

89
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Psicología

**INFLUENCIA INTERGENERACIONAL DE LA
FAMILIA EN LA SINTOMATOLOGIA.**

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a n

López González Martha Patricia
Miranda Reyna Rosa María

Asesora: Dra. Emma Espejel Aco

México, D. F.

1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Página
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
Capítulo I	Antecedentes Historicos y Sociales de la familia.
	3
Capítulo II	Necesidades, funciones y dinámica de la familia.
	8
Capítulo III	La familia a través de las generaciones.
	12
Capítulo IV	La familia en México.
	17
Capítulo V	La familia y la influencia en la aparición de la sintomatología en la niñez.
	23
Capítulo VI	Metodos de evaluación familiar e infantil.
	31
Capítulo VII	Metodología.
	38
Capítulo VIII	Resultados.
	51
Capítulo IX	Alcances, limitaciones.
	89
Capítulo X	Conclusiones, sugerencias.
	91
Bibliografía	96
Anexos	101

RESUMEN

Debido a la gran importancia que tiene la familia en la sociedad, y que poco se ha abordado la influencia que la misma tiene (como propiciadora de salud o enfermedad) a través de las generaciones en relación con la aparición de sintomatología en un Paciente Identificado, surgió la inquietud de investigar dicho tema en relación a tres generaciones (Abuelos, Padres e Hijos), ya que ha sido el niño, el miembro de la familia que con mayor frecuencia es llevado a consulta como portador de un síntoma que repercute en él, pero en donde la dinámica y antecedentes de la familia juegan un papel determinante.

Se llevo a cabo un diseño de investigación con los lineamientos de tipo descriptivo, donde solo se pretendió establecer relaciones entre variables; siendo estas: Tipología y Funcionamiento de la Familia, Síntomas del Paciente Identificado, las conductas de sus padres y abuelos.

El estudio se realizó en el Centro comunitario, Osvaldo Robles de la Facultad de Psicología; fue un muestreo no probabilístico propositivo, incidental, integrado por 30 familias, quienes presentaron como paciente identificado a un niño (a), cuya edad fluctuaba entre 5 y 12 años. A dichas familias se les aplicaron los instrumentos: a) entrevistas y b) Escala de evaluación Familiar ESEVFAM al Paciente Identificado Pruebas Psicológicas (Test de Bender, Test de la familia, Test de WISC).

Una vez completada la muestra se realizó el Procedimiento Estadístico, Utilizando Tablas de Contingencia relacionando tipo de familia, paciente identificado y antecedentes familiares. Posteriormente a estas tablas se les trató con la prueba exacta de Fisher para encontrar relaciones.

En los resultados obtenidos se encontro que existe relación entre los antecedentes de la familia y la aparición y prevalencia de sintomatología en el P.I. Algunas conductas como alcoholismo y agresión se repitieron a través de las generaciones (abuelos y padres) así mismo los padres presentaron dependencia hacia la primera generación, abuelos; y para la aparición de algunos síntomas en la tercera generación (P.I.), se requería un mayor número

de conductas en el padre, mientras que la madre solo con una característica repercutia para la aparición de sintomatología en el hijo.

INTRODUCCION

Se ha escrito mucho sobre la familia su dinámica y estructura, debido a que es la unidad social básica de desarrollo, realización y fracaso, salud y enfermedad (Ackerman 1978), sin embargo, poco se ha investigado sobre la influencia que pueda tener la familia a través de las generaciones y su repercusión entre los miembros de la misma, ya que es dentro de la familia donde el individuo aprende patrones de comportamiento, modos de interacción, socialización, así como formas de adaptación.

El niño es el miembro de la familia que se encuentra en vías de crecimiento y desarrollo; en él repercuten de manera más intensa los aspectos positivos y negativos de la dinámica y estructura familiar, y quien más está sujeto a las acciones parentales disfuncionales. Este miembro es el paciente identificado o chivo expiatorio quien es el primero que llevan a un consultorio para pedir ayuda ; este paciente identificado desarrolla síntomas los cuales sólo representan una llamada de emergencia ante una situación familiar estresante, siendo así la manifestación de un conflicto familiar que generalmente se relaciona con el subsistema conyugal; en donde las actitudes de los padres son el resultado de la relación que ambos tuvieron con sus propios padres, y lo han mezclado consciente e inconscientemente para formar el contexto de su vida actual, observándose así que cada familia

tiene su lista de reglas implícitas y explícitas acerca de como enfocar la vida, y de como entretejerlas en la vida familiar actual.

La gente suele estar influida por su familia de origen. Parece ser que en la actualidad las familias nucleares son más independientes de su familia de origen, sin embargo, las presiones de la vida moderna generan que continúe una estrecha relación entre ambas familias, repitiendo así patrones de comportamiento y perpetuándolos a través de las generaciones; de ahí surgió la inquietud de investigar las relaciones entre los antecedentes intergeneracionales de la familia y la aparición y prevalencia de sintomatología en el paciente identificado, visto a través de tres generaciones, en donde la tercera generación está representada por los nietos, la segunda por los padres y la primera por los abuelos. Nos interesa así el poder lograr una aproximación al tema, ya que así podemos tener una visión de dichos antecedentes familiares.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS Y SOCIALES DE LA FAMILIA

A lo largo de la historia, el ser humano ha tenido que vivir en diferentes grupos sociales, que le han permitido subsistir y desarrollarse; uno de estos grupos sociales de mayor importancia es la familia, la cual es un grupo primario constituido por un conjunto de personas que mantienen entre sí en forma común y unitaria relaciones directas personales cara a cara.

La familia siempre está en una constante evolución debido a los trascendentales cambios sociales a los cuales se ha ido adaptando su forma y sus funciones asegurando de esta manera su permanencia a través del tiempo y el espacio. La importancia de la familia radica en que es una institución creada por los hombres para la satisfacción de sus necesidades y la socialización del individuo, encargada de transmitir y sustentar valores sociales, ideológicos y psicológicos determinantes en la vida individual y social de las personas que la integran.

Debido a la gran trascendencia que tiene la familia dentro de la evolución histórica y en la sociedad, diferentes autores se han abocado al estudio de la misma; mencionaremos algunos de ellos.

En 1861 fue postulado el derecho materno por Bachofen el cual formula una serie de tesis que estiman a la religión como la palanca decisiva de la historia mundial, se reduce en fin de cuentas al más puro misticismo, (op. cit. Caparros 1981).

Morgan (op. cit. Engels 1979), antropólogo, interesado en el estudio de la familia, plantea un esquema que es uno de los más conocidos y sometidos a análisis y crítica. En este esquema Morgan divide la historia del progreso humano en 3 etapas que son las siguientes:

- 1) Estadio Salvaje
- 2) Estadio Barbarie
- 3) Estadio Civilización

Cada uno de estos estadios a su vez se dividen en tres etapas que son inferior, medio y superior. Corresponde a cada uno de estos estadios un tipo de familia, Así el primer caso, el estadio salvaje se relaciona con el matrimonio de grupos; a la barbarie corresponde el matrimonio sindiásmico; finalmente la civilización está relacionada con la monogamia.

En el estadio salvaje inferior los hombres permanecían aún en los bosques tropicales, el principal progreso de esta época es el lenguaje articulado. El estadio medio comienza con el empleo de pescado como alimento y con el uso del fuego. El estadio superior comienza con la invención del arco y la flecha gracias a lo cual la caza llega a ser el proveedor del alimento familiar.

Morgan (op. cit. Engels 1979), llega a la conclusión de que en este estadio primitivo imperaba en el seno de la tribu, el comercio sexual promiscuo de modo que cada mujer pertenecía igualmente a todos los hombres y cada hombre a todas las mujeres. Sabemos que las huellas

descubiertas por Morgan no conducen a ningún estadio social de promiscuidad de los sexos, si no a una forma posterior que es el matrimonio por grupos; el matrimonio por grupos es la forma de matrimonio en que grupos enteros de hombres y grupos enteros de mujeres se pertenecen recíprocamente y que deja muy poco margen para los celos.

De este estadio primitivo de promiscuidad y probablemente en épocas muy tempranas surgió la familia consanguínea, y más adelante la Punalúa.

En la Familia Consanguínea los grupos conyugales se clasifican por generaciones. Los ascendientes y los descendientes, los padres y los hijos son los únicos que están excluidos de los derechos y "deberes" del matrimonio. El vínculo de hermana y hermano presupone en ese período el comercio carnal recíproco.

Familia Punalúa, que surge de la familia consanguínea, en donde la prohibición del comercio sexual por generación (padres-hijos) se incorpora la exclusión de los hermanos, que se realizó poco a poco.

El estadio de la barbarie empieza con la introducción de la alfarería y el rasgo característico es la domesticación y cría de animales y el cultivo de plantas. El estadio medio comienza con la domesticación de animales y el cultivo de la hortaliza. El estadio superior comienza con la fundición del mineral y del hierro. La familia que corresponde a este estadio de la Barbarie es la Sindiásmica; formábanse ya parejas conyugales por un tiempo más o menos largo, en donde el hombre tenía una mujer principal entre sus numerosas esposas, siendo para la mujer la más estricta fidelidad mientras duraba la vida

comun y su adulterio era castigado cruelmente.

Estadio de la Civilización: consolida y aumenta todas las divisiones del trabajo ya existentes, sobre todo acentuando el contraste entre la ciudad y el campo, aparece el dinero metálico. A este estadio corresponde la familia monogámica que nace de la familia sindiasmica y su triunfo definitivo sienta las bases de la civilización naciente. Su fundamento es el predominio del hombre, y su objetivo es la procreación de hijos cuya paternidad es indiscutible.

Fue la primera forma de familia que no se basa en condiciones naturales sino económicas y concretamente en el triunfo de la propiedad privada sobre la propiedad común (Engels, 1979).

Ralph Linton (op. cit. Caparros 1981) investigador moderno de la familia puntualiza la relación familia sociedad, rechaza la teoría tan en boga entre los autores del siglo XIX sobre la promiscuidad primitiva. Mantiene en su lugar que la unión sexual estable tuvo que ser en épocas primitivas incluso más importante para la supervivencia, que en la actualidad.

Por su parte Lévi Strauss (op. cit. Caparros 1981) antropólogo que dedica una atención particular a la prohibición del incesto que "constituye el movimiento fundamental gracias al cual, por el cual y sobre todo en el cual se cumple el paso de la naturaleza a la cultura".

Leñero (1976) afirma que "la ley de la subsistencia pide al hombre primitivo no ser individualista, ni plantear sus egoísmos en terminos de

autonomía personal sino buscar su seguridad en la solidaridad del grupo a que se pertenece. La familia entonces viene a ser un medio para la realización de esta necesidad.

Con el advenimiento de la industrialización (siglo XVIII) y el crecimiento de la cultura moderna, urbana y tecnológica, la civilización occidental exalta, en forma universal, el valor de la familia conyugal tanto como un principio biológico natural, como con valores propios del renacimiento y de la reforma protestante, (siglo XV y XVI) adquieren importancia, el amor conyugal, derivado del amor romantico individual; el puritanismo sexual; el derecho de filiación y herencia directa de los hijos; la libertad para la elección personal del trabajo etc.

Como se ha visto a lo largo de la historia, la familia ha sufrido modificaciones significativas para adaptarse a los cambios sociales de la humanidad y así sobrevivir a través del tiempo.

CAPITULO II

NECESIDADES, FUNCIONES Y DINAMICA DE LA FAMILIA

Ya que la familia ha existido desde los orígenes del hombre, en todas las épocas y las sociedades con cambios substanciales para adaptarse a la evolución social de cada cultura, podemos observar que satisface tanto necesidades universales como aquellas que pertenecen a dichas culturas, cumpliendo ciertas funciones. Tales funciones son según Ackerman (1974) : "La provisión de alimento y abrigo que mantiene la vida y proveen protección ante los peligros externos, funciones que se realizan mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social. Provisión de unión social que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares; oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; el moldeamiento de roles sexuales lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual; la ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social; el fomento de aprendizaje y el apoyo de la creatividad, iniciativa individual". Además en nuestra sociedad las funciones principales de la familia están enfocadas a las necesidades del niño.

Cuando este es muy pequeño predominan las funciones de alimentación incluye la crianza de los hijos y las funciones de socialización, el cuidado y la protección, más adelante son importantes las funciones de control, orientación y guía; (Minuchin 1978).

El niño debe desarrollar sentimientos de arraigo y pertenencia, esto es, que se sienta dentro del grupo al que pertenece, que busque su superación y el bienestar de sus integrantes, debe ser también una

persona con una integración que muestre una identidad personal abarcando el rol social que según su edad le corresponde.

Así como las funciones de la familia cambian a través del tiempo y la cultura, también la dinámica familiar presenta una constante evolución, ya que la familia es un sistema abierto donde los miembros establecen relaciones interpersonales entre ellos y con las personas de su medio exterior, de manera que las acciones o actitudes que cada uno manifiesta producen reacciones y respuestas en los otros y en sí mismos; es decir que cada miembro de la familia es influido por los demás miembros, así como las personas del exterior con las que tienen contacto a la vez que su propia forma de comportarse influye en ellos. Así "la dinámica familiar está constituida por fuerzas negativas y positivas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta como unidad funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros que cada miembro de la familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento, en un clima de seguridad o ansiedad y depresión". (Chagoya, op. cit. Dulanto G. F. 1975).

Como ya se dijo la familia está en un constante cambio, en el cual su estructura es capaz de adaptarse a las circunstancias de la época. En cuanto a su composición estructural podemos distinguir dos tipos principales que difieren en el número de personas que la integran :

- a) La familia nuclear o conyugal, este tipo de familia se organiza en función de lazos conyugales que tienen un origen biológico, de esta manera la familia nuclear se encuentra formada por el esposo, la

esposa y los hijos de ambos; la familia nuclear es considerada por varios autores como la unidad funcional básica de la sociedad, ya que procura mantener una estabilidad en las relaciones por medio de la legitimación y permanencia o continuidad de estos.

Este tipo de familias predominan en la zona urbana, en la clase socio económica media, la cual tiene una ideología modernizante, materialista de consumo, en donde los valores están supeditados a la adquisición de bienes materiales, convirtiéndose la familia en una unidad de consumo que la separa de sus parientes buscando su autosuficiencia, idealizando la imagen que tiene de las otras esferas sociales, pasando a segundo término los valores afectivos morales de unión.

Finalmente aunque las familias de clase acomodada tienden a mostrarse autosuficientes y aunque aparentemente siguen el modelo de la familia conyugal nuclear, su realidad refleja casi siempre un sistema consanguíneo que rige tanto la actividad familiar interna como la externa de sus miembros". (Leñero 1976).

De la familia nuclear surgen otros tipos de familias como son : la familia de orientación en la cual las personas nacen, crecen y desempeñan un rol de hijos y la familia de procreación la que se lleva a cabo en el papel de esposo o padre.

- b) La familia consanguínea o extensa, consiste en un grupo de personas más amplio que el de la familia nuclear, en este caso los miembros se unen en base a los lazos sanguíneos que existen entre ellos

según la línea de descendencia de uno de los padres de la pareja, o de las parejas que viven en la familia.

Este tipo de familia predomina en las zonas rurales, sub urbanas y proletarias, como consecuencia de la presión demográfica y el creciente fenómeno migracional, algunos miembros de la familia consanguínea abandonan su lugar de origen en busca de un mejor modo de vida y de la participación en el desarrollo capitalista. El logro de esta meta es ilusoria y difícil, y su intento solo trae aparejados casi siempre una cadena de atracción de parientes consanguíneos que vienen después, creando un proceso de desarticulación familiar y de tensión social creciente.

Aunque la familia consanguínea conserva sus valores y tradiciones, aspira a un modelo de clase media de tipo consumista debido a que sufren el impacto de los medios masivos de comunicación, e incluso desean idealmente que sus hijos lleguen a salir de su clase y convertirse en profesionales y altos dirigentes. (Leñero 1978).

Con la migración de algunos miembros de la familia consanguínea a la ciudad, los parientes siguen siendo un recurso básico para la subsistencia y el acomodo.

CAPITULO III

LA FAMILIA A TRAVES DE LAS GENERACIONES

Ackerman (1974) le dá importancia a la historia natural de la familia, la cual tiene un periodo de germinación (noviazgo), un nacimiento (matrimonio). Una etapa de crecimiento y desarrollo (advenimiento de los hijos), con una capacidad de adaptarse a la progresión y al cambio y por último la declinación de la antigua familia (muerte) y la creación de otras nuevas.

Además cada hombre no tiene una, sino varias familias: tiene la familia de su infancia, la familia del matrimonio y de la paternidad y la familia del ocaso cuando es abuelo.

Una familia se forma cuando dos personas adultas de diferente sexo deciden llegar al matrimonio, conformándose lo que Minuchin (1978) señala como el subsistema conyugal en el cual cada miembro de la pareja tiene una forma de reaccionar y un carácter que es resultado de su propio condicionamiento familiar. Cuando nace el primer hijo la familia alcanza una nueva etapa, surgiendo el subsistema parental el cual debe diferenciarse del subsistema conyugal en desempeñar tareas de socialización del hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal. Con el advenimiento de más hijos, la familia logra otra etapa en su historia, surgiendo así el subsistema fraterno en donde los hijos experimentan relaciones con sus iguales, se apoyan, aprenden mutuamente, compiten, cooperan, logran amigos y aliados.

