón de clase y en el trato interpersonal con adultos y compañeros en una relación cotidiana, en los niños hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas. Datos que se corroboraron con estudios

previo sobre características de personalidad de niños hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas (Richards, 1982, Mc. Kenna y Pickens, 1983).

Es de considerarse que por el entrenamiento que recibe el niño en algún taller a partir del tercer grado de primaria especial el tiempo de permanencia escolar mínimo de seis horas, tiempo en el que no es sujeto a presiones familiares o de interrelación con el padre.

Entre ambas ecologías se encuentra la propia deficiencia mental a nivel "educable" del niño, que por el apoyo que recibe de la Escuela y la posible aceptación del problema por la familia, éste a excepción de ligeras manifestaciones podría tener las características conductuales del niño normal superando por tanto la percepción que tiene de sí mismo.

Así, la dinámica de las ecologías en la que se desarrollan los niños deficientes mentales de acuerdo al análisis estadístico al comparar dos grupos de niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no los ingieren llevan a plantear lo siguiente:

1. El comportamiento ecológico de los niños deficientes mentales hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas es el mismo que el de aquéllos cuyos padres no los ingieren por tres posibles aspectos importantes;
  - a. Las condiciones familiares, socioculturales y socioeconómicas son similares en ambos grupos. Sin

embargo, existen características en la muestra de padres que ingieren bebidas alcohólicas que podrían ser el origen de alteraciones conductuales en el grupo de niños respectivo, que no se detectaron en el instrumento de medida y que requerirían de una medición donde se investigue e identifique las causas del problema del comportamiento.

b. Las variables que involucran la labor educativa en la formación del niño deficiente mental educable a todos los niveles son más predominantes que los efectos del alcoholismo del padre ante las actividades sociales y educativos.

c. La existencia de posibles alteraciones emocionales en ambos grupos de niños, que por características del instrumento, éste no investiga ni identifica las causas de problemas del comportamiento.

2. La percepción que el maestro de grupo tiene del comportamiento del niño deficiente mental en el salón de clase y en la Escuela es diferente en los niños cuyos padres ingieren bebidas alcohólicas de aquéllos cuyos padres no las ingieren. El comportamiento del primer grupo tiene un puntaje menor (9.0), manteniéndose aún así dentro de los puntajes considerados como "normales".

El que únicamente se haya manifestado diferencia en esta Escala indica dos aspectos;

a. Que el alumno muestre solo alteraciones (dentro de la norma para el FEC) en el comportamiento en la Escuela y no en el Hogar.

b. La objetividad en la apreciación del comportamiento de los niños por los padres en relación con el maestro. Como se expresó en la dinámica de la ecología Escuela y la experiencia clínica con estos niños, la diferencia estadística encontrada es un reflejo de la observación diaria del maestro de grupo. Sin embargo, esta diferencia se ubicó dentro de la norma para las escalas del FEC donde se manifestó también el comportamiento del alumno en situaciones socioeducativas generales en las que participa la comunidad escolar general considerándose éste normal. La apreciación del maestro de grupo se considera más objetiva por la apreciación que se tiene también de la experiencia acerca de ese mismo niño. En comparación a la de los padres donde pueden influir relaciones afectivas propias al tener un hijo deficiente mental.

3. El comportamiento ecológico de los niños deficientes mentales se ubica dentro del puntaje considerado 'normal' para las escalas del FEC.

Ello indica dos aspectos; por una parte, que los fines y objetivos de la Educación Especial para lograr la 'normalización' (D.G.E.E., 1985) se manifiestan en la muestra de niños deficientes mentales educables y por otro, que el instrumento no detecte ligeras

alteraciones conductuales en niños deficientes mentales, hijos de padres que ingieren bebidas alcohólicas en relación al otro grupo de niños cuyos padres no las ingieren, o bien que estas son tan pequeñas que llegan a ubicarse dentro de la norma.

Es importante señalar que no se encontraron estudios referentes a la aplicación del instrumento de medida PEC en población mexicana y en niños deficientes mentales. Tampoco se encontraron investigaciones sobre el alcoholismo parental y comportamiento ecológico en niños deficientes mentales, por lo que se considera que los resultados aquí obtenidos son una primicia, consecuentemente es indispensable el incremento de investigaciones que aclaren la relación existente entre el alcoholismo parental y el comportamiento ecológico en niños deficientes mentales. Sería de desear que la investigación aquí emprendida sirviera de punto de partida para otras de mayor alcance metodológico y crítico. En primer lugar, podrían realizarse estudios donde se investigue, además de la ingesta de alcohol en cantidad y días a la semana, la personalidad de los padres que ingieren y no ingieren bebidas alcohólicas, que tienen un hijo deficiente mental y su repercusión por tanto, en el comportamiento ecológico de ese niño y de sus otros descendientes, variable que no se estudió en esta investigación y que pudo ser determinada para los resultados obtenidos. Al llevar a cabo esta investigación se respondería objetivamente a la apreciación de que los factores escolares

