



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"IZTACALA"

PSICOLOGIA

EFFECTOS DEL SINDROME ALCOHOLICO
FETAL EN LA PSICOMOTRICIDAD EN
DOCE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

CAMBRON MUÑOZ GUADALUPE

MORALES ZUÑIGA SARA

SUMANO SIGA MARIA DOLORES

A S E S O R A :

MTRA. AMPARO CABALLERO BORJA



LOS REYES IZTACALA

MEXICO, 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

REPUBLICA DE MEXICO



OFICINA DE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y FISCALIA
ESTADO DE MEXICO
CARTERA DE PAGO

ESTADO DE MEXICO



AGRADECIMIENTOS

Nos es muy grato presentar ante ustedes el trabajo realizado - durante dos años de esfuerzo con la cooperación de amables personas. Por lo que agradecemos muy especialmente a:

Los grupos de ALCOHOLICOS ANONIMOS y AL-ANON, que se interesaron por el estudio permitiéndonos encontrar en sus hogares la muestra requerida e invitando a sus amigos(as) para que también participaran.

Queremos agradecer a cada uno de los profesores de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, porque hicieron de nosotros profesionistas dignas de enaltecer la carrera, la institución y la patria. Muy en especial vaya nuestro agradecimiento para nuestras dictaminadoras: La Lic. BLANCO E. HUITRON VAZQUEZ y la Mtra. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY; además del agradecimiento ofrecemos nuestro cariño y admiración a la Mtra. AMPARO CABALLERO BORJA por habernos permitido compartir este momento.

Al Ingeniero RODOLFO RODRIGUEZ agradecemos su valiosa colaboración y todas las atenciones para hacer de este trabajo algo -- trascendente.

MUCHAS GRACIAS : Guadalupe, Dolores, Sara.

DEDICATORIAS

Amo la vida con más behemencia que
muchos de mis semejantes, por tener
la suerte de poseer varios amores.
Amo con devoción mi profesión, a
mis PADRES con orgullo, con ternura
a mis pequeñas AHIJADAS, con gran
respeto y admiración a mi hermana
AMELIA y a su esposo, y a mis grandes
amigas SARITA y LOLITA.

A MIS PADRES:

Por su cariño y comprensión,
y aún más por su ejemplo de
superación.

A AMELIA Y A TONO:

Porque siempre conté con su
apoyo cuando lo necesité.

A MIS HERMANOS:

Por tener grandes metas
que cumplir.

A TI:

Porque con tu cariño y
comprensión me alentaste
a continuar a llegar a
mi meta.

A MIS AMIGOS Y ALUMNOS:

Que siempre están presentes
en mi mente y mi corazón.

A MIS COMPADRES:

ALICIA y ENRIQUE porque siempre
creyeron en mí.

GUADALUPE CAMBRON MUÑOZ

Agradezco a la vida
porque me permite disfrutar
de este momento.

Dedico mi mayor esfuerzo a quien
desde que lo conocí, todo me lo
ha dado desinteresadamente: apoyo,
comprensión y mucho amor.
A mi esposo HUMBERTO.

A DON HUMBERTO y DOÑA CECILIA
porque sin ser mis padres me
han apoyado como si fuera su
hija.

A mis incomparables amigas:

LOLITA y LUPITA porque con ellas

he vivido los momentos más

significativos de mi vida.

Gracias por su amistad.

A la familia MORALES-NAVA:

Por permitirme ser miembro de

su familia y tratarme como a

una hija.

A TI:

Que, aunque no nos conocemos debes

saber que siempre deposité mi mejor

esfuerzo para adquirir una buena

preparación y ponerme a tu

disposición como profesional.

AL AMIGO SINCERO QUE SIEMPRE ESTA

PRESENTE.

SARA MORALES ZUÑIGA

Doy gracias al SEÑOR,
por darme la vida.

Dedico este trabajo a mis PADRES,
porque siempre estuvieron conmigo.
Gracias por ese cariño que
me dan y su apoyo con el cual he
llegado a la meta propuesta.

A ELSA por ser mi
hermana y amiga, gracias
por tu apoyo moral y
económico.

A mis hermanos ALEJANDRO, LUDY,
PATY y ERIKA por compartir
conmigo mis fracasos y alegrías.

A mis Tíos LUCILA y FRANCISCO
así como a sus hijas LUCILA,
SANDRA, DAMIANA y VICKY por
apoyarme cuando más necesité
una palabra para seguir
adelante.

A CHINDO aunque ya no estás
con nosotros.

A mis amigos SARITA, HUMBERTO
y LUPITA por su gran amistad.

A todos mis tíos(as) y a aquellas
personas que colaboraron en la
realización de mi carrera.

A todos doy las GRACIAS.

MARIA DOLORES SUMANO SIGA

I N D I C E

	Página
<u>Introducción</u>	1
CAPITULO I EL DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD EN EL PREESCOLAR.....	 11
1.1 Materiales o juguetes para la actividad psicomotriz.....	12
1.2 Habilidades psicomotrices.....	16
1.3 Período sensoriomotriz.....	20
CAPITULO II EL ALCOHOLISMO.....	25
2.1 Tipos de alcoholismo.....	32
2.2 Clasificaciones de alcoholismo	33
2.3 Factores Fisiológicos y bioquí micos.....	35
2.4 Factores psicológicos.....	37
2.5 Factores socioculturales.....	40
2.6 Reglamento para el control del alcoholismo.....	43
2.7 Estadísticas y Publicidad.....	45
2.8 Efectos en el organismo.....	48
2.9 El alcoholismo femenino.....	53
2.10 Clasificación conductual de la mujer alcohólica.....	57

	Página
CAPITULO III SINDROME ALCOHOLICO FETAL.....	61
3.1 Aspectos psicológicos y orgánicos fundamentales para el desarrollo de la psicomotricidad en el niño (normal).....	64
3.2 Fases del desarrollo psicomotor	69
3.3 Efectos morfológicos, cromosómicos y neurológicos del Síndrome Alcohólico Fetal.....	73
CAPITULO IV METODO.....	80
CAPITULO V RESULTADOS.....	89
CAPITULO VI DISCUSION.....	97
 ANEXO I TABLAS	 106
ANEXO II FIGURAS	117
ANEXO III LAMINAS	132
ANEXO IV INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y FORMAS DE REGISTRO	153
ANEXO V FORMULAS	167
 Referencias Bibliográficas.....	 171

I N T R O D U C C I O N

México enfrenta un sinnúmero de problemas sociales, una parte de ellos tienen su origen en el alcoholismo, el cual ha incrementado su cifras tanto en producción como en consumo en las últimas décadas (Rosovsky, 1984).

Al respecto del alcoholismo llama nuestra atención el estudio de los efectos que éste genera en los hijos de padre o madre alcohólica cuando alguno de ellos ingirió bebidas alcohólicas en el período anterior al embarazo o durante el mismo manifestándose en los hijos daños que pueden repercutir en su desarrollo general por alguna alteración evidente en su desarrollo posnatal de las áreas físico, biológicas o conductuales, que caracterizan en mayor o menor grado a los descendientes de alcohólicos(as). A estas características se les conoce con el nombre de Síndrome Alcohólico Fetal, ya que son el resultado de una excesiva o moderada ingestión de alcohol por parte de alguno o ambos padres en el período prenatal o antes de la concepción (Abel y Sokol, 1986; Smith, Coles, Lancaster, Fernhoff y Falek, 1986).

Algunos estudios (Clarren, 1981; Gallant, 1982; Smith, - 1981a; Smith y Sandor, 1981b) revelan defectos de tipo cardíaco, malformaciones en el sistema nervioso central, defectos - cutáneos, tumores embrionales, deficiencias genéticas, musculares, esqueléticas, renales, faciales y pulmonares (Darby, - Streissguth y Smith 1981; Landesman, Ragozin y Little 1981; - Silva, Laranjeira, Dolnikoff, Grinfeld y Masur, 1981) que desencadenan problemas de tipo conductual, emocional, social, - de aprendizaje, intelectuales y metabólicos por nombrar algunos. Entre otras de las razones que se pueden señalar destaca la importancia de la nutrición la cual se ve afectada durante el embarazo (Fisher, 1982) ya que el etanol (sustancia química del alcohol) impide el acceso a la placenta de nutrientes básicos como los aminoácidos, vitaminas, minerales, glucosa y ácidos nucleicos. Estos factores aunados a una disfunción orgánica y morfológica, así como alteraciones en la distribución genética pueden dar como resultado un retardo en el desarrollo mental y motor (Landesman, Ragozin y Little, 1981) - o también problemas de atención, hiperactividad, nerviosismo, etc. que ejercen una influencia directa en el proceso de enseñanza-aprendizaje y decisiva para la iniciación a la lecto-escritura.

Landesman, Ragozin y Little (1981), Smith, Coles, Lancas

ter, Fernhoff y Falek (1986) y Barrison y Wright (1984) en sus estudios encontraron que los efectos del Síndrome Fetal Alcohólico se manifiestan en anomalías del desarrollo motor fino, a atención a estímulos ambientales, desarrollo físico, conductual peso y ejecución motora entre otras; las cuales son componentes del área psicomotriz y que por tanto en condiciones de tridentes impiden un buen desenvolvimiento académico. Cuando se suman deficiencias visuales (miopía y astigmatismo), auditivas o respiratorias por deformaciones nasales, de atención, socialización, etc., que también quedan enmarcados en la lista de efectos en los hijos de padres alcohólicos, según estudios de Clarren (1981) y Poskitt (1984).

Considerando que la enseñanza de la lecto-escritura requiere de la maduración en el área psicomotriz antes de la iniciación de dicho proceso es indispensable lograr un nivel óptimo de ejecución.

El desarrollo psicomotriz se basa en la percepción del movimiento; de los patrones de movimiento surge un sistema de comparaciones sensoriales y motoras que hacen posible la realización de relaciones perceptuales.

La evolución psicomotriz del niño es determinante para el aprendizaje de la lecto-escritura. El desconocimiento de estos

antecedentes tienden a dificultar el desarrollo integral del niño; sobre todo cuando se desconocen las subáreas, siendo éstas las siguientes:

Coordinación motriz gruesa: que favorece en el niño el proceso del desarrollo motor y buen equilibrio del cuerpo, además del dominio de los grandes segmentos del mismo (miembros superiores e inferiores) por lo general son las actividades que necesitan del desplazamiento corporal: correr, trepar, lanzar, saltar, rodar, llevar objetos, etc.

Coordinación motriz fina: que favorece al aspecto psicomotor con una serie de movimientos coordinados entre sí que requieren cada vez mayor precisión.

Esquema corporal: que permite al niño conocerse a sí mismo, su cuerpo sea en situación activa o pasiva, en función a la interrelación de sus partes y sobre todo su relación con el espacio y a los objetos que lo rodean.

Lateralidad: que tiende a favorecer la adquisición de las nociones izquierda, derecha y establecer hábitos direccionales básicos en el proceso de aprendizaje de la lecto-escritura. Por ello hay que permitirle utilice su lado dominante o de predominio lateral. Los ejercicios más útiles para averiguar

el uso preferente de una mano son: iluminar, cortar, utilizar utensilios para comer, abotonar la camisa, enhebrar una aguja, atar y desatar las agujetas, lanzar una pelota, etc.

Ritmo: se encuentra en todas las circunstancias, es movimiento, orden, vida, repetición, alternancia, simetría, etc., Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Secretaría de Educación Pública (SEP).

La psicomotricidad es un aspecto sumamente importante en el desarrollo del niño, ésta puede verse afectada por diferentes factores en éste caso el alcoholismo.

El problema del alcoholismo en México ha trascendido a todas las áreas del desarrollo humano considerado como una unidad biopsicosocial; no sólo en el individuo que ingiere bebidas alcohólicas sino en sus descendientes; esa transmisión de las consecuencias del alcoholismo son adquiridas tanto en el medio ambiente donde se desenvuelve el ser humano como en las etapas anteriores al nacimiento.

Los problemas específicos causados por antecedentes de alcoholismo en los padres afectan en gran medida algunas áreas del aprendizaje escolar de sus hijos próximos a nacer fundamentalmente en el área de la lecto-escritura, provocados básica-

mente por algunos trastornos en el desarrollo y crecimiento durante los períodos críticos de la formación prenatal, principalmente los relacionados al área psicomotriz.

Ante el creciente aumento del alcoholismo en la mujer mexicana, fundamentalmente por la incorporación de ésta en las actividades económicas y de producción del país, se ve constantemente involucrada por las costumbres sociales que inducen a la ingestión de bebidas alcohólicas en todo tipo de reuniones sociales, como Ampudia (1984) lo describe en sus estudios.

Se ha estimado que existen cinco expendios de bebidas alcohólicas por cada escuela y veinte expendios por cada centro de salud. Asimismo las estadísticas demuestran que la producción de bebidas alcohólicas principalmente la cerveza y los destilados de caña incrementaron en un 50.5% y 153% respectivamente en el período de 1987 a 1988 (Rosovsky, 1984; Cabildo, cit. en: Caso, 1984; Berruecos, cit. en: Velasco 1988). Por lo cual el interés de esta investigación es poner de manifiesto la relación de tales problemas que no han sido explorados y que por tanto requieren de una exhaustiva atención que conduzca a la creación de medidas de prevención y concientización en toda la población incluyendo padres, maestros e investigadores, con el objeto de reducir y/o minimizar tales problemas y de es

te modo permitir un mejor desenvolvimiento escolar en los hijos de padres alcohólicos.

Se determinó no sólo la influencia del alcoholismo de los padres en sus hijos sino en relación con el desempeño en la edad preescolar, para de este modo identificar la magnitud del daño causado en la ejecución psicomotriz para tales fines fue imperante tomar muestras de sujetos que se encontraran incorporados a una institución escolar, así como también de un igual número de sujetos que aún no asistían a la escuela.

Finalmente creemos que la situación educativa y social en México exige la acción profesional, ciudadana, familiar y cultural tendiente a promover el cambio y crear ambientes socioculturales que ayuden a la integración de un individuo biopsicosocialmente sano.

Dado el análisis precedente surge la inquietud por un estudio de habilidades psicomotrices tanto en los hijos de padres alcohólicos como de los hijos de padres no alcohólicos para prever hipotéticamente su nivel de aprendizaje posterior.

En nuestro medio escolar es común observar deficiencias desde las más leves hasta las más graves en las habilidades de lecto-escritura de los educandos dado que su desarrollo psico-

motriz no ha tenido una adecuada evolución algunas veces por ese desconocimiento antes mencionados, de las subáreas psicomotrices por parte de los educadores y en otros casos son el resultado de un Síndrome Alcohólico Fetal; de ahí entonces la necesidad de cuestionar, ¿cómo influye el alcoholismo del padre o la madre, en el desarrollo psicomotriz del niño en edad preescolar?

Una vez determinada esa influencia cabría preguntarse, ¿en cuáles niños se manifiestan los mayores daños: en hijos de padre alcohólico o en los de madre alcohólica?

Si se establece que el alcoholismo de alguno de los padres es un elemento nocivo para el desarrollo psicomotriz del hijo en edad preescolar, pero considerando que a esa edad los niños son sometidos a un programa escolar podría plantearse: ¿la educación preescolar minimiza los efectos en caso que haya sospecha de daños provocados por el alcoholismo de los padres en el hijo a nivel psicomotriz?

La última interrogante indaga, ¿cuáles son las semejanzas y diferencias de la ejecución psicomotriz al comparar a los hijos de padres alcohólicos con los de padres no alcohólicos?

Por lo que el objetivo planteado para tales fines es cono

cer los efectos producidos en la psicomotricidad, como antecedente de la lecto-escritura en niños de 4 a 6 años de edad que asisten o no a la enseñanza preescolar, que sean hijos de padre alcohólico, madre alcohólica y padres no alcohólicos.

Para esta investigación se realizaron los siguientes capítulos:

En el primero se hace una descripción de los elementos que componen a la psicomotricidad así como el proceso y los factores que la favorecen, apoyándonos para ello en los planteamientos de Piaget.

En el segundo se abordan aspectos históricos, conceptuales, estadísticos, biológicos, culturales, sociales, psicológicos y de clasificación del alcoholismo en general y femenino en particular.

En el tercero se resaltan las características del Síndrome Alcohólico Fetal y sus efectos relacionados con el desarrollo psicomotriz del niño.

En el cuarto se presenta el método, el cual contiene: descripción de los sujetos que participaron, variables que se utilizaron, materiales y aparatos, situación experimental, sistema de evaluación y registro, respuesta de los sujetos, diseño

y procedimiento.

En el quinto se encuentran los resultados de la investiga
ción.

En el sexto se presenta la discusión.

C A P I T U L O I

EL DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD EN EL PREESCOLAR

Muchos son los estudios relacionados con el desarrollo de la psicomotricidad en los infantes, resultados de sus antecedentes que incluyen las características biológicamente determinadas así como la estimulación ambiental; los cuales dotan al preescolar de capacidades necesarias y fundamentales para la adquisición de habilidades en la lecto-escritura; además de ser un eslabón en la cadena de su desarrollo biopsicosocial. En lo subsiguiente revisaremos los aspectos teórico-conceptuales que definen a la psicomotricidad desde un marco teórico específico.

El desarrollo de la psicomotricidad se basa en la actividad motriz voluntaria del sujeto tendiente a obtener un beneficio el cual es un elemento del proceso evolutivo de la inteligencia, pensamiento y lenguaje que a su vez estructuran el desarrollo cognitivo del niño.

La actividad motriz implica la ejecución de movimiento - que van desde los más simples a los más complejos y que se adquieren en la medida que el niño hace interactuar su cuerpo - con el medio ambiente. Son ejes motores, del cuerpo en general, la cabeza, hombros, tronco, brazos y piernas, que en los primeros estadios se presentan en forma brusca y gradualmente adquieren matices más finos; que una vez logrados permiten al niño valerse de sus movimientos para la actividad lúdica.

En la sucesión de los movimientos simples o complejos es menester permitirle al niño ejercer su creatividad libremente por lo cual no debe forzársele a realizar actividades que no correspondan a sus aptitudes desarrolladas, ni tampoco ofrecerle todo tipo de materiales y herramientas que en algunos casos no es capaz de utilizar o bien limitan la búsqueda de sus propios medios para realizar la actividad.

1.1 MATERIALES O JUGUETES PARA LA ACTIVIDAD PSICOMOTRIZ

El paso de lo simple a lo complejo supone un continuo, - que no es válido estandarizar. Sin embargo reconocer las experiencias de quienes hayan explorado este aspecto permite hacer uso de sus propiedades; por ejemplo Barrera (1979) propone que

los materiales o juguetes para el desarrollo motriz pueden emplearse en el orden siguiente:

- a) De los cuatro a los siete meses: juguetes de goma o sonajeros durante los primeros meses colgados en la cuna a distancia conveniente para tocar, alcanzar, agarrar, manipular, etc., éstos ofrecerán oportunidad para el estímulo de la correlación visomanual.
- b) De los nueve a diez meses de edad: oportunidad para gatear, manipular y manejar pelotas, muñecos y objetos comunes.
- c) De los doce a los dieciocho meses de edad: bloques pequeños, cajas de cartón para abrir y cerrar, libro con figuras familiares en color, pelotas, moldes de arena, pala pequeña, balde, carro o juguete para empujar o arrastrar, etc.
- d) De dos a tres años de edad: oportunidades para correr, para trepar y equilibrarse sin peligros, autos y camiones para "transportar" rompecabezas simples, tijeras y material para recortar, lápices, pinturas, etc.

- e) De los cuatro a los seis años de edad: lo más indicado es ofrecer espacio, si es posible al aire libre, - para trepar, excavar, columpiarse y otras prácticas - de agilidad corporal. También son útiles las pelotas de diversos tamaños y los juguetes de construcción, - conjuntos de muñecos, de animales, material de dibujo o para colorear.

Cabe aclarar que estos materiales concuerdan con los utilizados por Piaget en sus investigaciones (Piaget 1987b) y los de algunos otros investigadores (Sinclair, Stambak, Lézine, - Rayna y Verb, 1985; Zapata y Aquino, 1980). También en los instrumentos evaluativos de la SEP y la UNICEF, utilizados en esta investigación se enlistan algunos de los materiales antes - mencionados y otros de la misma clase; estos materiales preten den ser una herramienta para la adquisición de habilidades motoras que incluyen el movimiento de los dedos (motora fina) y de las extremidades superiores e inferiores (motora gruesa). - Estas destrezas van siendo asimiladas progresivamente y en función del contacto con los objetos, permitiéndole además el co- nocimiento de su entorno y por ello su desarrollo cognitivo, - de ahí entonces que la conjugación de la actividad física y - mental representan elementos fundamentales del desarrollo psi- comotriz y éste a su vez es el precedente de organizaciones -

mentales más complejas tales como el pensamiento, lenguaje, razonamiento, etc., vinculados al desenvolvimiento general del sujeto lo que incluye una educación formal e informal.

En cuanto al aspecto formal de la educación, la psicomotricidad es un factor esencial en el aprendizaje de áreas básicas como la lecto-escritura y matemáticas, ya que requieren de habilidades tales como: control neuromuscular, independencia segmentaria, coordinación oculomanual, organización espacio temporal, independencia brazo-mano, independencia de los dedos, coordinación en la prehensión y la presión, hábitos neuromotrices correctos, como visión y transcripción de la izquierda hacia la derecha, hábitos neuromotrices de la escritura, seriación y reversibilidad del pensamiento, atención, control del propio cuerpo, postura equilibrada y control respiratorio.

Dienes (cit. en Zapata y Aquino, 1980) sugiere que haya un paralelismo entre la enseñanza de las matemáticas y la educación psicomotriz. Todas las destrezas anotadas en el párrafo anterior, se logran gracias al desarrollo senso-motor que ha evolucionado y madurado; de no ser así es frecuente encontrar niños con dificultades en el aprendizaje, regularmente ligadas a un deterioro psicomotor; por ejemplo Gratty (1974) menciona que la dificultad para dibujar figuras geométricas obedece a -

un deterioro perceptivo motor, discordancia entre el dominio - visual y manual (predominancia de la mano izquierda), en el re conocimiento de las letras, en la adquisición de reglas orto-- gráficas, reconocimiento de dibujos, etc. Estas característi-- cas y destrezas en la ejecución son desarrolladas durante la - infancia convirtiéndose en habilidades.

1.2 HABILIDADES PSICOMOTRICES

Las habilidades psicomotrices son clasificadas en razón - de los elementos corporales que intervienen así como de su - - ejercitación constante para el mejor desempeño. En general, se utiliza la siguiente clasificación de las habilidades psicomotrices.

Coordinación Motriz Gruesa: el niño comprende lo que hace más no como se hace, pues la ejecución no es consciente; requiere de mucha energía, el movimiento que se realiza es torpe pues no se han dominado por completo los movimientos (correr, trepar, saltar, lanzar pelotas, rodar, llevar objetos, etc.).

Coordinación Motriz Fina: consiste en una serie de movimientos coordinados entre sí que requieren cada vez mayor precisión de los mismos, como en la escritura por los complejos -

mecanismos que entran en juego, principalmente de coordinación motor-ocular, la dinámica manual y la atención estabilizada.

Esquema Corporal: el cuerpo es, para el niño, el medio de la acción, del conocimiento y de la relación que tiene con su mundo. La construcción del esquema corporal es el punto de partida de las posibilidades de acción. El conocimiento del cuerpo abarca tanto en situación activa como pasiva, en función a la interrelación de sus partes y sobre todo su relación con el espacio y los objetos que le rodean.

Lateralidad: ésta se debe al predominio de uno de los hemisferios cerebrales. Tiende a favorecer la adquisición de las nociones derecha-izquierda, también a establecer hábitos direccionales básicos en el aprendizaje de la lecto-escritura. Por eso hay que conocer el predominio lateral del niño y dejarlo en libertad para que utilice su lado dominante.

Ritmo: se encuentra en todas las cosas y en todas las circunstancias, es movimiento, orden, vida, repetición, alternancia, simetría, etc. Los movimientos con sentido rítmico permiten al niño lograr un dominio corporal, adquirir control sobre las diferentes partes del cuerpo, dominio del equilibrio, cálculo de distancia al dar pasos, extender los brazos, etc., ya que advierte que hay un espacio que le corresponde donde

puede moverse. Por ejemplo al moverse con el ritmo de la música (SEP).

De esta manera se hace evidente la importancia que tiene para el aprendizaje la formación psicomotriz, que tiene sus orígenes no en el nivel preescolar sino desde el nacimiento, después va madurando gracias a los procesos de asimilación y acomodación, que permiten al niño adaptarse a su medio, lo cual implica un conocimiento del mismo que se logra mediante la imitación, el juego y la representación simbólica, que una vez consolidados hacen posible dos formas de conocimiento: el conocimiento lógico-matemático y el conocimiento físico.

La adaptación se caracteriza como un equilibrio entre las acciones inversas, es decir, un equilibrio entre la asimilación y la acomodación, o sea los intercambios entre el sujeto y los objetos.