Virginia Satir (1987) menciona la cronología de la vida familiar hablando de tres generaciones diferentes; los progenitores como

arquitectos de la vida presente, que antes fueron niños viviendo y creciendo con sus propios padres (que ahora son los abuelos) aprendiendo las reglas implícitas y explícitas acerca de como enfocar la vida. Ahora como progenitores han combinado lo que ambos aprendieron de sus propias familias y lo han mezclado consciente e inconscientemente para formar el contexto de su vida actual. La tercera familia aparece cuando hay hijos casados, esta se constituirá en base a la experiencia actual del niño y su familia presente. Esto quiere decir que la familia está compuesta por padres, abuelos e hijos, cada generación representa un contexto diferente en una época y en un lugar diferente.

Diferentes autores han investigado sobre el tema de generaciones aquí haremos una breve revisión de algunos de ellos: Boszormenyi Nagi 1976 Bowen 1976, Fromm y Reichman 1976; y Virginia Satir 1987.

Primeramente el hombre como individuo ha sido el centro de estudio la meta ha sido describir y clasificar al individuo en términos de: su tipo corporal, de su carácter, de su personalidad, del diagnóstico clínico etc. Para explicar por qué alguien hacía lo que hacía, era necesario postular algo en el interior de la persona, como los instintos, los impulsos o las emociones.

En la investigación familiar se ha logrado avanzar desde las descripciones de los individuos, hasta las descripciones de las diadas (como la madre-hijo), hasta las descripciones triádicas (como padres y el hijo perturbado). Ya en 1924 Adler (op. cit. Macias R. 1988) inicia el procedimiento donde el mismo terapeuta ve a los padres y al hijo en sesiones separadas. En 1930 se realizaban estudios exploratorios de la

relación patógena padres hijos, pero fue hasta 1940 donde cobraron forma definida (Jay Haley op. cit. Boszormenyi Nagi 1985).

En la década de los 50 diversos autores hicieron énfasis en las características de la triada padres hijos esquizofrénicos, Fromm y Reichman (op. cit. Boszormenyi Nagi 1985) encontraron que la madre es agresiva, dominante, insegura y rechazante, en comparación al padre que se le describió como inadecuado, pasivo y más bien indiferente.

El concepto de "lazo simbiótico" para designar especialmente una relación patógena entre madre e hijos comenzó a circular en la misma década. Fue una de las frases que contribuyeron al surgimiento de un nuevo período de mayor atención a los patrones de relación patógenos dentro de las familias, en vez de la preocupación exclusiva por el aislamiento de todo un conjunto de rasgos negativos de cada uno de los miembros de la familia.

En otro estudio que se considera fundamental en el establecimiento del concepto de transmisión de psicopatología de padres a hijos, Johnson y Azurek (1954) señalaron que la conducta antisocial de los niños se basaba en un defecto del super yo, que coincidía con defectos similares en sus padres. (op. cit. Boszormenyi Nagi 1976).

Bowen (1976) se interesó en la hipótesis de las tres generaciones para explicar el desarrollo de un proceso esquizofrénico, y es la siguiente: "los abuelos fueron relativamente maduros, pero sus inmadureces combinadas fueron adquiridas por el hijo más apegado a la madre. Cuando el hijo se unió a un conyuge que poseía un grado igual de

inmadurez y cuando el mismo proceso se repitió en la tercera generación, dio como resultado un hijo (el paciente) con un elevado grado de inmadurez mientras los demás hijos alcanzaron una mayor madurez.''

Algunas familias en las historias clínicas revelan que tienen una habilidad notable para transmitir los patrones neuróticos y psicóticos y sus hijos encuentran compañeros con los que pueden repetir esos patrones.

También se está volviendo más común encontrar en las descripciones de la familia extensa un patron similar que se presenta en la generación siguiente en las familias perturbadas. A menudo se señala que hay una coalición entre las generaciones de un padre con un abuelo, que se expresa en términos de una relación excesivamente dependiente (Jay Haley op. cit. Bozormenyi Nagi 1985).

La existencia de una coalición entre un hijo perturbado y un padre ocurre tan a menudo, junto con una coalición de uno de los padres con un abuelo que puede sugerirse que son inseparables. Así este triangulo en una generación siempre se ve acompañado de otro similar en el siguiente nivel de las generaciones.

Hinkle D. & Hames M. (1986) desarrollaron un modelo para examinar como la interdependencia familiar y la dependencia personal estan desarrolladas, relacionadas y transmitidas por generaciones sucesivas, trabajando con 150 unidades familiares, abuela, madre e hijo (N=450) siendo entrevistadas en diferentes variables; se encontró que existe una relación entre la independencia individual y la interdependencia

familiar transmitida a través de generaciones.

Jay Haley (op. cit. Boszormenyi Nagi 1985) refiere el argumento no necesariamente válido de que la familia extensa tiene hoy día menos influencia porque muchas generaciones no viven bajo el mismo techo ya que la gente joven puede casarse y establecerse en una pequeña casa en los suburbios pero no pierde el contacto con su familia extensa, la comunicación se realiza y hay repercusiones en la familia sin importar que tan distantes geográficamente puedan estar sus miembros.

Actualmente la terapia familiar se ha vuelto indispensable como un tratamiento conjunto a todos los miembros de la familia.

Es importante mencionar que en 1957 oficialmente se inicia la terapia familiar, y a nivel nacional se inicia a principio de la década de los sesentas (Raymundo M. 1988).

CAPITULO IV

LA FAMILIA EN MEXICO

Para poder hablar de la familia actual mexicana, es necesario tomar en cuenta su evolución a través de la historia, debido a que la conquista Española fue trascendental y marcó un cambio en la sociedad mexicana. Hablaremos de la familia antes de la conquista y después de ella.

La familia antes de la conquista:

Existían infinidad de pueblos, con diferentes características, lenguas y costumbres, aunque en todos ellos prevalecía el misticismo, con adoración a los dioses. La sociedad azteca, era la predominante (por ser el principal pueblo guerrero) nos basaremos en ésta. La organización social estaba compuesta por clanes, tribus y familias que eran dirigidas por un consejo, se buscaba el bienestar para el pueblo y la conservación de la moral y las costumbres.

Las familias en la civilización azteca estaban regidas por leyes estrictas que implicaban el proceso social del clan y que establecían normas específicas y roles perfectamente definidos para ambos sexos, con rituales para que la futura pareja pudiera unirse.

Debido a que los aztecas eran un pueblo guerrero prevalecía la poligamia aunque sólo en la clase dominante, para reponer la pérdida de los componentes masculinos, pero sólo la primera mujer tenía prioridad sobre las otras y sólo sus hijos tenían derechos a heredar.

En cuanto a los usos matrimoniales la forma más prestigiosa de tomar mujer era por petición de los casamenteros, pero era muy frecuente el comenzar una unión juntándose libremente, lo que con el tiempo se convertiría en un matrimonio formal, después del casamiento la pareja se establecía en casa de los padres del novio, donde prevealecía la familia conjunta o extensa; era frecuente que varios parientes vivieran juntos en la misma casa o patio.

La relación entre el hijo varón y el padre era muy cercana, al nacer se le mostraban al niño armas y utensilios de juguete en forma ceremonial como símbolo de su calidad masculina, más tarde el padre mismo le enseñaba a usarlos.

La posición de la niña dentro de la sociedad azteca le permitía la identidad femenina y la preparaba para su función como esposa y madre; tenía así mismo acceso a la educación y al conocimiento de historia y tradición de su pueblo; hasta los seis años, niños y niñas tenían una vida familiar en la que tomaba parte tanto la madre como el padre; a partir de esta edad las funciones se diversificaban y se hacían específicas (Sandoval Dolores 1988).

La familia después de la conquista:

Diferentes autores se han abocado al estudio de la familia en México, durante la conquista y después de ésta, uno de los más importantes es Santiago Ramírez (1977) quien refiere que a la llegada de los españoles eran bien claras las tensiones sociales en el mundo indígena; por una parte fuertes sentimientos de hostilidad y rebeldía

contra el grupo dominante, por otra una tensión interna contra la clase teocrática militar prevalente.

Lo que conquistó al mundo indígena fue la imagen que el propio indígena proyectó en el conquistador, imagen idealizada de fuerza, de inmortalidad y de leyenda que el indígena llevaba en sus entrañas y que circunstancialmente colocó en el español.

La conquista determina un nuevo modelo de familia al destruir necesariamente el ya existente. Las influencias españolas afectaron la vida familiar indígena de diversas maneras; la iglesia trató de establecer en todas partes la institución del matrimonio cristiano, en consecuencia, ésta cayó bajo el control del pueblo español, la costumbre según la cual los indígenas con el permiso de sus propios jefes se unían fue prohibida. Los conceptos del incesto tuvieron que ser revisados de acuerdo con las normas cristianas porque lo único que no se permitía era el matrimonio entre hermanos y entre padres e hijos. La clase dominante indígena, que había practicado un tipo de poligamia, se veía obligada ahora a aceptar las formas cristianas monogámicas.

''La valoración que el español hizo de la mujer indígena fue negativa, la mujer es devaluada en la medida que paulatinamente se le identifica con lo indígena, el hombre es sobrevalorado en la medida que se le identifica con el conquistador, lo dominante y prevalente. La mujer es objeto de conquista y posesión violenta y sadica, su intimidad es profundamente violada y hendida'' (Ramírez, 1977). De tal forma que la mayor parte de los mestizos nacieron bajo el estigma del desamparo y abandono paterno. Este sentirse superior en frente de las mujeres en

plan de grandes señores, ha matizado muchos de los aspectos estructurales del matrimonio mexicano.

La lucha de independencia es otra etapa en la historia de México, lucha de afirmación y rebeldía frente al padre europeo.

Posteriormente México atravesó por una dictadura que concluyó con la revolución de 1910 en donde había en la familia una serie de inconsistencias, los hombres se iban a la lucha, y algunas de las mujeres, las soldaderas los seguían.

Después de la revolución la familia empieza a adquirir la configuración actual con las modalidades de familia rural y urbana: la primera con características de la familia extensa, y la segunda con características principalmente de la familia nuclear (Cardenas 1987).

Familia extensa que se ha perpetuado a través del tiempo, ya que se encontraba antes de la conquista, con un gran número de hijos cuyo objetivo es transmitir el patrimonio familiar de una generación a otra presenta la siguiente estructura: un tipo de mando patrilineal, con roles poco cambiantes definidos según los sexos; el padre proveedor, la madre dedicada al hogar y en ocasiones al sosten del mismo ya sea en el campo, o en los suburbios generalmente con un puesto de alimentos. Las hijas permanecen en casa preparándose para su futura actividad de madres, en ocasiones abandonan sus hogares en busca de un mejor modo de vida, esto implica culpa. El varón, generalmente sale de casa en busca de una mejor fuente de ingresos económicos para enviar a su familia que permanece en su lugar de origen.

Dado que varias generaciones viven bajo el mismo techo es muy común observar que los límites son difusos, las alianzas no son naturales, los modos de control de conducta son generalmente autoritarios, con poca comunicación como lo menciona Leñero (1978); en cuanto a la manifestación de afecto esta suele ser más de malestar que de bienestar debido a la rigidez del sistema. Sin dejar de mencionar otros tipos de problemas como el colecho, la promiscuidad, el alcoholismo, etc.

Este tipo de familia conserva y transmite las tradiciones, costumbres, valores, etc., de una manera más consistente que la familia nuclear, ya que se reúnen a comer a una hora determinada, se apoyan mutuamente, la abuela cuida a los nietos, realizan tandas y utilizan los recursos sociales como los "favores" de los vecinos, compadres, amigos etc. formando lo que Larissa Lomnitz (1978) llama "redes de intercambio" que es un mecanismo de emergencia necesario para la supervivencia.

Familia nuclear, familia que surge de la industrialización y que es valorada por los medios masivos de comunicación, prevalece en las grandes ciudades, con un menor número de hijos y en general la idea de que es mejor "la familia pequeña"; su estructura está constituida por un tipo de mando compartido, sin embargo vemos que en este tipo de familia aún predomina el tipo patrilineal en una primera etapa de la vida matrimonial, siendo más tarde en una segunda etapa el padre frecuentemente ausente, tanto con presencia real como en su carácter de compañía emocional ya sea por el trabajo o por no enfrentar la responsabilidad que demanda un hogar. Es cada vez más frecuente que la mujer participe activamente en la economía del hogar sobre todo de la

clase media hacia abajo, aunque sigue siendo la encargada de las labores domésticas, lo que le representa una mayor carga de trabajo.

El rol que los hijos desempeñan es el de ir a la escuela para llegar a ser profesionistas destacados que es el ideal de este tipo de familia y que al mismo tiempo les representa la posibilidad real de cambio, de estatus socioeconómico.

Esta familia está conformada por el padre, la madre y los hijos, con una supuesta autonomía y autosuficiencia, sin un aparente vínculo estrecho con la familia extensa, aunque esto no sea necesariamente real, ya que existe la comunicación y por lo tanto la presencia funcional de ella sobre la nuclear.

La transmisión de valores va cambiando debido a una fuerte influencia que los Estados Unidos a través de los medios masivos de comunicación proyectan de la familia burguesa restándole importancia a los propios con lo que se logra una mezcla que confunde a veces o que produce nuevas formas de valorar la vida.

CAPITULO V

LA FAMILIA Y SU INFLUENCIA EN LA APARICION DE LA SINTOMATOLOGIA EN LA NIÑEZ

La experiencia es un factor en la formación de la personalidad, las experiencias negativas y positivas que un niño tiene dentro de su ambiente familiar repercuten así mismo en su desarrollo afectivo, se incorporan al núcleo de su personalidad y dirigen toda su conducta posterior (op. cit. Suarez y Nava 1978).

Las actitudes de los niños derivan de factores inmediatos de la situación familiar y de otros que conciernen a la personalidad de los padres, procedentes de su propia infancia y de sus padres a su vez (abuelos). Se ha comprobado que la actitud de los padres hacia sus hijos muchas veces representa un desplazamiento de la que él observara con sus progenitores; el padre inconscientemente proyecta en el hijo el sentimiento y apreciación que tiene de su propia persona, esto trae como consecuencia que el niño desarrolle una serie de conductas o síntomas que son adaptativas y equilibradoras en su medio ambiente, pero que pueden dar dificultades de adaptación al medio ambiente exterior.

Puesto que ambos padres proyectan expectativas diferentes sobre el hijo, los problemas de personalidad de cada uno de los progenitores y las expectativas sobre sus hijos pueden evolucionar distintamente con cada nuevo hijo.

Hay hijos que toman de los padres elementos profundamente reprimidos o expresados unicamente por la vía compleja de una personalidad más o menos neurotica, hay hijos que revelan los peores

elementos de la personalidad de los padres.

Aunque los niños presentan dificultades en su desarrollo esto no es propiamente un problema de patología, ya que diferentes síntomas pueden aparecer en un niño a una edad sin que represente anormalidad, sin embargo a otra edad ese mismo síntoma sí podría ser problema. Anna Freud (1984) señala que los síntomas en los niños no adquieren necesariamente la misma importancia que en los adultos y que es virtualmente imposible distinguir entre los trastornos temporales e inofensivos y las regresiones peligrosas y permanentes en los niños.

El síntoma es la forma perturbada de la conducta, no es el problema mismo, sino la manifestación de que hay un indicio de un problema que tiene que ser tratado, la perturbación de la conducta anuncia que hay algo anormal en el niño, algún problema que perturba su tranquilidad afectiva.

Existen muchas clasificaciones de los trastornos conductuales infantiles según las diferentes teorías, pero cada una de ellas hace énfasis en su fundamento teórico. Ya que nuestro interés es la familia nos limitaremos a los autores que se abocan a la sintomatología como resultado de la influencia familiar:

Según Pichon Riviere (op.cit. Flores . 1980), la enfermedad mental no es la enfermedad de un sujeto, sino de la unidad básica de la estructura social, el grupo familiar.

Se reconoce que la vida familiar actúa como una especie de

conductor de un conflicto y ansiedad patógena. En otros términos la familia se torna una fuente de contagio emocional enfermo.

Ackerman W. N. (1978) Define en los procesos familiares al síntoma como una unidad de adaptación relacional que es irracional, inapropiada, automatizada repetitiva y que restringe la amplitud de nuevos niveles de adaptación interpersonal. El síntoma es una serie de relaciones de rol patológicamente sueltas y rápidamente cambiantes que conducen (pasando por diversas etapas) a la desintegración de la familia y a la fragmentación de las relaciones de identidad del individuo y de la familia.

En un tipo de estructura familiar, el conflicto principal está contenido en la personalidad de un miembro particular de la familia, la personalidad de este miembro llega a ser por así decirlo la expresión dramática de la pauta de "stress" que caracteriza a ese grupo familiar especial.