y sociales positivos tiene mayor peso en el comportamiento ecológico del niño deficiente mental que el alcoholismo del padre. En segundo lugar, es importante determinar, mediante investigación, si la desorganización familiar, por un lado y el alcoholismo por el otro, provocan alteraciones emocionales en los niños y se manifiesta en el mismo comportamiento ecológico en las escalas del PEC. Por último, se hace necesario mayor investigación del instrumento de medición en niños deficientes mentales donde se corrobore la confiabilidad y validez en los mismos de los que posiblemente dependieron los resultados obtenidos. Así mismo, donde se evite en lo posible la presencia de errores personales en la aplicación que por ser deficientes mentales requieren de modificaciones en la misma, pudiendo alterar de esta manera la objetividad del instrumento.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Uno de los problemas más complicados dentro de las ciencias sociales y de la salud mental es el de llevar a los términos de la investigación científica la relación del individuo con su ambiente externo, específicamente en el ámbito de la conducta humana por la diversidad de factores que intervienen en ésta. El analizar la influencia del alcoholismo de los padres en el comportamiento del niño deficiente mental plantea serios obstáculos: El primero, tanto el alcoholismo como la deficiencia mental son entidades que no tienen una etiología única, además de los factores psicológicos que existen en cada uno de ellos y el interjuego entre ambos dentro de una familia y que pueden afectar el comportamiento de niño deficiente mental. Segundo: no se encontró la colaboración deseada en algunos sujetos de la muestra de padres. Esto se manifestó por la inasistencia a las citas programadas para recabar la información, o en otros por presentar conductas suspicaces, que posiblemente ven en este estudio una amenaza o intromisión en un problema personal. Tercero, Existe la posibilidad de que los padres no manifestaron el comportamiento real del niño en el hogar, posiblemente por expresar negación a un problema en el niño o por temor a ser señalados por otros padres o por el mismo personal de la Escuela, que por la exploración que se realiza de la dinámica familiar, existen alteraciones en el comportamiento

del niño dentro del hogar que no se manifestaron en la Escala de Evaluación de los Padres. Cuarto, Los resultados de esta investigación no podrán generalizarse sino a poblaciones con las mismas características que las aquí descritas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ajuriaguerra, de J. (1980) Manual de Psiquiatría Infantil. (4a. Ed.) España: Toray-masson.
- Barclay, M. (1976) Psicología Anormal. México: El Manual Moderno.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1982). Introducción a la Psicología Clínica. México: Mc. Graw Hill.
- Brown, L., Hammill, D. D. (1982) Perfil de Evaluación del Comportamiento (PEC). Estados Unidos de América: Pro-ed.
- Centro de Integración Juvenil. (1978). Manual del voluntario en programas de prevención para la farmacodependencia. México: autor.
- Corenblum, E. (1983) Reactions to Alcohol-Related marital violence. Effects of one's own abuse experience and alcohol problems on causal attributions. Journal of studies on alcohol, 44(4), 665-673.
- Coronado, G. (1978). Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental. México: CECSA.
- Davidoff, I. (1979) Introducción a la Psicología. México: Mc. Graw Hill.
- Dirección General de Educación Especial, (1985) Bases para una política de Educación Especial México: autor.
- Dirección General de Educación Especial, (1985) La Educación Especial en México. México: autor.
- Escotet, M., A. (1982) Estadística Psicoeducativa. México: Trillas.
- Ey, H., Bernard, F., y Brisset, CH. (1978). Tratado de psiquiatría, (8va. ed.), Barcelona: Toray-masson.
- Fitzgerald, E., Strommen, E. y Mckinney, J. (1981). Psicología del desarrollo del lactante y del preescolar. México: El Manual Moderno.
- Gesell, A. y Amatruda, C. (1987). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. México: Editorial Paidós.
- Cocull, M., A. (1982). La enfermedad alcohólica: Químicos Unidos.- (Ed). Memorias del segundo Simposio de investigación en el proceso de la enfermedad

alcohólico. (pp.294) España: autor.