La asimilación es la acción del organismo sobre los objetos que lo rodean, esta acción depende de las conductas anteriores referidas a los mismos objetos o a otros análogos.

La relación entre el ser viviente y el medio está dada en función de que el primero no se somete pasivamente al segundo, sino que lo modifica imponiéndole cierta estructura propia determinada por la motricidad, la percepción y el juego de las -

acciones reales o virtuales. Entonces la asimilación mental es la incorporación de los objetos en los esquemas de la conducta, no siendo tales esquemas más que la rama de las acciones susceptibles de repetirse activamente.

La acomodación se refiere a la acción del medio sobre el organismo sin que el ser viviente sufra impasiblemente la reacción de los cuerpos que lo rodean, sino que esta reacción modifica el ciclo simulador acomodándolo a ellos. La acomodación es un aspecto de la actividad cognitiva que implica la modificación de las estructuras sensoriomotrices o mentales, en función de los objetos de la realidad (Piaget, 1987a; Piaget, - - 1985; Zapata y Aquino, 1980).

Piaget (1987b) señala que cuando la acomodación se da primero que la asimilación, la actividad se emprende en dirección de la imitación. Cuando la asimilación está primero que la acomodación, la actividad se orienta en el sentido del juego, que viene a constituir como un eco de la imitación. La imitación - constituida como una imagen del objeto, es decir, una imitación interiorizada como prolongamiento de la acomodación conduce a la representación simbólica.

La teoría de Piaget divide el desarrollo intelectual en cuatro períodos principales: el senso-motor, el preoperacional,

el de operaciones concretas y el de operaciones formales; dichos períodos no deben ser ubicados dentro de un rango de edad ya que su consecución se da bajo un proceso evolutivo y genético donde no es factible pasar de un período a otro sin haber completado el anterior; no olvidando que cada individuo tiene un ritmo de desarrollo diferente al de los otros, el cual depende tanto de sus propiedades físicas como de los agentes externos que interaccionan entre sí distintivamente dado el nivel de adaptación logrado hasta determinado momento. Sin embargo algunos autores (Ginsburg y Oppen, 1977 y Flavell, 1983) en sus estudios especifican los siguientes rangos de edad: período sensoriomotriz del nacimiento a los dos años, período preoperacional de los dos a siete años, período de operaciones concretas de siete a once años y período de operaciones formales de los once años en adelante; esta clasificación obedece a las características sociales y biológicas inherentes al ser humano.

1.3 PERIODO SENSORIOMOTRIZ

De los períodos el de mayor interés, por el momento, es el sensoriomotriz ya que en éste se establecen las bases de la inteligencia y de las habilidades psicomotrices; mediante los

procesos de asimilación y acomodación, el niño va perfeccionando su interacción con el medio. Bajo la observación de un desarrollo gradual este período se compone de los siguientes estadios:

Conocido por su actividad refleja, implica la formación de esquemas de asimilación. Son importantes el reflejo de succión y el reflejo palmar que al principio son instintivos, después se generalizan por el proceso de asimilación, que después se extiende a una actividad sensoriomotora por la coordinación al succionar el pulgar y mover su brazo, mano y boca. Las estructuras sensomotoras constituyen la fuente de las posteriores operaciones del pensamiento, procede de la acción en su conjunto al transformar los objetos y lo real, la asimilación es esencialmente activa y operatoria.

Formación de los primeros hábitos motores y de las primeras percepciones organizadas. Un hábito no se considera aún inteligencia. Se basa en un esquema sensomotor de conjunto, en el cual no existe diferenciación entre los medios y los fines, ya que el fin se alcanza por una obligada sucesión de movimientos que a él conducen, sin distinguirse un fin perseguido. En un acto de inteligencia si se persigue un fin planteado con la búsqueda de medios apropiados los que son suministrados por los hábitos.

Coordinación entre la visión y la aprehensión. El niño coge y manipula los objetos que están en su entorno próximo - (sonajas). El primer tirón se considera hábito naciente sin finalidad diferenciada, después la simple presencia de un objeto o sonido lo orientará a tirar nuevamente. El niño se encuentra en el umbral de la inteligencia.

Coordinación entre fines y medios los actos de inteligencia práctica son más completos. Se le impone una finalidad independiente de los medios, por ejemplo alcanzar objetos o buscarlos. Los medios se toman de los esquemas de asimilación conocidos.

Búsqueda de medios nuevos. Aparecen nuevos medios diferentes a los esquemas conocidos. Aparece la conducta del soporte cuando el niño por casualidad o con ayuda se da cuenta que puede alcanzar los objetos jalando la alfombra.

Búsqueda sistemática de medios nuevos. Este estadio indica el fin del período sensomotor y la transición con el siguiente. El niño encuentra nuevos medios no por tanteos, sino por combinaciones interiorizadas que desembocan en una comprensión repentina-insight (Piaget e Inhelder, 1984; Piaget, 1985).

Piaget e Inhelder (cit. en Sinclair, Stambak, Lézine, Ray

na y Verb, 1985) advierten que es necesario volver al sistema de los esquemas sensoriomotores para reencontrar las fuentes - de algunos conceptos como: clasificación, seriación, comparación y correspondencia; que se demuestran en actividades tales como el amontonamiento de objetos parecidos, construcción de - objetos complejos y superposición de bloques, etc., que se van desarrollando por la aparición de actividades prelógicas, prefísicas y simbólicas que el niño realiza en el período sensoriomotor.

Las actividades prelógicas incluyen colecciones, encastraciones, establecimiento de correspondencia, diferenciaciones y relaciones continente-contenido, se les llama prelógica por su semejanza con el conocimiento lógico matemático pero que aparecen en una edad precoz, en la misma forma se explican las actividades prefísicas que consisten en fraccionar objetos, volver a juntarlos, centrándose la atención no en las acciones del sujeto sino sobre los objetos y sus propiedades.

Las actividades simbólicas se refieren a la representación entendida como la diferenciación de los significantes y - significados y la capacidad de recordar gracias a estos significantes diferenciados, los significados no percibidos en el - momento. Se emplean símbolos personales susceptibles de ser -

compartidos "función simbólica".

Desde este punto de vista, donde se involucran tanto las características del medio ambiente como del sujeto, para el desarrollo cognoscitivo; puede verse alterado cuando alguno de los dos elementos de la interacción no posee las características apropiadas para la adaptación y consecuentemente para la inteligencia. Son variadas las causas que pueden originar esta problemática pero si consideramos que el período sensoriomotor es el inicio del desarrollo, entonces habremos de prestarle mayor atención sobre todo a la constitución biológica, por ejemplo aquellos sujetos que presentan malformaciones físicas, motoras, instintivas, etc., desde el momento del nacimiento debidas a factores hereditarios por la influencia nociva de agentes externos que se involucran en la etapa de la gestación o después del nacimiento debido a una insuficiente estimulación temprana. La conjugación agente externo-etapa gestacional puede provocar daños irreversibles en el recién nacido, tal es el caso del alcohol, fármacos y drogas que cuando son administrados antes o durante el embarazo facilitan malformaciones genéticas que afectan el desarrollo general del que las posee. Al respecto abordaremos más ampliamente el tema del alcoholismo en el siguiente capítulo.

C A P Í T U L O I I

EL ALCOHOLISMO

Con referencia al capítulo anterior, observamos que el de sarrollo psicomotriz tiene sus orígenes en el período sensorio motor, éste va evolucionando por la acción del medio ambiente en el cual se desenvuelve el niño; los padres desempeñan un pa pel importante en este proceso aún antes del nacimiento de sus hijos, a través de los cuidados proporcionados durante la ges tación.

El desconocimiento por parte de los padres hacia el desa rrollo general de su hijo está dado por una multiplicidad de - factores como un elemento determinante en los transtornos del desarrollo infantil. Transtornos que pueden ser controlados y evitados en la medida en que los padres asuman una responsabi- lidad de sus exintoxicaciones y por lo mismo las restrinjan.

Es importante definir que una exintoxicación son aque- - llas consecuencias producidas en un individuo por la ingestión de alcohol y estupefacientes. Por el contrario la autointoxica

ción ocurre por desórdenes orgánicos como la gestritis, hepatitis, diabetes, tumores cerebrales, epilepsia, etc.

Como se puede observar las autointoxicaciones salen del - dominio personal, es difícil evitar el trastorno y más difícil aún determinar con precisión los efectos que pueden producirse en los hijos. Sin embargo los efectos producidos por las exoin toxicaciones son tan severos pero al mismo tiempo pueden ser - evitadas por los progenitores y en esta medida causar un daño menor.

La ingestión de alcohol durante la concepción o el embara zo puede provocar lesiones desde muy leves a muy severas en el producto, las cuales podrán repercutir en el desarrollo ulte-- rior; dichas afecciones serán abordadas en el siguiente capítu lo.

El problema del alcoholismo en los padres puede repercu-- tir socialmente en el desenvolvimiento e interacción del niño con su medio. Tales repercusiones son meramente sociales y na- cen en la convivencia del seno familiar, son factores externos importantes de considerar sin ser el tema central de este tra- bajo. El estudio hecho por Chávez y Wences (1984) describe la influencia del alcoholismo en el padre y sus efectos en el rol desempeñado por la madre, así como las alteraciones que produ-

ce en el desarrollo psicomotor y emocional del hijo varón. El niño percibe modelos muy deteriorados en los roles desempeñados por sus padres; así también los autores mencionados describen la inadecuada relación padre-hijo, madre-hijo que inhiben el desarrollo psicomotriz y emocional del niño. El padre regularmente ocupa la mayor parte de su tiempo en satisfacer el vicio (alcoholismo); la madre por su parte tiene que cumplir con el rol materno y el paterno a la vez.

Por lo antes expuesto, se hace necesaria una exposición teórica de algunos elementos que dieron origen a las bebidas alcohólicas, en sus tiempos más remotos.

La aparición de las bebidas alcohólicas no es privativa a un lugar, fecha, hombre, etc. Clarck y Giudice (1975) señalan que para la producción de alcohol se requieren: azúcar, agua fermento y calor, los cuales existieron desde la época Paleozoica. SanJuan e Ibañez (1983) agregan que el hombre del Neolítico e incluso del Paleolítico ya conocían el alcohol.

Se cree entonces, que el alcohol existió antes del hombre, desde la antigüedad se le consideró alimento nutritivo, medicina valiosa y líquido sagrado según los cánones religiosos. Por tiempos se ha permitido su consumo pero no en exceso, castigándose la desobediencia, haciéndose valer la temperancia y mode-

ración. Sin embargo ante el crecimiento en el consumo algunas sociedades han decretado prohibición total en la venta y consumo del alcohol lo que ha dado por resultado un comercio ilegal provocando a su vez descuido en las medidas de sanidad, distribución y control. Debido a esta problemática, se analizaron las posibilidades de permitirlo bajo ciertas limitaciones en cuanto a la cantidad consumida, los actos que se generan, etc., todos ellos suscritos a un régimen legislativo vigente en la actualidad y variable en cada sociedad (Clarck y Giudice, - - 1975).

La historia del alcoholismo en México data del tiempo de los aztecas antes de la conquista; Molina, Román, Berruecos y Sánchez (1984) relatan que un noble llamado de Papántzin descubrió la manera de obtener el aguamiel y sus derivados, habiéndole llevado en compañía de su hija Xochitl "un jarro de miel prieta de maguey" el monarca Tecpancaltzin, quien se enamoró de la hermosa doncella y la hizo suya. Calderón (en: Velasco, 1988) continúa la historia diciendo que el monarca y la doncella tuvieron un hijo al que le llamaron Meconetzin que significa "hijo del maguey".

En la trascendencia mítico-religiosa, el octli- "pulque" se testifica por el papel capital que desempeñaron en la reli-

gión los dioses de la bebida y de la embriaguez llamados Centzon y Totochtín, los dioses lunares y terrestres de la abundancia y de las cosechas así como la diosa del maguey, la mujer - de los cuatrocientos senos llamada Mayahuel que fue la primera que supo sacar el aguamiel (Calderón, cit. en: Velasco, 1988; Molina, Román, Berruecos y Sánchez, 1984).

Originalmente (SanJuan e Ibáñez, 1983) los pueblos bebían y tenían sus bebidas propias y autóctonas, ya se hablaba de sus peligros y daños por eso se les reservaba a ciertos momentos, ceremonias y festividades. Hoy en día su uso se ha generalizado, la sociedad actual no puede comprenderse sin alcohol, se ingiere todo el año, en todos los momentos de la vida, solo o acompañado, independientemente de la edad, sexo, condición. Su producción ya no es casera o artesanal, ahora es industrial.

Berruecos (1988) menciona que el alcohol está siempre presente en acontecimientos de la vida tales como: el nacimiento de un hijo, el bautismo, el compadrazgo, quince años, bodas, - primera comunión, en la fiesta del santo patrón, confirmaciones y hasta en los velorios.

En la actualidad el problema se acentúa debido a la producción industrial del alcohol que obedece al elevado consumo

provocado por las campañas de publicidad del mencionado líquido. Todo ello ha dado como resultado un incremento en el número de personas alcohólicas así como de la cantidad consumida; estas afirmaciones nos remiten a la búsqueda de una definición de alcoholismo. De entre las definiciones más difundidas la que abarca más elementos y por lo tanto es más genérica y útil para valorar a la persona alcohólica es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que especifica al Alcoholismo como:

"Una enfermedad crónica o desorden de la conducta, caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en forma que, excediendo el consumo dietético acostumbrado o el de la adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica (Calderón, 1980, pág. 240).

Estos elementos conceptuales son la base de cualquier definición ya que la OMS como organismo internacional establece los lineamientos generales a los cuales se sujetan las demás definiciones. En México, obedeciendo a las repercusiones sociales, laborales y psicológicas. Caso (1984) proporciona una definición de alcoholismo tan completa que se adecúa a las características socioeconómicas de nuestra sociedad y que por tanto

permite detectar con claridad al sujeto alcohólico quien se en
cuentra en un:

"Estado patológico en el cual la persona consume alcohol, en tal cantidad, que va en detrimento o daño de su salud o de sus funciones sociales o cuando la ingestión de alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona tenga un funcionamiento socioocupacional normal" (pág. 411).

No obstante definir a una persona como alcohólica no es - fácil ya que depende de varios factores que lo determinan, entre ellos los elementos que un analista considera para diagnosticar al alcoholismo -es muy diferente la valoración que hace un médico a la de Alcohólicos Anónimos-. También tiene que ver con la cantidad y tiempo de ingestión. Otros aspectos incluidos hacen más difícil la especificación y diferenciación entre el qué es y el qué no es alcohólico. Para superar esta controversia se han propuesto escalas de alcoholismo que resultan en clasificaciones. Vale mencionar la de la OMS y la de Jellineck, importantes por la inclusión de factores relevantes para obtener el nivel de gravedad en el que se encuentra un alcohólico.

2.1 TIPOS DE ALCOHOLISMO

La OMS y la Asociación Psiquiátrica Americana distinguen tres tipos de alcoholismo:

Exceso Alcohólico Episódico: es una intoxicación por consumo excesivo de alcohol, con una frecuencia de cuatro a doce veces por año. La intoxicación alcohólica es un estado en el que se presenta charla incoherente, confusión mental y una progresiva incoordinación de movimientos. El acceso puede durar días o semanas y ser provocado por tensión física o mental.

Exceso Alcohólico Habitual: hay un consumo sistemático de cantidades excesivas más de doce veces al año o bien más de una vez a la semana.

Adicción al Alcohol: llamado Alcoholismo Crónico o dependencia al alcohol. Cuando se ingiere en fuertes cantidades durante tres meses o más y que al cesar la ingestión se presentan síntomas que pueden ser graves como: tambor, debilidad, sudación, náusea, vómito, diarrea, hiperreflexia, fiebre, presión arterial elevada, insomnio, crisis convulsivas, alucinaciones, delirium tremens (Caso, 1984; Uriarte, 1981; Gernz-Rieux y Gervois, 1983).

2.2 CLASIFICACIONES DEL ALCOHOLISMO

En el campo de la psicología, la clasificación más empleada es la de Jellineck (en: Velasco, 1980) que se detalla en los siguientes niveles:

Alfa: estado que representa una dependencia o confianza - continua de los efectos del alcohol para aliviar al dolor corporal o emocional, pero que sobre todo no implica una pérdida de control.

Beta: en esta fase se pueden presentar complicaciones a nivel orgánico o psíquico, tales como neuropatía, gastritis y cirrosis hepática, pero sin ninguna dependencia física ni patológica.

Gama: los factores que intervienen en esta fase son el - aumento en la tolerancia tisular del alcohol, metabolismo celular adaptativo, síntomas de aislamiento, dependencia física y pérdida de control.

Delta: también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gama, el sujeto no puede abstenerse de beber ni aún por unos días.

Epsilon: es el alcoholismo periódico, también llamado - "dipsomanía".

Existen otras clasificaciones no menos importantes que las anteriores, aunque si adolecen de términos específicos y operacionales; presentando en cambio parámetros cuantitativos con respecto al número de copas ingeridas lo cual es difícil de medir ya que la concentración de alcohol es variable pero sobre todo por la resistencia que el paciente y su familia presentan al negar la posibilidad de un alcoholístico en la familia. North y Orange (1989) clasifican al alcoholismo en función de la cantidad y frecuencia, presentando los siguientes niveles:

Abstemio: no bebe en absoluto.

Bebedor Ocasional: un trago al mes, quizá un brindis o una copa en un evento social infrecuente.

Poco bebedor: uno a cuatro tragos al mes y en pequeñas cantidades.

Bebedor moderado: un trago por semana, en pequeñas cantidades en algún coctel.

Bebedor intermedio: uno o dos tragos al día; cantidades considerables en fiestas.

Bebedor fuerte: tres o más tragos al día; cantidades considerables en ocasiones sociales. Siente necesidad de beber.

Bebedor consumado: bebe mucho todos los días; se embriaga y disfruta la excitación que le produce el licor.

Clasificar el nivel de alcoholismo de un bebedor es de inicio una tarea fundamental aunque al mismo tiempo comprometedora debido a la gran modalidad de casos que no siempre se ajuntan a los lineamientos de las clasificaciones existentes, por lo cual es factible encontrar diferentes grados de alcoholismo en un mismo sujeto medido con diferentes escalas. Tal diferencia resulta más evidente cuando observamos la postura teórica del diagnosticador, cada uno advierte desde su punto de vista muy personal las causas que determinan el estado alcohólico, entre otros, algunos de los factores etiológicos, también denominados teorías, que explican la adicción al alcohol.

2.3 FACTORES FISIOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS

El alcohol no es la única causa del alcoholismo.

Pérez (s/f) asegura que los déficits en alcohólicos son siempre secundarios al alcoholismo en sí, menciona que las deficiencias vitamínicas, el metabolismo mineral alterado o trastornos enzimáticos podrían estar implicados en la adicción.

En México, Caso (1984) advierte que existen enormes porcentajes de homicidios y de alcohólicos, los cuales se deben en muchas ocasiones a que la cantidad de calorías en la alimentación es baja; campesinos y artesanos no consumen carne, hacen uso de hidratos de carbono, bebidas alcohólicas y fermentadas (pulque); recurren a ellas para corregir su nutrición, aumentar su actividad muscular, ya que dichas bebidas suministran en forma temporal materiales de energía y reparación.

Romero (1990) cita en su trabajo el proceso de metabolización del alcohol en sujetos alcohólicos y no alcohólicos. En los sujetos no alcohólicos, el alcohol al entrar en el organismo es descompuesto en acetaldehído, el cual después de varias reacciones químicas se transforma en ácido acético, para convertirse finalmente, una parte en bióxido de carbono que es eliminado por los pulmones y agua, que es eliminada por los riñones.

En el alcoholismo de los alcohólicos, el alcohol se transforma en acetaldehído; después, una parte sigue el camino normal de metabolización, pero una mínima parte del acetaldehído, no se sabe por qué razón, se une a un neurotransmisor encargado de la integración y regulación del movimiento llamado Dopamina, formando, después de una serie complicada de fenómenos -

químicos una sustancia llamada Tetrahidroisoquinolina, sustancia altamente adictiva, parecida a la morfina, la cual, una vez formada, no existe forma de eliminarla del cerebro.

Duncan y Deitrich (1980, cit. en: Dusek y Girdano, 1990) refieren sobre las causas físicas del alcoholismo que, la formación de la Tetrahidroisoquinoleínas (TIQ) puede actuar como una falsa amina transmisora, que le considera mediadora en algunos de los efectos crónicos del etanol. Se ha descubierto que estas sustancias producen un aumento en la preferencia de alcohol en ratas, que continúa después de que se les deja suministrar TIQ.

2.4 FACTORES PSICOLOGICOS

Los psicólogos y psiquiatras describen al alcohólico como neurótico, inadaptado, incapaz de relacionarse afectivamente, sexual y emocionalmente inmaduros, aislados, dependientes, incapaces de soportar la frustración o tensión, mal integrados, con sentimientos de culpabilidad u desprecio de sí mismo. Un alcohólico regularmente proviene de hogares rotos, con una infancia llena de privaciones emocionales (Clarck y Giudice, - - 1975).

Según la teoría psicoanalítica (Ampudia, 1974), el alcohólico posee una personalidad pre-mórbida, oral y narcisista. - Los alcohólicos lo mismo que otros adictos, no toleran la tensión, tienen poca resistencia al dolor, a la frustración o la demora de la satisfacción de sus necesidades, por lo tanto considera el uso del alcohol como un escape de la realidad.

Al enfoque psicoanalítico lo caracterizan tres puntos de vista diferentes, que indican:

- a) Que la concepción del alcoholismo tiene su etiología en una fijación oral y homosexualidad latente.
- b) Que un factor predisposicional al alcoholismo es una constelación familiar frustrante en la primera infancia. Una fijación oral sumada a experiencias traumáticas son consideradas como factores básicos en el alcoholismo.
- c) Que en la agresividad y las urgencias autodestructivas hay que buscar la raíz y razón del alcoholismo, - siendo éste en realidad un suicidio inconsciente.

De la teoría conductual Molina (1976; cit. en: Romero, - 1990) propone que la conducta aprendida del bebedor es el resultado de la necesidad que tienen los jóvenes de copiar el mo



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

39

dolo de comportamiento del adulto y que los efectos reforzadores son variables en cada caso; la aprobación del grupo, la facilitación de la relación social, la relajación ante las penalidades cotidianas y la posibilidad de sentirse independiente y seguro de sí mismo.

Blane y Barry (Cit. en: Dusek y Girdano, 1990) mencionan que en la personalidad del alcohólico hay dependencia, baja autoestima, compulsividad, confusión de los roles sexuales, inmadurez y baja tolerancia a la frustración.

Velasco (1988) señala que son varios aspectos psicológicos que se deben tomar en cuenta para explicar el alcoholismo ya que no todos los alcohólicos beben por los mismos motivos. Los aspectos que él considera más sobresalientes son: el alcohol disminuye o suprime sentimientos desagradables como la angustia y depresión; como medio de identificación con una persona del pasado; se busca en la bebida el castigo, destrucción o pérdida de sí mismo por una autodevaluación; creen que beber da más poder delante de los demás; el alcohólico se convierte en un sujeto al que hay que cuidar y proteger.

2.5 FACTORES SOCIOCULTURALES

La explicación de estos factores está coordinada por la Sociología, quien se auxilia de otras ciencias como la Filosofía, la Psicología, la Nutrición, la Antropología Cultural y la Epidemiología.

Laforest (En: Caballero, Rodríguez y Salazar, 1986) concibe al alcoholismo como una desviación social en tanto que se salga de las normas establecidas por la propia comunidad. El estatus socioeconómico, la medida de la norma, la exposición de los modelos desviados de comportamiento u otros indicadores caracterizan el estado de control social en cuanto a que determinan de mejor manera la aparición de la desviación alcohólica.

Entre los factores socioculturales que se encuentran vinculados a la clase de bebida, la cantidad y su frecuencia, se sitúa la edad, sexo, grupo étnico y de pertenencia, afiliación religiosa, nivel de educación, grupo de urbanización y factores conductuales tales como las experiencias de la infancia y los contactos con bebedores y no bebedores (NIAAA, cit. en: Caballero, Rodríguez y Salazar, 1986).

Así también Velasco (1988) indica que una sociedad que produce tensiones internas agudas, culpabilidad, agresión y conflictos

sociales, tiende al mismo tiempo a producir un alto porcentaje de alcohólicos.

Pérez (s/f) destaca el papel de la emulación. Existe mayor riesgo de convertirse en adicto entre los hijos de alcohólicos. De este modo, en una sociedad como la nuestra, resulta que el abstemio es el "anormal" en una reunión social. Como se indicó anteriormente, el alcohol se halla presente en todas las celebraciones.

Esta exposición de los factores etiológicos del alcoholismo revela la validez de los socioculturales dado que éstos describen datos más evidentes acerca de la adicción al alcohol. - Son elementos determinantes: la desintegración familiar, los divorcios, el hacinamiento, pobreza, desorientación, influencia de un ambiente deteriorado por el padre o la madre, etc.