"El paciente identificado (PI) es el miembro de la familia a quien más afecta la relación conyugal o familiar penosa y quien más está sujeto a las acciones parentales disfuncionales. Los síntomas del PI distorsionan su propio crecimiento y son una alarma para que alguien ayude a aliviar el dolor de sus padres y resuelva el desequilibrio familiar". (Virginia Satir, 1987).

A menudo el conflicto en las relaciones familiares precede a la emergencia de síntomas neuróticos y más tarde el conflicto consecutivo en las relaciones familiares influye en el curso de estos síntomas o

juega un papel en el padecimiento de nuevos síntomas.

Así el conflicto entre las mentes de los miembros de la familia y el conflicto dentro de la mente de cualquiera de sus miembros mantiene una relación recíproca entre sí, ambos niveles constituyen un sistema de retroalimentación circular. El conflicto interpersonal afecta el conflicto intrapsíquico y viceversa. La distorsión psicopática y la formación de síntomas son productos tardíos de los procesos de internalización de formas persistentes y patógenas del conflicto familiar.

Un conflicto de identidades, valores y tendencias escinde al grupo familiar, moviliza a un segmento contra otro; tales escisiones pueden ser horizontales, verticales o diagonales; pueden poner a los varones en contra de las mujeres, a la madre y el hijo en contra del padre; a la generación más joven contra la de mayor edad.

Por un lado, los conflictos entre abuelos y padres surgen, debido a que los abuelos en ocasiones pretenden seguir siendo padres; tienen competencia por el cariño y autoridad sobre los nietos o pretenden satisfacer exigencias afectivas insaciables; por el otro los padres que no tienen relaciones profundas y satisfactorias entre ellos, pretenden buscar en las relaciones con sus hijos las satisfacciones que privan en sus lazos conyugales (Porot M. 1976).

Muchos investigadores han asumido y escrito sobre la influencia de las tempranas experiencias de la vida en casa sobre la función de la vida más tarde. Respecto a estas experiencias de la familia de origen,

Framo (op. cit. Boszormenyi Nagi 1985) afirma que "de todas las fuerzas que invaden a la gente (cultura, sociedad, trabajos, amigos, etc.), la familia (de origen) por mucho tiene la más marcada influencia". Otros Autores (op. cit. Wilcoxon A. L. 1985) han notado que la familia de origen puede tener un impacto sobre la vida de uno y afectar más tarde el funcionamiento de la vida en una variedad de áreas tales como el desarrollo (Erikson, 1968), concepto del yo (Carnes, 1981), adecuada sexualidad o disfunciones (Kaplan, 1974), elección vocacional (Rios, 1957), preferencias religiosas (Slater, 1978) y armonía marital (Sager, 1976).

Framo, (op. cit. Wilcoxon A. L. 1985) escribe que "las dificultades comunes maritales y familiares son elaboraciones de problemas relacionados de los esposos con sus familias de origen.

Bowen (1976) especula que las parejas tienden a buscar y casarse con personas con grados similares de patología en sus respectivas familias de origen. Así perpetúan los procesos de disfunción familiar vía transmisión multigeneracional.

Algunos de los estudios que investigan a la familia a través de las generaciones son: Los trabajos de Fisher y Mendell (1956) y Fisher y Fisher (op. cit. Boszormenyi Nagi 1985) describen la aplicación de pruebas proyectivas (Rorschach, prueba de apercepción temática) a representantes de tres generaciones diferentes de una serie de familias. Se observó que durante un lapso de tres generaciones era posible que los miembros de la misma familia mostraran similitudes muy visibles en cuanto a aspectos de imágenes proyectivas. Por ejemplo todos los

podían formarse imágenes poco usuales, respecto al exhibicionismo; en otra familia podía haber una expresión consistente de temas sexuales, y en otra una preocupación por conceptos que expresaban angustia acerca de la hostilidad.

Otra investigación es la realizada por Kalmus D. (1984) sobre la transmisión intergeneracional de la agresión marital utilizando 2143 adultos para explorar la relación entre dos modelos de agresión familiar en la niñez y la agresión marital en la próxima generación. Uno de estos modelos fue el generalizado que ocurre cuando la agresión entre los miembros de la familia incrementa la probabilidad de una forma de agresión en la próxima generación. El modelo específico ocurre cuando hay reproducción individual de tipos particulares de agresión individual a los cuales los hijos estuvieron expuestos. La agresión marital severa estuvo más fuertemente relacionada a la observación de los padres agresivos que la que estuvo existente en uno sólo de los padres.

Los resultados sugieren que generalmente la agresión de la familia en la niñez es probable que esté asociada a la agresión familiar de la próxima generación.

Brad Madreperl (1980) investiga el uso intergeneracional de la droga (marihuana) utilizando a adolescentes de secundaria para representar a la segunda generación y aplicándoles un cuestionario para investigar la percepción del uso o no uso de la marihuana así como las experiencias y no experiencias de los padres en este uso.

Los resultados indican que las familias orientadas a la marihuana

(padres fumadores) tienen una mayor probabilidad para tener adolescentes fumadores en la familia. Los datos también muestran que los padres no experimentados en el uso de la droga tienen una mayor probabilidad de causar adolescentes no fumadores. La investigación sugiere una correlación entre la percepción de los adolescentes de la calidad de la relación con sus padres y el uso de la marihuana. La percepción del adolescente, de disgusto, desilusiones de los padres, falta de autoridad así como algún aspecto negativo de la vida familiar influyen para que el adolescente experimente altos índices en el uso de la marihuana.

Con respecto a las investigaciones realizadas en México sobre la familia y su influencia intergeneracional en la sintomatología citaremos la realizada en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología por la Dra. Emma Espejel y cols. (1988) sobre alcoholismo, familia y enuresis, en un estudio ex post facto tipo exploratorio para investigar la correlación que existe en las familias que poseen un miembro con síndrome de dependencia alcohólica, sus aspectos disfuncionales y la sintomatología presentada en los miembros de la misma; se revisaron 266 expedientes, encontrándose que el alcoholismo en la generación ascendente (generalmente el padre varón) está relacionado con la presencia del síntoma de enuresis en la generación descendente (hijo) en uno o más miembros de la familia (frecuentemente varón).

En las familias se encontró un tipo de comunicación indirecta con miedo al enfrentamiento entre los conyuges, lo que trae como consecuencia que "triangulen" en el hijo depositándole su problemática que lo sobrecarga de ansiedad y da como resultado el síntoma, que es la manifestación emergente para tratar de equilibrar la inestabilidad de la

familia.

CAPITULO VI

MÉTODOS DE EVALUACION FAMILIAR E INFANTIL

Es importante abordar los métodos de evaluación familiar, ya que estos nos permiten entender el funcionamiento familiar y lograr una mejor comprensión del ser humano, puesto que es en este sistema (familiar) donde el individuo se desarrolla, diversos autores se han abocado al estudio de la familia y han elaborado diferentes métodos de Evaluación Familiar con el fin de lograr una mejor comprensión, intervención y prevención en los problemas del sistema familiar. (Ackerman, Virginia Satir, Minuchin, Epstein)

Mediante los métodos de evaluación familiar obtenemos información sistematizada, organizada y específica acerca del funcionamiento de la familia.

Para Ackerman (1974) la evaluación familiar se basa en un continuo entre dos grados de éxito y fracaso en la realización de necesidades y funciones familiares esenciales. Así se establece el grado de fracaso en la adaptación familiar en base al grado en que la familia maneja sus problemas.

Diversas manifestaciones nos indican el derrumbe familiar como son la separación emocional, el aislamiento entre los miembros de la familia, la construcción de barreras para la comunicación, la aparición de alianzas o divisiones familiares etc. Así mismo estas manifestaciones de derrumbe familiar repercuten en los niños con la aparición de diversos síntomas, los más comunes son la perturbación del desarrollo social y las dificultades escolares.

Virginia Satir (1987) le dá importancia a la cronología de la vida familiar (tres generaciones). Para la realización de la evaluación familiar sugiere incluir desde el momento en que los conyuges se vieron por primera vez, decidieron continuar la relación, se trataron antes de casarse y una imagen de cómo era la vida en los ambientes familiares originales de ambos esposos.

El objetivo de la cronología es tener una perspectiva de la familia, y obtener los indicios de cuales son los problemas conyugales; las preguntas acerca del ambiente preconyugal de cada esposo dan al terapeuta pistas acerca de quienes han sido las personas de la familia de origen (extensa), que han influido en los miembros de la familia nuclear; ya que la gente suele estar influida por sus modelos pasados.

Para Minuchin (1978) la evaluación familiar es una hipótesis que el entrevistador desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia, seguido por la evaluación de las interacciones de la familia en el momento de la entrevista, la cual consiste en recopilar diferentes clases de información, organizada en una secuencia lógica en términos de significación del material presentado.

La situación de evaluación está relacionada íntimamente con las características de la idiosincrasia tanto del observador como de la familia por lo que además de los datos obtenidos indicará también el modo en que la familia responde al observador.

Minuchin (1978) utiliza cinco parámetros para evaluar la estructura

familiar estos son: jerarquía, límites, alianzas, territorio o centralidad y geografía.

Recientemente diversos autores interesados en el estudio de la familia de origen han realizado métodos de evaluación con el fin de lograr una percepción de la familia de origen (extensa). Uno de estos métodos es el cuestionario de Autoridad personal en el sistema familiar (PAFS) cuyos autores son Donald S. Williamson y Paule E. Malone (1984), que mide la autoridad personal en los procesos intergeneracionales de la familia, la cual consta de ocho escalas con conceptos medibles tales como diferenciación/fusión, intimidad/aislamiento y autoridad personal/intimidación.

Otro de los métodos desarrollados para la evaluación familiar, es la escala de la familia de origen (FOS) creada por Hovestadt Anderson, Piercy y Fine (1985) que es un instrumento de autorreporte, de 40 ítems proyectados para medir la percepción de la familia de origen y es un formato Liker (5 puntos) con un rango de 40 a 200 puntos, instrumento de lápiz papel.

Con respecto a los instrumentos de evaluación familiar desarrollados en México mencionaremos el realizado en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología U.N.A.M. por la Dra. Emma Espejel La "Escala de Evaluación familiar" (E.S.C.E.V.F.A.M.) consta de 52 preguntas cerradas, y una carátula en donde se identifican a los diferentes miembros de la familia. Estas preguntas cubren diferentes áreas del funcionamiento familiar con el fin de medir en forma cuantitativa si una familia funciona de manera conyugal; más o menos

conyugal; más o menos extensa ó francamente extensa. Este instrumento nos proporciona un conocimiento de las familias permitiendo una evaluación precoz y en forma breve, incluyendo datos intergeneracionales de los abuelos, padres e hijos, importantes para la presente investigación.

Método de Evaluación Infantil.

Así como es importante tener metodos para evaluar al sistema familiar no menos importante es el contar con metodos de evaluación infantil, ya que mediante estos se obtiene información especifica acerca del desarrollo de la conducta del niño.

El desarrollo psiquico del niño lleva tiempo, constituye un proceso continuo, avanza etapa por etapa en una secuencia ordenada y cada una representa un grado o nivel en el ciclo del desarrollo; cuando tal desarrollo de las diversas funciones yocicas se producen a saltos y suele haber una falta de adecuación a la edad en algunas funciones en comparación con otras, los niños desarrollan generalmente síntomas que son manifestaciones de un medio familiar conflictivo o de una disfunción conyugal manifiesta o encubierta. El niño vive una vida dependiente en un medio que le forma o le deforma, es menos capaz de soportar las presiones o reacciones del mundo exterior, salvo muy a menudo, mediante una reorganización de su enfermedad según un modo defensivo que puede hacerse irreversible. El niño vive frecuentemente en un clima familiar donde existe un cierto equilibrio de fuerza y de debilidad. Su modificación puede perturbar este equilibrio.

Es frecuente la presencia de conductas sintomáticas a través de las

diferentes edades infantiles, no obstante por sí solas no indican la existencia de un trastorno real. La tolerancia paterna, el funcionamiento familiar y la edad del niño determina la decisión de los padres para solicitar o no consulta para su hijo y la posibilidad de que se diagnostique como un problema. Estos factores determinan parcialmente si el problema es valorado por el clínico como potencialmente grave o como transitorio, típico de una etapa del desarrollo (Ollendick T.1986).

El método de evaluación infantil que lleva a cabo a lo largo de un tiempo y puede dar una adecuada información sobre los cambios en las conductas problemáticas y sobre la importancia pronóstica relativa de ciertas agrupaciones de síntomas, es el método longitudinal.

Thomas H Ollendick y Michael Hersen (1986) en sus estudios longitudinales sugieren que los problemas de los preescolares no son tan transitorios como se suponía, en especial cuando se asocian a una disfunción familiar o psicopatología de los padres.

Las pruebas psicológicas son instrumentos que miden las características y conducta del niño, lo que nos permite obtener con mayor certeza información acerca de los fenómenos que se suceden en el niño. A continuación mencionaremos las pruebas utilizadas en la presente investigación.

El Test Gestaltico Visomotor (Bender)

Elaborado por la psiquiatra Lauretta Bender. Este test está basado en la teoría de Gestalt sobre la percepción. El material de la prueba

consta de nueve figuras geométricas impresas en negro sobre lámina de cartulina blanca. La primera identificada con la letra A y las demás numeradas del 1 al 8. Con los criterios de la Dra. Elizabeth Koppitz se pueden evaluar la madurez perceptual y un posible deterioro neurológico.

Test de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC)

Cuyo rango de edades va de los 5 años a los 15 años 11 meses de edad. El WISC está formado por dos subescalas, una verbal y otra de ejecución, que arrojan tres tipos de medidas independientes aparentemente pero íntimamente relacionadas. Una calificación para la escala verbal, una para la de ejecución y una calificación de la escala total.

Las escalas de Wechsler son heterogéneas inter-test; o sea que cada uno de los subtest mide funciones diferentes y por tanto diferentes factores pero son homogéneas intratest, puesto que a través de cada subtest se mide un sólo factor en toda su longitud, la inteligencia.

La inteligencia para Wechsler está constituida por la habilidad para manejar símbolos, abstracciones, pensamiento conceptual y la habilidad para confrontar situaciones y problemas en donde más que números y palabras, se han de manejar objetos concretos.

Test de la Familia

Es una prueba de personalidad tipo proyectiva que permite al niño expresar a través del dibujo sus sentimientos y/o tendencias, muchas

veces inconscientes, hacia sí mismo y hacia los miembros de la familia. En particular permite conocer a la familia del niño tal como él se la representa, lo que es mucho más importante que saber cómo es exactamente.

En el test de la familia la proyección se manifiesta en los dibujos, ya que al ser espontáneo contiene un gran número de elementos relacionados con el nivel intelectual, con la percepción de la realidad y con la vida afectiva de los sujetos que lo realizan.

CAPITULO VII

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Con base en lo anteriormente expuesto se define a la familia como la Unidad Social Básica dentro de la cual un individuo desarrolla sus características biopsicosociales y asimila información de parte de sus padres de generación en generación predominando algunas características a través del tiempo.

Algunos autores se han interesado en la familia desde el punto de vista intergeneracional lo que creemos que es de suma importancia, ya que con base en nuestra experiencia, hemos notado que el niño (P.I.) es llevado a consulta con la etiqueta de ser el problema, que altera la dinámica familiar, sin embargo el niño es sólo el depositario de una problemática familiar ya existente y que involucra los antecedentes de los miembros de la familia, por lo que nos interesa investigar:

¿Cómo se relaciona Intergeneracionalmente en la familia la aparición y prevalencia de sintomatología en el paciente identificado?.

TIPO DE INVESTIGACION:

Esta investigación utiliza los lineamientos del tipo de estudio descriptivo el cual nos proporciona información para obtener conocimiento acerca de un problema de relevancia social, estableciendo relaciones sin hacer ningún juicio acerca del funcionamiento de las variables.

Los estudios descriptivos no tienen hipótesis por lo tanto no se puede hablar de variables dependientes o independientes; este es el caso de la presente investigación, cuando estas variables existen (dependientes e independientes) se debe tener un grupo control.

En esta tesis no se manejan hipótesis y solo se describen las variables intergeneracionales de conducta de los parientes y las relacionadas con la tipología y funcionamiento de la familia.

ESCENARIO.

El estudio se realizó en el centro comunitario Oswaldo Robles, de la Facultad de Psicología U.N.A.M., ubicado en la Colonia Ruiz Cortines calle Tecacalo Mz. 21 lote 24; en un cubículo con buenas condiciones de higiene e iluminación.

POBLACION.

Esta quedó conformada por familias que solicitaban el servicio de atención que presta el Centro Comunitario; algunas fueron referidas por centros de atención y escuelas para recibir tratamiento.

Se realizaba la entrevista inicial por las psicólogas, a las cuales se les asignaban los casos; posteriormente se nos enviaban sólo aquellas familias que cubrían los requisitos de inclusión necesarios para la presente investigación.

SUJETOS CRITERIO DE INCLUSION.

Los sujetos fueron aquellas familias que solicitaron el servicio del Centro Comunitario y acudieron llevando como motivo de consulta niños con problemas, cuyas edades fluctuaban de 5 a 12 años de edad:

TIPO DE MUESTRA.