- Guerra, G., A. (1977). El Alcoholismo en México. México: Archivos del fondo FCE.
- Howard, C. (1981). Diccionario de Psicología. (13a. ed.) México: Fondo de Cultura Económica.
- Ingalls, R. (1982). Retraso Mental. México: El Manual Moderno.
- Kerlinger, F. (1988). Investigación del Comportamiento (2a.ed.). México: Mc Graw Hill.
- Levin, J. (1979). Fundamentos de Estadística en la Investigación social. México: Ed. Harla.
- Magnusson, D. (1985) Teoría de los Tests. México Ed. Trillas
- Masson (ed). (1984) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. México autor
- Mc. Guigan, F., J. (1983) Psicología Experimental (3a. ed) México: Trillas.
- Mc Kenna, T. and Pickens, R. (1983). Personality characteristics of Alcoholic children of alcoholics. Journal of studies on alcohol 44(4) 688-698.
- Meroni, L., A. (1977). Diccionario de Psicología. México: Grijalbo.
- Montero, M., E. (1984 julio-diciembre). Psicología ecológica, una alternativa de estudio para problemas sociales: sus posibilidades de aplicación en México. Revista Mexicana de Psicología (vol 1-2).
- Muñoz, G., A. (1982) Bases biológicas de la conducta. México: autor.
- Noyes, K. (1969) Psiquiatría clínica moderna México: La Prensa Médica Mexicana.
- Papalia, D., E. y Sally, W., O. (1985) Desarrollo Humano México: Mc. Graw Hill.
- Quezadas, F., R. Villanueva, G., y Morales, V. (1978). Influencia del grupo de alcohólicos anónimos en el proceso de recuperación de individuos alcohólicos. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M.

- Ramos, F., M. (1948). Deficiencia mental. México: B. M. Ed.
- Salvat Mallorca (Ed.). (1974) Diccionario terminológico de Ciencias Médicas (11o. ed.) España: autor.
- Sattler, J., M. (1977) Evaluación de la Inteligencia infantil México: El manual moderno.
- Secretaría de Educación Pública. (1982) Guía curricular preescolar y primaria especial México: autor.
- Souza, M. y Machorro (1988) Alcoholismo conceptos básicos México: El manual moderno.
- Velazco, F. R. (1985). Esa enfermedad llamada alcoholismo México: Ed. Trillas.
- Villonueva, R. (1985 enero-junio) Importancia del apoyo de la familia con retraso mental en los programas de apresetamiento en Educacipon Especial. Revista Mexicana de Psicología (Vol. 2-1). Universidad de San Agustín de Arequipa, Perú.
- M. y Specter, G. (1978) Introducción a la Psicología de la Comunidad. México: El Manual Moderno.

62

ANEXOS

ANEXO A

GUIA DE ENTREVISTA PARA PADRES

SECCION I. Ficha de identificación y datos generales.

Niño:

1. Fecha: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_
3. Sexo: \_\_\_\_\_  
 Masculino ( ) Femenino ( )
4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 día mes año
5. Edad actual: \_\_\_\_\_  
 años meses
6. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
7. Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Calle No. Colonia Estado
8. Escolaridad: \_\_\_\_\_
9. Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Datos del padre y de la madre.

10. Nombre del padre: \_\_\_\_\_
11. Nombre de la madre: \_\_\_\_\_
12. Edad del padre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre \_\_\_\_\_  
 años meses años meses
13. Estado civil de la pareja:  
 Solteros ( ) Casados ( ) Unión Libre ( )  
 Divorciados ( ) Separados ( ) Viudo ( )  
 Otros (especifique): \_\_\_\_\_
14. Religión actual:
 

	Padre	Madre
Católico	( )	( )
Protestante	( )	( )
Testigos de Jehová	( )	( )
Ninguna	( )	( )
Otros (especificar): _____		
15. Escolaridad:
 

	Padre	Madre
Analfabeta	( )	( )
Primaria incompleta	( )	( )
Primaria completa	( )	( )
Secundaria incompleta	( )	( )
Secundaria completa	( )	( )
Preparatoria	( )	( )
Profesional	( )	( )
Estudios comerciales y/o estudios técnicos	( )	( )
Otros (especificar): _____		



	Padre		Madre	
a. Padre	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
b. Madre	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
c. Hijos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
d. hermanos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
e. Tíos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
f. Abuelos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
g. Primos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
h. Otros	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

## 23. Otros antecedentes familiares patológicos:

	Padre		Madre	
a. Cardiovasculares	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
b. Tuberculosos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
c. Diabéticos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
d. Luéticos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
e. Neurológicos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
f. Psiquiátricos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
g. Neoplásicos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
h. Otros	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

## 24. Personales no patológicos:

- a. Higiene personal:  
Padre: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )  
Madre: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )
- b. Higiene habitacional:  
Padre: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )  
Madre: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )
- c. Alimentación deficiente en calidad y cantidad:  
Padre: Si ( ) No ( )  
Madre: Si ( ) No ( )