Serrano y Cuevas (cit. en: Caballero, Rodríguez y Salazar, 1986) argumentan que las bebidas alcohólicas no son un alimento, ni son saludables para el individuo que las ingiere, más que una necesidad; su consumo, está basado en una serie de factores culturales, de defensa psicológica y de una inadaptación de las personas para afrontar problemas o para poder tolerar stress o angustia.

Vasconcelos (1980) afirma que en la etiología del alcoholismo los factores sociales y culturales ocupan un lugar preponderante. Clarck y Giudice (1975) por su parte, explican que no hay agente etiológico único y que las facetas de dependencia destructiva en relación al alcohol son:

- a) Pérdida de control al beber, no puede impedirlo o beber más de lo planeado.
- b) Hay daño funcional o estructural: fisiológico, psicológico, doméstico, económico o social.
- c) El alcohol es como una especie de terapéutica en donde el bebedor impide que su vida se desintegre.

Ampudia (1974) cita, al respecto de los factores socioculturales que, están determinados principalmente por el valor - que se le da al alcohol, su uso en la sociedad, las actitudes hacia el alcohol y hacia los usuarios de éste y el control en la manera de beber. También describe que se ha encontrado que hay cierta relación entre la estructura social y el consumo - del alcohol, observándose índices de ingestión, por grupo, - muy variados, Por ejemplo, las diferencias en relación al sexo varían sorprendentemente cuando pasamos de un nivel social a - otro; en los países escandinavos hay una proporción de doce al

cohólicos por una alcohólica, la proporción en los Estados Unidos es de cuatro hombres por una mujer, y en Londres se ha incrementado de cuatro a uno; en México esta relación es de cinco a uno. Se observó que existe una relación entre las actitudes sociales, y los valores, las costumbres de beber y el nivel de alcoholismo. También existen una serie de medidas contradictorias, actitudes incompatibles que el grupo social adopta ante este fenómeno, por ejemplo: por un lado se autorizan licencias a establecimientos para la venta de bebidas alcohólicas, se decretan leyes de impuestos sobre las bebidas embriagantes para controlar su venta y adquisición, se permite la publicidad de productos alcohólicos para incrementar la venta a través de medios de difusión; por otro lado se realizan campañas publicitarias de control de bebidas dirigidas por los gobiernos, se elaboran programas de salud e higiene mental en las que incluyen una lucha en contra del alcoholismo.

2.6 REGLAMENTO PARA EL CONTROL DEL ALCOHOLISMO

Para el control del alcoholismo en México, se han implementado reglamentos que están inscritos en la Ley General de Salud, éstos se refieren a lo siguiente:

Control de la distribución: existe una disposición que no permite la apertura de nuevos establecimientos de venta de bebidas alcohólicas que exceden el 5% de contenido alcohólico - con excepción de aquéllos considerados por su ubicación y características, de interés turístico.

Para el Distrito Federal en el reglamento vigente, los establecimientos como restaurantes y cafeterías, pueden vender - vinos de mesa y cervezas nacionales para su consumo con alimentos sin requerir la licencia que se concedía en el pasado. También es permitida la venta en eventos deportivos y sitios públicos.

Control de la edad: la edad mínima de consumo en lugares públicos permitida es de 18 años, contemplándose la restricción para la compra de envase cerrado para menores de edad.

publicidad: las bebidas alcohólicas no deben ser presentadas como productos de bienestar o asociarlas con celebraciones cívicas o religiosas, ni actividades recreativas, del hogar o del trabajo, ni emplear imperativos que induzcan a su consumo, no se debe incluir a niños ni a adolescentes, ni dirigirlas la propaganda.

Es requisito primordial que toda bebida alcohólica osten-

te en los envases una leyenda precautoria que advierta los - - efectos nocivos que conlleva el abuso del producto.

Las medidas establecidas por la Ley General de salud no - son cumplidas, esto se observa en el número de expendios y ubi cación, el tipo de publicidad que se presenta en los medios ma sivos de comunicación y la venta a menores de edad entre otros. (Rosovsky, 1984).

2.7 ESTADISTICAS Y PUBLICIDAD

A pesar de las medidas que se han propuesto la industria alcoholera representa una de las principales en el país. A fines de la década de los setentas el décimo censo industrial de 1976 señaló que el país contaba con 64 establecimientos industriales para la elaboración de vinos de mesa y aguardiente de uva; de éstos, trece están en Aguascalientes, doce en Coahuila, siete en Baja California, cuatro en Chihuahua, tres en Nuevo León y las restantes en el D.F., Baja California Sur, Durango, Sonora, Guerrero, Jalisco, Puebla, etc.

En México y el extranjero el consumo de tequila se incrementó y llegó a ser mayor de cincuenta millones de litros a fi nes de la década antes mencionada: exportándose principalmente

a Estados Unidos, Canadá, Australia y Alemania.

La industria cervecera se inició en 1890 al fundarse la - cervecería Cuauhtémoc en Monterrey, cuya producción diaria era de 10,000 barriles. En 1894 inició sus actividades la cervecería Moctezuma en Orizaba y en 1925 la Modelo en el D.F.

En 1970 existían en México 19 fábricas de cerveza con un capital invertido de tres millones de pesos (muy alto para la época) y con un total de más de 11,000 empleados constituyéndose así como una de las principales industrias mexicanas. Durante los últimos años, la cerveza ha desplazado al pulque como el producto de mayor venta en el país; sin embargo, éste sigue consumiéndose en forma importante entre las clases económicamente débiles y en las zonas rurales, sobre todo si en ellas existen sembradíos de maguey (Calderón, cit. en: Velasco, 1988).

Esta industria representa para el país una de las más importantes en cuanto a recaudación de impuestos, aporta un considerable ingreso económico para la nación. También como resultado del auge de la industria alcoholera, el aumento de expendios de bebidas alcohólicas ha crecido en forma alarmante resultando cinco expendios por cada escuela, o bien diez expendios por cada centro de salud, en el año de 1975 (Bernal, Márquez, Navarro y Selser, 1985). Rosovsky (1984) apunta que el -

número de expendios autorizados de bebidas ha aumentado notablemente desde 1970 con 134, 313 expendios a 1980 con 212, 707 expendios autorizados sin tomar en cuenta los expendios clandestinos.

Las estadísticas más recientes con las que contamos sobre el consumo de bebidas alcohólicas muestran que en los años - - 1970 a 1981 la bebida con mayor consumo era la cerveza con - - 2883 millones de litros seguidas por los brandys que en 1980 - alcanzaron 125.5 millones de litros. El crecimiento de la producción de bebidas alcohólicas se basa principalmente en el - mercado interno de consumo de sus productos ya que, salvo en - el caso del tequila que es la única bebida cuya exportación es importante, el resto son fundamentalmente destinadas a la población de México. Para ello las grandes empresas utilizan la publicidad en los principales medios de información como un modelo para el consumo de bebidas alcohólicas. La televisión es el principal medio de difusión de estos productos. Según el - Banco de Comercio Exterior, en 1979 en el gasto publicitario - por televisión, las bebidas alcohólicas ocuparon el primer lugar con el 25% de los gastos totales. Dos empresas líderes en el mercado Domecq y Bacardi, están entre las cinco empresas - que más gastan en publicidad.

La tendencia actual de los mensajes es tratar de incorporar a los jóvenes y mujeres al mercado de consumo. Ejemplo de esto es la promoción de Bacardi a los "Valores Juveniles" de que manera sugestiva advierten la correlación entre los dotes artísticos y la afición a ciertas bebidas alcohólicas para la juventud incluyendo a las mujeres, entre ellas los "cocktails" bajos en contenido alcohólico (supuestamente) lo que evita - que los jóvenes entren en un estado de embriaguez. Domecq publicita sus productos en revistas juveniles y femeninas como "Tele-guía". Esta misma empresa a través de la mermelada de uva que produce y que puede anunciarse en horarios infantiles logra la penetración de su marca en un importante mercado potencial de futuros consumidores de bebidas que produce la misma empresa.

Cabe señalar que la publicidad tiene ideologías basadas en características psicosociales de la población de acuerdo a pautas internacionales de consumo (Rosovsky, 1984).

2.8 EFFECTOS EN EL ORGANISMO

Así pues la publicidad es el principal medio para incrementar el número de consumidores a los cuales perjudica sobre

todo cuando la cantidad y la periodicidad son muy altas. Con respecto a los efectos en el organismo Meyers, Jaquetz y Goldfien (1980) los divide en:

DEPRESION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Sobre la conducta: las pequeñas cantidades de alcohol producen sedación y alivian la angustia. Cantidades mayores causan desinhibición más pronunciada con ataxia, ejecución psicomotora defectuosa, juicio erróneo y conducta liberada e irresponsable.

Síndrome de Abstinencia: se caracteriza por excitabilidad que puede progresar hasta las convulsiones y a veces por una psicosis tóxica con un comportamiento alucinatorio. Este estado se llama Delirium Tremens.

Tolerancia: sólo pequeños cambios ocurren en el metabolismo del alcohol durante la formación de esta clase de tolerancia y se presume que sea una adaptación del Sistema Nervioso Central al efecto del alcohol (se requiere mayor cantidad para producir el efecto de la embriaguez).

Vasodilatación: es el efecto cardiovascular primario de la administración de alcohol, esta pone a la piel caliente, ru

borizada y produce una sensación subjetiva de calor.

Respiración: dosis muy grandes de alcohol causan la depresión respiratoria predecible sobre la base del efecto depresor central. Cantidades pequeñas o moderadas de alcohol estimulan la respiración, esto es debido al acetaldehído.

Gastrointestinales: el efecto depresor sobre el sistema nervioso central, el alivio concomitante de la angustia y el efecto aúforígeno pueden aumentar el apetito. El alcohol ingerido en forma concentrada aún en presencia de alimento causa irritación gástrica con hiperemia, tiempo de vaciamiento prolongado debido a pilorospasmo y disminución de la motricidad gástrica, incremento de la secreción del moco y disminución del ácido, finalmente vómito y sangrado.

Uriarte (1981) señala que el alcohol se absorbe rápida y completamente del tubo digestivo en un tiempo de treinta minutos a dos horas; aunque también depende de la concentración de alcohol en la bebida así como en los alimentos ingeridos. La mayor parte del alcohol se oxida en el hígado por medio de la alcohol-deshidrogenasa, sólo el 2% se excreta vía riñón o pulmones. Las alteraciones crónicas por alcohol comparten con el factor nutricional la patología. Cuando se ingiere alcohol por algún tiempo puede presentarse dependencia física, su grave--

dad dependerá de las condiciones generales del paciente, de la cantidad y cualidad de la bebida, de la alimentación y de su idiosincrasia.

Sobre los efectos psicológicos, las conductas de quien bebe alcohol resultan más instintivas, primitivas y espontáneas. Hay una disminución de inhibiciones y por tanto mayor confianza en sí mismo, disminución de sus preocupaciones, tensiones y vergüenzas, del juicio y autocrítica, frecuentes cambios emocionales bruscos, a veces mayor depresión y agresividad, disminuye la capacidad de ejecución afectando no sólo el área psicomotora, también la inteligencia, la memoria y la atención, el funcionamiento intelectual se abate (Uriarte, 1981).

Al haber mayor confianza se suscitan accidentes automovilísticos, también por la incapacidad psicomotora hay una disminución de precauciones. Se piensa que el alcohol tiene efectos afrodisiacos pero la erección y presión vaginal disminuyen, - una pequeña cantidad desinhibe principalmente a la mujer, pero la ingestión crónica produce impotencia, esterilidad y ginecomastasia en el hombre ya que se lesiona el hígado al aumentar el nivel de estrógenos, disminuyendo el de andrógenos llevando al Síndrome de Feminización. Pequeñas cantidades ayudan a tranquilizar, a sobreponerse, es antidepresivo, analgésico y eufo-

rizante pero grandes cantidades en forma crónica, producen exacerbación de la depresión y ansiedad (Uriarte, 1981).

Clarck y Giudice (1975) sobre los efectos del alcohol en el organismo advierten que la absorción generalmente se realiza a través del intestino delgado, distribuyéndose a todo el organismo. La metabolización de alcohol es casi total. Proponen una escala de contenido alcohólico en la sangre y sus repercusiones sobre el comportamiento, de 0.05% se considera sedación; de 0.05 a 0.15% falta de coordinación; de 0.15 a 0.20%, embriaguez; de 0.30 a 0.40%, estado de inconciencia; de 0.50% o más, mortal.

En la afección a otros órganos del cuerpo enlista los ya mencionados por Meyers, Jawertz y Goldfien (op. cit.), agregan do que el alcohol también contribuye a la alteración en la formación de eritrocitos e inhibición en la movilización de leucocitos.

Estos efectos dañan no solamente a nivel orgánico sino - también provocan accidentes de tránsito (68%), violencia (51%), costo de hospitalización, homicidios (6.7%) y lesiones, desempleo, ausentismo laboral (2%) y desintegración familiar; todos ellos han ido aumentando a la par del incremento en el consumo de bebidas alcohólicas (Cabildo, cit. en: Caso, 1984; Peñalosa,

1983; Berruecos, cit. en: Velasco, 1988).

2.9 EL ALCOHOLISMO FEMENINO

El apartado anterior revela la existencia de problemas de rivados por la ingestión de bebidas alcohólicas afectando al - individuo, su familia y su sociedad. En la etiología hicimos - notar la importancia de los factores socioculturales; esta sec ción presenta un marcado interés en dichos factores, principalme nte porque la sociedad es la encargada de reproducir patro-- nes fijos que afectan la autonomía individual. Nos referimos - básicamente a los roles sexuales y su influencia en los hábi-- tos de alcoholismo que una mujer adquiere.

Al respecto Clarck y Giudice (1975) destacan el papel que ha tenido el hombre desde la antigüedad, en otras sociedades - con respecto a la ingestión de alcohol. Por ejemplo en China - a las mujeres no se les anima a beber excepto bajo la más es-- tricta vigilancia; en Japón se reserva la bebida al sexo masculino; en Centro y Sudamérica la costumbre cultural es aprobar que el hombre beba hasta la embriaguez como desahogo social; - en Bolivia se reserva al hombre el derecho de celebrar un acontecimiento bebiendo.

Bajo estas condiciones se explica el por qué los estudios sobre alcoholismo se centran en el sexo masculino, dado que el hombre siempre ha ocupado un lugar "privilegiado" en la sociedad antigua y moderna; en la sociedad actual, la generación de movimientos sociales que pugnan por la igualdad de derechos - otorgan un sentimiento de superación, a las mujeres relegadas en otros tiempos; su intento por ocupar una posición de igualdad regularmente es sojuzgada por la acción de hombres y mujeres con una postura ortodoxa, alienante y conservadora del sistema; por lo tanto en diferentes momentos de su vida, la mujer percibe un fracaso en su lucha y como consecuencia busca alternativas que estimulen aunque sea momentáneamente su autoestima, encontrando un alivio en el tabaco, el alcohol y las drogas en la mayoría de las veces.

Nachin (cit. en: Ampudia, 1974) habla de las mujeres que han aprendido una profesión y que no han podido continuar tras su matrimonio y que por este hecho su vida conyugal o maternal es vivida con un fracaso o semifracaso, lo cual les provoca la necesidad de embriagarse.

Dusek y Girdano (1990) sugieren que las diferencias de sexo juegan un papel importante tanto en la etiología como en las consecuencias bioquímicas del abuso del alcohol. La morbi-

lidad y mortalidad debidas al alcohol así como los problemas - relacionados con él, son mayores en las mujeres que en los hom bres.

En las mujeres alcohólicas es mayor el índice de presio-- nes, mientras que entre los hombres alcohólicos aumentan las - sociopatías. Es posible que en estas diferencias exista una - predisposición genética, pero lo que sí es seguro es que el en trenamiento cultural para los roles sexuales ejerce una fuerte influencia.

Se dice que la mayoría de las mujeres alcohólicas tienen problemas comunes como el tenerse en mal concepto, una baja au toestima, aunque no está claro que tales características son - la causa o el resultado del problema de bebida.

Socialmente hablando se cree que las mujeres han tenido - siempre problemas de bebida semejantes a los hombres, pero no han buscado ayuda, debido a que la sociedad juzga más duramen- te a la mujer alcohólica; la considera una "perdida" por lo - cual sufre doblemente, al ser considerada no sólo enferma sino también inmoral. Por lo mismo la familia de la alcohólica se - esfuerza en ocultarla, enmascararla o negar el problema.

SanJuan e Ibañez (1983) agregan que la mayoría de las mu

jerer alcohólicas beben en su casa a escondidas por lo que su alcoholismo es difícil de notar; por lo general comienzan a beber a edades más tardías que el hombre, beben solas bebidas de alta graduación para lograr efectos más rápidos, por lo que las complicaciones clínicas comienzan antes y son más graves que - en el caso de los hombres. Por ejemplo para adquirir Cirrosis Hepática en la mujer es suficiente con cincuenta y dos grados diarios, en el hombre se requieren ciento treinta y dos grados diarios de alcohol.

La mujer alcohólica es enjuiciada, degradada moral y estéticamente, lo cual genera sentimientos de vergüenza, desprecio de sí misma, por lo que ocultan su enfermedad propiciando su - difícil curación. En la familia se produce resquebrajamiento, hay mayores separaciones conyugales, su papel queda sin desempeñar, sin poderse suplir por otro. Ampudia (1974) encontró - que en casi todos los estudios realizados, el ambiente fami- - liar mal construido, facilita las condiciones para la disposi- ción al alcoholismo; asimismo eventos como la monarquía, la maternidad o la menopausia pueden influir para el beber incontrolado y excesivo. Además es propiciado por la soledad suscitada cuando los hijos adquieren su independencia o cuando por razo- nes de divorcio se quedan solas.

2.10 CLASIFICACION CONDUCTUAL DE LA MUJER ALCOHOLICA

Las circunstancias anteriores denotan una multiplicidad - de elementos determinantes del alcoholismo femenino, cada caso obedece a causas muy particulares sobre todo en función del - rol desempeñado por la mujer; al respecto es interesante la - clasificación que el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia ofrece, ya que enumera alguna de las posibles presen- taciones conductuales que identifican a una mujer potencial o latentemente alcohólica. La clasificación es presentada de la siguiente forma:

Mujer que se dedica al hogar: se descubre que tiene bote- llas entre los comestibles, que compra el mínimo de comida pa- ra poder adquirir su bebida, que en las macetas ha insertado - botellas, piensa que la familia le ha fallado y por eso bebe, lo cual le proporciona cierto alivio a su sentimiento de culpa. La familia invariablemente la encubre.

Mujer que trabaja: se descubre que su fracaso de medici- na contiene alcohol. Se le nota que, a la tercer ida al "toca- dor" regresa más parlanchina y sonrosada. Falta al trabajo y - después presenta incapacidades médicas, a menudo se le notan - los ojos rojos y aduce que le afecta el exceso de "smog", con el tiempo empieza a menguar su rendimiento en el trabajo. Sus

compañeros de trabajo y el servicio médico la encubren.

Mujer de sociedad: se muestra sorprendida cuando le informan la noche anterior, no puede precisar cuánto perdió jugando baraja el día anterior, está muy "entonada" cuando llega su esposo a casa porque mata el tiempo bebiendo mientras él está fuera, ya no acude a eventos sociales con su esposo porque él se avergüenza de que noten cuando le suben las copas, generalmente la servidumbre se hace cargo de sus hijos, nunca se entera de sus actividades porque dice sentirse mal o nerviosa. Toda la familia la encubre.

La jovencita: dice que se le suben las copitas porque es muy débil, pero se le descubre que bebe a hurtadillas, se lleva mal con las demás jóvenes cuando éstas beben poco o nada, con su grupo de amigos presume de que aguanta más que los muchachos, no sabe que ya tiene un problema con su manera de beber, tampoco lo saben sus padres o hermanos. Sus amigos la encubren.

De todas las mujeres alcohólicas, las jovencitas se encuentran en mayor riesgo de enfrentar fuertes problemáticas, ya que la edad en que se inician, por sus características, es más susceptible a la publicidad de bebidas embriagantes, y si su alcoholismo no se detiene a tiempo puede desencadenar gra--

ves consecuencias personales y más tarde familiares, de pareja y a sus descendientes; abordaremos esta última más ampliamente en el siguiente capítulo.

SanJuan e Ibañez (1983) indican que las cifras de alcoholismo en la mujer casi han alcanzado los índices del alcoholismo masculino, sin embargo por lo antes expuesto es evidente - que las estadísticas no son reales dado que una buena cantidad de mujeres alcohólicas permanecen ocultas; un ejemplo de ello son las estadísticas del Centro Especializado en Solucionar Alcoholismo y Drogadicción en México (SESAD) las cuales estiman que existen aproximadamente tres millones de alcohólicos y el treinta por ciento de éstos son mujeres (900,000). Por otro lado la Oficina de servicios Generales de Alcohólicos Anónimos - en Nueva York, reporta que actualmente existen en México 8510 grupos de AA, conformando un total de 211, 325 miembros, de los cuales sólo el 4% (8453) son mujeres Romero (1990).

Asimismo Borges (1988) menciona que las encuestas realizadas en el período de 1974 a 1978 revelaron que el consumo consuetudinario femenino no supera el 6% de la población de catorce años. El 48% de las mujeres mexicanas reportan consumo de alcohol en los últimos doce meses; además otro 48% consume - constantemente sin importar la edad, el 7% consume bebidas al-

cohólicas por lo menos una vez a la semana y otro 7% de las mu jeres mexicanas reportan consumo intoxicante.

Solache, Tapia, León, Lazcano y Borja (1990) reportan que en el país aproximadamente 4.5 millones de mujeres consumen be bidas alcohólicas, es decir, el 16% de las mujeres de doce - - años y más; 15% toman sin causar preocupación y el 1% bebe de manera preocupante.

Todos estos datos nos dan una muestra de la gravedad del alcoholismo en México sobre todo en el caso de la mujer, ya - que como North y Orange (1989) señalan, que las cifras cada - vez tienden más a igualarse con el alcoholismo del hombre, aun que es difícil de tratarse dado que regularmente son encubier- tas por sus familiares o amigos.

Como se puede observar son muchos los factores involucra- dos en los efectos que el alcoholismo puede producir en los hi jos por lo que el papel de la mujer es determinante ya que ella le abastece la seguridad física y alimentaria durante el emba- razo, lo contrario puede provocar problemas teratogénicos que describiremos en el siguiente capítulo.

C A P I T U L O I I I

SINDROME ALCOHOLICO FETAL

El Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) se caracteriza por un conjunto de alteraciones, malformaciones o anormalidades congénitas, adquiridas por el feto como resultado de la ingestión de alcohol principalmente por parte de la madre.

Aunque también se ha encontrado que el padre puede ser agente causal del SAF, dado que según estudios de Mena, Torres, Fernández y cols. (1984) existen alteraciones cromosómicas al analizar los linfocitos de la sangre de hombres alcohólicos, especialmente en los mayores de treinta años, además se sabe que los espermios humanos después de una intoxicación alcohólica tienen menor movilidad y no son capaces de ascender por las trompas. También han encontrado que el abuso crónico de etanol conduce a un defecto funcional de los testículos provocando impotencia, atrofia testicular, ginecomastia, etc., por la acción directa del etanol sobre gónadas. En el semen se presentan anormalidades como: escaso volumen, oligozoospermia, espermatozoides anormales, etc.

En el caso de la madre embarazada hay una alteración de la placenta por acción tóxica directa del alcohol, que obstruye el flujo de nutrientes esenciales al feto. El déficit de nutrientes provoca malformaciones en diversos órganos y al mismo tiempo potencia la acción teratogena del alcohol. El alcohol ingerido por la madre se demora un minuto en llegar al feto - por lo que los niveles de alcoholemia llegan a ser iguales en ambos. En el caso de las madres alcohólicas con hígado dañado, se altera el metabolismo del etanol y se prolonga su tiempo de degradación, aumentando el efecto teratogeno.

Se le llama teratogeno (Moore, 1988) a cualquier agente - que puede inducir la aparición o aumentar la incidencia de una malformación congénita. Los teratógenos se clasifican en tres:

- a) Fármacos y productos químicos;
- b) Organismos infecciosos; y
- c) Radiaciones (Hacker y Moore, 1988)

El alcohol pertenece al primer grupo de teratógenos el - cual puede dañar al huevo, al embrión o al feto. En Francia el alcohol ocupa el tercer lugar como causa de anomalías congénitas (SanJuan e Ibañez, 1983). En Estados Unidos ocupa el primer lugar (Burroughs, 1988).

Los factores a considerar cuando se estudian los efectos del alcohol durante el embarazo son:

- a) Sus propiedades teratogénicas intrínsecas
- b) Período de embarazo en que ocurre la exposición
- c) Tiempo de la misma (Serenó, cit. en: Molina y Sánchez, 1982).

Se denota entonces que hay tres tipos de susceptibilidad genética del alcoholismo, la primera por línea paterna, otra - por influencia del medio al transmitir modelos de consumo y la última por herencia materna como resultado de la exposición al alcohol durante el embarazo (Gallant, 1982).