Muestreo no probabilístico (se desconoce la probabilidad de que un sujeto sea parte de la muestra), propositivo (existen criterios de selección) e incidental (los sujetos inciden al lugar de estudio).

DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La muestra quedó integrada por 30 familias que solicitaban los servicios del Centro Comunitario, y en donde existía la presencia del Paciente Identificado, cuya edad fluctuaba de 5 a 12 años de ambos sexos; quedando conformada la muestra por niños y niñas cuyo promedio de edad fue de 7 años 9/12 .

Las familias pertenecían a un nivel socio-económico medio-bajo; y socio-cultural bajo; de la 30 familias 10 fueron referidas por diversas instituciones (escuelas, centros de atención, etc.), para recibir tratamiento. En la tabla 1 que a continuación se presenta se puede observar el lugar que ocupó el paciente identificado y el número de hijos en cada familia.

		Número de hijos en la familia						
		1	2	3	4	5	6	
L U G A R I D E N T I F I C A D O D E L P A C I E N T E	1	2	5	2	1	0	0	10
	2		6	5	1	1	0	13
	3			1	0	1	0	2
	4				2	2	0	4
	5					0	0	0
	6						1	1
		2	11	8	4	4	1	30

Tabla 1

DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación fueron:

HISTORIA CLINICA. - Con entrevistas en las que se hizo énfasis en el motivo de consulta: ¿cómo era su padre? ¿cómo era su madre? ¿cuál de los padres era el preferido por usted? ¿los problemas familiares eran causados por algún miembro en especial? ¿cuál de los miembros de la familia sentía más los problemas? ¿cuáles son los problemas más frecuentes entre los miembros de la familia?.

PRUEBAS PSICOLOGICAS:

Test Gestáltico Visomotor de Bender, prueba de lápiz y papel en donde la consigna que fué utilizada es la que sugiere Koppitz: "Aquí

tengo nueve tarjetas con dibujos para que los copies; haz uno igual a éste''.

La técnica de calificación que se utilizó es de la Dra. Koppitz; se revisa cada figura de acuerdo a ciertos ítems que se puntúan con cero como ''ausente'' y uno ''presente'', los ítems son las distorsiones, pero en caso de duda no se puntúa. Posteriormente se suma la puntuación de ítems presentes y el total se compara en la gráfica.

Test de la familia prueba de lápiz y papel, con la consigna, ''dibújame una familia'', para saber lo que quiso expresar al hacer su dibujo el niño, se aplicó la encuesta:

¿Quiénes son?

¿Dónde están y que hacen allí?

¿Quién es el más bueno de todos en esta familia? ¿porqué?

¿Quién es el menos bueno de todos? ¿porqué?

¿Quién es el más feliz? ¿porqué?

¿Y tú en esta familia a quién prefieres?

Uno de los chicos se portó mal ¿cuál es? ¿que castigo tendrá?

El papá propone un paseo en auto, pero no hay lugar para todos

¿quién se va a quedar en casa?

Suponiendo que formases parte de esta familia ¿quién serías tú?

Según Corman (1967) para la interpretación se distinguen tres planos:

- I. EL PLANO GRAFICO.- En el cual se observan los trazos del dibujo; la amplitud y la fuerza; así como la expansión o inhibición; el ritmo de los trazos y el sector de la página.
- II. EL PLANO DE LAS ESTRUCTURAS FORMALES.- Aquí intervienen la manera

en que se dibuja cada parte del cuerpo, la búsqueda de los detalles, las proporciones de las diferentes partes entre sí y el agregado de ropas u otros adornos. Por otro lado también se toma en cuenta el grupo de personas representadas, sus interacciones recíprocas y el marco inmóvil o animado en que actúan, en este aspecto existen dos tipos de dibujo el sensorial y el racional.

III. EL PLANO DEL CONTENIDO.- Se refiere a la interpretación del dibujo con base en la proyección que da el niño de su familia; las defensas que utiliza, la ansiedad y las identificaciones.

Escala de Inteligencia Weschler para niños (wisc)

Esta escala se encuentra destinada para edades desde los cinco años hasta los quince años once meses y fué estandarizada en México en 1968 por el Dr. Luis Tapia y la Maestra Isabel Reyes.

Consta de doce subtest divididos en dos grupos: Verbal y Ejecutivo, dos de los subtest se usan como alternativos (retención de dígitos y laberintos o claves).

ADMINISTRACION: En la prueba se suelen administrar diez subtest o sea:

- a) Los primeros cinco de la escala verbal (obligatorios).
- b) Los primeros cuatro de la escala de ejecución.
- c) Además otro de la escala de ejecución a escoger entre claves y laberintos.

En el manual de esta prueba se encuentran las instrucciones para la

administración de cada subtest.

En caso de que se administren once o doce subtest o menos de diez, se prorratean las puntuaciones totales antes de calcular el CI; para el prorrato es necesario consultar las tablas del manual de aplicación.

CALIFICACION:

- 1.) Las puntuaciones directas o crudas de cada subtest se transforman en puntuaciones típicas, normalizadas dentro del grupo de edad propio de cada sujeto (en el manual se encuentran las tablas).
- 2.) Se suman las puntuaciones normalizadas de cada subtest, se prorratea si es necesario y se convierte en CI (verbal de ejecución y total).

QUESTIONARIO DE EVALUACION FAMILIAR (ESCEVFAM).

Realizado por la Dra. Emma Espejel en 1987, en el Centro Comunitario "Oswaldo Robles" de la Facultad de Psicología U.N.A.M..

Este cuestionario proporciona información acerca de la estructura y dinámica familiar, conjunta la guía estructural de Salvador Minuchin, con la dinámica de R. Epstein y contempla las siguientes áreas definidas así (ver anexo A):

FAMILIA: Es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y esas pautas apuntalan el sistema (Minuchin, 1985).

FAMILIOGRAMA: Es la representación gráfica de la familia y nos proporciona datos intergeneracionales, de los dos subsistemas, con la edad, sexo y paciente identificado (P.I), cuando este existe.

TERRITORIO este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para con los demás en la familia (Macías, R. 1982 op. cit. Espejel 1987).

POLES son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

JERARQUIA es la dimensión de la autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

LIMITES son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

ALIANZAS se le llama alianza a la asociación explícita o implícita entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación, la de los esposos y la de

los hermanos.

COMUNICACION es el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través del cual la gente se relaciona con los demás. Entre más perturbada está la familia la comunicación estará más deformado y viceversa.

AUTONOMIA es la habilidad de separar o hacer elecciones con responsabilidad. El grado de autonomía saludable para un miembro de la familia estará en relación a su edad y a sus potencialidades.

MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA son los patrones que la familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de que es bueno y que es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

AREA AFECTIVA los miembros de la familia son capaces de mostrarse afecto tanto de manera verbal como no verbal; algunas familias pueden expresar con más facilidad los afectos de bienestar (alegría, amor), hay otras familias que sólo pueden hablar de emociones de emergencia (miedo, cólera, depresión), y no se atreven a hablar de amor y de ternura a ninguno de sus miembros.

AREA DE PSICOPATOLOGIA se habla de psicopatología familiar cuando los mismos conflictos psicodinámicos o dificultades están presentes en ambos padres o en uno de los hijos. Esta formulación nos permite entender cuán severamente los miembros de la familia pueden estar compartiendo el mismo problema aunque su conducta sea muy distinta.

GEOGRAFIA también se le denomina mapa y se refiere al esquema que representa en forma gráfica y sencilla la organización de una familia y que proporciona datos para entender tipo, estructura y dinámica familiar. Se puede explorar por medio de la distribución que cada uno de los miembros de la familia toma al ir a dormir, comer, pasear, etc., y también por la realización de las actividades dentro y fuera del hogar, de acuerdo a la edad, sexo y generación de cada uno de ellos.

ADMINISTRACION: El cuestionario se puede aplicar a la familia completa; a la mitad de la familia más un miembro o a los miembros de la familia que se encuentran presentes; el entrevistador familiar se encarga de aplicar el cuestionario.

INSTRUCCIONES: "Las siguientes preguntas las contestará una sola persona aún cuando para responder se haya puesto de acuerdo con el resto de la familia, o con sólo los miembros de ella que esten presentes.

Al contestar cada pregunta, seleccione el número o números de su preferencia. Dé la numeración en base a considerar el lugar que cada quien ocupa en la familia que se está evaluando y no en relación a otras líneas de parentesco. Por ejemplo si el que contesta es un hijo se referirá al hermano como al hijo, con número tal. Si contesta el padre, al referirse a la esposa se referirá a la mamá en esta familia".

CALIFICACION: Los criterios utilizados para la calificación del cuestionario de evaluación son puntajes que van del uno al cinco tomando en cuenta la estructura del sistema familiar y el tipo de familia que va del optimo de tipo conyugal, más o menos conyugal hasta la más o menos

extensa o francamente extensa. Las doce áreas de que consta el cuestionario se califican por separado aún cuando sea reactivo por reactivo (para mayor información consultar Anexo B).

PROCEDIMIENTO

Las familias que solicitaban el servicio de atención del centro comunitario, y eran asignados a la Dra. Emma Espejel Aco, quien les realizaba la entrevista inicial, y si estas familias presentaban a un niño (a) entre 5 y 12 años como paciente identificado, nos eran asignadas, y se continuaba la investigación; aclarándoles que estarían trabajando con nosotras en algunas sesiones, y posteriormente se canalizarían a tratamiento según los resultados obtenidos de la evaluación familiar y del paciente identificado.

Se procedió a realizar la entrevista que hacía énfasis en la dinámica familiar actual así como la de origen (aunque en algunas ocasiones no se obtuvo tal información por diversas causas, como "el padre abandono el hogar desde muy pequeño y no recuerda"), con preguntas tales como:

¿Cómo era su papá?

¿Cómo era su madre?

¿Cuáles eran los problemas más frecuentes entre los miembros de la familia?

¿Los problemas eran causados por algún miembro en especial?

¿Cuáles de los miembros de la familia sentían más los problemas?

Se realizó la historia clínica del paciente identificado, los padres proporcionaron la información, y se empezó la aplicación de la Bateria de Pruebas Psicológicas; donde el orden de aplicación es el siguiente: 1.) TEST GUESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER, se continuó con el TEST DE LA FAMILIA y se concluyó con el TEST DE INTELIGENCIA WESCHLER PARA NIÑOS. Para finalizar se aplicó el cuestionario de evaluación familiar a las familias y/o miembros que se encontraron presentes en la sesión.

Cabe mencionar que en algunas ocasiones el procedimiento se vio alterado, ya que debido a la dificultad para completar la muestra se solicitó la ayuda de dos psicólogas, que laboran en dicho Centro Comunitario que en ocasiones nos mandaban a las familias con el paciente identificado previamente evaluado y sólo se concretó a realizar entrevistas y aplicación del cuestionario de evaluación.

Este procedimiento se continuó con cada una de las familias hasta completar la muestra de treinta.

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

Se realizó a través de la generación de tablas de contingencia, relacionando el tipo de familia (nuclear y extensa incluyendo las diferentes áreas del cuestionario de evaluación familiar), los síntomas del paciente identificado y el número de conductas del familiar, vasificando cada variable a través de la mediana del número de síntomas o puntajes obtenidos y posteriormente a estas tablas de contingencia se les trataron por medio de la prueba exacta de Fisher para encontrar las

relaciones entre las variables.

Estas tablas de contingencia involucraron el cruce de las tres variables ya mencionadas anteriormente esquematizadas en la tabla 2.

sintomatología					
Area Familiar	Familia Nuclear			Familia Extensa	
P A R I E N T E	Sintoma del paciente identificado			Sintoma del paciente identificado	
	- +			- +	
	(ausencia) (presencia)			(ausencia) (presencia)	
	No. de síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No. de síntomas	<input type="text"/>
No. de síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No. de síntomas	<input type="text"/>	
Sintoma del paciente identificado					
- +					
(ausencia) (presencia)					
Familia Nuclear		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Familia extensa		<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Tabla 2

CAPITULO VIII

RESULTADOS

Una vez realizadas las entrevistas a los miembros de las familias y aplicado el cuestionario de evaluación, se tomaron en cuenta los datos acerca de como era la familia de origen (1a generación) y la actual (2a generación). De dichos datos se obtuvo un panorama general del tipo de familias en estudio: Las familias de origen eran oriundas de diferentes estados de la republica, radicando desde hace aproximadamente 20 años al sur de la ciudad; el nivel socioeconómico correspondio a un estrato medio y medio-bajo; con ingreso mensual igual al salario minimo; el nivel cultural fué bajo teniendo los miembros estudios de primaria.

Cabe mencionar que la unión de las parejas de las actuales familias fué de 12 años en promedio. De las 30 familias, 20 eran completas (intregadas por padres e hijos) y 10 incompletas (faltando en la mayoria de los casos el padre en uno de los casos la madre habia muerto y en otro abandonado el hogar), el número de hijos oscilo de 1 a 6; ocupando el paciente identificado el 2do. lugar en 13 de las familias y el primero en 10 de ellas, el resto ocupo otros diferentes lugares (3o., 4o., y 6o. excepto el 5o. lugar donde no hubo P.I.) como se puede observar en la tabla 1.

De los 30 pacientes identificados 15 eran niños y 15 niñas.

Es importante aclarar que del puntaje obtenido de la calificación del cuestionario de evaluación, se asigno a las familias como extensas, tomando en cuenta los 15 puntajes más altos (esto debido a que dichos puntajes se asignan al funcionamiento familiar de tipo extenso) y las restantes fueron asignadas como nucleares.

De los datos antes mencionados también se obtuvieron las variables

de conducta de los abuelos, abuelas, padres y madres, las cuales a continuación se presentan: (para la definición de estas conductas ver anexo C)

Variables relacionadas con la conducta de los Abuelos.

CONDUCTAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA DE SINTOMAS	FRECUENCIA RELATIVA DEL SUJETO
Abandono	1	.01	.06
Agresión	12	.12	.4
Alcoholismo	11	.22	.73
Ausentismo	7	.07	.23
Autoritarismo	9	.09	.3
Celos	1	.01	.03
Des 2/roles	1	.01	.03
Egocentrismo	1	.01	.03
Hostigamiento	1	.01	.03
Orfandad	1	.01	.03
Intromisión	1	.01	.03
Introversión	3	.03	.1
Irresponsabilidad	1	.01	.03
Int. Suicidio	1	.01	.03
Muerte	21	.21	.7
Imposición	1	.01	.03
Machismo	1	.01	.03
Pasividad	1	.01	.03
Roles			
Idiosincráticos	1	.01	.03
Rigidez	3	.03	.1
No. de rep. datos	2	.02	.06
Periférico o			
Excluido	1	.01	.03
Seriedad	1	.01	.03
Sobrepotección	1	.01	.03
Sent. soledad	1	.01	.03
Tradicionalista	1	.01	.03
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	97	.97	3.16 3.23

Tabla 3

VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA DE LAS ABUELAS.

CONDUCTAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA DE SINTOMAS	FRECUENCIA RELATIVA DEL SUJETO
Agresión	11	.11	.36
Alcoholismo	3	.03	.01
Amargura	1	.01	.03
Ausentismo	5	.05	.16
Autoritarismo	2	.02	.06
Abandono	1	.01	.03
Celos	1	.01	.03
Dependencia	4	.04	.13
Des 2/roles	1	.01	.03
Friaída	1	.01	.03
Intromisión	6	.06	.2
Introversión	2	.02	.06
Irresponsabilidad	5	.05	.16
Muerte	19	.20	.63
No se rep. datos	2	.02	.06
Nerviosismo	1	.01	.03
Pasividad	9	.09	.3
Permisividad	1	.01	.03
Poseividad	1	.01	.03
Roles			
Idiosincráticos	1	.01	.03
Rechazo	1	.01	.03
Rigidez	1	.01	.03
Seriedad	1	.01	.03
Sensibilidad	1	.01	.03
Sobrepotección	1	.01	.03
Sumisión	1	.01	.03
Tradicionalismo	1	.01	.03
Unión p/2a vez	4	.04	.13
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	92	.93	3.38 3.06

Tabla 4

Variables relacionadas con la conducta de las Abuelas.

CONDUCTAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA DE SINTOMAS	FRECUENCIA RELATIVA DEL SUJETO
Agresión	11	.11	.36
Alcoholismo	3	.03	.01
Amargura	1	.01	.03
Ausentismo	5	.05	.16
Autoritarismo	2	.02	.06
Abandono	1	.01	.03
Celos	1	.01	.03
Dependencia	4	.04	.3
Des 2/roles	1	.01	.03
Frialda	1	.01	.03
Intromisión	6	.06	.2
Introversión	2	.02	.06
Irresponsabilidad	5	.05	.16
Muerte	19	.20	.63
No se rep. datos	2	.02	.06
Nerviosismo	1	.01	.03
Pasividad	9	.09	.3
Permisividad	1	.01	.03
Poseividad	1	.01	.03
Roles			
Idiosincráticos	1	.01	.03
Rechazo	1	.01	.03
Rigidez	1	.01	.03
Seriedad	1	.01	.03
Sensibilidad	1	.01	.03
Sobreprotección	1	.01	.03
Sumisión	1	.01	.03
Tradicionalismo	1	.01	.03
Unión p/2a vez	4	.04	.3
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	92	.93	3.38 3.06

Tabla 4

VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA DEL PADRE.

CONDUCTAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA DE SINTOMAS	FRECUENCIA RELATIVA DEL SUJETO
Agresión	18	.21	.6
Alcoholismo	19	.22	.63
Analfabetismo	1	.01	.03
Ausentismo	7	.08	.23
Autoritarismo	1	.01	.03
Celos	2	.02	.06
Dependencia	1	.01	.03
Depresión	1	.01	.03
Devaluación	1	.01	.03
Drogadicción	1	.01	.03
Epilepsia	1	.01	.03
Tendencia a la Fantasía	1	.01	.03
Golpes	1	.01	.03
Homosexualismo	1	.01	.03
Inestabilidad	1	.01	.03
Inmadurez	2	.02	.06
Introversión	2	.02	.06
Imposición	2	.02	.06
Irresponsabilidad	4	.04	.13
Machismo	2	.02	.06
Muerte	1	.01	.03
Nerviosismo	1	.01	.03
Pasividad	4	.04	.13
Exclusión	6	.07	.23
Poseividad	1	.01	.03
Receptividad	1	.01	.03
Rigidez	1	.01	.03
Sensibilidad	1	.01	.03
Seriedad	1	.01	.03
Total de Sintomas	86	.94	2.76 = 2.8

Tabla 5

Variabes relacionadas con la conducta de la Madre.

CONDUCTAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA DE SINTOMAS	FRECUENCIA RELATIVA DEL SUJETO
Agresión	11	.14	.36
Alcoholismo	1	.01	.03
Alegria	2	.02	.06
Analfabetismo	2	.02	.06
Angustia	1	.01	.03
Ansiedad	1	.01	.03
Aprensividad	1	.01	.03
Autoritarismo	3	.03	.1
Autosuficiencia	1	.01	.03
Ausentismo	11	.01	.03
Culpabilidad	4	.05	.13
Dependencia	4	.05	.13
Depresión	4	.05	.13
Des. 2/roles	2	.02	.06
Devaluación	4	.05	.13
Dinamismo	1	.01	.03
Golpes sufridos	1	.01	.03
Histeria	2	.02	.06
Inc. p/control	2	.02	.06
Independencia	1	.01	.03
Inmadurez	2	.02	.06
Inseguridad	1	.01	.03
Intromisión	1	.01	.03
Introversión	1	.01	.03
Irresponsabilidad	1	.01	.03
Masoquismo	1	.01	.03
Miedo	2	.02	.06
Muerte	1	.01	.03
Nerviosismo	7	.09	.23
Pasividad	3	.03	.1
Pen. Magico	1	.01	.03
Permisividad	1	.01	.03
Poseividad	1	.01	.03
Seducción	1	.01	.03
Sensibilidad	1	.01	.03
Sent. de soledad	1	.01	.03
Sobrepotección	1	.01	.03
Sudoración palmar	1	.01	.03
Tradicionalismo	1	.01	.03
	78	.87	2.42 2.5

Tabla 6

Con la información obtenida de la historia clínica y resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, se obtuvieron datos que reflejan características generales del paciente identificado: Del Test de Bender se observó un nivel de maduración por debajo de la edad cronológica en promedio de un año, un año y medio para 9 de los pacientes identificados y de los otros, 18 de ellos tuvieron una maduración igual a la edad cronológica (con diferencia de 1/2 año para algunos casos), en dos de los casos se obtuvo una maduración por arriba de la edad cronológica, y en otro de ellos es posible daño visoperceptual.

Del Test de wisc, se observo que 11 de los pacientes identificados, tuvieron un C.I. total por abajo del termino medio; 17 igual al termino medio y dos superior al termino medio (ver anexo D).

Del Test de la familia, se obtuvieron los síntomas de agresión, autoconcepto y estereotipia utilizados como variables sintomatológicas del paciente identificado. Las variables sintomatológicas del P.I. obtenidas de la historia clínica fueron clasificadas a través del DSMIII.

A continuación se presenta las tablas que muestran las variables sintomatológicas del paciente identificado, las cuales se esquematizan en dos tablas, una de ellas muestra los síntomas o variables con sus frecuencias y la otra el número de síntomas que presenta cada paciente identificado; así para cada trastorno.

VARIABLES relacionadas con la sintomatología trastornos de conducta del niño.

VARIABLES	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SINTOMAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SUJETOS
Agresión	56%	17	.43
Conducta	33	10	.25
Fuga de casa	3	1	.02
Hurto	3	1	.02
Inquietud	13	4	.10
Negación	3	3	.02
Rebelión	13	4	.10
Resentimiento	3	1	.02
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	127	39	.96

NUMERO DE SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	8	.26
1	10	.33
2	7	.23
3	5	.16
	<hr/>	<hr/>
	30	.98

Tabla 7

Variables relacionadas con los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

VARIABLES	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SINTOMAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SUJETOS
Angustia de Separación	23%	7	.33
Miedos	20	6	.28
Dificultad de conciliación de sueño	3	1	.04
Pesadillas	6	2	.09
Fantasia	6	2	.09
Retraimiento	10	3	.14
		21	.97

NUMERO DE SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	11	.36
1	14	.46
2	4	.13
3	1	.03
	30	.98

Tabla 8

VARIABLES relacionadas con los trastornos de Ansiedad Excesiva.

VARIABLES	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SINTOMAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SUJETOS
Obsesividad	6%	2	.1
Onicofagia	16	5	.25
Nerviosismo	2	6	.3
Insomnio	10	3	.15
Rigidez	3	1	.05
Sudoración palmar	10	3	.15
		20	100

NUMERO DE SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	21	.7
1	7	.23
2	2	.06
	30	.99

Tabla 9

VARIABLES relacionadas con los trastornos de evitación.

VARIABLES	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SINTOMAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SUJETOS
Timidez	6%	2	.09
Inseguridad	10	3	.13
Aislamiento	23	7	.31
Rivalidad fraterna	16	5	.22
Retraimiento	10	3	.13
Evasión	3	1	.04
Ostracismo	3	1	.04
		22	.99

NUMERO DE SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	14	.46
1	12	.04
2	3	.1
3	1	.03
	30	.99

Tabla 10

Variables de aprendizaje.

VARIABLES	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SINTOMAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SUJETOS
Aprendizaje	36%	11	100

NUMERO DE SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	19	.66
1	11	.36
	<hr/>	<hr/>
	30	.99

Tabla 11

Variables relacionadas con manifestación somática.

VARIABLES	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SINTOMAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA AL TOTAL DE SUJETOS
Encopresis	6%	2	.18
Enuresis	30	9	.81
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	36	11	.99

NUMERO DE SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	21	.7
1	7	.23
2	2	.06
	<hr/>	<hr/>
	30	.99

Tabla 12

Conductas de los familiares y sintomatología del P.I. más frecuentes

1a. GENERACION		2a. GENERACION	
ABUELO	ABUELA	PADRE	MADRE
Muerte 21 Agresión 12 Alcoholismo 11 Autoritarismo 9 Ausentismo 7	Muerte 19 Agresión 11 Pasividad 9 Dependencia 4 Unión por 2 veces 4	Alcoholismo 19 Agresión 18 Ausentismo 6 Exclusión 6 Irresponsable 4	Agresión 11 Nerviosismo 7 Dependencia 4 Depresion 4 Culpabilidad 4 Devaluación 4

3er. Generación
Síntomas del Paciente Identificado

Trastorno de conducta	Trastorno de ansiedad en la infancia
Agresión 17 Conducta 10 Inquietud 4 Rebelia	Angustia de separación 7 Miedos 6 Retraimientos 3
Ansiedad excesiva	Trastorno por evitación
Onicofagia 5 Nerviosismo 6 Sudoración palmar 3	Aislamiento 7 Rivalidad Fraterna 5 Retraimiento 3
Aprendizaje 11	Enuresis 9

Tabla 13

A continuación se presentan aquellos cuadros de contingencia que resultaron significativos con la prueba Fisher. Es importante mencionar que en el análisis de los cuadros en ocasiones, el paciente identificado resulta asintomático, para el síntoma específico que se estudia, pero es probable que presentara otro tipo de síntoma.

SINTOMA DE ESTEREOTIPIA				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
T E R R I T O R I O		- Estereotipia +		
	M dos o menos síntomas	2 25%	6 75%	8 100%
	R más de dos síntomas	7 87.5	1 12.5	8 100%
		$p = .0203$		

Tabla 14

Cuando el territorio es ocupado por la madre en la familia nuclear aún cuando esta presenta más de dos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que la estereotipia con el territorio en la familia extensa no se relaciona.

SINTOMA DE ESTEREOTIPIA								
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA						
J E R A R Q U I A	- Estereotipia +							
	P dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>6</td> <td>1</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>87.7</td> <td>14.7</td> <td>100%</td> </tr> </table>	6	1	7	87.7	14.7	100%
	6	1	7					
	87.7	14.7	100%					
R más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>9</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>30.7</td> <td>69.2</td> <td>100%</td> </tr> </table>	4	9	13	30.7	69.2	100%	
4	9	13						
30.7	69.2	100%						
p= .0286								

Tabla 15

Quando el padre posee la jerarquía en la familia nuclear y este presenta más de dos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que la estereotipia con la jerarquía en la familia extensa no se relacionan.

SINTOMA DE ESTEREOTIPIA								
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA						
A L I A N Z A S	- Estereotipia +							
	P dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>1</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>83.3</td> <td>16.3</td> <td>100%</td> </tr> </table>	5	1	6	83.3	16.3	100%
	5	1	6					
	83.3	16.3	100%					
R más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>14.2</td> <td>85.7</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	6	7	14.2	85.7	100%	
1	6	7						
14.2	85.7	100%						
p= .0251								

Tabla 16'

Quando las alianzas no son naturales, aunque el padre presente más de dos síntomas, el paciente identificado resulta sintomático en la familia nuclear. Mientras que en la familia extensa la estereotipia no

se relaciona con las alianzas.

SINTOMA DE ESTEREOTIPIA					
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA	
L I M I T E S		- Estereotipia +			
	P	dos o menos síntomas	6 85.7	1 14.2	7 100%
	R	más de dos síntomas	3 30	7 70	10 100%
			p= .0364		

Tabla 17

Quando los límites son difusos de parte del padre, en la familia nuclear y esté presenta más de dos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que la estereotipia no se relaciona con los límites de la familia extensa.

SINTOMA DE ESTEREOTIPIA					
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA	
C O M U N I C A C I O N		- Estereotipia +			
	P	dos o menos síntomas	2 22.2	7 77.7	9 100%
	R	más de dos síntomas	4 100%	0 0	4 100%
			p= .0210		

Tabla 18

Cuando la comunicación es clara y directa, pero con contenido agresivo por parte del padre en la familia nuclear y esté presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que la estereotipia no se relaciona con la comunicación de la familia extensa.

SINTOMA DE ESTEREOTIPIA				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
A F E C T O S	dos o menos síntomas	- Esteriotipia +		
		2	7	9
	más de dos síntomas	22.2	77.7	100%
		5	1	6
		83.5	16.6	100%
		p= .0350		

Tabla 19

Cuando los afectos de malestar son manifestados por la madre en la familia nuclear, aun cuando presente dos o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que la estereotipia no se relaciona con los afectos en la familia extensa.

SINTOMA TRASTORNOS DE CONDUCTA				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
A L I A N Z A S	dos o menos síntomas	Trastornos de Conducta		
		-		
	más de dos síntomas	0	6	6
		0	100%	100%
	4	3	7	
		57.1	42.8	100%
		p= .0490		

Tabla 20

Cuando las alianzas no son naturales, aunque el padre presente dos

o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que en la familia extensa los trastornos de conducta no se relacionan con las alianzas.

SINTOMA TRASTORNOS DE CONDUCTA				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR		FAMILIA EXTENSA	
A L I A N Z A S	Trastornos de Conducta			
		-	+	
	Nuclear	4 30.7	9 69.2	13 100%
	Extensa	14 82.3	3 14.6	17 100%
$p = .0061$				

Tabla 21

Cuando las alianzas no son naturales y se ejercen en la familia nuclear el paciente identificado presenta trastornos de conducta. En tanto que en la familia extensa cuando las alianzas no son naturales el paciente identificado resulta asintomático.

SINTOMA TRASTORNOS DE CONDUCTA					
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR		FAMILIA EXTENSA		
C O M U N I C A C I O N	Trastornos de conducta				
		-	+		
	M A D R E	dos o menos síntomas	7 77.7	2 22.2	9 100%
		más de dos síntomas	0 0	4 100%	4 100%
$p = .0210$					

Tabla 22

Cuando la comunicación es clara y directa pero con contenido

agresivo y la manifiesta la madre en la familia nuclear aunque esta presente dos o menos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que en la familia extensa la comunicación no se relaciona con los trastornos de conducta en el paciente identificado.

SÍNTOMA TRASTORNOS DE CONDUCTA				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
L I M I T E S	Trastornos de conducta			
		-	+	
	M dos o menos síntomas	7 77.7	2 22.2	9 100%
	R más de dos síntomas	2 25	6 75	8 100%
	$p = .0445$			

Tabla 23

Cuando los límites son difusos por parte de la madre en la familia nuclear y esta presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que en la familia extensa los límites no se relacionan con los trastornos de conducta en el paciente identificado.

SINTOMA DE AGRESION				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
R O L E S	- Agresión +			
	dos o menos síntomas	7 77.7	2 22.2	9 100%
	más de dos síntomas	0 0	7 100	7 100%
	$p = .0031$			

Tabla 24

Cuando el rol tradicional es ejercido por la madre en la familia nuclear y esta presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. En tanto que la agresión no se relaciona con los roles en la familia extensa.

SINTOMA DE AGRESION				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
J E R A R Q U I A	- Agresión +			
	dos o menos síntomas	10 71.4	4 28.5	14 100%
	más de dos síntomas	1 16.6	5 83.3	6 100%
	$p = .0379$			

Tabla 25

Cuando la jerarquía la posee la madre en la familia nuclear y esta presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. En tanto que en la familia extensa no se relaciona la

jerarquía con la agresión del paciente identificado.

SINTOMA DE AGRESION				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
AUTONOMIA	dos o menos síntomas	- Agresión +		
		3 30	7 70	10 100%
	más de dos síntomas	7 87.5	1 12.6	8 100%
		$p = .0230$		

Tabla 26

Cuando existe dependencia por parte de la madre hacia su familia de origen y presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que la agresión no se relaciona con la autonomía en la familia extensa.

SINTOMA DE AGRESION				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
AFECTOS	dos o menos síntomas	- Agresión +		
		1 20	4 80	5 100%
	más de dos síntomas	8 80	2 20	10 100%
		$p = .0470$		

Tabla 27

Cuando los afectos de malestar son manifestados por el padre en la familia nuclear y este presenta más de dos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que la agresión no se

relaciona con los afectos de la familia extensa.

SINTOMA DE AGRESION								
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA						
P S I C O P A T O L O G I A	- Agresión +							
	P dos o menos síntomas	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> </table>	4	6	10	40	60	100%
	4	6	10					
	40	60	100%					
R más de dos síntomas	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> </table>	7	0	7	100	0	100%	
7	0	7						
100	0	100%						
E	p= .0170							

Tabla 28

Cuando la psicopatología se manifiesta en el padre y este presenta dos o más síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que la agresión no se relaciona con la psicopatología en la familia extensa.

SINTOMA DE AGRESION								
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA						
P S I C O P A T O L O G I A	- Agresión +							
	dos o menos síntomas	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>8</td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>88.8</td> <td>11.1</td> <td>100%</td> </tr> </table>	8	1	9	88.8	11.1	100%
	8	1	9					
	88.8	11.1	100%					
más de dos síntomas	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>3</td> <td>5</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>37.5</td> <td>62.5</td> <td>100%</td> </tr> </table>	3	5	8	37.5	62.5	100%	
3	5	8						
37.5	62.5	100%						
p= .0430								

Tabla 29

Quando la psicopatología se manifiesta en la madre en la familia nuclear y esta presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que la agresión no se relaciona con la psicopatología en la familia extensa.

SINTOMA TRASTORNO POR EVITACION								
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA						
A L I A N Z A S	Trastornos por evitación - +							
	dos o menos síntomas	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>1</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>16.6</td> <td>83.3</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	5	6	16.6	83.3	100%
	1	5	6					
	16.6	83.3	100%					
más de dos síntomas	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>6</td> <td>1</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>85.7</td> <td>14.2</td> <td>100%</td> </tr> </table>	6	1	7	85.7	14.2	100%	
6	1	7						
85.7	14.2	100%						
p= .0245								

Tabla 30

Quando las alianzas no son naturales por parte de la madre y esta presenta más de dos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que los trastornos por evitación no se relacionan con las alianzas en la familia extensa.