## 25. Personales Patológicos:

	Padre		Madre	
a. Gastroenteritis	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
b. Cardiovasculares	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
c. Tuberculosos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
d. Venereas	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
e. Neurológicos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
f. Psiquiátricos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
g. Consumo de otras drogas	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
h. Trombóticos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
i. Quirúrgicos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
j. Alergias medicamentosas	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )

## 26. Tabaquismo

Si ( ) No ( ) Si ( ) No ( )

## SECCION III. Padecimiento actual.

27. Edad a la que se inicio la ingestión: \_\_\_\_\_

28. Edad a la que se inicio la ingestión compulsiva: \_\_\_\_\_

29. Patron de ingestión en el último año activo (tipo de Setido y cantidad de ingestión semanal).

Tipo

Cantidad

- a. Fermentados (vino, cerbeza, pulque, etc.) \_\_\_\_\_  
 b. Destilados (tequila, ron, etc.) \_\_\_\_\_  
 c. Alcool de 96 grados \_\_\_\_\_  
 d. Total \_\_\_\_\_

30. Periodo máximo de ingestión en el último año activo:

	Padre	Madre
De 1 a 3 días	( )	( )
De 4 a 7 días	( )	( )
De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días)	( )	( )
De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días)	( )	( )
De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días)	( )	( )
De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días)	( )	( )
De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días)	( )	( )

31. Periodo máximo de abstinencia en el último año activo:

	Padre	Madre
De 1 a 3 días	( )	( )
De 4 a 7 días	( )	( )
De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días)	( )	( )
De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días)	( )	( )
De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días)	( )	( )
De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días)	( )	( )
De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días)	( )	( )

Sin abstinencia ( ) ( )

32. Duración de la última ingestión:

	Padre	Madre
De 1 a 3 días	( )	( )
De 4 a 7 días	( )	( )
De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días)	( )	( )
De más de 1 mes a 3 meses (31 a 90 días)	( )	( )
De más de 3 meses a 6 meses (91 a 180 días)	( )	( )
De más de 6 meses a 9 meses (181 a 270 días)	( )	( )
De más de 9 meses a 12 meses (271 a 360 días)	( )	( )

33. Abstinencia actual:

	Padre	Madre
De 1 a 3 días	( )	( )
De 4 a 7 días	( )	( )
De más de 1 semana a 1 mes (8 a 30 días)	( )	( )

De más de 1 mes a 3 meses  
(31 a 90 días) ( ) ( )

De más de 3 meses a 6 meses  
(91 a 180 días) ( ) ( )

De más de 6 meses a 9 meses  
(181 a 270 días) ( ) ( )

De más de 9 meses a 12 meses  
(271 a 360 días) ( ) ( )

Sin abstinencia ( ) ( )

## 34. Porque incremento la ingestión?

	Padre		Madre	
Por pérdida objetal	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Para lograr los efectos	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Por motivos sociales	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
Otros especificar:	_____			

## 35. Con quién bebe preferentemente?

	Padre	Madre
Solo	( )	( )
Desconocidos	( )	( )
Conocidos	( )	( )
Amigos	( )	( )
Familiares	( )	( )
Otros especificar:	_____	

## 36. Sitio donde bebe preferentemente?

	Padre	Madre
Calle	( )	( )
Trabajo	( )	( )
Casa	( )	( )
Cantino	( )	( )
Otros especificar:	_____	

## 37. Ha intentado dejar de beber?

	Padre	Madre
No	( )	( )
Con ayuda médica	( )	( )
Grupo AA	( )	( )
Juramentos	( )	( )
Por sí mismo	( )	( )
Otros especificar:	_____	

## 38. Consume otras drogas?

Padre	No ( )	Si ( )	especificar _____
Madre	No ( )	Si ( )	especificar _____

## 39. Repercusiones laborales de alcoholismo:

	Padre		Madre	
a. Ausentismo	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
b. Abandono	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
c. Desempleo	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
d. Despido	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
e. Accidentes de trabajo	Si ( )	No ( )	Si ( )	No ( )
especificar	_____			