Los efectos observados en los hijos de padres alcohólicos y que se denominan SAF serán descritos posteriormente. Antes - se expondrán algunas de las características que todo neonato - debe poseer cuando su desarrollo gestacional se dio en condiciones óptimas, libres de agentes teratogénicos.

3.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS Y ORGANICOS FUNDAMENTALES PARA EL DESARROLLO EN LA PSICOMOTRICIDAD DEL NIÑO (NORMAL)

Zimmermann (1990) enumera las observaciones médicas aplicadas a todo recién nacido. La primera valoración se centra en la exploración de la calidad de los latidos cardíacos, la respiración, el color de la piel, el tono muscular y los reflejos (APGAR).

La respiración marca el inicio del funcionamiento de un sistema que antes no había sido utilizado y que continuará funcionando el resto de su vida. Comúnmente la respiración del neonato es poco profunda, regular y ruidosa.

Su alimentación, a partir del nacimiento dependerá de la capacidad para ingerir y digerir, valiéndose básicamente de sus habilidades de succión. Antes del nacimiento la madre proporcionaba a través de la matriz todos los nutrientes necesarios.

En cuanto a la temperatura, cuando nace, su cuerpo es expuesto a temperaturas muy inferiores y variables por lo que en los primeros días pierde calor cuatro veces más rápido que los adultos; el problema se intensifica en los niños prematuros haciéndose indispensable la incubadora. Al paso de los días su

cuerpo es capaz de regular la temperatura.

El sistema circulatorio se encuentra totalmente evolucionado por lo que a partir del nacimiento su funcionamiento dependerá de la acción del niño con su cuerpo y su medio ambiente, lo cual le permite adaptarse a las inconveniencias del exterior.

La función cerebral no regula directamente la conducta del neonato, pues ésta es controlada subcorticalmente resultándoles difícil realizar actividades simples.

La piel suele ser rojiza. Los bebés de tez negra u oscura pueden parecer pálidos o sonrosados. A veces está arrugada y carece de elasticidad, observándose que se despellejan con facilidad. Es posible observar grasa y vellosidades.

El cráneo es grande con respecto al cuerpo, aún no está plenamente consolidado, por lo que se corre el riesgo de una deformación durante el parto. A la semana adquiere su forma normal, termina de consolidarse a los 18 meses. Existe poca capacidad de reacción ante estímulos, hasta que ocurre la mielinización, el sistema motor opera más eficaz y rápidamente. La mielinización es la maduración de las fibras del sistema nervioso, que ocurre del encéfalo al glúteo (cefalocaudal) y del

eje a las extremidades (próximodistante).

El oído, en el neonato es capaz de distinguir volúmenes y tonalidades.

La vista no ha madurado, sólo detecta movimientos e intensidades, hasta los cuatro meses de edad cuando es capaz de enfocar objetos.

Los sentidos del gusto, tacto y olfato están bien desarrollados por lo que responden a estímulos fuertes.

En cuanto a sus actividades motoras que dependen de la maduración del Sistema Nervioso y la evolución del tono muscular; la coordinación ojo-mano se centra en el interés por sus manos y su utilidad para alcanzar objetos. Las manos adquieren una importancia en sí mismas. La coordinación ojo-sonido se presenta desde el nacimiento, el niño se orienta hacia la fuente de sonido. El reconocimiento de rostros se inicia en la primera semana de vida esto influye en la actitud y cuidados de la madre.

Gran número de actividades están supeditadas a los reflejos de supervivencia entre ellos el de succión; de orientación; de toser, estornudar y bostezar; de alejamiento; pupilar; del parpadeo; del moro o sobresalto; de Babinski y de asir o aga--

rrar (Zimmermann, op. cit. Salvat, 1974).

El reflejo de succión es fundamental para que el niño se procure los alimentos, sin él sería incapaz de sobrevivir y su alimentación tendría que ser intravenosa. Existe una coordinación entre la búsqueda del pezón, abrir la boca, coger el pezón con los labios, succionar, deglutir y respirar; esta actividad es favorecida por el medio ambiente. La coordinación permite el desarrollo de estructuras mentales, al mes el niño ya no es un sujeto pasivo.

El reflejo de orientación: consiste en la tendencia del bebé a girar su cabeza hacia un objeto que toca ligeramente su mejilla. Este reflejo que se manifiesta en el nacimiento, le ayuda a encontrar el pezón y a ingerir el alimento.

El reflejo de toser, estornudar y bostezar contribuyen a la función y evolución respiratoria. Los dos primeros ayudan a despejar el tracto respiratorio. El acto de bostezar suministra una gran cantidad de oxígeno cuando ésta se necesita rápidamente.

El reflejo de alejamiento protege al bebé de los daños. - Una estimulación hostil, un objeto punzante sobre el pie le hará retirarlo.

El reflejo de parpadeo ocurre por la presencia de estímulos luminosos o por el aire cerca del ojo, el niño cierra sus ojos.

El reflejo del Moro o de sobresalto es provocado por un estímulo agudo e intenso que hace que el infante adopte una posición rígida, que se caracteriza por extensión de los brazos, piernas y curvatura de la espalda. El lactante extiende sus brazos como en un intento de protegerse.

El reflejo de Babinski se caracteriza por la extensión de los dedos cuando la planta del pie se golpea con suavidad.

El reflejo de asir o agarrar objetos con las manos se presenta si se roza la palma de la mano de un lactante con el dedo, éste lo asirá fuertemente, tanto que puede levantarse al niño si se le deja que agarre dos dedos, uno en cada mano. Esto permite al niño establecer contacto con los objetos a su alcance y de esta forma conocerlos.

La vinculación entre estos elementos y la teoría psicogenética radica en el papel otorgado a las estructuras sensoriomotrices de la primera infancia que posibilitan el contacto con el medio externo. Estas estructuras se van formando desde el período prenatal y se perfeccionan por la acción del medio ambiente.

El primer período (sensoriomotriz) es fundamental para la adquisición de estructuras superiores, de ahí entonces la importancia que adquiere el desarrollo psicomotor como precedente - del lenguaje.

3.2 FASES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Durivage (1989) sugiere tres fases del desarrollo psicomotor que abarca desde el nacimiento hasta los siete años y se distribuye de la manera siguiente.

Del nacimiento a los seis meses: se caracteriza por una dependencia completa de la actividad refleja especialmente de la succión, desapareciendo a los tres meses debido a los estímulos externos que incitan el ejercicio y dan la posibilidad más amplia de acciones y el inicio de movimientos voluntarios.

De los seis meses a los cuatro años: se caracteriza por la organización de las nuevas posibilidades del movimiento. Se observa una movilidad más grande que se integra con la elaboración del espacio y el tiempo. Esta organización sigue estrechamente ligada con el tono y la maduración.

De los cuatro a los siete años: corresponde a la automa-

tización de posibilidades motrices que forman la base necesaria para futuras adquisiciones.

Dicha clasificación presenta rangos de edad muy amplios, sin embargo es útil para comprender que, en condiciones teratogénicas su presentación varía dado que los agentes nocivos retrasan o atrofian el desarrollo de mecanismos de sobrevivencia.

Cuando el agente teratogénico es el alcohol es posible no tar deficiencias en los reflejos, en la coordinación, en el - proceso digestivo, cardíaco, respiratorio, etc. A continuación se describen algunos estudios que denotan las repercusiones en los hijos de madres alcohólicas, en lo que a la ejecución psicomotriz se refiere.

Jones y Smith (1973) en un estudio realizado con ocho niños hijos de madres alcohólicas crónicas, encontraron que la - ejecución motora concuerda más con la edad mental que con la - edad cronológica, la primera siempre fue menor a la norma. La disfunción motora fina incluía temblores, debilidad al agarrar y/o mala coordinación ojo-mano. Algunos presentaron reperto- - rios de autoestimulación consistentes en girar la cabeza, golpearla o balancearse. También se encontró deficiencias en el - crecimiento ocular debido a la presentación de fisuras palpe- - brales cortas, así como una microoftalmia. Con respecto a la

movilidad corporal, presentaban alteración en las articulaciones, codos y caderas; como consecuencia hubo limitación de movimientos y posiciones aberrantes desde la vida fetal.

Smith, Coles, Lancaster, Fernhoff y Falek (1986) al estudiar las repercusiones del volumen y duración del etanol en la exposición prenatal, observaron en los neonatos, valiéndose de la Escala de Evaluación Neonatal, Conductual de Brazelton, el nivel de habituación, orientación, ejecución motora, estado de alcance, estado de regulación, regulación autonómica y reflejos. De los resultados se estableció que los hijos de madres no bebedoras no presentaron deficiencias. Sin embargo en el caso de las madres que suspendieron la ingestión del alcohol durante el primer trimestre de su embarazo y aquéllas que continuaron bebiendo, se observó que los puntajes de sus hijos fueron semejantes con una tendencia baja. En general existe una correlación entre el bajo peso al nacer y la ejecución motora así como en la cantidad de la bebida ingerida por la madre y los reflejos anormales en el neonato.

Landesman, Ragozin y Little (1981) en un estudio longitudinal de cuatro años midieron la correlación conductual de una exposición prenatal al alcohol. Descubrieron que los recién nacidos presentaban anomalías faciales, pobreza en el desarrollo

motor fino y grueso, retardo mental, hiperactividad y pobreza en el reflejo de succionar. Con una escala que medía las relaciones en el ambiente familiar mediante observaciones de la presencia de atención, el tiempo de ésta, las interrupciones, la ausencia de atención, nerviosismo, movimientos vigorosos, respuesta positiva o negativa a los mandatos de sus padres y vocalizaciones. Los hijos de madres bebedoras, en comparación de los de fumadoras, fueron menos atentos, menos complacientes al control paterno, más inquietos durante la comida y muy nerviosos. Estos autores señalan que un ambiente enriquecido provoque la disminución de dichas deficiencias por lo que existe la posibilidad de que en el ambiente escolar dichos repertorios conductuales se incrementan o atenuen.

Abel y Sokol (1986) a través de una investigación teórica recopilaron los resultados de estudios que incluían los efectos teratogénicos en el feto como producto del abuso en la ingestión del alcohol por la madre durante el embarazo. Las principales características de los niños fueron: daños cerebrales, retardo mental, hiperactividad, síndrome de deficiencia en la atención, problemas en el desarrollo del habla, deficiencias conductuales y retardo psicomotor. Sugieren que la Educación Especial sería elemental para corregir o minimizar tales deficiencias.

Otras de las anomalías factibles de observar en los niños con SAF se describirán en el siguiente apartado.

3.3 EFECTOS MORFOLOGICOS, CROMOSOMICOS Y NEUROLOGICOS DEL SINDROME ALCOHOLICO FETAL

El SAF es el extremo más severo del conjunto de anomalías inducidas por el etanol en el embrión y feto. Sin embargo en algunos niños se presentan anomalías que no corresponden propiamente al síndrome, ni son tan evidentes pero provocan las mismas limitaciones para el desarrollo posterior, a éstas se les denomina efectos fetales del alcohol (EFA). En los estudios de Mena, Alvial, Asenjo y cols. (1984) se describe que los niños de madres bebedoras excesivas que representaban rasgos clínicos del SAF pero no cumplían los mismos requisitos se denominaron EFA o SAF parcial.

Un numeroso grupo de alteraciones en el desarrollo como consecuencia del SAF se han hecho múltiples clasificaciones, al respecto Clarren y Smith (Cit. en: Molina y Sánchez, 1982) especifican lo siguiente:

- a) Alteraciones del Sistema Nervioso Central
- b) Deficiencias del Crecimiento y Desarrollo
- c) Alteraciones faciales
- d) Otras anormalidades mayores y menores.

Son variadas las clasificaciones, las cuales sería inútil mencionarlas, en lugar de ello enumeraremos las consecuencias morfológicas, cromosómicas y neurológicas del SAF, ya que las consideramos elementales para la formación y desarrollo psicomotor.

La morfología es la doctrina de las formas corporales y - de las relaciones entre éstas y las características psíquicas (Jürgen y Kury, 1981).

Una malformación congénita es una alteración de la morfología de uno o varios órganos o de sistemas de órganos, o de - todo el organismo, apreciables a simple vista y que tiene lugar durante el desarrollo fetal (Schuwalbe, cit. en: Egozcue, Antich, Ballesta, Goyanes, Izquierdo, Tamparrillas y Tavares, s/f).

Entre las malformaciones apreciables a simple vista destacan: retraso del crecimiento pre y postnatal, fisuras palpebrales cortas (hendidura ocular angosta), hipoplasia maxilar -

(subdesarrollo de la región facial media), pliegues de flexión palmares y plantares anormales (pliegues anormales en las palmas de las manos) anomalías menores en las articulaciones, sin dactilia que es la unión de los dedos en pies y manos, clina-- dactilia caracterizada por la flexión anormal de dedos de pies y manos, camptodactilia reconociéndose por uno o más dedos - - constantemente flexionados en una o más de las articulaciones falángeas, cardiopatías (defectos valvulares), labio leporino, posiciones anómalas, raíz nasal ancha, labios finos, comisuras caídas, estrabismo, microftalmia, hirsutismo, anomalías auriculares, osteoarticulaciones, anomalías torácicas, anomalías del diafragma, cuello corto, etc. (Sánchez, 1980; Moore, 1988; San Juan e Ibañez, 1983; Mena, Pachecho, Lama y cols. 1986; North y Orange, 1989; Katzung, 1986; Sereno, 1982; Reeder, Mastroianni y Martín 1988; Díaz, 1988; Taylor y Anthony, 1985; Burrough, 1988; Borges, 1988; Pedrola, Ballesta, Calvo y Esparza, - 1981; Egozcue, Antich, Ballesta y cols. s/f).

Las malformaciones cromosómicas resultan de una inadecuada transmisión de caracteres hereditarios (genes) para lo cual influye el ácido desoxirribonucleico y ácido ribonucleico. Entre algunas de ellas se encuentran malformaciones de los genitales externos, hipoglucemia, poliglobulia, dificultad en la termorregulación, anomalías viscerales y renales, etc., (Pedro

la, Ballesta, Calvo y Esparza, 1981; SanJuan e Ibañez, 1983; North y Orange, 1989). Cruz (cit. en: Sereno, 1982) encontró - que la coincidencia entre alcoholismo, cirrosis hepática y la ceguera parcial al color se debían a la disrupción en los brazos cortos del cromosoma "x".

En el aspecto neurológico se incluyen alteraciones en los sistemas nervioso central y periférico; algunas de las manifestaciones del SAF en este rubro son: alteraciones en el desarrollo de las neuronas y de las células de neuroglías, displasia, hidrocefalia, microcefalia, lipomas lumbosacros, anencefalia. Debido a las alteraciones neurológicas es factible observar - en los recién nacidos hiperactividad, irritabilidad, temblores, debilidad del reflejo de succión, hipertonía de los miembros y aparente hiperacusia, que pueden durar mucho tiempo, sobre todo la hiperactividad e hipersinesia; que asociados con otras - características del SAF pueden provocar problemas de aprendizaje en el escolar, trastornos en el lenguaje, en la coordinación motora y trastornos conductuales.

Además los daños a nivel neurológico frecuentemente son - asociados con retardo mental por una probable ejecución intelectual reducida. Hay ausencia del cuerpo calloso y anomalías en la migración de células cerebrales (Sereno, 1982; Uriar

te, 1981; North y Orange, 1989; Katzung, 1986; Mena, Torres, -
Fernández y cols. 1984; Mena, Alvial, Asenjo y cols. 1984).

Todos estos elementos dan muestra de la gravedad de la in
gestión de alcohol y los subsecuentes daños en los hijos. La--
mentablemente en México no se ha explorado exhaustivamente es-
ta área, los centros de atención prenatal y hospitales de Gineco-
Obstetricia no cuentan con medidas preventivas o de informaci
ción que contribuyan a la disminución de la problemática.

Probablemente el SAF sea uno de los elementos que está -
causando deterioro académico en las aulas, además cabría invest
igar qué pasa con los niños que asisten a las Escuelas de Educa
ción Especial, sirva como modelo los estudios de María Mena
y colaboradores en Chile; así como los de Caballero (1990) - -
quien especifica el fracaso escolar en las áreas de español y
matemáticas como resultado del alcoholismo materno independiente
mente de la clase social; sin deslindar el alcoholismo patern
o como factor causal; ambos factores dificultaron las lectu--
ras de textos inductivos, no así en los hijos de padres no al-
cohólicos quienes se desempeñaron de manera semejante tanto en
textos inductivos como deductivos.

En general la observancia de las malformaciones morfológica
s, cromosómicas y cardíacas deja en evidencia su notable re-

percusión para el desarrollo psicomotor del niño, lo cual es - notorio desde el nacimiento en las funciones reflejas. Además considerando la teoría genética de Piaget podemos suponer que el desarrollo psicomotor del niño estará determinado o retrasado en comparación con el desenvolvimiento de niños en condiciones óptimas desde antes del nacimiento; esta comparación así - como sus resultados son descritos en las páginas siguientes.

De este modo, los aspectos teóricos nos llevan a la formulación de las siguientes preguntas de investigación:

La primera sería: ¿cómo influye el alcoholismo del padre o la madre, en el desarrollo psicomotriz del niño en edad pre-escolar?

La segunda es: ¿en cuáles niños se manifiestan los mayo--res daños: en hijos de padre alcohólico o en los de madre alcohólica?

La tercera plantea si: ¿la educación preescolar minimiza los efectos en caso de que haya sospecha de daños provocados - por el alcoholismo de los padres en el hijo a nivel psicomotriz?

La cuarta y última indaga ¿cuáles son las semejanzas y diferencias de la ejecución psicomotriz al comparar a los hijos

de padres alcohólicos con los de padres no alcohólicos?

Estos cuestionamientos se plantean con el propósito de -
lograr el cumplimiento del objetivo propuesto para esta inves-
tigación, el cual, pretende conocer los efectos producidos en
la psicomotricidad, como antecedente de la lecto-escritura en
niños de 4 a 7 años de edad que asistan o no a la enseñanza
preescolar, que sean hijos de padre alcohólico, madre alcohóli-
ca y padres no alcohólicos.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

CAPITULO IV

METODO

SUJETOS

Participaron en el presente estudio dieciocho niños en -
edad preescolar (entre 4 y 6 años, con un promedio de 4.6 años de -
edad) de los cuales seis eran hijos de padre alcohólico, otros
seis hijos de madre alcohólica y los seis restantes de padres
no alcohólicos; a su vez de cada seis niños, tres de ellos te-
nían como mínimo un grado en educación escolar y los otros - -
tres nunca habían asistido a la escuela. Los progenitores de--
bieron haber estado en actividad alcohólica por lo menos un -
año antes de la concepción de su hijo y/o durante la gestación
y sin importar su actividad reciente. Para tales efectos se -
acudió a los grupos de Alcohólicos Anónimos y subgrupos derivados
de esta organización: Alanon y Alafín.

Los grupos quedaron establecidos de la siguiente manera:

GRUPO I.-	Hijos de padre alcohólico	(1 a 6)
	Subgrupo 1. con escolaridad	(1 a 3)
	Subgrupo 2. sin escolaridad	(4 a 6)
GRUPO II.-	Hijos de madre alcohólica	(7 a 12)
	Subgrupo 3. con escolaridad	(7 a 9)
	Subgrupo 4. sin escolaridad	(10 a 12)
GRUPO III.-	Hijos de padres no alcohólicos	(13 a 18)
	Subgrupo 5. con escolaridad	(13 a 15)
	Subgrupo 6. sin escolaridad	(16 a 18)

SITUACION EXPERIMENTAL

Para los fines de esta investigación se aprovecharon: 1) las áreas con que cuenta la Clínica Universitaria de Salud Integral de la E.N.E.P. IZTACALA, considerándose, del área de Psicología: un cubículo que constaba de una mesa, sillas y pizarra, encontrándose libre de distractores. Las áreas verdes - que tenían espacios con y sin juegos de gran utilidad para la evaluación. Las escaleras que conducían al segundo piso. 2) Hogares de los niños, en una habitación libre de distractores humanos y ambientales, acondicionada con una mesa y sillas.

SISTEMA DE EVALUACION Y REGISTRO

Se elaboró un formato que contenía la síntesis de las actividades por cada ítem, seguidas de tres columnas que se emplearon para evaluar el nivel de la ejecución como correcta, regular e incorrecta, dándoles un valor de 2, 1 ó 0 respectivamente. Por último se incluyó una columna de observaciones para anotaciones relevantes en relación a la actividad del niño tales como tiempo en realizar la tarea, empleo de algún lenguaje en específico (formas), descripción de ciertas dificultades en su ejecución y manipulación de instrumentos, etc. Cabe mencionar que un formato de registro se empleó para el instrumento de la UNICEF y otro para el de la SEP (ver anexo # 4).

El reconocimiento de la ejecución psicomotriz se midió mediante el empleo de los instrumentos propuestos por organismos reconocidos de la UNICEF y la SEP. El primero es un curriculum de estimulación precoz editado por el Instituto Panameño de Habilitación Especial, miembro de la UNICEF. El segundo se refiere a la evaluación de los antecedentes del aprendizaje para la realización del método global en la enseñanza de la lecto-escritura, sugerido por la SEP. Los materiales a utilizar en cada una de las actividades están indicados en los instrumentos de evaluación.

MATERIALES Y APARATOS

Se emplearon los materiales propuestos por los organismos de la SEP y UNICEF para evaluar psicomotricidad, ambos organismos son instituciones educativas reconocidas a nivel nacional e internacional. Los materiales utilizados en el instrumento de la Secretaría de Educación Pública (SEP) fueron: ocho láminas una por cada ítem, que contenía actividades de coordinación motora fina, motora gruesa esquema corporal, ritmo y lateralidad; para su realización contamos con colores, botones, cerillos, rectángulos en papel terciopelo y tarjetas blancas de cartulina. Los materiales que incluye el instrumento del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) son: colchona, pandero, payasito musical, espejo, marcadores, tabla angosta, escaleras, mesa, sillas, recipientes con y sin agua, pelota, bola de estambre, pasta para sopa chica o mediana, plastilina, harina de maíz, papel (crepé, china, periódico y bond), resistol, colores, dibujos, ensambles, cubos de madera, agujas de plástico, tijeras, lápiz, rompecabezas de la figura humana y de la cara. También se utilizó una cámara fotográfica (ver anexo 4).

RESPUESTA DE LOS SUJETOS

Se observó la respuesta, una vez terminada se evaluó como buena, regular o mala de acuerdo al siguiente criterio:

CORRECTO: Cuando la ejecución correspondía a las indicaciones dadas en el ítem. Cuidando exactitud y correspondencia.

REGULAR: Cuando la respuesta se aproximaba a las indicaciones del ítem.

INCORRECTO: Cuando la respuesta no correspondía a las indicaciones del ítem.

DEFINICION DE VARIABLES

Las variables que se utilizaron de acuerdo al objetivo planteado fueron:

V.I. Nivel de escolaridad de los niños y sexo de su progenitor alcohólico (ésta ya había ocurrido).

V.D. Nivel de ejecución psicomotriz (correcto, regular e incorrecto) que presentan los niños.

DISEÑO

El tipo de investigación que se realizó presenta las características correspondientes a una investigación ex-postfacto, compuesta por seis grupos con dos mediciones que se diferencian en el tiempo. Con período de un año (1989-1990).

P R O C E D I M I E N T O

ETAPA I

- PASO I. Selección de los ítems correspondientes al área de psicomotricidad contenidos en los instrumentos publicados por la UNICEF y la SEP.
- PASO II. Selección de los sujetos, en grupos de Alcohólicos Anónimos, así como la concertación de citas y estructuración de horarios para llevar a cabo la evaluación de los niños. Esta muestra se extrajo del municipio de Tlalnepantla, Edo. de México, recurriendo para ello a los grupos de Alcohólicos Anónimos, Al-Anon y Alatín para entrevistarnos con aquellos alcohólicos que tenían hijos en edad preescolar y que deseaban participar en el estudio; ellos mismos nos auxiliaron en la detección de algunos sujetos - hijos de madre alcohólica ya que muchas de ellas no aceptan su alcoholismo pero generalmente son reconocidas por sus vecinos o amigos. También nos sugirieron visitar los hogares de algunos padres no alcohólicos.

PASO III. Aplicación de los instrumentos de evaluación en los horarios y lugares preestablecidos, con la atención de un investigador por cada niño y dos registrados en sesiones de una hora, previendo dos sesiones por cada uno. Primero se aplicó el de la SEP que al contener actividades académicas requería de un lugar cerrado; con el tiempo restante se aplicó el de la UNICEF que contenía actividades académicas propias para un lugar cerrado (cubículo o recámara) y motoras gruesas, esquema corporal, ritmo y lateralidad para un lugar abierto (áreas verdes, patio).

Con esto se dio por terminada la primera etapa.

ETAPA II

PASO IV. Establecer el compromiso de realizar nuevamente la evaluación un año después, destacando, mediante visitas domiciliarias, la importancia de participar en la segunda etapa del estudio. Avisando que habría una próxima visita para establecer horarios y lugar.