SINTOMA TRASTORNO POR EVITACION								
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA						
C O M U N I C A C I O N	Trastornos por evitación							
		- +						
	M dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">22.2</td> <td style="text-align: center;">77.7</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </table>	2	7	9	22.2	77.7	100%
	2	7	9					
22.2	77.7	100%						
R más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </table>	4	0	4	100	0	100%	
4	0	4						
100	0	100%						
	p = .0210							

Tabla 31

Quando la madre presenta una comunicación clara y directa si el contenido es agresivo y presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que los trastornos por evitación no se relacionan con la comunicación en la familia extensa.

SINTOMA TRASTORNO POR EVITACION					
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA	
A U T O N O M I A	Trastornos por evitación				
		-	+		
	M A D R E	dos o menos síntomas	1 10	9 90	10 100%
		más de dos síntomas	5 62.5	3 37.5	8 100%
$p = .0317$					

Tabla 32

Cuando existe dependencia por parte de la madre hacia su familia de origen aún cuando esta presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que los trastornos por evitación no se relacionan con la autonomía en la familia extensa.

SINTOMA TRASTORNO POR EVITACION					
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA	
A F E C T O S	Trastornos por evitación				
		-	+		
	M A D R E	dos o menos síntomas	3 33.3	6 66.6	9 100%
		más de dos síntomas	6 100	0 0	6 100%
$p = .0168$					

Tabla 33

Cuando los afectos de malestar son manifestados por la madre y ella presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que los trastornos por evitación no se relacionan con los afectos en la familia extensa.

SINTOMA TRASTORNO POR EVITACION								
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA						
G E O G R A F I A	Trastornos por evitación							
		- +						
	M dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>12.5</td> <td>87.5</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	7	8	12.5	87.5	100%
	1	7	8					
12.5	87.5	100%						
R más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>0</td> <td>100%</td> </tr> </table>	5	0	5	100	0	100%	
5	0	5						
100	0	100%						
	p= .0047							

Tabla 34

Cuando la geografía es alterada por la madre en esta familia aunque ella presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que en los trastornos de evitación no se relacionan con la geografía en la familia extensa.

AUTOCONCEPTO								
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA						
R O L E S	Autoconcepto							
		- +						
	P dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>14.2</td> <td>85.7</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	6	7	14.2	85.7	100%
	1	6	7					
14.2	85.7	100%						
R más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>7</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>77.7</td> <td>22.2</td> <td>100%</td> </tr> </table>	7	2	9	77.7	22.2	100%	
7	2	9						
77.7	22.2	100%						
	p= .0203							

Tabla 35

Cuando el padre presenta más de dos síntomas aunque ejerza el rol tradicional, el hijo presenta un autoconcepto bajo. Mientras que el autoconcepto no se relaciona con los roles en la familia extensa.

AUTOCONCEPTO				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
J E R A R Q U I A		Autoconcepto		
		-	+	
	P dos o menos síntomas	1 14.2	6 85.7	7 100%
	E más de dos síntomas	9 69.2	4 30.7	13 100%
		p= .0286		

Tabla 36

Cuando el padre presenta más de dos síntomas y posee la jerarquía en la familia nuclear, el paciente identificado presenta un bajo autoconcepto. Mientras que en la familia extensa el autoconcepto no se relaciona con la jerarquía.

AUTOCONCEPTO				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
C O M U N I C A C I O N		Autoconcepto		
		-	+	
	Nuclear	10 76.9	3 23.07	13 100%
	Extensa	5 29.4	12 70.5	17 100%
		p= .0127		

Tabla 37

Cuando la comunicación es clara y directa pero de contenido

agresivo y se manifiesta en la familia nuclear, el paciente identificado presenta un bajo autoconcepto. Mientras que cuando la comunicación es clara y directa pero con contenido agresivo y se manifiesta en la familia extensa el paciente identificado presenta un alto autoconcepto.

AUTOCONCEPTO				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
T O S T A N L T O M A S		Autoconcepto		
		-	+	
	M dos o menos síntomas	5 83.3	1 16.6	6 100%
	R más de dos síntomas	2 22.2	7 77.7	9 100%
		p= .0350		

Tabla 38

Cuando más de dos síntomas son presentados por la madre en la familia nuclear, el paciente identificado presenta un autoconcepto alto.

SINTOMA DE ANSIEDAD				
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR			FAMILIA EXTENSA
J E R A R Q U I A.		Asiedad		
		-	+	
	P dos o menos síntomas	7 100	0 0	7 100%
	R más de dos síntomas	7 53.8	6 46.1	13 100%
		p= .0443		

Tabla 39

Cuando la jerarquía la posee el padre en la familia nuclear y presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta

asintomático. Mientras que la jerarquía no se relaciona con la ansiedad en la familia extensa.

SINTOMA DE ANSIEDAD							
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA					
A L I A N Z A	Ansiedad						
		- +					
	P dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">6 100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	6	0	6 100%	100	0
	6	0	6 100%				
100	0						
R más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">7 100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">42.8</td> <td style="text-align: center;">57.1</td> </tr> </table>	3	4	7 100%	42.8	57.1	
3	4	7 100%					
42.8	57.1						
$p = .490$							

Tabla 40

Cuando las alianzas no son naturales y el padre presenta dos o menos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que en la familia extensa el sintoma de ansiedad no se relaciona con las alianzas.

SINTOMA DE ANSIEDAD							
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA					
A U T O N O M I A	Ansiedad						
		- +					
	P dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">10 100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	10	0	10 100%	100	0
	10	0	10 100%				
100	0						
R más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">8 100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">50</td> </tr> </table>	4	4	8 100%	50	50	
4	4	8 100%					
50	50						
$p = .029$							

Tabla 41

Quando existe dependencia del padre hacia su familia de origen y este presenta dos o menos síntomas, el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que en la familia extensa el síntoma de ansiedad no se relaciona con la autonomía.

SINTOMA DE ANSIEDAD									
AREA FAMILIAR		FAMILIA NUCLEAR					FAMILIA EXTENSA		
P S I C O P A T O L O G I A	P A	Ansiedad		10	100%	10	Ansiedad		10
		-	+				-	+	
	dos o menos	10	0	100%	dos o menos	5	5	100%	
	sintomas	100%	0	100%	sintomas	50	50	100%	
R E	más de dos	4	3	7	100%	0	7	7	100%
		57.1	42.9	100%			sintomas	0	
p= .0210					p= .0470				

Tabla 42

Tabla 43

Quando la psicopatología se manifiesta en el padre en la familia nuclear y este presenta dos o menos síntomas, el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que cuando la psicopatología se manifiesta en los abuelos en la familia extensa y presentan más de dos síntomas, el paciente identificado resulta sintomático.

SINTOMA DE ENURESIS										
AREA FAMILIAR		FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA							
C O M U N I C A C I O N			Enuresis - +							
			A B U E L O S							
			dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>5</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>37.7</td> <td>62.5</td> <td>100%</td> </tr> </table>	3	5	8	37.7	62.5	100%
	3	5	8							
37.7	62.5	100%								
		más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>8</td> <td>1</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>88.8</td> <td>11.1</td> <td>100%</td> </tr> </table>	8	1	9	88.8	11.1	100%	
8	1	9								
88.8	11.1	100%								
p = .0430										

Tabla 44

Quando en la familia extensa la comunicación es clara y directa por parte de los abuelos aunque estos presenten más de dos síntomas, el paciente identificado resulta asintomático. Mientras en la familia nuclear no existio relación entre el síntoma de enuresis y la comunicación.

SINTOMA DE ENURESIS										
AREA FAMILIAR		FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA							
A U T O N O M I A			Enuresis - +							
			A B U E L O S							
			dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>80</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	4	5	20	80	100%
	1	4	5							
20	80	100%								
		más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>6</td> <td>1</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>85.7</td> <td>14.2</td> <td>100%</td> </tr> </table>	6	1	7	85.7	14.2	100%	
6	1	7								
85.7	14.2	100%								
p = .0455										

Tabla 45

Quando la dependencia es propiciada por los abuelos en la familia extensa y estos presentan más de dos síntomas, el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que en la familia nuclear no existio relación entre el síntoma de enuresis y la autonomía.

SINTOMA DE ENURESIS										
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA								
A F E C T O S		A B U E L A S	Enuresis - +							
			Un síntoma o menos	<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>4</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>42.8</td> <td>57.1</td> <td>100%</td> </tr> </table>	3	4	7	42.8	57.1	100%
			3	4	7					
			42.8	57.1	100%					
más de un síntoma	<table border="1"> <tr> <td>8</td> <td>0</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>0</td> <td>100%</td> </tr> </table>	8	0	8	100	0	100%			
8	0	8								
100	0	100%								
	p= .0256									

Tabla 46

Cuando los afectos de malestar son manifestados por las abuelas en la familia extensa y estas presentan más de un síntoma el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que en la familia nuclear no existio relación entre el síntoma de enuresis y los afectos.

SINTOMA DE ENURESIS										
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA								
G E O G R A F I A		A B U E L O S	Enuresis - +							
			dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>14.2</td> <td>85.7</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	6	7	14.2	85.7	100%
			1	6	7					
			14.2	85.7	100%					
más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>1</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>83.3</td> <td>16.7</td> <td>100%</td> </tr> </table>	5	1	6	83.3	16.7	100%			
5	1	6								
83.3	16.7	100%								
	p= .0251									

Tabla 47

Cuando la geografía se encuentra alterada en la familia extensa y los abuelos presentan dos o menos síntomas el paciente identificado resulta sintomático. Mientras que en la familia nuclear no existio relación entre el síntoma de enuresis y la geografía.

SINTOMA DE ENURESIS																
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA														
G E O G R A F I A		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Enuresis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>+</td> <td></td> </tr> <tr> <td>dos o menos síntomas</td> <td>3 42.8</td> <td>4 57.1</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>más de dos síntomas</td> <td>6 100</td> <td>0</td> <td>6 100%</td> </tr> </table>	Enuresis			-	+		dos o menos síntomas	3 42.8	4 57.1	7	más de dos síntomas	6 100	0	6 100%
		Enuresis														
-	+															
dos o menos síntomas	3 42.8	4 57.1	7													
más de dos síntomas	6 100	0	6 100%													
		p= .0490														

Tabla 4B.

Cuando la geografía se encuentra alterada en esta familia y los abuelos presentan más de dos síntomas el paciente identificado resulta asintomático. Mientras que en la familia nuclear no existio relación entre el síntoma de enuresis y la geografía.

MADURACION																
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA														
R O L E S		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Maduración</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>+</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uno o menos síntomas</td> <td>5 100</td> <td>0</td> <td>5 100%</td> </tr> <tr> <td>más de un síntoma</td> <td>3 33.3</td> <td>6 66.6</td> <td>9 100%</td> </tr> </table>	Maduración			-	+		Uno o menos síntomas	5 100	0	5 100%	más de un síntoma	3 33.3	6 66.6	9 100%
		Maduración														
-	+															
Uno o menos síntomas	5 100	0	5 100%													
más de un síntoma	3 33.3	6 66.6	9 100%													
		p= .0280														

Tabla 49.

Cuando los roles tradicionales son ejercidos por los abuelos en la familia extensa, aunque estos presenten más de un síntoma el paciente

identificado resulta sintomático. Mientras que con la familia nuclear no existio relación.

INTELIGENCIA										
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA								
R O L E S		A B U E L O S	Inteligencia - +							
			dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>8</td> <td>2</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td>20</td> <td>100%</td> </tr> </table>	8	2	10	80	20	100%
			8	2	10					
			80	20	100%					
más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>16.6</td> <td>83.3</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	5	6	16.6	83.3	100%			
1	5	6								
16.6	83.3	100%								
$p = .0245$										

Tabla 50

La inteligencia por abajo del término medio en el paciente identificado coincidio con que los abuelos ejercieran roles tradicionales en la familia extensa asi como con la presencia de dos o menos síntomas. Mientras que con la familia nuclear no existio relación.

INTELIGENCIA										
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA								
C O M U N I C A C I O N		A B U E L O S	Inteligencia - +							
			dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>6</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>75</td> <td>25</td> <td>100%</td> </tr> </table>	6	2	8	75	25	100%
			6	2	8					
			75	25	100%					
más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>11.1</td> <td>88.8</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	8	9	11.1	88.8	100%			
1	8	9								
11.1	88.8	100%								
$p = .0134$										

Tabla 51

Cuando el paciente identificado posee una inteligencia superior al termino medio coincide con la comunicación emitida por los abuelos en

forma clara y directa en la familia extensa. Aun cuando presentan dos o más síntomas. Mientras que con la familia nuclear no existio relación.

INTELIGENCIA										
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA								
A F E C T O S		A B U E L A S	Inteligencia							
			-	+						
			dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>2</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>71.4</td> <td>28.5</td> <td>100%</td> </tr> </table>	5	2	7	71.4	28.5	100%
			5	2	7					
71.4	28.5	100%								
más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>12.5</td> <td>87.5</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	7	8	12.5	87.5	100%			
1	7	8								
12.5	87.5	100%								
			p= .0350							

Tabla 52

El paciente identificado mostro inteligencia superior al termino medio aún cuando los afectos de malestar son manifestados por las abuelas en la familia extensa y estas presentaban más de un síntoma. Mientras que con la familia nuclear no existio ninguna relación.

INTELIGENCIA										
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	FAMILIA EXTENSA								
P S I C O P A T O L O G I A		A B U E L A S	Inteligencia							
			-	+						
			dos o menos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>7</td> <td>3</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>30</td> <td>100%</td> </tr> </table>	7	3	10	70	30	100%
			7	3	10					
70	30	100%								
más de dos síntomas	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>14.2</td> <td>85.7</td> <td>100%</td> </tr> </table>	1	6	7	14.2	85.7	100%			
1	6	7								
14.2	85.7	100%								
			p= .0364							

Tabla 53.

Quando el paciente identificado muestra una inteligencia inferior al termino medio coincide con la psicopatología que se manifiesta en los abuelos en la familia extensa, aun cuando presenten dos o menos síntomas. Mientras que con la familia nuclear no existio ninguna relación.

SINTOMA DE APRENDIZAJE						
AREA FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR		FAMILIA EXTENSA			
C O M U N I C A C I O N			Aprendizaje			
			- +			
			ABUS E L D S	dos o menos síntomas	1 12.5	7 87.5
			más de dos síntomas	8 88.8	1 11.1	9 100%
p= .0030						

Tabla 54

Quando la comunicación es clara y directa y emitida por los abuelos en la familia extensa aún cuando estos presenten más de dos síntomas el paciente identificado no presento problemas de aprendizaje. Mientras que con la familia nuclear no existio ninguna relación.

SINTOMA DE APRENDIZAJE				
AREA FAMILIAR		FAMILIA NUCLEAR		FAMILIA EXTENSA
M O D O S D E C O N T R O L D E C O N D U C T A		Aprendizaje		
		-	+	
	P dos o menos síntomas	6 100%	0 0	6 100%
	R más de dos síntomas	2 28.5	5 71.4	7 100%
		p= .0161		

Tabla 55

Quando los modos de control de conducta son autoritarios y ejercidos por el padre en la familia nuclear y este presenta dos o menos síntomas el paciente identificado no presenta problemas de aprendizaje. Mientras que con la familia extensa no existio ninguna relación.

APRENDIZAJE					
AREA FAMILIAR		FAMILIA NUCLEAR		FAMILIA EXTENSA	
A U T O N O M I A			Aprendizaje		
			-	+	
			0	5	5
			0	100	100%
		5	2	7	
		71.4	28.5	100%	
p= .0265					

Tabla 56

Los problemas de aprendizaje son independientes de la dependencia propiciada por los abuelos en la familia extensa aún cuando estos presentan más de dos síntomas. Mientras que con la familia nuclear no existió ninguna relación.

1a. GENERACION	2a. GENERACION		3er. GENERACION SINTOMAS Y CARAC- TERISTICAS DEL P.I.
ABUELOS ABUELAS	PADRE	MADRE	
	Jerarquía Comunicación Alianzas Límites Más de dos conductas	Afectos de malestar	Estereotipia
	Alianzas alteradas		Trastornos de conducta
	Dependencia		Agresión
	Dependencia Afectos de malestar Comunicación Geografía		Trastornos por Evitación
	Jerarquía Comunicación Roles	Modos de control Dependencia	Autoconcepto
			Ansiedad
Geografía alterada (abuelos)			Enuresis
Roles			Maduración Inteligencia Aprendizaje

Tabla 57

En esta tabla se puede observar los resultados concentrados en la relación entre variables.

CAPITULO IX

ALCANCES

En la realización de esta investigación, pudimos obtener elementos que nos aproximan al estudio de tres generaciones, en las familias estudiadas, a través de la dinámica y la interacción de sus miembros respecto, a la sintomatología generada.

Con esta investigación creemos haber dejado puertas abiertas para ser abordadas más adelante por futuras generaciones interesadas en el tema, ya que resultaría interesante estudiar más profundamente el proceso de influencia de las tres generaciones en la sintomatología específica y utilizar por ejemplo la observación de patrones de repetición significativos en la dinámica familiar, desde la perspectiva de la familia de origen y de la familia nuclear, así como pruebas psicológicas que evaluara la personalidad de cada uno de los miembros por generaciones.