- f. Problemas con compañeros y/o patrones Si ( ) No ( ) Si ( ) No ( )  
 g. Otros Si ( ) No ( ) Si ( ) No ( )  
 especificar \_\_\_\_\_
40. En los períodos de ingestión. Cuántos días al mes se ausenta de su trabajo? \_\_\_\_\_
41. Repercusión familiar.
- |                           | Padre         | Madre         |
|---------------------------|---------------|---------------|
| a. Tensión y dificultades | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| b. Riñas                  | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| c. Separación transitoria | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| d. Abandono sin divorcio  | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| e. Divorcio               | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
42. Actitud de la familia ante el alcoholismo:
- |              | Padre | Madre |
|--------------|-------|-------|
| Rechazo      | ( )   | ( )   |
| Indiferente  | ( )   | ( )   |
| Ambivalencia | ( )   | ( )   |
| Aceptación   | ( )   | ( )   |
| No aplicable | ( )   | ( )   |
43. Repercusión sexual:
- Padre: No ( ) Si ( ) especificar: \_\_\_\_\_  
 Madre: No ( ) Si ( ) especificar: \_\_\_\_\_
44. Repercusión social:
- |                                   | Padre         | Madre         |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| a. Mendicidad                     | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| b. Parasitismo social             | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| c. Robo                           | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| d. Problemas legales              | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| e. Riña                           | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| f. Accidentes domésticos o viales | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| g. Otros                          | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
- Especificar: \_\_\_\_\_
45. Conducta en estado de ebriedad:
- |                | Padre         | Madre         |
|----------------|---------------|---------------|
| a. Agresión    | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| b. Hostilidad  | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| c. Ansiedad    | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| d. Dependencia | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |
| e. Depresión   | Si ( ) No ( ) | Si ( ) No ( ) |

Observaciones:

ANEYO B

Tijuana B. C., 4 de julio de 1988.

Linda L. Brown y Donald P. Hamill  
PRO-ED, 5341 Industrial Oaks Boulevard,  
Austin, Texas 78735 U.S.A.

Dear investigators, I'am a psychologist that works in a Special Education School in Tijuana, B. C. México, and currently I'am doing a investigation to evaluate the social behavior of mental retarded minors that have alcoholic parents. These minors are students of our school, in which I have been working since 1987.

Because of the nature of my investigation, I pretend to utilized "El Perfil de Evaluación del Comportamiento" as it is called in spanish, as the instrument of measure for my study.

Therefore, I would appreciated very much if you could send me the general information, the history, bases and a example or brochure of the "Perfil de Evaluación del Comportamiento" in the three diferent evaluation scales: Para estudiantes (for students), Para maestro (for teachers) and Para padres (for parents), in the spanish edition.

I would be very pleased and thanful for your cooperation and I look forward to hear from you soon.

Sincerely yours,

Psic. Laura Ruiz fuente.

The address where the information can be sent to, is:  
2793 Homestead Dr.  
San Marcos, Ca. 92069, U.S.A.

# PERFIL DE EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO

# Escalas de Evaluación del Estudiante

Linda L. Brown y Donald D. Hammill  
Traducción de Joanna Fountain-Chambers

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
(Año) (Mes)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_  
(Año) (Mes)

Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
(Año) (Meses)

## INSTRUCCIONES

Esta es una lista de cosas que hacen los niños. Tú haces algunas de estas cosas. Hay otras cosas en la lista que tú nunca haces. Si tú crees que haces lo que dice una oración, llena de negro con tu lápiz la primera forma, bajo la columna "Verdadero". Si la oración dice algo que tú no haces, llena la segunda forma, bajo la columna "Falso".

VERDADERO FALSO

- 1. Mis padres me molestan mucho.
- 2. No tengo suficiente libertad en casa.
- 3. Mis padres me tratan como un bebé.
- 4. Pienso en huirme de casa.
- 5. Mi maestro se enoja conmigo muy a menudo.
- 6. Algunos de mis amigos piensan que es divertido faltar a clase, hacer trampas, etc.
- 7. A otros niños no les gusta jugar o trabajar conmigo.
- 8. A veces me enojo tanto en la escuela que le grito al maestro y quisiera patearlo.
- 9. Tengo algunos amigos que no invito a mi casa.
- 10. Me parece que no les gusta mucho a otros niños.
- 11. Me peleo mucho con mi familia.
- 12. Los miembros de mi familia no hacen muchas cosas juntos, como ir de paseo o jugar.
- 13. Me peleo mucho con gente que conozco.
- 14. A veces tartamudeo o balbuceo cuando me llama el maestro.
- 15. Cuando mis padres no me dejan hacer lo que quiero me quedo quieto y callado.
- 16. No estoy interesado en las tareas de la escuela.
- 17. Mis padres no pasan suficiente tiempo conmigo.
- 18. Mis padres dicen que soy torpe.
- 19. A otros niños no les gusta compartir cosas conmigo.
- 20. A mis padres no les gustan algunos de mis amigos.
- 21. Paso mucho tiempo jugando o trabajando solo.
- 22. Mis amigos dicen que soy torpe.
- 23. El maestro no me elige para ayudar en la clase.
- 24. Los otros niños no me escuchan cuando tengo algo importante que decirles.
- 25. No tengo suficientes amigos.
- 26. No me puedo concentrar en clase.
- 27. Mis maestros no me escuchan.
- 28. Generalmente no me interesa lo que me dicen los maestros.
- 29. Mis maestros me dan trabajo que no puedo hacer.
- 30. Otros niños dicen que me porto como un bebé.