- PASO V. Dados los resultados de esta primera etapa surgió - la inquietud de comparar la ejecución de los hijos de padre o madre alcohólica con hijos de padres no alcohólicos, por lo que durante el año intermedio - entre la primera y segunda etapa se seleccionaron - seis sujetos hijos de padres no alcohólicos quienes conformaron el grupo de comparación aplicándoseles la evaluación de la SEP y UNICEF en el período comprendido para la segunda etapa.
- PASO VI. Iniciar la segunda etapa con la calendarización de las sesiones para la evaluación de cada sujeto considerando sus necesidades, cuidando que fuera bajo las mismas circunstancias que en la etapa anterior.
- PASO VII. Administración de las pruebas por segunda ocasión a los hijos de padres y madres alcohólicas y por primera vez para los hijos de padres no alcohólicos - (grupo de comparación).
- PASO VIII. Se evaluaron las ejecuciones de todos los sujetos - organizándose los datos en tablas, cuadros y registros para hacer un análisis de manera cuantitativa y cualitativa.

C A P I T U L O V

R E S U L T A D O S

Para el análisis de los datos, la estadística utilizada - consistió en el empleo de tablas y gráficas de histogramas con las que se construyeron curvas de distribución normal que permiten hacer inferencias de la realidad presentada así como generalizaciones en términos probabilísticos con los cuales es factible elaborar el Índice de Capacidad de Proceso (CPK) que nos indica la calidad de la ejecución psicomotriz por parte de la muestra; evidenciado por la cercanía del promedio de la curva hacia la Media Específica o su desplazamiento a los límites Superior o Inferior. El logro de esta actividad fue factible por el empleo de tablas que contienen valores para muestras pequeñas y un programa estadístico computarizado.

El programa estadístico computarizado se componía por: - una unidad de disco flexible y duro, una impresora: Epson (RX 80/100), monitor de color con pantalla negra; todo ello para - analizar los datos gracias al paquete estadístico; Qualityalert versión 2.5 del que elegimos un análisis variable de datos representados por una descripción estadística del histograma y - un estudio de habilidades del proceso.

Los datos concentrados en tablas y gráficas demuestran la importancia que tuvieron las variables independientes consideradas en este estudio, para el desarrollo psicomotriz del preescolar. Dichas variables ya habían ocurrido, no fueron manipuladas por los investigadores, sólo se midió la calidad de la ejecución psicomotriz bajo el supuesto que la exintoxicación en los progenitores derivada de la ingestión de alcohol provocaba en el neonato daños a nivel sensorial, facial, neurológico, morfológico, cardíaco, etc., que podrían repercutir en la formación de los antecedentes psicomotrices básicos para la adquisición de la lecto-escritura, lo cual fue confirmado por la aplicación de un instrumento evaluativo de la Secretaría de Educación Pública así como por la utilización del Programa Regional de Estimulación precoz de la UNICEF; resultando los datos que a continuación se exponen.

En la primera etapa del estudio (1989) los niños que obtuvieron los mejores promedios, independientemente del sexo de los padres, fueron los que tenían por lo menos un año de educación preescolar, de éstos, los sujetos del Grupo I tuvieron el más alto promedio de 87.6% en la evaluación de la UNICEF y 68.6% en el de la SEP (ver tabla 4, anexo 1). Los sujetos del Grupo II obtuvieron 78.3% y 39.6% respectivamente (ver tabla 6, anexo 1). En esta primera etapa los niños sin escolaridad mos-

traron los más bajos promedios de ellos, los del Grupo I presentan 72% y 22.6% en la UNICEF y SEP respectivamente (ver tabla 4, anexo 1, por su parte los del grupo II alcanzaron el 50.6% y 16.3% (ver tabla 6, anexo 1) en sus evaluaciones, esto indica una relación entre el sexo del progenitor alcohólico y la escolaridad del niño.

En la segunda etapa los datos advierten que la escolaridad es un factor relevante para disminuir los efectos nocivos provocados en el niño por el alcoholismo de sus padres. Esta afirmación es respaldada por los resultados obtenidos en 1990 en donde los promedios de los cuatro subgrupos mejoraron considerablemente (ver tabla 5 y 7, anexo 1) en este período todos los niños ya asistían a la escuela y las diferencias intergrupos no son muy grandes. También se observa esta mejoría en lo individual, al comparar las dos etapas, cada sujeto obtuvo mejores porcentajes de ejecución en 1990 después de que ya habían cursado el primer grado de primaria, con excepción del sujeto N° 9, que en 1989 obtuvo 89% y en 1990 bajó a 77% en la evaluación de la UNICEF (ver tabla 1 y 2, anexo 1).

Ambas etapas fueron analizadas conjuntamente para obtener apreciaciones generales con respecto a la ejecución de cada uno de los grupos. El análisis estadístico aportó datos que -

respaldan las afirmaciones anteriores, más aún, las clarifican al observar las figuras quienes hablan por sí mismas a través - de los valores numéricos calculados, entre ellos: el promedio, la desviación estandard y el Índice de Capacidad de Proceso, - que fueron obtenidos mediante el procedimiento que se indica - en el anexo 5.

Una vez descrita la forma en que se procesaron los datos, es posible entender que los resultados de ambas etapas, en las dos pruebas demuestran que en los sujetos del grupo II hay una tendencia de ejecución muy baja la cual se puede observar en - la aproximación del promedio de la Distribución Normal (56.70) hacia la media específica (fig. 2, anexo 2); el promedio de - los sujetos del grupo I (69.45) se aleja de la media específica esto denota mejores ejecuciones en el grupo anterior (fig. 1 anexo 2); el promedio de los sujetos del grupo III (93.83) así como su desplazamiento hacia el límite superior muestran circunstancias óptimas de desarrollo psicomotriz (fig. 3, anexo - 2). El desplazamiento hacia los límites está indicado por el - valor del Índice de Capacidad de Proceso (CPK) que en la figura 3 es de 0.20 por su cercanía al cero supone la concentración de datos en el promedio, por ser menor a uno se acerca a algún límite (al superior en este caso). En las figuras 1 y 2 (anexo 2) si el Índice de Capacidad de proceso es menor a uno

describe desplazamiento a algún límite (al superior); por su -
lejanía del 0 admiten datos más dispersos, esto se constata -
aún más al observar la desviación estándar que en la figura 1
y 2 (anexo 2) es de 21.02 y 24.85 respectivamente; en la figu-
ra 3 (anexo 2) es de 10.0, esta última manifiesta datos más ho-
mogéneos, la forma de la curva es leptocúrtica, las otras dos
tienen forma mesocúrtica; esto quiere decir que en el grupo -
III las calificaciones tienden a ser semejantes entre ellas. -
En los grupos I y II es posible encontrar tanto niños con cali-
ficaciones altas como niños con calificaciones paupérrimas, -
son más heterogéneas.

Aunque la dispersión de los datos es más notoria en el ca-
so de los sujetos del grupo II, sobre todo en aquéllos que en
la primera etapa no tenían escolaridad (ver figs. 4 a 15, en -
anexo 2).

Más pronunciado es ante la evaluación de la SEP, además -
de que los promedios fueron más bajos y su desplazamiento ha-
cia el Límite Superior Específico es menor que ante la prueba
de la UNICEF.

Las gráficas con los datos de las evaluaciones de la UNI-
CEF (ver figs. 5,7,9,11 y 13 anexo 2) en todos los casos mues-
tran curvas leptocúrticas (excepto en la figura 11) aproxima--

das al límite Superior Específico, esto afirma que los ítems - de la prueba fueron más fáciles de ejecutar que los de la prueba de la SEP. El caso de la figura 11 con forma mesocúrtica viene a reforzar la afirmación anterior acreca de que los sujetos del Grupo II que no tuvieron escolaridad en la primera etapa mostraron ejecuciones menos homogéneas.

En las gráficas con los datos de la evaluación de la SEP (ver figs. 4,6, 10,12, y 14, anexo 2) se observa que no todas se aproximan al límite Superior Específico, las que sí lo están lo son en menor proporción que las de la UNICEF. Las que se acercan al Límite Inferior son las de los niños que no tenían escolaridad en la primera etapa: subgrupos 2 y 4 (ver - - figs. 6 y 10, anexo 2); vemos nuevamente la importancia de la escolaridad en el mejoramiento de la ejecución psicomotriz.

Además la dispersión de los datos de las figs. 6 y 10 - - (anexo 2) (son los más altos) advierten que el grado de afectación causado por el alcoholismo de los padres en el desarrollo psicomotor del hijo es variable por lo que hay sujetos con niveles altos pero también con niveles bajos.

Estos resultados descritos cuantitativamente gracias al empleo de la estadística se comprueban al hacer un análisis - cualitativo de algunos de los ejercicios más representativos -

hechos por los niños durante el estudio, sin restarle importancia a otras tan relevantes como éstos pero que ya se explican por sí solos.

Las láminas 1, 2 y 3 (anexo 3) indican la noción que cada niño tiene de sí mismo con respecto a su esquema corporal. Es fácil observar que después que el niño desmembró el cuerpo, le fue más fácil o difícil volverlo a armar, dependiendo de la escolaridad, ya que los niños que desde la primera etapa ya tenían escolaridad les fue más fácil armarlo, excepto los sujetos del Grupo II que a pesar de haber asistido por lo menos un año a la escuela, armaron con algunos errores el ejercicio - - (Ver lámina 2, anexo 3). Sin embargo los sujetos del Grupo III aunque no todos tenían escolaridad la mayoría ejecutó más acertadamente el ítem (ver lámina 3, anexo 3). Los sujetos del Grupo I, algunos de ellos se asemejan en su trabajo a los sujetos del Grupo III (ver lámina 1 y 3, anexo 3). Probablemente la afección del alcoholismo del padre haya variado en el desarrollo psicomotor del hijo. Inclusive estas mismas relaciones se encontraron en el ejercicio de recortado sobre la línea del contorno de una figura (ver cuadro 2, anexo 1).

En otro de los ítems se observó (ver lámina 4 a 21, anexo 3) el número de detalles que cada niño trazó en su dibujo, en-

contrándose que quienes generalmente presentaron mayor número de detalles fueron los sujetos del Grupo III, seguidos por los sujetos del Grupo I y al final los sujetos del Grupo II. Al mismo tiempo de cada subgrupo los niños con escolaridad regularmente trazaron más detalles en su dibujo que los niños que no tenían escolaridad.

Finalmente en relación a los sujetos del Grupo I como ya lo hemos venido diciendo percibimos en algunos de ellos actitudes y aptitudes semejantes a los sujetos del Grupo II, otros se aproximaban a la calidad de ejecución de los sujetos del Grupo III.

C A P I T U L O V I

DISCUSION

Por el tamaño de la muestra los hallazgos solamente son válidos para esta investigación susceptibles de ser ampliados en futuras investigaciones.

El presente estudio nos permite por un lado dar respuestas a los planteamientos formulados al inicio, por otro lado constatar los resultados encontrados por algunos autores que sustentan los postulados teóricos de este trabajo.

En primer lugar, la respuesta al cuestionamiento acerca de si influyó el alcoholismo paterno o materno en el desarrollo psicomotriz, es afirmativa para la muestra estudiada, ya que los resultados de la evaluación demuestran bajo nivel de ejecución en comparación con los sujetos del Grupo III ante la misma prueba.

Contestar la siguiente pregunta complementaría la anterior, al diferenciar la ejecución de los sujetos del Grupo I de los sujetos del Grupo II; en esto advertimos que los segun-

dos obtuvieron los más bajos promedios en ambas pruebas (UNI--CEF y SEP) y etapas de evaluación, ello pudo haberse debido al mayor efecto producido por el alcoholismo de la madre. Estos - resultados son comparables a los obtenidos por Mena, Alvial, - Asenjo y cols. (1984) quienes valiéndose de instrumentos médicos determinaron que los niños con mayor daño presentaban características de SAF, y aquéllos no tan evidentes pero con las mismas limitaciones EFA. Nosotros con el empleo de pruebas convenimos que la mayoría de los niños del Grupo II presentaban - signos más característicos del SAF; los sujetos del Grupo I, con menores daños podrían categorizarse como EFA.

Además al entrevistarnos con las madres (alcohólicas de - alcohólico) ellas comentaban su inquietud por el peso del niño al nacer, notándose que los sujetos del Grupo II fueron los de menor peso, su constitución física actual es de baja estatura y peso, la cual pudo haber determinado su deficiente ejecución; tal como lo certificaron en su estudio Smith, Coles, Lancaster, Fernhoff y Falek (1986) quienes establecieron una correlación - entre el bajo peso al nacer y la ejecución motora.

Otra de las preguntas plantea la importancia de un programa escolar, el cual pensamos puede llegar a minimizar los efectos nocivos provocados por la ingestión de alcohol durante el

embarazo. De este modo queda establecido que la escolaridad - juega un papel muy importante en la rehabilitación de estos niños, así como un ambiente familiar y social dotado de estimulación adecuada, lo cual requiere su detección oportuna. Landesman, Ragozin y Little (1981), así como Abel y Sokol (1986) después de sus hallazgos también sugieren darle un papel preponderante a la escolaridad y a la educación especial.

Después de dar respuesta a los planteamientos de esta investigación podemos afirmar que el objetivo se cumplió, el alcohol es un elemento teratogénico que afecta el desarrollo psicomotriz de los hijos de padres alcohólicos sobre todo cuando uno de ellos es la madre. Esto nos lleva a suponer que para tales niños el aprendizaje de la lecto-escritura representará mayores dificultades que para los niños no expuestos al alcohol durante la gestación; sin embargo ambos tendrán que convivir - y competir en igualdad de circunstancias escolares, siendo desventajosas para unos llevándoles probablemente a un fracaso escolar, por lo que se hace imprescindible su detección y atención institucional desde temprana edad porque como ya se constató, los niños poseen la capacidad de aprender, mejorando sus habilidades de un año a otro sobre todo cuando ya hubo de por medio la escolaridad. Suponemos entonces que si ésta se les - instituye desde los primeros meses de vida podrán superar sus

limitaciones, ya que los procesos de asimilación y acomodación bien estructurados les permitirán una mejor adaptación a su medio ambiente porque como Piaget (1985; 1987a y 1987b), determinó después de sus estudios los inconvenientes que crea la imperfección en actividades prelógicas y pre físicas así como la ausencia de los conceptos de clasificación, seriación, comparación y correspondencia, que se establece en el período sensoriomotor.

Es importante mencionar que durante el estudio surgieron formas de conductas o actividades que requerían de una particular atención no contemplada en este estudio, como son los reactivos de la UNICEF y la SEP correspondiente al esquema corporal, concepto de seriación, empleo de un lenguaje y vocabulario acorde a su edad y los repertorios básicos (atención, discriminación, seguimiento de instrucciones e imitación).

Sin ser el propósito de la investigación se observó que los sujetos del Grupo III empleaban menor tiempo, que los otros niños, en realizar las tareas, además la calidad del trabajo fue más destacada. También se notó que en estos niños no era necesario repetir las instrucciones ni tampoco buscar formas de atraer o mantener la atención en el trabajo, ésta se centró en la búsqueda de precisión en su ejecución.

Debido a la falta de atención en varias ocasiones tuvimos que repetir la instrucción y peor aún cuando nos enfrentamos a la necesidad de enseñarles repertorios académicos básicos que no solamente se aprenden en una institución escolar (hacer tache X y conceptos de seriación y clasificación).

A diferencia de los sujetos del Grupo I, los sujetos del Grupo II presentaron aparte de las limitaciones físicas otras de tipo conductual tales como falta de atención y nerviosismo manifestándolo en actitudes como chuparse los dedos, la ropa y continua actividad ajena a la tarea. Cabe destacar que dichas conductas no se midieron pero fue importante observarlas y considerarlas ya que ellas pudieron haber influido directamente en el nivel de ejecución psicomotriz; esta suposición es respaldada por los estudios hechos por Landesman, Ragozin y Little (1981) quienes midieron principalmente el repertorio de atención.

También fueron notables las deficiencias del aparato fonológico articulador, específicamente problemas de dicción, articulación y omisión de fonemas; principalmente en los sujetos del grupo II. Estos elementos aunque no estuvieron controlados directamente por alguna de las pruebas son útiles para esta investigación sobre todo para el diagnóstico y prevención que es

una tarea a futuro, la cual ya ha sido explorada por Abel y Sokol (1986) quienes encontraron efectos teratogénicos en el feto, que desencadenaron problemas en el desarrollo del habla, - deficiencias conductuales y retardo motor.

Las deficiencias en el lenguaje fueron menos evidentes en los sujetos del Grupo I que ya tenían por lo menos un año de - escolaridad quienes además obtuvieron los mejores promedios en comparación a los sujetos del Grupo II.

Cabe aclarar que en la distribución normal de los datos - hubo niños que obtuvieron calificaciones muy altas o muy bajas con respecto a la norma, esto se explica porque uno de los ni ños hijos de padre alcohólico ya habían cursado tres años de - escolaridad (ver tabla 2, anexo 1) lo cual le facilitó, relati vamente, realizar las actividades; por otro lado también se - presentó el caso de un niño (sujeto 9 ver tabla 1 y 2, anexo 1) que desmejoró su promedio debido probablemente a un padecimien- to reciente de anemia y hernia, según reporte de la madre. Es- tas circunstancias promovieron la dispersión de los datos a di ferencia de la distribución homogénea (ver figs. 12, 13, 14 y 15, anexo 2) que resultó con los datos de los independientemente de si tenían o no escolaridad.

Haber obtenido las respuestas que validan este estudio, cum
plir el objetivo, reconocer las limitaciones, elaborar sugere
ncias y suposiciones nos permite concluir que: el problema del
alcoholismo no sólo afecta al bebedor sino también es teratóge
no para sus descendientes, sobre todo en el caso de la madre,
quien se encarga de la alimentación del feto; en el padre al--
cohólico los efectos teratógenos serían observables por la ca-
lidad de producción de los espermatozoides. Desafortunadamente sólo -
se dan a conocer las repercusiones en el bebedor no así en sus
hijos, quienes presentan dificultad en su desempeño académico
ya sea por la inhabilidad en sus actividades motora fina y mo-
tora gruesa, así como imposibilidad al realizar actividades -
que requieren de la coordinación de su esquema corporal organi
zado rítmica y lateralmente. Esto se explica por las malforma-
ciones teratogénicas causadas en mayor o menor grado por la -
historia alcohólica de sus padres. Para el psicólogo es de - -
gran importancia observar los efectos producidos a nivel psico
motriz en el hijo para proporcionar una atención adecuada o en
su momento prevenir la presencia de estas alteraciones terato
génicas promoviendo niveles de salud para apoyar a los padres
con problemas de alcoholismo que deseen tener hijos.

También concluimos que los datos tan valiosos surgidos de
esta investigación sólo son el principio de la tarea que todo

investigador interesado en la materia debe continuar para darle mayor difusión a la problemática teratogénica del alcohol - para prevenir mayores riesgos en la salud del individuo ya que en México, a diferencia de otros países sólo existen programas de atención para los alcohólicos, más no lo hay para prevenir, detectar o tratar a los hijos de padres alcohólicos.

Antes de plantear las interrogantes surgidas de este trabajo es digno hacer notar los problemas presentados para que - en sucesivas investigaciones se prevean, uno de ellos fue la - falta de un equipo multidisciplinario, la carencia de aparatos que facilitaran la evaluación precisa de los niños con signos de SAF o EFA, y la dificultad en la detección de algunos sujetos (sobre todo los del grupo II) debido principalmente a la - incapacidad de reconocerse como alcohólicos.

Queda entonces la posibilidad de plantear las siguientes preguntas:

¿Sería conveniente construir un instrumento especializado para el diagnóstico específico de los niños con altas probabilidades de poseer SAF o EFA?

¿Cuáles serían los elementos mínimos necesarios para la - rehabilitación y tratamiento de los niños diagnosticados con -

SAF o EFA?

¿Cuáles serían los medios informativos más eficaces para detectar y/o prevenir los efectos del alcohol en el hijo de la madre alcohólica?

C U A D R O I

DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA

	Padre Alcohólico	Madre Alcohólica	Padres no Alcohólicos	Total
Con/Esc.	1	7	13	9
	2	8	14	
	3	9	15	
Sin/Esc.	4	10	16	9
	5	11	17	
	6	12	18	
TOTAL	6	6	6	18

C U A D R O II

EVALUACION CUALITATIVA DEL ITEM N° 5 DE LA UNICEF

Esquema Corporal

	Padre Sujeto Alcohólico	Madre Alcohólica	Padres no Alcohólicos
Con/Escolaridad	1 B	7 M	13 R
	2 R	8 M	14 B
	3 M	9 M	15 R
Sin/Escolaridad	4 M	10 M	16 B
	5 R	11 M	17 M
	6 M	12 M	18 R

A N E X O 1

TABLAS

T A B L A N° 1

PORCENTAJES DE EVALUACION OBTENIDOS EN LOS INSTRUMENTOS
DE LA UNICEF Y SEP, POR CADA UNO DE LOS SUJETOS HIJOS
DE PADRES ALCOHOLICOS, EN LA PRIMERA ETAPA (1989)

		SUJETO	UNICEF	SEP	SEXO DEL PADRE	ESCOLARIDAD DEL NIÑO
G R U P O I	S u b 1	1	95%	81%	Masculino	Dos años preescolar
		2	94%	75%	Masculino	Un año preescolar
		3	74%	50%	Masculino	Dos años preescolar
	S u b 2	4	71%	12%	Masculino	Ninguna
		5	87%	44%	Masculino	Ninguna
		6	58%	12%	Masculino	Ninguna
G R U P O II	S u b 3	7	66%	44%	Femenino	Dos años preescolar
		8	80%	31%	Femenino	Un año preescolar
		9	89%	44%	Femenino	Dos años preescolar
	S u b 4	10	46%	25%	Femenino	Ninguna
		11	63%	12%	Femenino	Ninguna
		12	43%	12%	Femenino	Ninguna

FUENTE: Datos obtenidos de los registros de evaluación empleados para cada instrumento.

T A B L A N° 2

PORCENTAJES DE EVALUACION OBTENIDOS EN LOS INSTRUMENTOS
DE LA UNICEF Y SEP, POR CADA UNO DE LOS SUJETOS HIJOS
DE PADRES ALCOHOLICOS, EN LA SEGUNDA ETAPA (1990)

		SUJETO	UNICEF	SEP	SEXO DEL PADRE	ESCOLARIDAD DEL NIÑO
G R U P O I	S u b 1	1	99%	81%	Masculino	Tres años
		2	95%	94%	Masculino	Dos años
		3	90%	75%	Masculino	Tres años
	S u b 2	4	73%	62%	Masculino	Un año
		5	88%	50%	Masculino	Un año
		6	76%	31%	Masculino	Un año
G R U P O II	S u b 3	7	76%	75%	Femenino	Tres años
		8	86%	62%	Femenino	Dos años
		9	77%	56%	Femenino	Tres años
	S u b 4	10	69%	25%	Femenino	Un año
		11	72%	62%	Femenino	Un año
		12	77%	69%	Femenino	Un año

FUENTE: Datos obtenidos de los registros de evaluación empleados para cada instrumento.

T A B L A N° 3

PORCENTAJES DE EVALUACION OBTENIDOS EN LOS INSTRUMENTOS
DE LA UNICEF Y SEP, POR CADA UNO DE LOS SUJETOS HIJOS
DE PADRES NO ALCOHOLICOS, EN LA ETAPA UNICA (1990)

		SUJETO	UNICEF	SEP	ESCOLARIDAD DEL NIÑO
G R U P O III	S u b 5	13	100%	87%	Un año
		14	99%	100%	Un año
		15	97%	87%	Un año
	S u b 6	16	99%	81%	Ninguna
		17	100%	94%	Ninguna
		18	99%	81%	Ninguna

FUENTE: Datos obtenidos de los registros de evaluación
empleados para cada instrumento.

T A B L A N° 4

PROMEDIOS DE EVALUACION OBTENIDOS POR LOS HIJOS DE PADRE
ALCOHOLICO ANTE LOS INSTRUMENTOS DE LA UNICEF Y SEP,
EN LA PRIMERA ETAPA (1989)

			INSTRUMENTO	
			UNICEF	SEP
S U J E T O S	con escolaridad	1	95%	81%
		2	94%	75%
		3	74%	50%
		$\bar{X}$	87.6%	68.6%
	sin escolaridad	4	71%	12%
		5	87%	44%
		6	58%	12%
		$\bar{X}$	72%	22.6%

FUENTE: Datos obtenidos de la Tabla N° 1.

T A B L A N° 5

PROMEDIOS DE EVALUACION OBTENIDOS POR LOS HIJOS DE PADRE
ALCOHOLICO ANTE LOS INSTRUMENTOS DE LA UNICEF Y SEP, EN
LA SEGUNDA ETAPA (1990), TODOS CON ESCOLARIDAD

			INSTRUMENTO	
			UNICEF	SEP
S U J E T O S	con escolaridad	1	99%	81%
		2	95%	94%
		3	90%	75%
		$\bar{X}$	94.6%	83.3%
	sin escolaridad	4	73%	62%
		5	88%	50%
		6	76%	31%
		$\bar{X}$	79%	47.6%

FUENTE: Datos obtenidos de la Tabla N° 2.