LIMITACIONES

Para la realización de la presente investigación se encontraron varias limitaciones como son:

- 1) Ante la imposibilidad de contar con la población que abarcara tres generaciones, se trabajó irregularmente con los abuelos y con el padre, sin embargo predominantemente se entrevistó al paciente y a la madre quien manifestó la relación que llevó con sus padres, lo cual es sólo la percepción de ella respecto a su familia de origen.
- 2) Escasa bibliografía e investigación respecto al tema de tres generaciones en México.

3) Debido a los requisitos de selección, invertimos mucho tiempo en obtener la muestra.

4) Debido a lo reducido de la muestra los resultados que se obtuvieron no se pueden generalizar, sólo abarca la muestra estudiada.

5) Trabajamos con entrevista abierta y no con checklist debido a eso mismo las etiquetas de los síntomas fueron obtenidos de la información de los parientes (abuelos y padres) y no por etiqueta psicológica por más que se categorizaron despues de acuerdo al DSM-III.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos concluir, que la relación intergeneracional existente en la familia para la aparición y prevalencia de sintomatología en el paciente identificado, se obtiene de la relación y dinámica familiar de la primera generación abuelos, con la segunda generación padres y la tercera generación hijos, de la siguiente manera:

1) En la segunda generación el síntoma de estereotipia presentó mayor relación con uno de los progenitores sin descartar al otro. En donde la interacción y dinámica del padre quien poseía la jerarquía en la familia estaba matizada con una comunicación con contenido agresivo, las alianzas que entabló eran alteradas, no marcando límites y presentó más de dos síntomas. Con respecto a la madre destaca la manifestación de afectos de malestar.

Es importante observar que la madre sigue siendo la figura más significativa en cuanto a cercanía en relación con los hijos, ya que aunque presenta sólo una alteración, repercutió en los hijos, mientras que del padre se requería un mayor número de elementos para propiciar la aparición del síntoma.

Se reafirman así las características en cuanto al perfil de la familia mexicana en donde los roles parentales reflejan que la madre tiene mayor significancia.

2) en lo que concierne a trastornos de conducta y agresión existió relación con el padre en el primero de los casos, se relaciono con

alianzas alteradas, y en el último la madre presentó dependencia hacia su familia de origen; es significativo observar que también la presentó para los síntomas de trastornos por evitación y bajo autoconcepto.

Así tenemos que en esta segunda generación la madre presentó dependencia hacia la primera generación (abuelos) los cuales juegan un papel importante dentro de la dinámica familiar; ya que debido a las presiones y exigencias que la vida moderna impone para que ambos padres sean proveedores, delegan estos en muchos de los casos la responsabilidad y el cuidado de la educación de sus hijos a sus padres; a pesar de que las nuevas generaciones, buscan crear nuevas familias diferentes a las anteriores, tienden a repetir los modelos previos.

El trastorno por evitación también se relacionó con la manifestación por la madre de afectos de malestar, la comunicación que emitio era con contenido agresivo y la geografía se encontró alterada; en el caso de la difusión de estas áreas podemos decir que el ausentismo del padre por diversas causas, genera en la madre sensación de insatisfacción afectiva en su relación conyugal, siendo menos frecuentes las manifestaciones amorosas, repercutiendo en los hijos, aumentando los afectos de malestar y una comunicación con contenido agresivo, o bien la madre sustituye al padre con uno de los hijos en colecho con ella, provocando con esto una disfunción más grave.

3) El bajo autoconcepto, también se relacionó, con que la madre utilice modos de control de conducta autoritarios, mientras que el padre poseía la jerarquía con un rol tradicional y manifestó comunicación con contenido agresivo, podemos observar así que ambos padres manifiestan hostilidad al hijo, el cual se devalúa al no cubrir sus necesidades

afectivas y de reconocimiento por parte de los progenitores.

4) Encontramos que los síntomas de ansiedad y enuresis no se relacionaron con los antecedentes de la familia nuclear, esto probablemente debido al número reducido de la muestra estudiada, mientras que con la familia extensa se relacionó el que los abuelos propiciaron la dependencia en sus hijos y que presentaron psicopatología con más de dos síntomas.

5) Algunas características del P.I. no se relacionaron con los antecedentes familiares como son la maduración, inteligencia y aprendizaje ya que dichas características dependen de otros factores (como la dotación natural, la estimulación, el proceso de enseñanza). Sin embargo estas características pueden ser afectadas debido a la problemática familiar pero en la población estudiada no se encontraron datos significativos.

6) Para el análisis de las conductas de los familiares se tomaron en cuenta sólo aquellas frecuencias más altas; así tenemos que: para la primera generación el abuelo presentó agresión en primer término, con alcoholismo, autoritarismo y ausentismo; mientras que la abuela fué pasivo-agresiva (predominando la agresión), dependiente y en algunos casos se unía por segunda vez.

Para la segunda generación la conducta predominante del padre fué el alcoholismo, con agresión, ausentismo, exclusión e irresponsabilidad; mientras que la madre fué agresiva, nerviosa y dependiente y, para esta generación se incorporan las conductas de depresión, culpabilidad y devaluación.

En la tercera generación los síntomas que el paciente identificado presentó con mayor frecuencia fué agresión problemas de aprendizaje, enuresis, problemas de conducta, angustia de desesperación, aislamiento y nerviosismo.

Con base en lo anteriormente observado, concluimos que algunas características se transmiten de generación en generación, donde se presentan rasgos que matizan la dinámica familiar Mexicana, existente en nuestra población de estudio.

SUGERENCIAS

Con base en los resultados y conclusiones obtenidas en la presente investigación sugerimos lo siguiente:

- Que se lleven a cabo platicas de orientación a los padres en donde se haga énfasis en las diferentes áreas de la dinámica familiar principalmente en la comunicación, los límites, los afectos, la geografía y la autonomía.

- Cuando el paciente identificado es un niño con la sintomatología estudiada que se relacione con la familia y sea llevado a centros de atención infantil privados, públicos y comunitarios en donde se proporcione tratamiento de terapia familiar, se aborde a la familia a partir del hijo sintomático y se interaccione con las tres generaciones (de ser posible).

- Que se proporcionen platicas de sensibilización en los tres niveles de la prevención sobre alcoholismo en la comunidad, ya que este síntoma

se relaciona con la primera y segunda generación de la familia, apoyándose en grupos de autoayuda como Alcoholicos Anonimos para el enfermo y para los familiares "A A", Alanón y Alatín.

- Curso para futuros padres de familia, poniendo énfasis en que las alianzas entre los conyuges se den en forma natural y en donde al padre se le sensibilize de la importancia de su presencia y significación dentro de la familia.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Acherman N. Y. Diagnostico y tratamiento de las Relaciones Familiares.* edit. Norma, Buenos Aires 1974.
- 2) *Acherman N. Y. Psicopatología de la familia Neurotica.* edit. Norma, Buenos Aires 1978.
- 3) *Benavides J. Di Castro F. Técnicas de evaluación de la personalidad.* Facultad de Psicología. U. N. A. M. 1984.
- 4) *Bender L. Test Gestaltico Visomotor (B.G.) usos y aplicaciones clinicas.* Edit. Paidós, México 1989.
- 5) *Boosjormenyl N. Terapia familiar y familias en conflicto* Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1985.
- 6) *Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice.* 1976.
- 7) *Brechlin B. Padres Liberales, Hijos Liberados.* Edit. Pax, México, 1974.
- 8) *Caparros N. Crisis de la familia.* edit. Madrid Fundamentos, 1981.
- 9) *Cardenas J. M. Percepción de las Expectativas y los Roles Familiares y la Cohesión Familiar.* Tesis U. N. A. M., México, 1987.

- 10) *Corman L. El Test del dibujo de la familia en la practica medico-pedagógica. edit. Kapelusz Buenos Aires 1957.*
- 11) *Dulanto G. E. La Familia medio Proponcionador o Inhibidor del Desarrollo Humano. Edit. Medicas del Hospital Infantil de México, 1975.*
- 12) *Engels F. El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado. Edit. Progreso, Moscú, 1979.*
- 13) *Sopenzel A. E. y col. Alcoholismo, Familia y Neurosis. Centro Comunitario, Fac. de Psicología, U.N.A.M. México, 1988.*
- 14) *Sopenzel A. E. El Cuestionario de Evaluación Familiar. "Un instrumento de detección comunitaria". Tesis de Maestría U.N.A.M., México, 1987.*
- 15) *Flores G. J. la familia del esquizofrenico. Tesis U.N.A.M. 1980.*
- 16) *Freud S. Neurosis y Sintomatología en la Infancia. Edit. Paidós, España 1981.*
- 17) *Hinkle D. and Kames M. Genetic social and General Psychology, Vol. 12, 1986. Intergeneration Transmission Reinforcement and Parental Childrearing Attitud: Family interdependence of personal dependenci gran-mother, mother, children.*

- 18) Lovestad A. Anderson W. Piercy F. and Cochran J. *Journal of marital and Family Therapy* Vol. 99 No. 3, 1985 *A family-of-origin scale.*
- 19) Howard E. M. *Diccionario de Psicología* Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1982.
- 20) Kalmuss D. *Journal of marriage and the family*, vol. 46, 1984 *The intergenerational Transmission of marital aggression.*
- 21) Leñero O. L. *La Familia* Edit. Aniles, México 1976.
- 22) Leñero O. L. *La Familia en México*, Edit. Aniles, México 1978.
- 23) Lomnitz L. *Como sobreviven los marginados* Edit. Siglo veintiuno México, 1978.
- 24) Macías R. *Psicoterapia y familia*, vol. No. 1. *Notas para la historia de la terapia fam. en México* 1988.
- 25) Madrepert B. *Family Therapy*, Vol. 99, No. 3 1980. *The Missing Link A study of intergenerational continuity with marijuana.*
- 26) Minuchin P. *Familias y Terapia Familiar*, Edit. Gedisa, México, 1978.
- 27) Ollendick T. K. y Kerses M. *Psicopatología Infantil*, ed. Martínez Roca, España 1986.

- 28) Pichot P., Valdez M., y col. D.F.M. 999 Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson. México 1988.
- 29) Pich J. Como Investigar en Ciencias Sociales. Edit. Trillas, México, 1986.
- 30) Ponoi Maurice. La familia y el Niño. Edit. Planeta México. 1976.
- 31) Ramirez J. El mexicano Psicología de sus Motivaciones. Edit. Srijalbo. México. 1977.
- 32) Pardoval D. El Mexicano: Psicodinámica de sus Relaciones Familiares. Edit. Villicaña, México 1988.
- 33) Patin Y. Psicoterapia Familiar Conjunta. Edit. Prensa Médica, México, 1987.
- 34) Peifer R. Psicodinámicos de la familia con niños. Edit. Kapeluz Buenos Aires, 1980.
- 35) Puentes M. M. y Nava J. Y. "Estructura Familiar y Apeccion Psicodinámicos en la Personalidad de los Niños. Tesis U. N. A. M. 1987.
- 36) Wilcoxon A. J. Family Therapy, Vol. XXV, No. 2 1985. Perceived similarity in family of origin experiences and dyadic adjustment: A comparison across year of marriage.

- 37) Williamson D. J. and Malone P. E. *Journal of marital and family therapy* Vol. 10 No. 2, 1984. *Personal authority in the family system: Development of a questionnaire to measure personal authority in intergenerational family processes.*

ANEXO A

Al contestar cada pregunta, seleccione el número o números de su preferencia.

- 1.- Papá
- 2.- Mamá
- 3.- Pa. y Ma.
- 4.- Hijo (s) No. ()
- 5.- Hija (s) No. ()
- 6.- Todos
- 7.- Otro pariente, especifique quien, (tío, suegro, abuelo, etc.)
- 8.- Alguien que no sea familiar (amigo, vecino, Patrón).
- 9.- Nadie o ninguno.

- 1.- ¿En la familia, la (s) persona (s) más trabajadora (s) es (son)?
- 2.- ¿Cuando la familia se sienta a la mesa, quien sirve la comida?
- 3.- ¿En la familia, la persona más reconocida y tomada en cuenta es?
- 4.- ¿Quien decide que programa de T.V. ver cuando la familia está reunida?
- 5.- ¿Quién de la familia tiene más obligaciones?
- 6.- ¿Quién interviene cuando los papás discuten o pelean?
- 7.- ¿En los problemas particulares de los hijos interviene (n)?
- 8.- ¿Quién reprende al hijo más pequeño cuando comete una falta?
- 9.- ¿Los horarios de llegada de los hijos son iguales a los de?
- 10.- ¿Si uno de los padres castiga duramente a un hijo o hija interviene?
- 11.- ¿Cuándo se invita a alguien a casa, lo sabe (n)?
- 12.- ¿Por trabajar deja el hogar?
- 13.- ¿Si uno de los miembros de la familia no puede asistir a una reunión va (N)?
- 14.- ¿En las decisiones importantes participa (n)?
- 15.- ¿Para visitar amigos consulta (n) a:
- 16.- El comportamiento dentro de la casa depende de:
- 17.- Las obligaciones de cualquier índole las cumplen siempre:
- 18.- ¿Cuándo alguien de la familia no llega a la hora convenida, quien habla con él?
- 19.- Cuando alguien de la familia sale de casa avisa a:
- 20.- Los castigos en la familia los aplica:
- 21.- Cuando se siente triste o decaído pide ayuda a:
- 22.- Sus problemas personales los comenta con:
- 23.- Para apoyar a alguien se recurre a:
- 24.- Con frecuencia salen juntos:
- 25.- En esta familia se protege a:
- 26.- En la familia se habla más con:
- 27.- ¿Cuándo alguien no hace bien algo, quien habla con él?
- 28.- ¿Quiénes platican libremente intercambiando opiniones?
- 29.- Hay buena disposición para escucharse entre:
- 30.- Los acuerdos a los que se llegan son claros para:
- 31.- ¿Quién hace la comida en casa?
- 32.- ¿Quien da más satisfacciones a la familia?
- 33.- ¿Quien revisa las tareas en casa?
- 34.- ¿Quien enseña los hábitos higiénicos como lavarse los dientes, ir al baño, etc.?
- 35.- ¿Quién arregla los desperfectos de la casa como una puerta rota, una lampara descompuesta, etc.?
- 36.- ¿Quien (es) contribuyen económicamente al sostenimiento de la familia?
- 37.- ¿Quien (es) sustituyen cuando enferma el que contribuye al sostenimiento de la familia?
- 38.- ¿El castigo que debe imponerse por una falta grave, quien lo determina (N)?
- 39.- ¿Quien (es) escogió el lugar donde vivir?
- 40.- ¿Los permisos para salir, jugar, pasear, los otorgan?
- 41.- Se divierten con regularidad con:
- 42.- En esta familia estimulan las habilidades y aptitudes:
- 43.- En su familia se abrazan espontáneamente:
- 44.- En casa los cuentos son narrados por:
- 45.- ¿Cuando las cosas no salieron como se esperaba, quien llega enojado a casa?
- 46.- ¿Quien (es) se enoja (n) con más frecuencia?

- 47.- Alguna vez se han llegado a golpear:
- 48.- ¿Quién toma hasta emborracharse?
- 49.- ¿Quién ha tenido problemas de conducta?
- 50.- ¿Quién ha tenido problemas con la policía?
- 51.- ¿Quién ha presentado algun problema emocional?
- 52.- ¿Quién de la familia se aísla con frecuencia?

R E S P U E S T A S

1.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
2.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
3.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
4.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
5.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
6.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
7.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
8.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
9.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
10.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
11.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
12.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
13.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
14.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
15.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
16.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
17.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
18.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
19.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
20.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
21.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
22.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
23.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
24.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
25.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
26.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
27.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

R E S P U E S T A S

28.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
29.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
30.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
31.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
32.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
33.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
34.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
35.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
36.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
37.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
38.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
39.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
40.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
41.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
42.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
43.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
44.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
45.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
46.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
47.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
48.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
49.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
50.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
51.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
52.-	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

ANEXO B

Criterios de calificación para la escala de evaluación familiar.

La escala consta de 10 áreas que se califican por separado aun cuando sea reactivo, por reactivo.

El código va de 1 a 5 tomando en cuenta la estructura del sistema familiar y el tipo de familia que va de la nuclear-conyugal y se acerca a la extensa, abierta o comunitaria.

TERRITORIO O CENTRALIDAD 1 AL 5

Se califica con los siguientes puntajes:

- 1.- Cuando la respuesta indica que ningún miembro es más central o periférico.
- 2.- Cuando la respuesta indica que la centralidad recae en ambos padres.
- 3.- Cuando la respuesta indica que la centralidad recae en el subsistema hijos o en un solo miembro de la familia.
- 4.- Cuando la respuesta indica que la centralidad recae en algún pariente no consanguíneo.
- 5.- Cuando la respuesta indica que la centralidad recae en personas que no son familiares y que pueden ser amigos, vecinos o empleados de servicio.