VERDADERO FALSO

- 31. Parece que me meto en muchas peleas.
- 32. Es difícil para mí hacer nuevos amigos.
- 33. Tengo muchas pesadillas y malos sueños.
- 34. Me hace enojar la manera en que me tratan los otros niños.
- 35. Mis padres esperan demasiado de mí.
- 36. A veces falto a clase sin que sepan mis padres.
- 37. Me resulta difícil sentarme quieto en clase.
- 38. A menudo pienso en enfermarme para no tener que ir a la escuela.
- 39. Mis padres no me dejan pasar la noche fuera de casa.
- 40. No me gusta cuando el maestro me dice lo que tengo que hacer.
- 41. Los maestros son injustos conmigo.
- 42. Los otros niños se burlan mucho de mí.
- 43. Rara vez paso la noche en casa de mis amigos.
- 44. La gente piensa que no soy atractivo.
- 45. No estoy contento con mi progreso en la escuela.
- 46. No me gusta hacer trabajos en la sala de clases, como limpiar el pizarrón o hacer mandados.
- 47. A menudo desobedezco a mis padres.
- 48. Nunca me dan gusto en mi casa.
- 49. Soy tímido delante de los amigos de mis padres.
- 50. Las cosas que pasan en la escuela a veces me molestan tanto que me enfermo.
- 51. Siempre trato de no hacer mis trabajos en casa.
- 52. Sueño despierto en clase.
- 53. Yo no les digo a los otros niños lo que siento.
- 54. Rara vez me invitan a comer o a jugar en las casas de mis amigos.
- 55. Me resulta difícil quedarme quieto en mi escritorio en la escuela.
- 56. Los otros niños siempre se meten conmigo.
- 57. No escucho cuando mis padres me hablan.
- 58. En casa paso mucho tiempo soñando despierto.
- 59. Las cosas que aprendo en la escuela no son tan útiles ni tan importantes como las que aprendo fuera de la escuela.
- 60. Algunos niños piensan que soy tonto.

**Puntajes Brutos Podrán Convertirse a Puntajes Estándar  
Mediante el Uso de la Tabla de Abajo.  
Escala de Evaluación del Estudiante  
8-0 a 13-11 años**

Puntajes Estándar	Escala del Hogar	Escala de la Escuela	Escala de los Compañeros
1	0-2	0-4	0-2
2	3-4	5-6	3
3	5-6	7-8	4
4	7-8	9	5-6
5	9	10	7
6	10-11	11-13	8-9
7	12	14	10-11
8	13	15	12
9	14	16-17	13-14
10	15	18	15
11	16	—	16
12	17	19	17
13	—	—	—
14	18	20	18
15	—	—	19
16	19	—	—
17	—	—	20
18	20	—	—
19	—	—	—
20	—	—	—
M	14.6	16.7	13.9
DE	2.7	3.1	3.6
N	1,207	1,207	1,207

\*Puntajes Estándar: Media = 10, Desviación Estándar = 3

	Puntaje Bruto	Puntaje Estándar
Número de círculos marcados Falsos (Hogar).....	_____	_____
Número de cuadrados marcados Falsos (Escuela).....	_____	_____
Número de diamantes marcados Falsos (Compañeros).....	_____	_____

# PERFIL DE EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO

## Escala de Evaluación de los Padres

Linda L. Brown y Donald D. Hammill  
Traducción de Joanna Fountain-Chambers

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del maestro (a) \_\_\_\_\_  
Su nombre \_\_\_\_\_  
Usted es: ( ) Madre ( ) Padre ( ) Otro responsable del estudiante

Escriba usted, como padre u otra persona responsable del estudiante, cualquier observación acerca del comportamiento del estudiante *en casa* que usted crea ser importante para la evaluación, pero que no se haya mencionado en la escala.

---

---

---

---

---

---

---

---

### INSTRUCCIONES

Este perfil consiste en una serie de frases descriptivas. Algunas se parecen a su hijo(a); otras no. Lo que se busca es saber cuáles de estos comportamientos le preocupan a usted en este momento y hasta qué punto le parecen ser problemas.