T A B L A N° 6

PROMEDIOS DE EVALUACION OBTENIDOS POR LOS HIJOS DE MADRE
ALCOHOLICA ANTE LOS INSTRUMENTOS DE LA UNICEF Y SEP, EN
LA PRIMERA ETAPA (1989)

			INSTRUMENTO	
			UNICEF	SEP
S U J E T O S	con escolaridad	7	66%	44%
		8	80%	31%
		9	89%	44%
		$\bar{X}$	78.3%	39.6%
	sin escolaridad	10	46%	25%
		11	63%	12%
		12	43%	12%
		$\bar{X}$	50.6%	16.3%

FUENTE: Datos obtenidos de la Tabla N° 1.

T A B L A N° 7

PROMEDIOS DE EVALUACION OBTENIDOS POR LOS HIJOS DE MADRE
ALCOHOLICA ANTE LOS INSTRUMENTOS DE LA UNICEF Y SEP, EN
LA SEGUNDA ETAPA (1990) TODOS CON ESCOLARIDAD

			INTRUMENTO	
			UNICEF	SEP
S U J E T O S	con escolaridad	7	76%	75%
		8	86%	62%
		9	77%	56%
		$\bar{X}$	79.6%	64.3%
	sin escolaridad	10	69%	25%
		11	72%	62%
		12	77%	69%
		$\bar{X}$	72.6%	52%

FUENTE: Datos obtenidos de la Tabla N° 2

T A B L A N° 8

PROMEDIOS DE EVALUACION OBTENIDOS POR LOS HIJOS DE
PADRES NO ALCOHOLICOS ANTE LOS INSTRUMENTOS DE LA
UNICEF Y SEP, EN LA ETAPA UNICA (1990)

S U J E T O S			INSTRUMENTOS	
			UNICEF	SEP
	con escolaridad	13	100%	87%
		14	99%	100%
		15	97%	87%
		$\bar{X}$	99.3%	91.3%
	sin escolaridad	16	99%	81%
		17	100%	94%
		18	99%	81%
		$\bar{X}$	99.3%	85.3%

FUENTE: Datos obtenidos de la Tabla N° 3.

T A B L A N° 9

FACTORES PARA ESTIMAR σ' A PARTIR DE LOS VALORES $\bar{R}$ o $\bar{\sigma}$

N° DE OBSERVACIONES EN EL SUBGRUPO n	FACTOR PARA ES- TIMAR A PARTIR DE $\bar{R} \ d_2 = \bar{R} / \sigma'$	FACTOR PARA ES- TIMAR A PARTIR DE $C_1 = \bar{\sigma} / \sigma'$
1	1.128	0.5642
3	1.693	0.7236
4	2.059	0.7979
5	2.326	0.8407
6	2.534	0.8686
7	2.704	0.8882
8	2.847	0.9027
9	2.970	0.9139
10	3.078	0.9227
11	3.173	0.9300
12	3.258	0.9359
13	3.336	0.9410
14	3.407	0.9453
15	3.472	0.9490
16	3.532	0.9523
17	3.588	0.9551
18	3.640	0.9576
19	3.689	0.9599
20	3.735	0.9619
21	3.778	0.9638
22	3.819	0.9655
23	3.858	0.9670
24	3.895	0.9684
25	3.931	0.9696
30	4.086	0.9748
35	4.213	0.9784
40	4.322	0.9811
45	4.415	0.9832
50	4.498	0.9849
55	4.572	0.9863
60	4.639	0.9874
65	4.699	0.9884
70	4.755	0.9892
75	4.806	0.9900
80	4.854	0.9906
85	4.898	0.9912
90	4.930	0.9916
95	4.978	0.9921
100	5.015	0.9925

Estimación de $\sigma = \bar{R} / d_z$

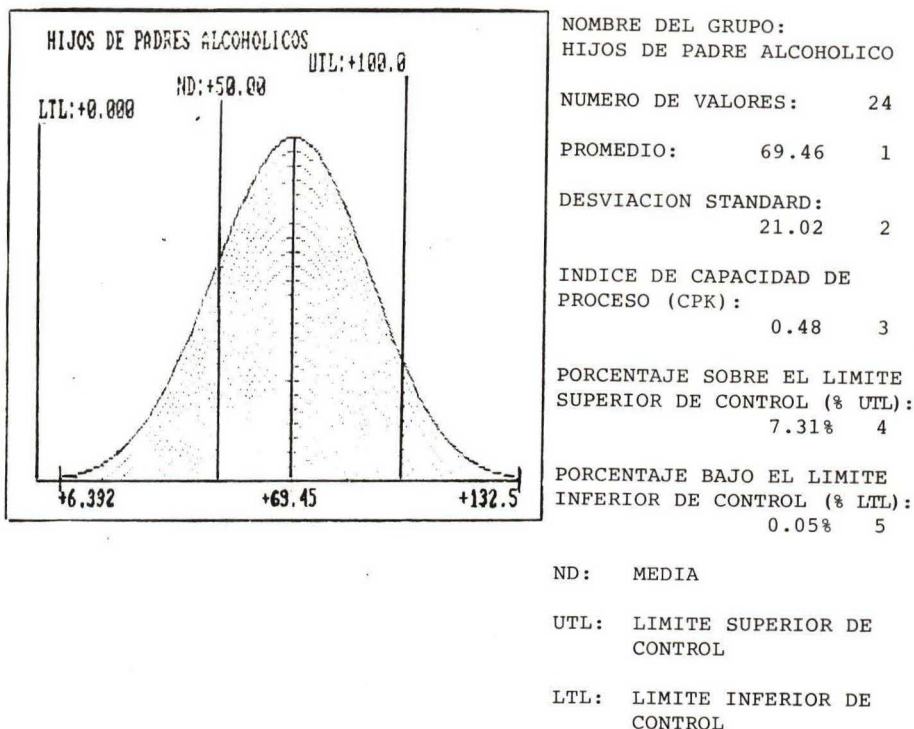
Estos factores suponen muestreo de un universo normal.

T A B L A 1 0

F A C T O R E S P A R A E L C A L C U L O D E L I M I T E S

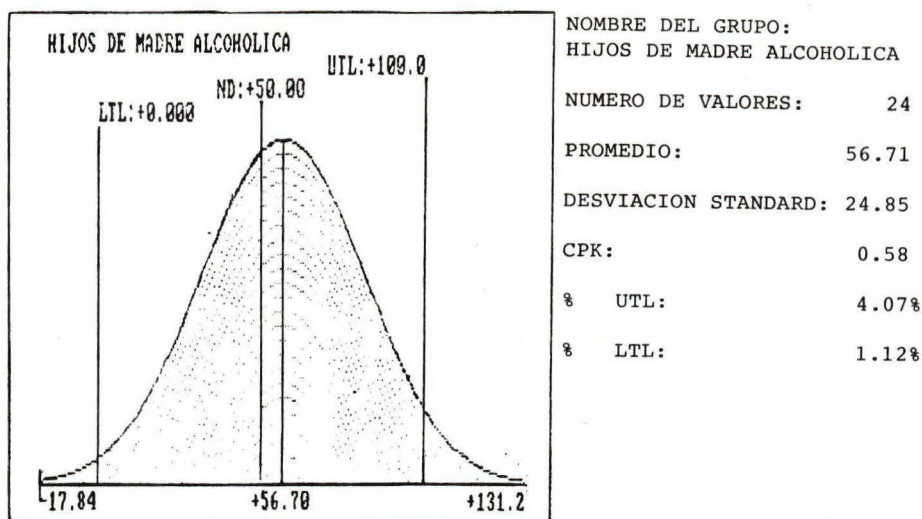
D E C O N T R O L

NUMERO DE OBSERVA- CIONES EN LA MUESTRA	GRAFICAS PARA MEDIAS		GRAFICAS PARA DESVIACION STANDARD		GRAFICAS PARA AMPLITUDES		NUMERO DE OBSERVACIONES EN LA MUESTRA
	FACTORES PARA LIMITES DE CONTROL		FACTORES PARA LIMITES DE CONTROL		FACTORES PARA LIMITES DE CONTROL		
n	A ₁	A ₂	B ₃	B ₄	D ₃	D ₄	n
2	3.759	1.880	0	3.658	0	3.268	2
3	2.394	1.023	0	2.692	0	2.574	3
4	1.880	.729	0	2.330	0	2.282	4
5	1.596	.577	0	2.126	0	2.114	5
6	1.410	.483	.003	1.997	0	2.004	6
7	1.277	.419	.097	1.903	.076	1.924	7
8	1.173	.373	.169	1.831	.136	1.864	8
9	1.094	.337	.227	1.774	.184	1.816	9
10	1.028	.308	.273	1.727	.223	1.777	10
11	.973	.285	.312	1.688	.256	1.744	11
12	.925	.266	.346	1.654	.284	1.717	12
13	.884	.249	.375	1.625	.308	1.692	13
14	.846	.235	.400	1.599	.329	1.671	14
15	.817	.223	.423	1.577	.348	1.652	15



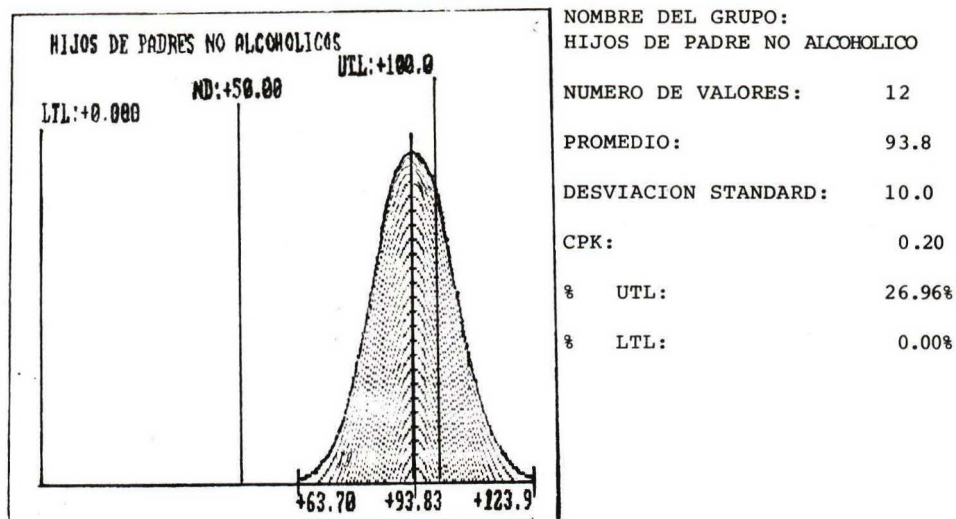
F i g u r a 1

Curva de Distribución Normal (mesocúrtica) de las evaluaciones de la SEP y UNICEF de los hijos de padre alcohólico, en las dos etapas (1989-1990). Los datos procesados se obtuvieron de las tablas 1 y 2 de los sujetos 1 a 6.



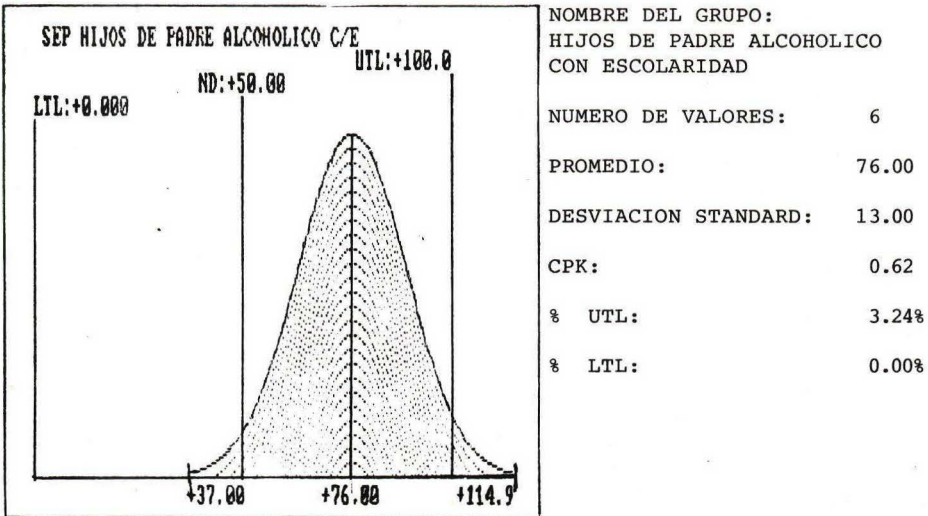
F i g u r a 2

Curva de Distribución Normal (mesocúrtica) de las evaluaciones de la SEP y UNICEF de los hijos de madre alcohólica, en las dos etapas de la investigación (1989-1990). Los datos procesados se obtuvieron de las tablas 1 y 2 de los sujetos 7 a 12.



F i g u r a 3

Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones de la SEP y UNICEF de los hijos de padre no alcohólico en la etapa única (1990). Los datos procesados se obtuvieron de la tabla 3.



F i g u r a 4

Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de padre alcohólico ante el instrumento de la SEP en las dos etapas (1989-1990). Los niños - en ambas etapas presentaban escolaridad. Los datos procesados se obtuvieron de la tabla 4 de los sujetos 1 a 3.

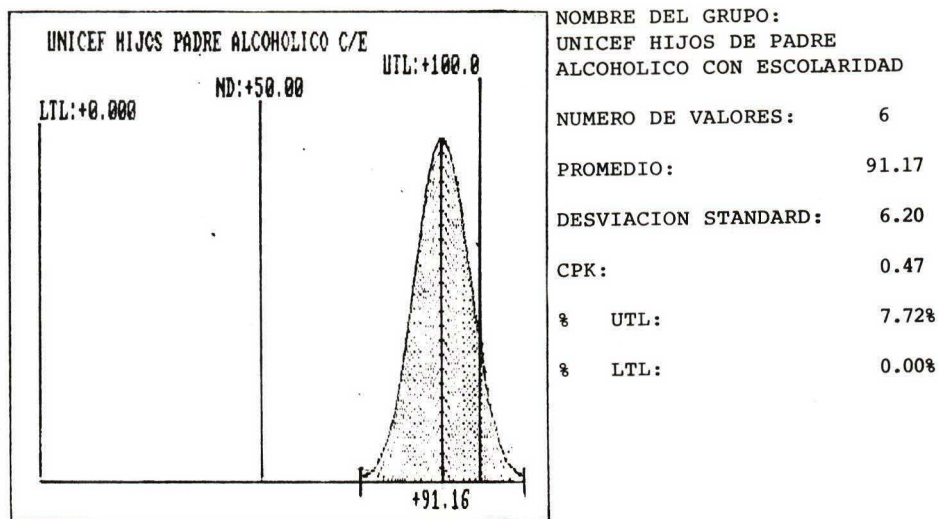


Figura 5

Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de padre alcohólico ante el instrumento de la UNICEF en las dos etapas (1989-1990). Los niños en ambas etapas presentaban escolaridad. Los datos procesados se obtuvieron de las tablas 4 y 5 de los sujetos 1 a 3.

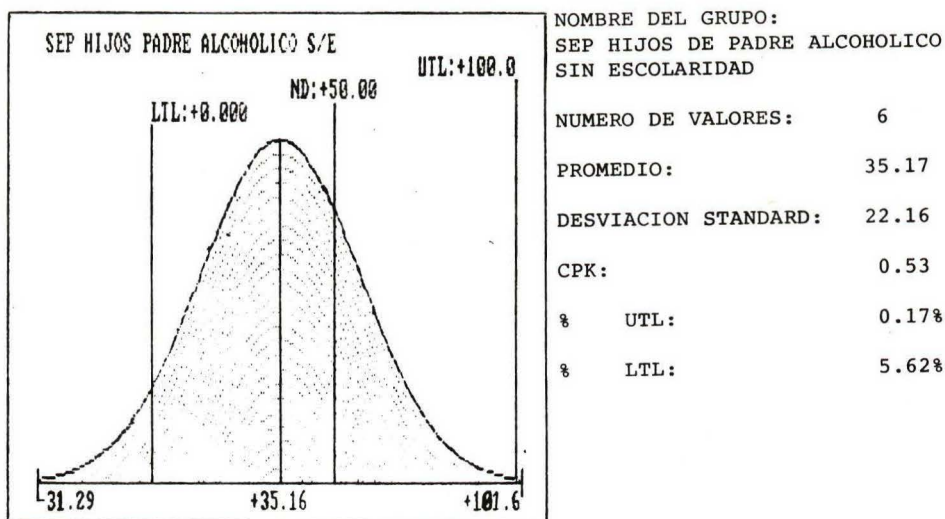


Figura 6

Curva de Distribución Normal (mesocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de padre alcohólico ante el instrumento de la SEP, en las dos etapas (1989-1990). Los niños sólo presentaron escolaridad en la segunda etapa. Los datos procesados se obtuvieron de la tabla 4 y 5 de los sujetos 4 a 6.

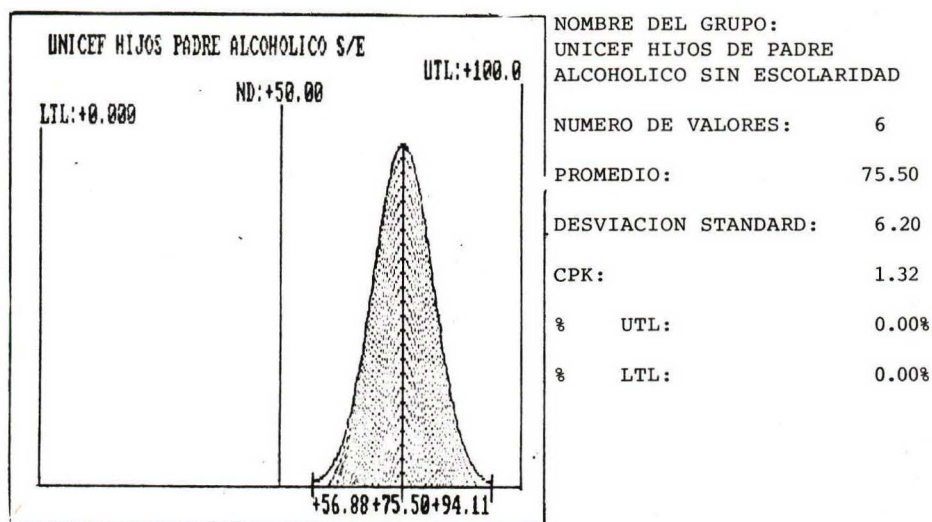


Figura 7

Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de padre alcohólico ante el instrumento de la UNICEF, en las dos etapas (1989-1990). Los niños sólo presentaron escolaridad en la segunda etapa. Los datos procesados se obtuvieron de la tabla 4 y 5 de los sujetos 4 a 6.

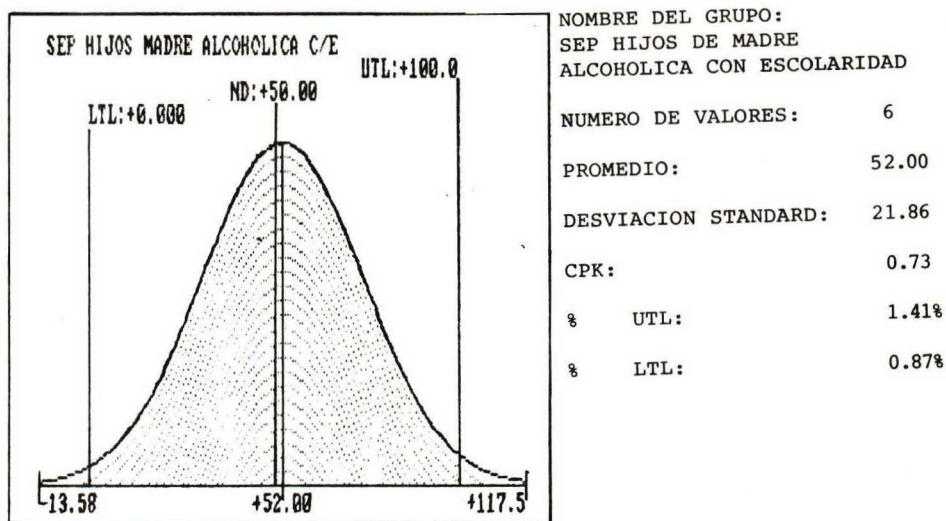
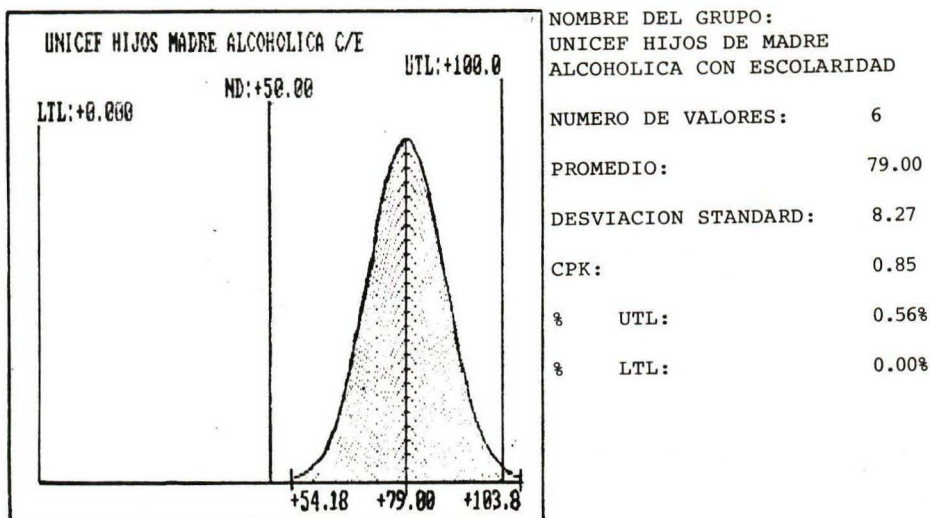


Figura 8

Curva de Distribución Normal (mesocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de madre alcohólica ante el instrumento de la SEP, en las dos etapas (1989-1990). Los niños en ambas etapas presentaban escolaridad. Los datos procesados se obtuvieron de las tablas 6 y 7 de los sujetos 7 a 9.



F i g u r a 9

Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de madre alcohólica ante el instrumento de la UNICEF, en las dos etapas (1989-1990). Los niños en ambas etapas presentaban escolaridad. Los datos procesados se obtuvieron de las tablas 6 y 7 de los sujetos 7 a 9.

A N E X O 2

FIGURAS

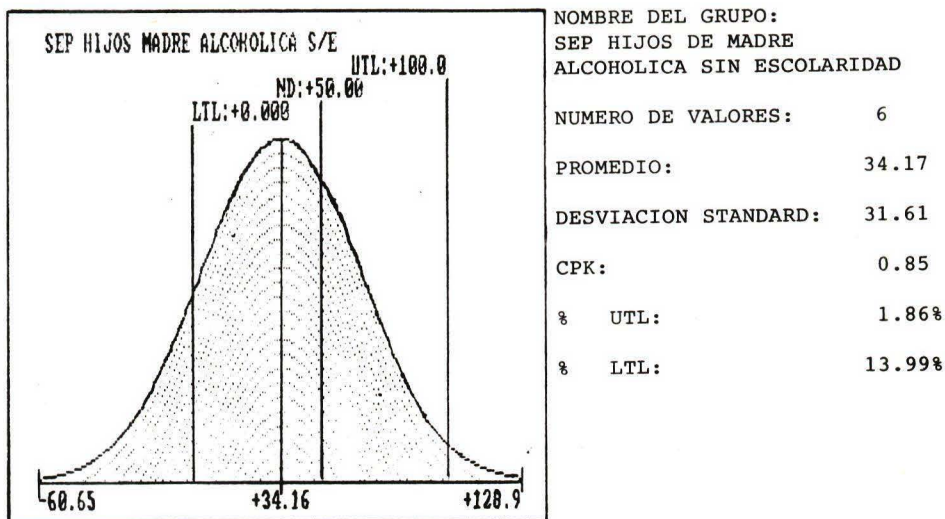


Figura 10

Curva de Distribución Normal (mesocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de madre alcohólica ante el instrumento de la SEP, en las dos etapas (1989-1990). Los niños sólo presentaron escolaridad en la segunda etapa. Los datos procesados se obtuvieron de las tablas 6 y 7 de los sujetos 10 a 12.