LIMITES DEL REACTIVO 6 AL 10

- 1.- Cuando se respetan las reglas de no intervención en los asuntos particulares de los miembros de la familia.
- 2.- Cuando está presente el subsistema parental.
- 3.- Cuando lo sabe o interviene sólo uno de los miembros de la familia o el subsistema hijos.
- 4.- Cuando interviene algún pariente no consanguíneo.
- 5.- Cuando las reglas dependen de alguien que no es familiar.

AUTONOMIA .- 11 A 15

- 1.- Cuando la respuesta implica separación de áreas del desarrollo y bienestar personal y familiar de cualquiera de los subsistemas.
- 2.- Cuando la respuesta implica separación o autonomía compensatoria de un subsistema por otro.
- 3.- Cuando para la realización de un acto se consulta al subsistema correspondiente.
- 4.- Cuando para las acciones y decisiones se consulta con los parientes no consanguíneos más que con los de la familia nuclear.
- 5.- Cuando se consulta más con personas externas que con familiares o no se consulta.

MODOB DE CONTROL DE CONDUCTA 16 A 20

- 1.- Cuando la respuesta implica consistencia en el cumplimiento de los modos de conducta.
- 2.- Cuando se implica que el modo de control depende del subsistema parental
- 3.- Cuando se infiere que el modo de control depende de un solo miembro o de cualquier subsistema a excepción del parental.
- 4.- Cuando los modos de control de conducta los ejerce o dependen de parientes cercanos.
- 5.- Cuando los modos de control de conducta dependen de personas extrañas a la familia.

ALIANZAS 21 A 25

- 1.- Cuando las alianzas son naturales, es decir se dá la tendencia a asociarse entre dos o más miembros del mismo subsistema, o generación.
- 2.- Cuando las alianzas se dán entre los hermanos del mismo sexo.
- 3.- Cuando las alianzas se establecen entre miembros de distinta generación.
- 4.- Cuando las alianzas se dán con familiares no consanguíneos.
- 5.- Cuando las alianzas se dán con personas extrañas.

COMUNICACION 26 A 30

- 1.- Cuando los miembros de la familia pueden hablar libremente, tanto de aspectos positivos, como negativos y hay una buena disposición para escuchar y entenderse.
- 2.- Cuando hay disposición para hablar, escucharse y entenderse entre un subsistema y otro.
- 3.- Cuando la comunicación sólo se da en uno de los subsistemas.
- 4.- Cuando la comunicación se da a través de parientes en segundo grado.
- 5.- Cuando la comunicación es a través de personas ajenas a la familia.

ROLES 31 A 35

- 1.- Cuando la distribución de las actividades y obligaciones está de acuerdo con los subsistemas.
- 2.- Cuando las funciones o tareas son llevadas a cabo por los miembros adecuados de acuerdo a la edad, sexo y posición dentro de la familia.
- 3.- Cuando las obligaciones y tareas son substituidas por personas adecuadas según la edad, sexo y posición en la familia nuclear.
- 4.- Cuando los que substituyen son familiares en segundo o tercer grado.
- 5.- Cuando los que substituyen son personas ajenas a la familia.

JERARQUIA 36 A 40

- 1.- Cuando la autoridad radica en el subsistema parental.
- 2.- Cuando la autoridad recae en uno solo de los padres, en ausencia del otro.
- 3.- Cuando solo uno de los padres ejerce la autoridad estando el otro presente.
- 4.- Cuando uno de los padres vive fuera del hogar, pero sigue interviniendo en las relaciones familiares.
- 5.- Cuando el poder es ejercido por los hijos, familiares no consanguíneos o personas ajenas a la familia.

AFFECTOS 41 A 46

- 1.- Cuando la respuesta indica que todos los miembros de la familia manifiestan afectos positivos entre sí.
- 2.- Cuando la respuesta indica que hay cierta demostración de afectos positivos por lo menos en alguno de los subsistemas.
- 3.- Cuando la respuesta indica cierta demostración de afectos entre los miembros de la familia independientemente de que la cantidad y calidad no sean adecuadas.
- 4.- Cuando un solo miembro de un subsistema demuestra afecto a un solo miembro de otro subsistema, o bien cuando los afectos se dirigen hacia la familia extensa.
- 5.- Cuando los afectos se dirigen a personas extrañas cuando se debieran depositar en los miembros de la familia.

AREAS DE PSICOPATOLOGIA 47 A 52

- 1.- Cuando la respuesta indica una adecuada adaptación social, familiar e individual.
- 2.- Cuando la respuesta indica ausencia de psicopatología tanto en el subsistema parental como en el filial.
- 3.- Cuando la patología se ubica en alguno de los dos subsistemas.
- 4.- Cuando la patología se ubica en algún pariente.
- 5.- Cuando la patología se ubica en personas extrañas, pero esto afecta de alguna manera a la familia.

ANEXO C

VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA DEL PARIENTE
(ABUELO, ABUELA, PADRE, MADRE).

- 1.- Abandono: Acción de abandonar. descuido, negligente.
- 2.- Agresión: Aspecto de la voluntad de poder, que implica tratar a otros individuos de manera violenta, de ataque o provocación.
- 3.- Alcoholismo: Exceso y abuso habituales en la ingesta de alcohol.
- 4.- Alegría: Sentimiento o actitud emotiva, caracterizada por un tono sensorial agradable y relacionado con sucesos o experiencias del presente inmediato.
- 5.- Amargura: Aflicción o disgusto.
- 6.- Analfabetismo: Incapacidad para leer debido a la falta de educación más que a deficiencia mental.
- 7.- Angustia: Una combinación de aprehensión, incertidumbre y miedo, con referencia a sus manifestaciones corporales.
- 8.- Ansiedad: Actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla desagradable de miedo y esperanza.
- 9.- Aprensividad: Actitud señalada por el temor de que ocurra un hecho indeseable o desfavorable, con creencia predominantemente de que el suceso desfavorable tendrá lugar.

- 10) Ausentismo: Que alguno se aleje de un lugar o separe de alguna persona.
- 11) Autoritarismo: Régimen en el que la autoridad se ejerce sin tolerar ninguna clase de oposición, que impone a los demás la autoridad.
- 12) Autosuficiencia: Persona capaz y competente.
- 13) Celos: Actitud emotiva caracterizada por la envidia dirigida hacia otro individuo, siendo causa específica de esta emoción, la relación íntima de ese individuo con un tercero.
- 14) Culpabilidad: Estado emotivo en que el individuo se haya dominado por la creencia o seguridad de que ha infringido alguna norma social, algún principio ético o alguna prescripción legal.
- 15) Dependencia: Relación social de un individuo para con otro o para con la sociedad, de tal índole que el individuo en cuestión, que es el dependiente recibe ayuda, o está bajo el control de otro u otros.
- 16) Depresión: Estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, que puede ser normal o patológica. En sentido patológico la depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentido de insuficiencia.
- 17) Desempeño de un doble rol: Definido para esta investigación como el sujeto que se dedica a ser proveedor económico y, al cuidado de los

hijos.

- 18) Devaluación: Sentimiento de debilidad e impotencia que exista en la persona, característicamente reforzado a causa de sus repetidos fracasos al querer mandar en su medio, así como, por el reconocimiento de sus limitaciones o fallas físicas.
- 19) Dinamismo: Energía, actividad.
- 20) Drogadicción: Abuso de una droga, uso excesivo, persistente o esporádico de un medicamento, sin relación ni coherencia con la práctica médica aceptable.
- 21) Egocentrismo: Dispuesto a apearse a sí mismo y a mirar todas las actuaciones desde un punto de vista personal.
- 22) Epilepsia: Trastorno nervioso, generalmente crónico, con convulsiones características de iniciación súbita, espasmo tónico, acompañado de otros síntomas.
- 23) Exclusión o periférico: Descartar negar y rechazar a una persona.
- 24) Fantasía: Representación mental de una escena o suceso que se representa como irreal, pero que se esperan o desean; soñar despierto.
- 25) Frialdad: Indiferencia, falta de animación.

- 26) Golpes: Efecto de recibir golpes; Empleo abusivo de recibir golpes.
- 27) Histeria: Representa una fijación a una cierta necesidad de expresión imaginaria y artificial que retiene al individuo en los fantasmas y escenas de la vida infantil.
- 28) Homosexualidad: Intercambio sexual entre individuos del mismo sexo; atracción sexual pero hacia individuos del mismo sexo.
- 29) Hostigamiento: Perseguir, molestar a uno burlándose de él o contradecirlo, hostigar, fastidiar.
- 30) Imposición: Acción de imponer o imponerse; la imposición de una carga u obligación.
- 31) Incapacidad para el control: Falta de actitud para manejar los propios asuntos a causa de un desequilibrio.
- 32) Independiente: Actitud de confianza en sí mismo.
- 33) Inestabilidad: Falta de eficacia en las funciones que exigen organización, dominio de sí y firmeza de propósito.
- 34) Inmadurez: Fracaso en manifestar la conducta común y esperada de la propia edad, o la manifestación de conducta emocional adaptable sólo a personas más jóvenes.
- 35) Inseguridad: Sensación indefinida de ansiedad, peligro, amenaza o

aprehensión.

- 36) Intento de Suicidio: Expresión de un trastorno afectivo en donde subyace la carencia de afecto y amor.
- 37) Intromisión: Acción y efecto de entrometer o entrometerse.
- 38) Introversión: Actitud o tipo de personalidad en que la propia energía psíquica, esta dirigida hacia uno mismo y hacia las propias experiencias.
- 39) Irresponsable: No responsable, inconsciente, que actúa sin sentirse responsable de lo que hace.
- 40) Machismo: Estereotipo arraigado "que trata de describir el carácter del" Mexicano, en la expresión popular.
- 41) Masoquismo: Tendencia a obtener placer a partir del dolor.
- 42) Miedo: Perturbación angustiosa del animo por un riesgo o mal que realmente amenaza, o que finge la imaginación, generalmente respecto a una falta de adaptación a la realidad, el objeto del miedo es concreto y determinado.
- 43) Muerte: Cesación completa y definitiva de la vida.
- 44) Nerviosismo: El tipo nervioso se distingue por su estabilidad emocional, pero con una fuerte emotividad. Estado de desequilibrio

leve del sistema nervioso que se acompaña de trastorno psíquico de diversa intensidad.

- 45) No se reportan datos.
- 46) Pasividad: Falta de reacción adecuada a los diversos estímulos de todo tipo. Puede provenir de trastornos pasajeros de la personalidad.
- 47) Pensamiento Mágico: Operación de la mente basada en el empleo de símbolos.
- 48) Permisividad: Que incluye la facultad o licencia de hacer una cosa.
- 49) Posesividad: Acto de poseer o tener una cosa o persona.
- 50) Rechazo: Acción afectiva de repulsa que un sujeto experimenta ante determinada situación o persona.
- 51) Receptividad: Sensible a la acción, que es capaz de recibir.
- 52) Rigidez: Dícese de la persona de cara inexpresiva que carece de flexibilidad para adaptarse a las circunstancias.
- 53) Roles Ideosincráticos: Patrones repetitivos de conducta en los cuales las expectativas de los miembros de la familia sirven para modelar papeles inadecuados puestos que la familia no espera más que eso del individuo.

- 54) Seducción: Persuadir. Incitar a alguien con promesas o engaños a que haga alguna cosa. Atraer, fascinar, ejercer sobre alguien una gran influencia o atractivo.
- 55) Sensibilidad: Capaz de experimentar sensaciones que recibe o causa. Dícese de la persona que se emociona o impresiona fácilmente, o que demuestra gran sentimiento afectivo.
- 56) Sentimiento de soledad: Estado afectivo o circunstancia de estar sólo. carencia de compañía; pesar, melancolía que se siente por la ausencia o pérdida de una persona u otro.
- 57) Seriedad: Dícese de la persona seria, grave, que actúa con prudencia y discreción.
- 58) Sobreprotección: Acción y efecto de poseer exageradamente.
- 59) Sudoración Palmari: Líquido claro y transparente que sale de los poros de las palmas de las manos.
- 60) Sumisión: Acción u efecto de someterse, de rendirse y obedecer.
- 61) Tradicionalismo: Partidario de un sistema de creencias transmitidas a lo largo del tiempo y que están fundadas en hechos pasados.
- 62) Unión por segunda vez: Definido para la investigación como aquella persona que entabla relación (de pareja) por segunda vez.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA SINTOMATOLOGIA DEL PACIENTE IDENTIFICADO

TRASTORNO DE CONDUCTA

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un patrón persistente de conducta en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales apropiadas a la edad. Este patrón de conducta se da en casa, la escuela con los compañeros y la comunidad.

La agresión física es bastante frecuente, los niños que sufren este trastorno inician la agresión y pueden ser físicamente crueles con otra gente o animales; pueden implicarse en robos encubiertos que pueden ir desde tomar prestadas las posesiones de los demás hasta el robo en tiendas. Niños mentirosos y tramposos en juegos, actividades académicas y con frecuencia se escapan de casa.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y ANSIEDAD EXCESIVA

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una ansiedad o preocupación excesiva o no realista. Un niño con este trastorno tiende a ser extremadamente cauteloso y a preocuparse de los acontecimientos futuros como exámenes, posibilidad de sufrir lesiones o ser aceptado en actividades de grupo. Se preocupa del cumplimiento de obligaciones como acabar tareas, llegar a citas, cumplir las labores domésticas.

El niño puede masturbarse, extremadamente ansioso por su competencia en diferentes áreas; hay nerviosismo síntomas asociados; morderse las uñas, arrancarse el pelo.

TRASTORNO POR EVITACION

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una excesiva conducta de evitación que se manifiesta en el contacto de personas desconocidas, deseo de mantener relaciones interpersonales con personas conocidas (como miembros de la familia).

Un niño con este tipo de trastorno es probable que parezca socialmente incapacitado, tímido, con ansiedad, cuando está en compañía de personas poco conocidas, inseguros.

ENCOPRESIS

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la evacuación repetida e involuntaria (raramente intencional) de las heces, en lugares inadecuados para este propósito: a menudo el niño se encuentra avergonzado o aturdido y desea evitar aquellas situaciones potencialmente embarazosas como ir de campamento o a la escuela.

ENURESIS

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la emisión involuntaria o intencional de orina durante el día o por la noche, en la cama o en la ropa a una edad donde se espera haya continencia.

La enuresis puede ser nocturna, emisión de orina únicamente durante la noche; diurna, emisión de orina durante las horas del día o mixta con emisión de orina durante el día y la noche.

TRASTORNO POR ESTEREOTIPIA

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en conductas

intencionadas y repetitivas que no tienen una base funcional y no tienen finalidad constructiva, ni un propósito socialmente aceptable; estas conductas pueden incluir el balanceo corporal, dar cabezasos, golpear o morder partes del propio cuerpo, rascarse la piel, rechinar los dientes, manipulaciones corporales como hurgarse la nariz y el ano constantemente, vocalizaciones repetitivas sin un valor comunicativo, contener la respiración y tragarse el aire; Estas conductas se dan en forma rítmica.

ESTADOS O ALTERACIONES QUE MERECE ATENCION O TRATAMIENTO PERO QUE
NO SON ATRIBUIBLES A TRASTORNO MENTAL DETECTABLE.

APRENDIZAJE (PROBLEMAS ESCOLARES O ACADEMICOS)

El problema es centrado en el aspecto académico, no debido en apariencia a trastorno mental alguno.

Ejemplo: Fracasos sistemáticos en los exámenes o en el de una significativa falta de rendimiento en sujetos con una adecuada capacidad intelectual, en ausencia de trastornos específicos del desarrollo o de cualquier otro trastorno mental.

A N E X O D

No.	Sexo del P.I.	Edad cronologica	BENDER Nivel de Maduración	WISC C.I. Total
1	F	11 AÑOS	10 6/12	107
2	M	10 AÑOS	7 AÑOS	77
3	M	10 AÑOS	10 AÑOS	96
4	M	8 AÑOS	6 6/12	85
5	M	7 AÑOS	6 AÑOS	72
6	F	5 AÑOS	5	-
7	M	9 AÑOS	8 6/12	25
8	F	5 AÑOS	5 2/12	93
9	M	9 AÑOS	8 6/12	93
10	F	11 AÑOS	10 6/12	118
11	M	6 AÑOS	5 6/12	103
12	M	5 AÑOS	4 6/12	109
13	M	9 AÑOS	8 6/12	88
14	F	6 AÑOS	5 AÑOS	-
15	F	10 AÑOS	10 AÑOS	123
16	M	8 AÑOS	7 AÑOS	101
17	F	11 AÑOS	10 6/12	73
18	F	7 AÑOS	6 6/12	77
19	F	6 AÑOS	-5 AÑOS	73
20	F	6 AÑOS	5 6/12	106
21	F	12 AÑOS	Possible daño	92
22	F	8 AÑOS	7 6/12	105
23	M	10 AÑOS	10 AÑOS	104
24	F	9 AÑOS	9 AÑOS	99
25	M	8 AÑOS	8 6/12	97
26	M	9 AÑOS	6 6/12	82
27	M	11 AÑOS	11	85
28	F	5 AÑOS	5 6/12	107
29	M	10 8/2	10 6/12	91
30	F	10 6/2	10	94