Por ejemplo, la segunda frase dice "No obedece las reglas establecidas por sus padres". Si su hijo(a) nunca obedece las reglas y las desobedece a propósito, usted marcará el cuadro de la columna que dice "Muy parecido". Si su hijo(a) desobedece a menudo, pero no siempre, usted marcará el cuadro de la columna "Poco parecido" y si nunca le desobedece a propósito, marcará la columna "Nada parecido".

Usted debe marcar lo que usted mismo(a) crea, sin discutirlo ni comentar con su esposo(a) u otro adulto responsable.

**Mi hijo(a)**

	Muy parecido a mi hijo(a)	Algo parecido a mi hijo(a)	Poco parecido a mi hijo(a)	Nada parecido a mi hijo(a)
1. Es verbalmente agresivo con sus padres...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No obedece las reglas establecidas por sus padres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Come demasiado, está muy gordo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se queja de las tareas del hogar que tiene que cumplir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No sigue instrucciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Miente para evitar castigos o responsabilidades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tiene compañeros que los padres (yo) no aprobamos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No es líder entre sus compañeros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es egoísta, piensa sólo en lo suyo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es tímido, muy apegado a sus padres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es flojo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No tiene actividades especiales regularmente con sus padres, como salir de compras, jugar a la pelota, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se lastima a sí mismo; se arranca el pelo, se rasguña hasta sacarse sangre, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Busca alabanzas de sus padres ansiosamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. No se preocupa por su higiene personal, como cepillarse los dientes, bañarse, peinarse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Duerme mal; tiene pesadillas, Insomnio....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tiene demasiadas fantasías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Obedece a sus padres de mala gana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es sumamente sensible a las bromas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Demanda gratificación inmediata; por ejemplo, quiere una bicicleta en este momento, no puede esperar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Habla muy poco, no es verbal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. No se le puede confiar dinero; compra compulsivamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Chismosea sobre otros niños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. No regresa a casa a la hora en que debe....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. No parece que le gustan las actividades de recreo de la familia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Dice cosas malas de sí mismo, se critica mucho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. No comparte sus pertenencias voluntariamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. No pone atención cuando sus padres le hablan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Exige demasiada atención de sus padres...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Llora excesivamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Marcado en Cada Columna:                                             **Puntaje Total**

Multiplique el Total Por:   X 0     X 1     X 2     X 3  

Suma los productos:            +            +            +            =



### INSTRUCCIONES

Esta escala de evaluación consiste en una lista de frases descriptivas. Algunas de estas se relacionarán al estudiante que se evalúa, y otras no. Se busca saber cuáles comportamientos le preocupan a usted en este momento y hasta qué punto le parecen ser problemas.

Tomando como ejemplo el primer ítem "Se le manda a ver al director por problemas de disciplina", si se le manda al estudiante al director muy seguido, usted marcará la escala "Muy parecido al estudiante". Si lo mandan a la oficina de vez en cuando, marcará la escala "Algo parecido". Si lo han mandado en raras ocasiones, marcará la escala "No muy parecido" y si nunca lo han mandado, marcará la escala "Nada parecido". Marque las escalas según lo que usted perciba personalmente. Favor de no consultar con otras personas en cuanto al contenido de la presente evaluación.

El estudiante:	Muy parecido al estudiante	Algo parecido al estudiante	Poco parecido al estudiante	Nada parecido al estudiante
1. Se le manda a ver al director por problemas de disciplina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es verbalmente agresivo con maestros o compañeros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No respeta las pertenencias de otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Chismosea acerca de los compañeros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es flojo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le falta interés y motivación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Desorganiza el salón de clase.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Discute con maestros y compañeros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No sigue instrucciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Roba.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiene malos hábitos de higiene personal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se le castiga sin recreo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dice que no le cae bien a otros niños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Parece que no puede concentrarse en clase.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hace pucheros y lloriquea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es muy inquieto, demasiado activo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tiene bajo rendimiento académico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es bravucón con otros niños.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es egósta; piensa sólo de sí mismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. No hace las tareas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Se queda castigado en la escuela cuando terminan las clases.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Otros compañeros lo evitan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sueña despierto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tiene hábitos personales que no son aceptables.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dice malas palabras en clase.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tiene hábitos nerviosos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. No tiene amigos entre sus compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Copia, hace trampas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Miente para evitar castigos y responsabilidades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. No sigue las reglas de la clase.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Marcado en Cada Columna:  
 Multiplique el Total Por:  
 Sume los productos

X 0	X 1	X 2	X 3	<b>Puntaje Total</b>
0	+	+	+	=

# PEC

## HOJA DEL PERFIL DE EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO

LINDA L. BROWN Y DONALD D. HAMMILL

Traducción de Joanna Fountain-Chambers

ANEXIL D

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre de los padres \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Maestro (Grado) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) ANEXIL D