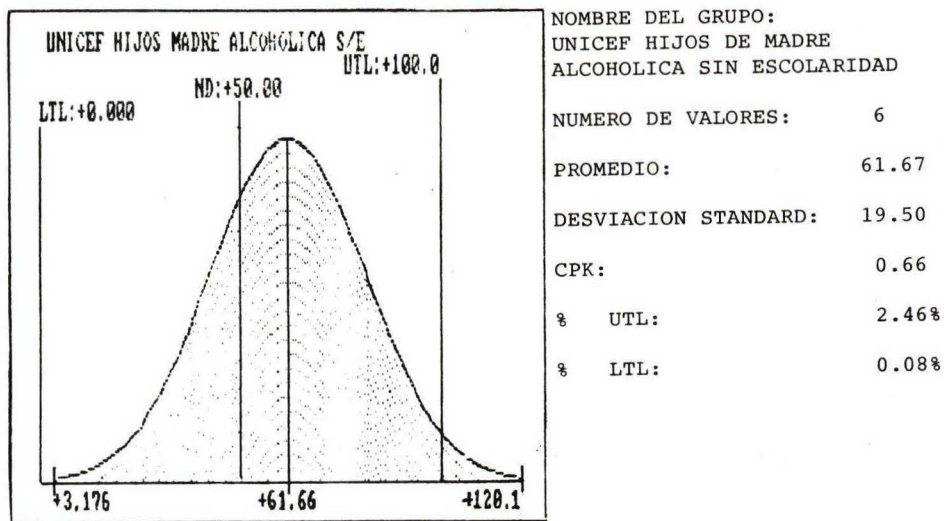
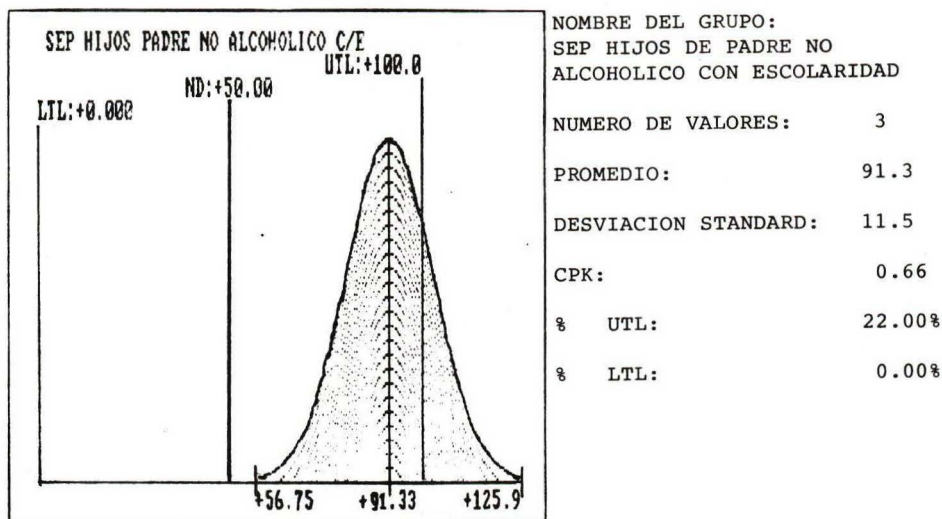


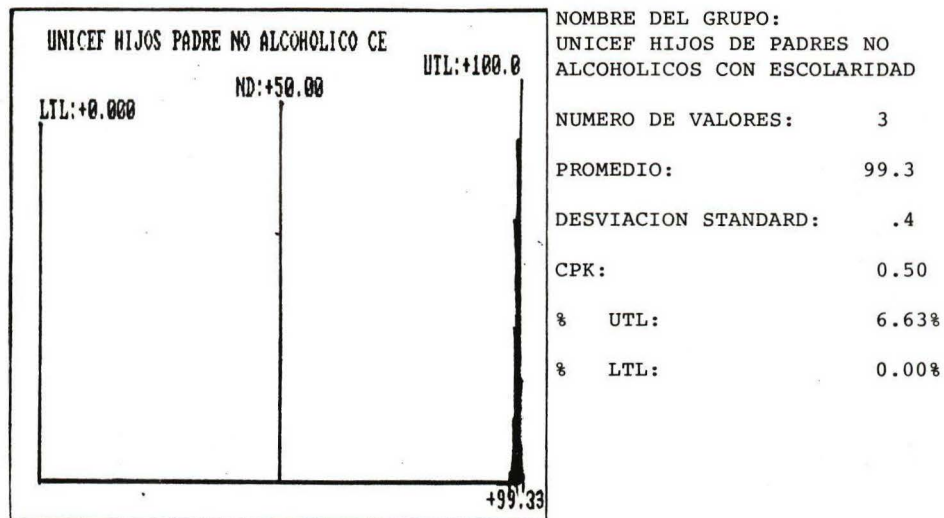
Figura 11

Curva de Distribución Normal (mosecúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de madre alcohólica ante el instrumento de la UNICEF, en las dos etapas (1989-1990). Los niños sólo presentaron escolaridad en la segunda etapa. Los datos procesados se obtuvieron de las tablas 6 y 7 de los sujetos 10 a 12.



F i g u r a 12

Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los hijos de padres no alcohólicos ante el instrumento de la SEP, en la etapa única (1990). Los niños presenta--ban escolaridad. Los datos procesados se obtuvieron de la tabla 8.



F i g u r a 13

Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los niños con escolaridad hijos de padres no alcohólicos ante el instrumento de la UNICEF, en la etapa única - (1990). Los datos procesados se obtuvieron de la tabla 8.

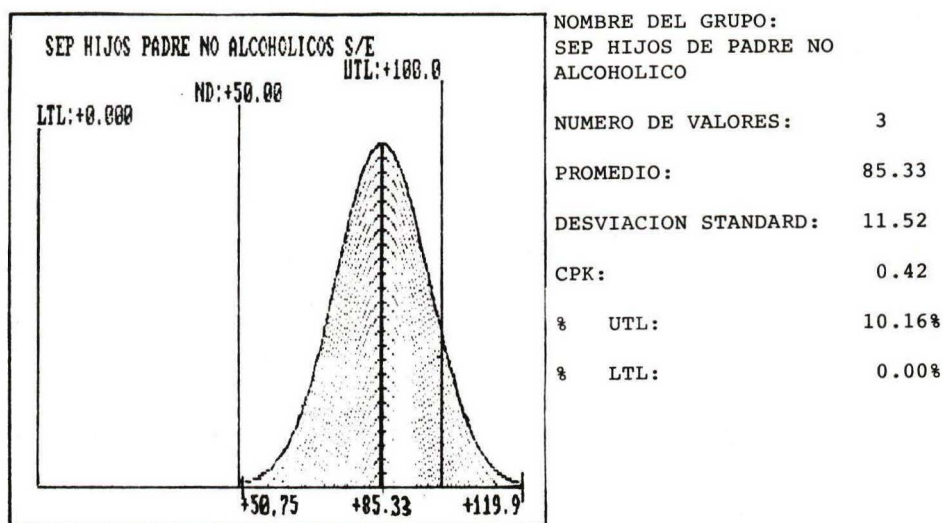
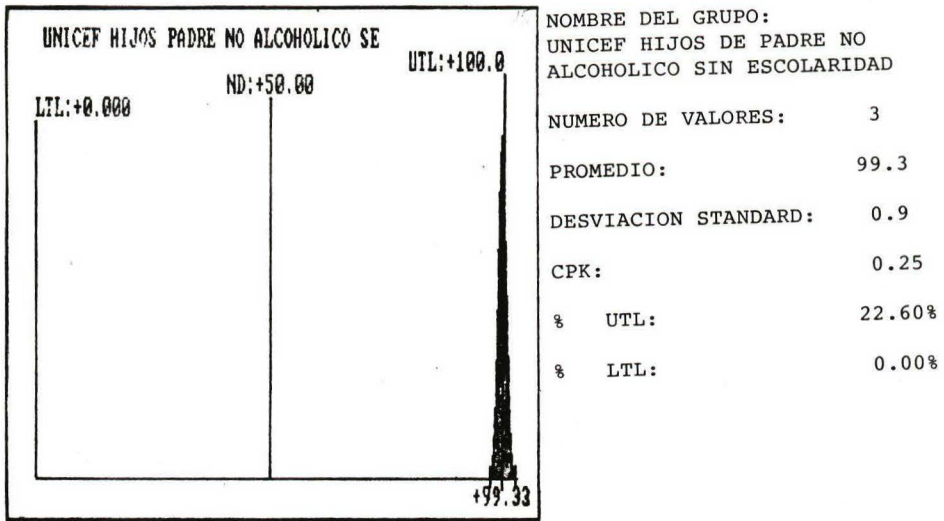


Figura 14

Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los niños sin escolaridad hijos de padres no alcohólicos ante el instrumento de la SEP, en la etapa única (1990). Los datos procesados se obtuvieron de la tabla 8.



F i g u r a 15

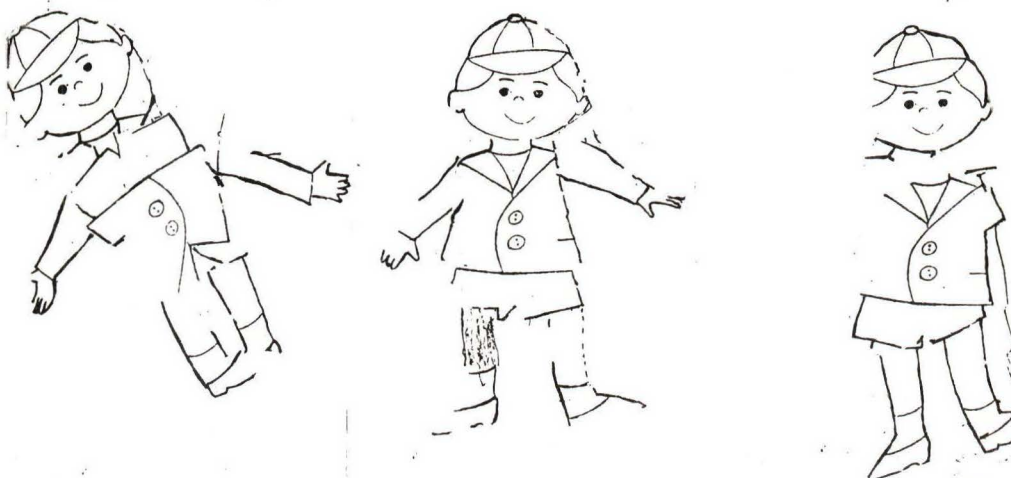
Curva de Distribución Normal (leptocúrtica) de las evaluaciones obtenidas por los niños sin escolaridad hijos de padre no alcohólico ante el instrumento de la UNICEF, en la etapa única (1990) Los datos procesados se obtuvieron de la tabla 8.

A N E X O 3

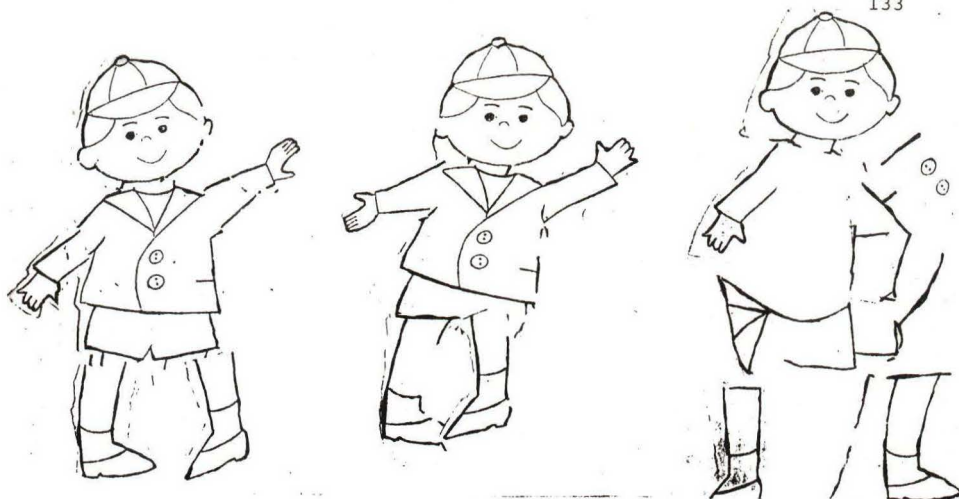
LAMINAS



LAMINA 1. Hijos de padre alcohólico, con escolaridad. Muestra la noción que tiene el niño de su esquema corporal.



LAMINA 1a. Hijos de padre alcohólico, sin escolaridad. Muestra la noción que tiene el niño de su esquema corporal.



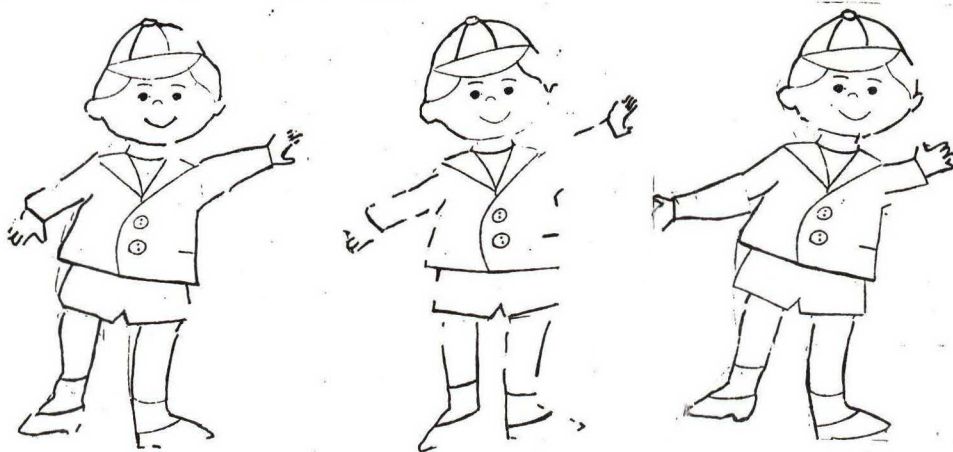
LAMINA 2. Niños con escolaridad, hijos de madre alcohólica. Muestra la noción que tiene el niño de su esquema corporal.



LAMINA 2b. Niños son escolaridad, hijos de madre alcohólica. Muestra la noción que tiene el niño de su esquema corporal.



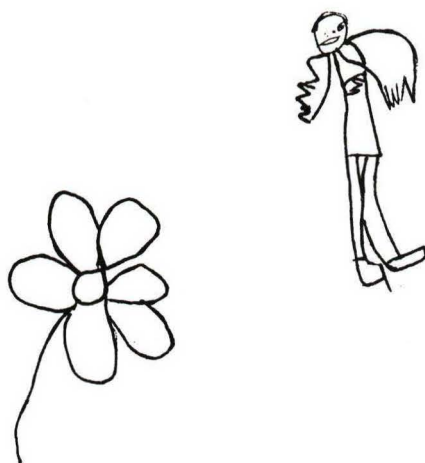
LAMINA 3. Niños con escolaridad, hijos de padres no alcohólicos. Muestra la noción que tiene el niño de su esquema corporal.



LAMINA 3b. Niños sin escolaridad, hijos de padres no alcohólicos. Muestra la noción que tiene el niño de su esquema corporal.



LAMINA 4. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padres no alcohólicos con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 5. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padres no alcohólicos con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 6. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padres no alcohólicos con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 7. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padres no alcohólicos sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 8. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padres no alcohólicos sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 9. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padres no alcohólicos sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 10. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padre alcohólico con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



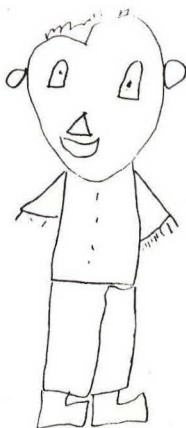
LAMINA 11. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padre alcohólico con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



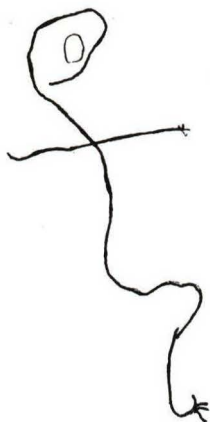
LAMINA 12. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padre alcohólico con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



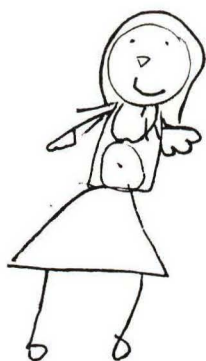
LAMINA 13. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padre alcohólico sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



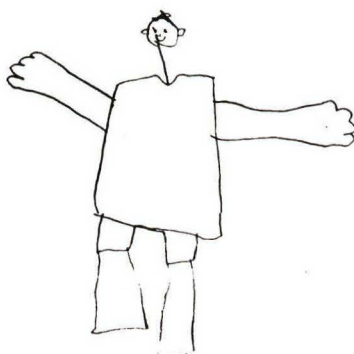
LAMINA 14. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padre alcohólico sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



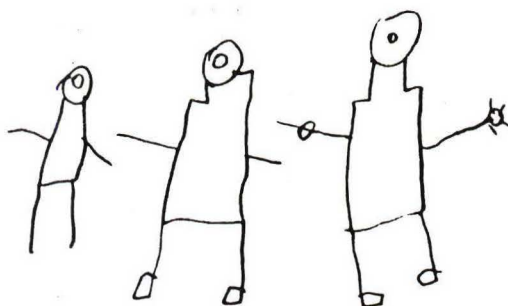
LAMINA 15. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de padre alcohólico sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



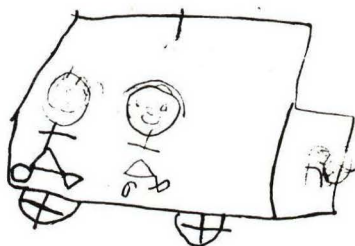
LAMINA 16. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de madre alcohólica con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 17. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de madre alcohólica con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



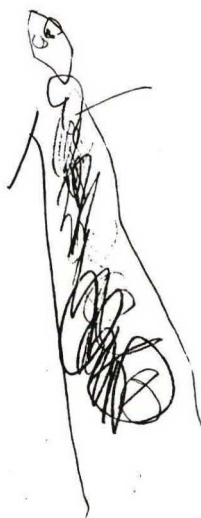
LAMINA 18. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de madre alcohólica con escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 19. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de madre alcohólica sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 20. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de madre alcohólica sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.



LAMINA 21. Muestra el ejercicio realizado por un hijo de madre alcohólica sin escolaridad ante la evaluación de la UNICEF.

A N E X O 4

INSTRUMENTO DE EVALUACION Y

FORMAS PARA REGISTRO

A N E X O N° 4

FORMA DE REGISTRO PARA LA EVALUACION DE LA SEP

NOMBRE: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

N.P.	ITEM	CORRECTO	REGULAR	INCORRECTO	TIEMPO
1	Diferencias				
2	Imitación				
3	Pintar				
4	Caminitos				
5	Cuento				
6	Dirección				
7	Figuras 1)				
	2)				
	3)				
	4)				
8	Ejercicios				
	1)				
	2)				
	3)				
	4)				
	5)				
	6)				
	7)				
	8)				
	9)				
	10)				
	11)				
	12)				
	13)				
	14)				

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____

FORMA DE REGISTRO PARA LA EVALUACION DE LA UNICEF

Nº	I T E M	CORRECTO	REGULAR	INCORRECTO	OBSERVACIONES
1	Dibujar su cuerpo y señalar sus partes				
2	Toque y nombre las partes - de su cuerpo: a) meneas tus manos b) manos en la cabeza c) tus manos en tus pies				
3	Señalar cabeza, manos y - pies en otra persona				
4	Ubicar su cuerpo en el espacio: a) brazos adelante, atrás arriba y abajo b) cabeza atrás y adelante c) pasar debajo y encima - de una silla d) dentro y fuera del círculo e) buscar lo que está al lado				
5	Armar figuras desmembradas (humanas)				
6	Recortar figuras humanas, - cortar las partes del cuerpo y nombrarlas, pegarlas y señalar sus funciones				
7	Armar rompecabezas de la cara				
8	Dibujar e identificar a su - mamá, papá y él				
9	Sostener un objeto delante o detrás de él; colocar la muñeca encima de la mesa; colocar la silla delante de la - mesa; buscar objetos escondidos				
10	Localizar y dar uso de sus - ojos, nariz, boca, oídos, manos y pies				

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____

Nº	I T E M	CORRECTO	REGULAR	INCORRECTO	OBSERVACIONES
1	a) Imitar con las manos el vuelo b) Abrir y cerrar manos c) Mover las manos dentro de un recipiente con agua d) Palmadas sobre la mesa e) Aplaudir				
2	a) Pasar objetos de una mano a otra b) Agarrar objetos con la mano c) Tomar objetos con los dedos índice y pulgar d) Meter y sacar objetos de un recipiente e) Manipular dos objetos a la vez				
3	a) Agarrar objetos sobre la mesa b) Dentro de un recipiente c) Dentro del agua				
4	a) Amasar masilla b) Amasar plastilina				
5	a) Arrugar papel b) Arrugar papel y hacer bolitas				
6	a) Rasgar papel periódico b) Rasgar papel de china y crepé				
7	a) Engomar figuras chicas b) Engomar figuras grandes c) Pegar pastas alimenticias d) Pegar bolitas de papel				
8	a) Pintar con crayolas b) En una sola dirección c) En un dibujo				
9	a) Trazar líneas curvas y rectas b) Trazar líneas horizontales derecha, izquierda c) Líneas verticales				

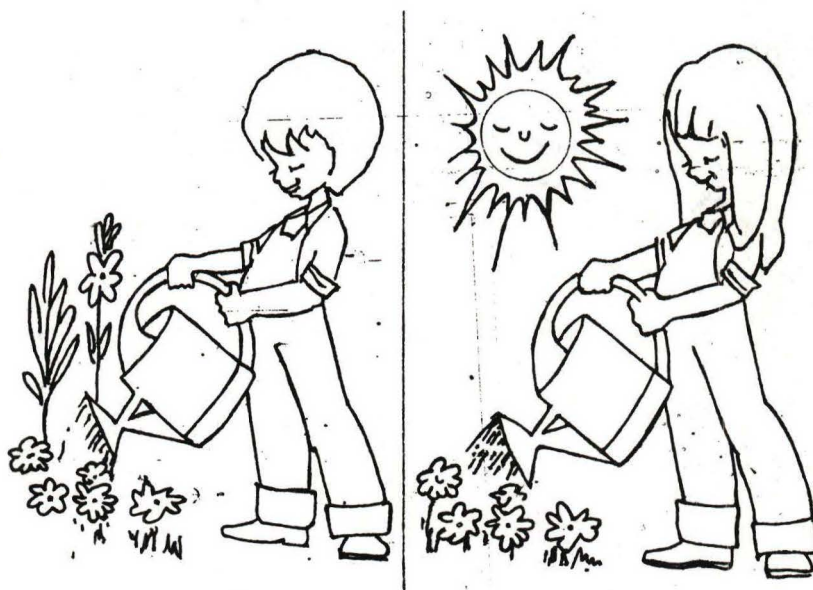
N°	I T E M	CORRECTO	REGULAR	INCORRECTO	OBSERVACIONES
10	a) Moldear figuras utilizando plastilina				
11	Ensamblar figuras				
12	a) Colocar bloques sobre la - mesa b) Sobre el piso c) En línea recta, curva y - quebrada d) Torres de 3 a 5 o más bloques				
13	a) Doblar papel periódico ver tical y horizontal b) Doblar papel por la mi tad c) Doblar papel por la diago nal d) Plegados de papel abanico				
14	a) Enhebrar cuentas medianas b) Cuentas grandes c) Enhebrar agujas				
15	a) Dibujar figuras geométricas b) Dibujar líneas c) Dibujar paisajes				
16	a) Dar tijerazos al rededor - de la figura b) Recortar siguiendo las lf neas c) Recortar figuras				
17	a) Calcar siluetas				

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____

Nº	I T E M	CORRECTO	REGULAR	INCORRECTO	OBSERVACIONES
1	Controlar la cabeza a) boca abajo b) boca arriba c) sentado				
2	Voltear el cuerpo hacia ambos lados con ayuda y libremente a) doblándole las piernas b) sosteniéndole piernas				
3	Arrastrar el cuerpo hacia un objeto				
4	Sentarse sin ayuda				
5	Gatear en patrón cruzado				
6	Equilibrar el cuerpo en - posición hincada				
7	Equilibrar el cuerpo en - posición de pie a) se incorpore b) levante ambas piernas por separado c) Las mueva hacia ade-- lante y atrás d) en un sólo pie e) se balancee parado en dos pies, mov. verti- cal y horizontal				
8	Caminar con apoyo a) en forma lateral b) sobre mis pies hacia atrás c) adelante y atrás soste- niéndole las manos				
9	Caminar sin apoyo a) alcance un juguete b) camine alcanzando un espejo hacia atrás c) al ritmo de panderetas				

N°	I T E M	CORRECTO	REGULAR	INCORRECTO	OBSERVACIONES
10	Ejecutar con diferentes ritmos musicales el caminar dirigido a) sobre líneas geométricas b) en puntillas con un objeto c) en talones con objeto d) en papel con huellas adelante y atrás e) sobre una tabla camine adelante, atrás, - derecha, izquierda				
11	Correr libremente en líneas y círculos con obstáculos (lento y rápido)				
12	Saltar libremente y con obstáculos a) flexione las piernas, alterne, rápido-lento b) saltos con dos piernas c) salte de un objeto al piso d) carrera con pequeños obstáculos				
13	Subir y bajar escaleras a) con ayuda b) sin ayuda				
14	Agacharse en cunclillas a) agarrar un objeto				

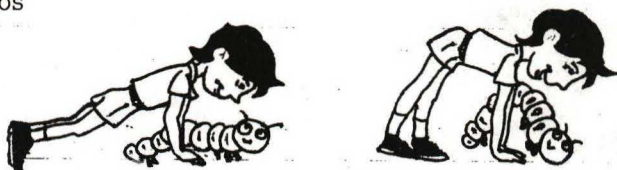
ACTIVIDAD 1

INSTRUCCIONES VERBALES:

Los dos dibujos son parecidos pero no iguales. ¿Podrías señalar algunas diferencias?

ACTIVIDAD 2

EJERCICIOS



INSTRUCCIONES VERBALES: Realiza lo que ves.

A N E X O 5

FORMULAS

ACTIVIDAD 3

EJERCICIOS

EJERCICIOS



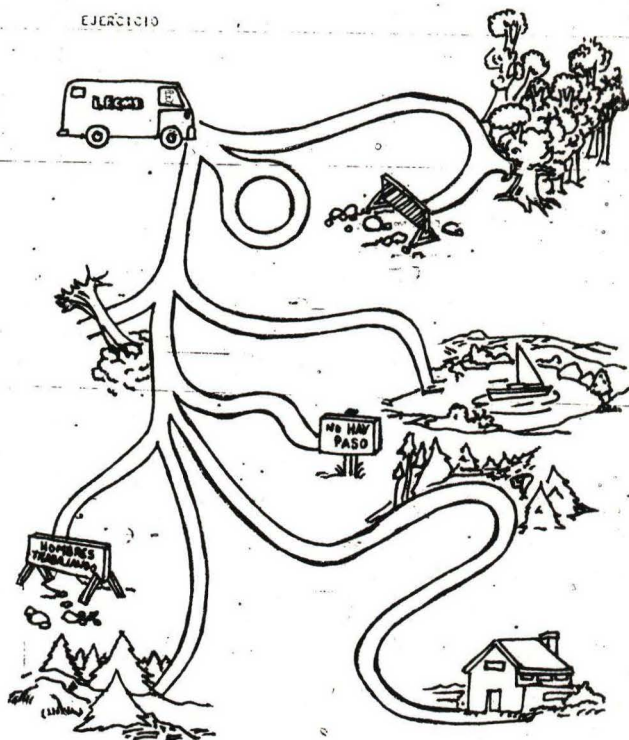
INSTRUCCIONES VERBALES:

Cada uno de estos niños quiere llevar un globo en su mano derecha. ¿Puedes dibujarlos?

ACTIVIDAD 4

EJERCICIO

EJERCICIO

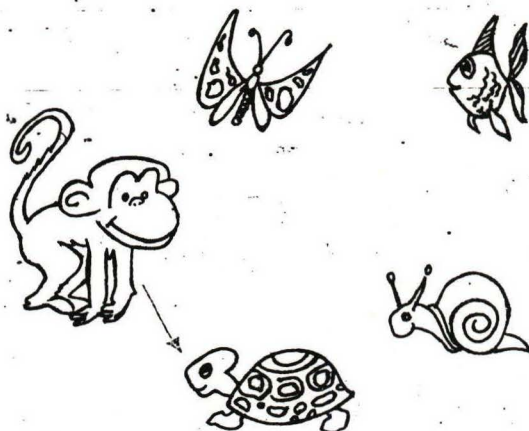
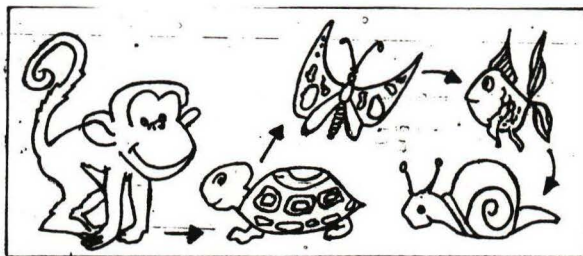


INSTRUCCIONES VERBALES:

Ayuda al camión a encontrar el camino que lo lleve a la casa.

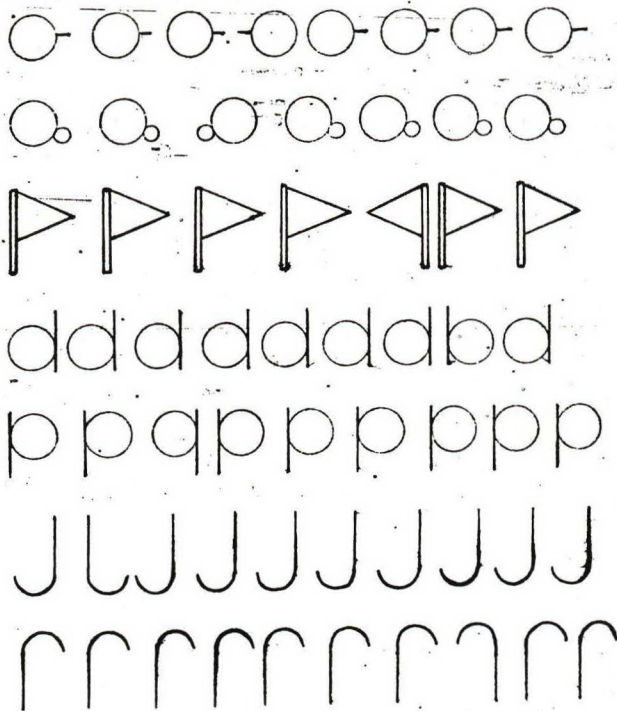
ACTIVIDAD 5

EJERCICIO



INSTRUCCIONES VERBALES:

Elabora una historia de acuerdo a las figuras presentadas y -
marca con flechas la secuencia de la narración.

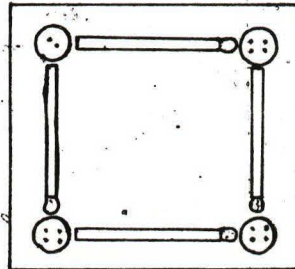
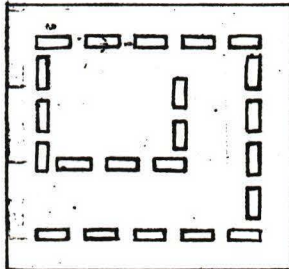
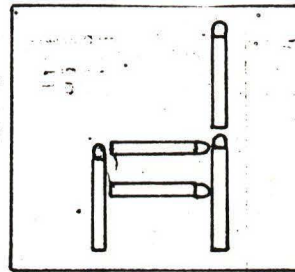
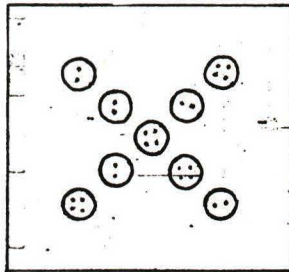
ACTIVIDAD 6**EJERCICIO****INSTRUCCIONES VERBALES:**

En cada hilera hay una figura que está en posición distinta de las otras. Descúbrela y enciérrala con una línea.

ACTIVIDAD 7

INSTRUCCIONES:

- Se proporciona a los niños objetos como: botones, palitos, cerillos, corcholatas, etc.
- Se le presenta, durante 30 segundos, una tarjeta que contenga una figura y se les dice: "Con los objetos que tienen en su mesa van a formar esta figura".

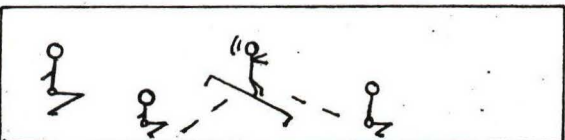
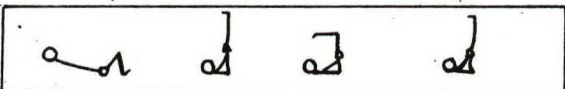
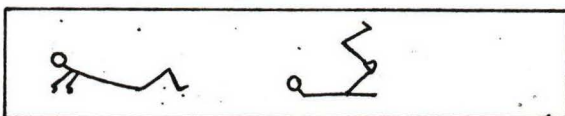
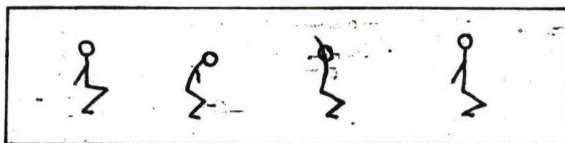


ACTIVIDAD 8

EJERCICIO

INSTRUCCIONES VERBALES:

- Observa las figuras.
- Ejecuta los movimientos que se presentan en la tarjeta.



Para las figuras que contienen datos de sujetos con dos - o más valores cada uno, se utilizaron estos pasos:

- 1.- Calcular el promedio total ($\bar{\bar{X}}$), según fórmula:

$$\bar{\bar{X}} = \frac{\text{Suma de los promedios}}{\text{Número de subgrupos}}$$

Ejemplo en la figura 1

$$\bar{\bar{X}} = \frac{89.00 + 89.50 + 72.25 + 54.50 + 67.25 + 44.25}{6} = \frac{416.75}{6}$$

$$\bar{\bar{X}} = 69.4583$$

Dato indicado en el *1 de la figura 1

- 2.- Calcular el promedio de Rangos ($\bar{R}$) como sigue:

$$\bar{R} = \frac{\text{Suma de los rangos}}{\text{N° de sub-grupos}}$$

$$\bar{R} = \frac{18 + 20 + 40 + 61 + 44 + 64}{6} = \frac{247}{6}$$

$$\bar{R} = 41.1667$$

- 3.- Calcular los límites superior e inferior de control para los promedios ($LSC_{\bar{X}}$ y $LIC_{\bar{X}}$) como sigue:

$$LSC_{\bar{X}} = \bar{\bar{X}} + A_2 \bar{R}$$

$$LSC_{\bar{X}} = 69.4583 + .729 \times 41.1667$$

$$LSC_{\bar{X}} = 99.4688$$

Valor A_2 = Se obtuvo de la tabla (Anexo N° 1)

$$LIC_{\bar{X}} = \bar{\bar{X}} - A_2 \bar{R}$$

$$LIC_{\bar{X}} = 69.4583 - .729 \times 41.1667$$

$$LIC_{\bar{X}} = 39.4478$$

Ambos valores permiten establecer un límite superior e inferior para los niños que integran este grupo en análisis, - - quien salga de estos límites estaría fuera de la norma.

- 4.- Calcular los límites superior e inferior de control para el rango (LSC_R y LIC_R) como sigue:

$$LSC_R = D_4 \bar{R}$$

$$LSC_R = 2.282 \times 41.1667$$

$$LSC_R = 93.9424$$

$$LIC_R = D_3 \bar{R}$$

Valor D_4 , D_3 obtenidos
de la tabla (Anexo N°1)

$$LIC_R = 0 \times 41.1667$$

$$LIC_R = 0$$

Estos datos son útiles al igual que los del apartado anterior.

5.- Calcular la Desviación Standard (σ) como sigue:

$$\sigma = \bar{R}/d_2$$

$$\sigma = \frac{41.1667}{2.059}$$

$$\sigma = 21.02$$

Dato indicado en
el *2 de la figu-
ra 1.

6.- Calcular el índice CPK (Capacidad de Proceso)

$$z_1 = \frac{LSE - X}{\sigma}$$

SUSTITUYENDO

$$\frac{100 - 69.4583}{21.02}$$

$$z_2 = \frac{X - LIE}{\sigma}$$

$$CPK = \frac{Z \text{ mínima}}{3}$$

$$\frac{69.4583 - 0}{21.02}$$

$$z_1 = 1.4529$$

MINIMA

$$z_2 = 3.3043$$

$$CPK = \frac{1.4529}{3}$$

$$CPK = 0.4843$$

Dato indicado en
el *3 de la figu-
ra 1.

Los datos indicados en *4 y *5 de la figura 1 (Anexo N° 2), muestran la probabilidad del porcentaje de sujetos que podrían estar sobre el Límite Superior de Control (LSC) y bajo el Límite Inferior de Control (LIC).

Para las gráficas que contienen un solo valor por sujeto se empleó el mismo procedimiento excepto en el paso 2 en donde sólo se calculó el rango ya que no fue posible obtener un promedio de rangos.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

R E F E R E N C I A S

- Aase, J.M. (1981). The Fetal Alcohol Syndrome in American Indians A high risk grup. Neurobehavioral Toxicology and Teratology. 3, 153-156.
- Abel, E.L. and Sokol, R.J. (1986). Maternal and Fetal characteristics affecting alcohol's teratogenicity. Neurobehavioral Toxicology and Teratology 8, (4), 329-334.
- Ampudia, R.I.J. (1974). Consideraciones Psicobiológicas observadas en mujeres alcohólicas. U.N.A.M. Facultad de Psicología. TESIS de Licenciatura, 8-34.
- Barrera, M.G. (1979). La edad preescolar, "Desarrollo Motriz", Salvat Editores, S.A., (3a. edición) Barcelona, España, - 109-121.
- Barrison, I.G. and Wright, J.T. (1984). Moderate drinking -- during pregnancy and Fetal autocom. Alcohol and -- Alcoholism. 19 (2), 167-172.
- Bernal, S.V.M. Márquez, M.A., Navarro, B.B. y Selser, V.C. -- (1985). El alcoholismo en México, "Negocio y manipulación". (2a. edición) México: Nuestro tiempo 9-43.
- Barruecos, V.L.A. (1988). El alcoholismo en México situación actual y perspectivas. En: F.R. Velasco. Alcoholismo Visión Integral México: Trillas 74-92.

- Borges, G. (1988). Consumo moderado de bebidas alcohólicas - por mujeres embarazadas una controversia epidemiológica. Salud Pública de México. 30, (1), 14-24.
- Burroughs, A. (1988). Enfermería Materno Infantil de Bleier. - (5a. edición). México: Interamericana. 123-127.
- Caballero, B.A. (1990). Tres estudios: Evaluación y análisis de los efectos del alcoholismo materno y paterno sobre habilidades académicas. U.N.A.M. ENEP Iztacala. TESIS de Maestría en Modificación de Conducta. 47-96.
- Caballero, P.L.G., Rodríguez, H.E., Salazar, M.M.G. (1986). La influencia de los mensajes publicitarios en televisión para la adquisición de la conducta de ingestión de Alcohol. U.N.A.M. ENEP Iztacala. TESIS de Lic. en Psicología. 1-39.
- Calderón, N.G. (1980). Introducción al simposio: "El alcoholismo problema médico y social". Gaceta Médica de México. - 116, (6) 239-240.
- Calderón, N.G. (1988). "Perspectiva histórica del alcoholismo en México. En: Velasco, F.R. Alcoholismo Visión Integral. México: Trillas. 49-63.
- Caso, M.A. (1984). Fundamentos de Psiquiatría. (3a. edición). México: Limusa. 411-423.
- Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia. S/F (Folleto).

- Clarck, W.G. y Giudice, M.D. (1975). "Alcohol". En: Principios de psicofarmacología. México: La Prensa Médica Mexicana. 53-54. 550-564.
- Clarren, S.K. (1981). Recognition of Fetal Alcohol Syndrome.- JAMA. 245, (23), 2436-2439.
- Cratty, B.J. (1974). "Problemas de psicomotricidad en la educación". En: Motricidad y psiquismo en la educación y el deporte. México: Miñon. 52-58.
- Chávez, M.M. y Wences, R.L. (1984). Estudios de los efectos del padre alcohólico en el desarrollo psicomotor y emocional en un grupo de niños. México. U.N.A.M. Facultad de Psicología, TESIS de Licenciatura. 58-67.
- Darby, B.L., Streissguth, P.A., and Smith, D.W. (1981). A preliminary follow - up of 8 children diagnosed Fetal Alcohol Syndrome in Infancy. Neurobehavioral Toxicology and Teratology. 3, 157-159.
- Díaz, C.E. (1988). Pediatría perinatal. (3a. edición). México: Interamericana, 344.
- Durivage, J. (1989). Educación y psicomotricidad. (2a. edición) México: Trillas. 16-18.
- Dusek, E.D. y Girdano, A.D. (1990). "Alcohol". En: Drogas "Un estudio basado en hechos". Mexico: Sitesa 53-79.

- Egozcue, J., Antich, J., Ballesta, F., Goyanes, V., Izquierdo, L., Tamparillas, M. y Tavares, A. (S/F). "Malformaciones Congénitas. Gaceta Médica. Expax. 330-331.
- Fisher, S.E. (1982). Ethanol-Associated selective fetal Malnutrition a contributing. Alcoholism Clinical and Experimental Research. 6, (2), 197-201.
- Flavell, J.H. (1983). La psicología evolutiva de Jean Piaget. "El período sensorio-motor del pensamiento preoperacional. México: Paidós.
- Gallant, D.M. (1981). Similarities between the Fetal Alcohol the Fetal Alcohol Syndrome and phenylketonuria anomalies. Alcoholism Clinical and Experimental Research. 5, (4), 575.
- Gallant, D.M. (1982). Current Literature Reviewed and critiqued. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 6, (1). 130-131.
- Gernez-Rieux, CH. y Gervois, M. (1983). "Alcoholismo". En: Medicina preventiva, Salud Pública e Higiene. México: Limusa. 399-404.
- Ginsburg, H. Opper, S. (1977). "El período senso-motor. En : Piaget y la Teoría del Desarrollo Intelectual. España; - Prentice Hall Internacional. 25-67.
- Hacker, N.F. y Moore, J.G. (1988). Teratógenos. En: Compendio de ginecología y obstetricia. México: Interamericana. - 254-261.

- Jones, K.L., Smith, D.W. (1973). Pattern of Malformation in -
offspring of Chronic Alcoholic Mothers. The LANCET. 9. -
1260-1271.
- Jurgen, B.F., Kury, H. (1981). Diccionario de Psicología. Méxi-
co: Ediplesa. 159.
- Katsung, B.G. (1986). "Alcohol". En: Farmacología Básica y Clí-
nica. (2a. edición). México: Manual Moderno. 265-272.
- Landesman, D.S., Ragozin, A.S., Little, R.E. (1981). Behavioral
Correlates of Prenatal Alcohol Exposure: A Four Year --
Follow-Up Study. Neurobehavioral Toxicology and Teratolo-
gy. 3, (2), 187-193.
- Ley General de Salud, Diario Oficial, Febrero 1984.
- Mena, R.M., Alvial, F.C., Asenjo, Y.G., Allendorf, A. Venegas,
Y.L., Catalán, K.H. (1984). Síndrome Alcohólico Fetal --
como causa de desnutrición secundaria. 55, (1). 14-20.
- Mena, R.M., Pacheco, C.V., Lama, T.A., Otero, V.C., Tapia, Z.J.,
Schurman, R.R. (1986). Malformaciones cardiacas congéni-
tas en el Síndrome Alcohólico Fetal. Revista Chilena de
Pediatria. 57, (5), 398-400.
- Mena, R.M., Torres B.C., Fernández, R.E., Muñoz, O.M., Carras-
co, V.R., Olivos, T.G., Pérez, G.H. (1984). Síndrome -
Alcohólico Fetal como causa de Retardo Mental Prevenible.
Revista Chilena de Pediatria. 55, (2), 114-122.

- Meyers, F.H., Jawetz, E. y Goldfiend, A. (1980). "Alcohol". -
En: Manual de Farmacología Clínica (4a. edición) México:
Manual Moderno. 273-282.
- Molina, P.V., Roman, C.C., Berruecos, V.L. y Sánchez, M.L. -
(1984). "Memorias del seminario de análisis". En: El al-
coholismo en México. México: Fundación de Investigacio-
nes Sociales, A.C. 15-24.
- Moore, K.L. (1988). Alcohol Síndrome del Feto Hijo de Alcohóli-
ca. En: Embriología Clínica. México: Interamericana. --
127-129.
- North, R. y Orange, R. (1989). "Alcoholismo". En: El alcoh-
olismo en la juventud. Pax-México. 18-24.
- Pedrola, D., Ballesta, F., Calvo, M., Esparza, M.J. (1981). -
Síndrome Alcohólico Fetal en Gemelos Monozigotos. Archi-
vo de Pediatría. 32, 321-326.
- Peñalosa, C.E. (1983). Evaluación del consumo de alcohol en un
diseño triádico de desamparo aprendido. U.N.A.M. ENEP.
Iztacala. TESIS de Licenciatura en psicología.
- Pérez, de F.C. (S/F). Alcoholismo aspectos psicobiológicos y
psicopatológicos. En: Bustamante, Guevara, Pérez de - -
Francisco y Vasconcelos. Alcoholismo. Sin editorial. --
196-213.

- Piaget, J. (1987a). "Inteligencia y adaptación biológica". En: Psicología de la inteligencia. Argentina: Ed. Psique. 14-20.
- Piaget, J. (1987b). "La génesis de la imitación" y "La representación cognoscitiva". En: La formación del símbolo en el niño. México: Fondo de Cultura Económica. 17-18, 295-320.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1984). "El nivel sensorio-motor". En: Psicología del niño. (12a. edición) España: Morata. 15-31.
- Piaget, J. (1985). "El desarrollo mental del niño". En: Seis estudios de psicología. México: Planeta. 11-30.
- Poskitt, E.M.E. (1984). Fetal Alcohol Syndrome. Alcohol and Alcoholism, 19, (2), 159-165.
- Reeder, S.J., Mastroianni, L., Martín, L. (1988). "Factores que afectan el desarrollo del Feto". En: Enfermería Materno Infantil. (15a. edición). México: Harla. 78-79, 447-448.
- Romero, H.M.G. (1990). Algunos aspectos sobre el alcoholismo en la mujer. U.N.A.M. ENEP. Iztacala, TESIS de Lic. en Psicología. 16-21, 26-45.
- Rosovsky, H. (1984). Reporte breve del estudio piloto sobre aspectos de Salud Pública de la producción y mercado de

las bebidas alcohólicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría. INEDITO.

Salvat, M. (1974). El nacimiento de un niño. España: Biblioteca Salvat. 115-120.

Sánchez, C.A. (1980). Manual de Genética Médica. España: Científico Médica. 108-112.

San Juan, M.A. e Ibañez, L.P. (1983). Alcohol y Alcoholismo. - España: Mezquita, S.A. 1-5, 121-122, 204-209.

Sereno, C.J.A. (1982). Daño fetal en el embarazo de la mujer - alcohólica. En: Molina, P.V. y Sánchez, M.L. El Alcoholismo en México, Tomo I. México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. 159-164.

SEP. Interpretación y manejo del programa integrado, conceptos básicos. Coordinación General. Profra: Martha Eugenia Serrano.

Sinclair, H., Stambak, M., Lézine, I., Rayna, S. y Verb. M. - (1985). Los bebés y las cosas, Gedisa, Argentina. 201.

Smith, D.W. (1981a). Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. Neurobehavioral Toxicology and Teratology. 3, - 127.

Smith, D.F., and Sandor, G.G. (1981b). Intrinsic Defects in - the Fetal Alcohol Syndrome: Studies on 76 Cases from -- British Columbia and the Yukon Territory. Neurobehavioral

Toxicology and Teratology. 3, 145-152

Smith, I.E., Coles, C.D., Lancaster, J. Fernhoff, P.M. and Falek, A. (1986). The effect of Volume and Duration of -- Prenatal Ethanol Exposure on Neonatal Physical and Behavioral Development. Neurobehavioral Toxicology and Teratology. 8, 375-381.

Solache, A.C. Tapia, C.R., León, G., Lascano, F. y Borja, V. - (1990). Encuesta Nacional de Salud. El consumo de bebidas alcohólicas. Boletín Mensual de Epidemiología. 5, (1).

Taylor, K.B. Anthony, L.E. (1985). Síndrome Alcohólico Fetal En: Nutrición Clínica. México; Mc Graw Hill. 524-525.

UNICEF. Programa Regional de Estimulación Precoz. Instituto Panameño de Rehabilitación Especial.

Uriarte, V. (1981). "Drogas de Abuso". En: Psicofarmacología. (2a. edición). México: Trillas, 202-213.

Vasconcelos, R. (1980). "Aspectos Culturales y Sociales". En: El alcoholismo problema Médico y Social, simposio. Gaceta Médica de México. 116, (6). 252-256.

Velasco, F.R. (1988). Esa enfermedad llamada alcoholismo. México: Trillas. 29, 30 y 49.

Zapata, O.A. y Aquino, F. (1980). "Características de la evolución motriz". En: Psicopedagogía de la motricidad, etapa del aprendizaje escolar. Trillas. México, 16-23.

Zimmermann, M. (1990). Reproducción de los seres humanos. Ediciones Orientación, S.A. 101-109.

TESIS BOLIVAR



BOLIVAR NO . 290

TEL 578 - 68 - 66

E.N.E.P.I. U.N.A.M.

U.D.C./PROCESOS TECNICOS

PAPELETA DE DEVOLUCION

180

2

360

EL LECTOR SE OBLIGA A DEVOLVER ESTE
LIBRO COMO LO ENVIÓ EN LA