Examinador \_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_

Puntaje estándar	ESCALAS DEL ESTUDIANTE			ESCALAS DEL MAESTRO			ESCALAS DE LOS PADRES			SOCIOGRAMA			Puntaje Estándar
	Hogar	Escuela	Compañeros	Maestro 1	Maestro 2	Maestro 3	Madre	Padre	Otro	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	
20	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	20
19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
18	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
17	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
16	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16
15	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
14	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
13	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13
12	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
11	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
10	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1

Puntaje Estándar: Media = 10, Desviación Estándar = 3).

### COMENTARIOS:

Fecha de la prueba \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

Escalas	Puntajes Brutos	Puntajes Estándar
---------	-----------------	-------------------

#### Escalas del estudiante

Hogar \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Compañeros \_\_\_\_\_

#### Escala del maestro

Maestro # 1 \_\_\_\_\_

Maestro # 2 \_\_\_\_\_

Maestro # 3 \_\_\_\_\_

#### Escala de los padres

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

#### Sociograma

Pregunta # 1 \_\_\_\_\_

Pregunta # 2 \_\_\_\_\_

Pregunta # 3 \_\_\_\_\_

Ejemplares adicionales de este perfil se podrán obtener en: PRO-ED, 5341 Industrial Oaks Boulevard, Austin, Texas 78735 U.S.A.

# PREGUNTAS SOBRE LA ADMINISTRACION DEL PERFIL DE EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO

## PREGUNTAS GENERALES

- ¿Quién refirió al estudiante? \_\_\_\_\_
- ¿Por qué razón lo(a) refirieron? \_\_\_\_\_
- ¿Se obtuvo el permiso de los padres?  Sí  No
- ¿Quién se puso en contacto con los padres? \_\_\_\_\_
- ¿Se le interpretaron los resultados  
al estudiante?  Sí  No. Cuando sí ¿por quién? \_\_\_\_\_
- a los padres?  Sí  No. Cuando sí, ¿por quién? \_\_\_\_\_
- a los maestros?  Sí  No. Cuando sí, ¿por quién? \_\_\_\_\_

## AS ESCALAS DE EVALUACION DEL ESTUDIANTE

- ¿Leyó las preguntas y marcó las respuestas solo el estudiante?  Sí  No
- Cuando no, ¿quién le leyó las preguntas y le marcó las respuestas? \_\_\_\_\_
- ¿En qué lugar completó las escalas (por ejemplo, en la biblioteca, el salón de clases, en casa, etc.)? \_\_\_\_\_
- Describa brevemente las condiciones bajo las cuales el estudiante completó las escalas (por ejemplo, donde habían otras personas, ruido, distracciones, etc.). \_\_\_\_\_
- ¿Hay alguna razón por creer que el estudiante no haya entendido el concepto de Verdadero-Falso?  Sí  No

## A ESCALA DE EVALUACION DEL MAESTRO

- Maestra(o) #1: Nombre \_\_\_\_\_  
Grado o materia(s) \_\_\_\_\_
- Maestra(o) #2: Nombre \_\_\_\_\_  
Grado o materia(s) \_\_\_\_\_
- Maestra(o) #3: Nombre \_\_\_\_\_  
Grado o materia(s) \_\_\_\_\_
- ¿Cuál de estos maestros refirió al estudiante?  Ninguno  
 Número 1  Número 2  Número 3

## A ESCALA DE EVALUACION DE LOS PADRES

- Completó la Escala  la madre  el padre  otro responsable.
- Cuando fue otro responsable, indique la relación al estudiante \_\_\_\_\_
- ¿Cómo se obtuvo la información?
- Los padres completaron la Escala en casa.
- Los padres completaron la Escala durante una visita a la escuela.
- El examinador entrevistó a los padres en el hogar.
- El examinador entrevistó a los padres en la escuela.
- El examinador entrevistó a los padres por teléfono.

## EL SOCIOGRAMA

- La primera pregunta seleccionada fue "¿Con cuál de los niños de tu clase te gustaría más (menos) \_\_\_\_\_?"
- Número de respondientes: \_\_\_\_\_
- La segunda pregunta seleccionada fue "¿Con cuál de los niños de tu clase te gustaría más (menos) \_\_\_\_\_?"
- Número de respondientes: \_\_\_\_\_
- La tercera pregunta seleccionada fue "¿Con cuál de los niños de tu clase te gustaría más (menos) \_\_\_\_\_?"
- Número de respondientes: \_\_\_\_\_