

38
2oj.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

SATISFACCION MARITAL EN PAREJAS CON HIJOS SIN
RETRASO MENTAL Y PAREJAS CON HIJOS CON
RETRASO MENTAL.

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

presenta

CORTE FRANCO, ROSSANA PAOLA

Asesora: MIRTA FLORES

México, D. F.

Enero de 1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

Pág.

CAPITULO I: EL MATRIMONIO Y LA FAMILIA.

1.1	El matrimonio	1
1.2	La familia	8
1.3	La familia con un hijo discapacitado	19

CAPITULO II: EL RETRASO MENTAL

2.1	Definición	30
2.2	Etiología	37
	I. Los factores hereditarios	37
	II. Las causas patógenas prenatales	38
	III. Las causas en relación con el parto	40
	IV. Las causas procedentes del medio neonatal	40
2.3	Clasificación del retraso mental	41
2.4	Prevención	51
2.5	Tratamiento	53

CAPITULO III: SATISFACCION MARITAL

3.1	Definición	57
3.2	Investigaciones	58
3.3	Satisfacción marital en parejas con un hijo discapacitado	72

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1	El problema	78
4.2	Hipótesis	79
	• Hipótesis I	80
	• Hipótesis II	80
4.3	Definición de variables	81
	4.3.1 Definición conceptual de variables	81
	4.3.2 Definición operacional de variables	82
4.4	Sujetos	83
4.5	Tipo de muestreo	83
4.6	Escenario	84
4.7	Tipo de estudio	84
4.8	Diseño	85
4.9	Instrumento	85
4.10	Procedimiento	87

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1	Análisis Descriptivo	90
5.2	Análisis Inferencial	93

CAPITULO VI: DISCUSION

Discusión	98
Conclusión	103
Limitaciones y sugerencias	105

BIBLIOGRAFIA

APENDICES

La presente investigación tuvo el objetivo de conocer si existen diferencias en la satisfacción marital entre parejas (hombres y mujeres) con hijos con retraso mental y parejas (hombres y mujeres) con hijos sin retraso mental. Se estudió a 120 sujetos, es decir 60 parejas, 30 con hijos con retraso mental y 30 con hijos sin retraso mental, escogidas de dos escuelas.

Los resultados obtenidos indican que sí existen diferencias significativas entre estas parejas: las parejas (hombres y mujeres) con hijos con retraso mental están más satisfechas que las parejas (hombres y mujeres) con hijos sin retraso mental en los tres factores de satisfacción marital: aspectos emocionales, aspectos de interacción conyugal y aspectos estructurales. Asimismo, se estudió las variables sociodemográficas tales como edad, número de hijos, número de hijos que viven en casa, años de casados, escolaridad y ocupación. Se encontró que en general, a mayor número de hijos hay una mayor satisfacción en la interacción de la pareja; y que las mujeres con hijos con retraso a mayor número de hijos e hijos que viven en casa hay una menor satisfacción en los aspectos emocionales. En cuanto a las otras variables, no se encontró ninguna diferencia significativa pero sí se observó cierto patrón de influencia con la satisfacción marital.

INTRODUCCION

La pareja es la unión fundamental y originaria de la organización familiar y por ende, tiene una responsabilidad directa, aunque compartida con el medio social, de la estructura, características y desarrollo de cada uno de los miembros constitutivos de la familia.

El vivir en pareja y crear una familia siempre ha sido un fin para el hombre, puesto que será la fuente de su seguridad y desarrollo general; asimismo, será fuente de conflictos e insatisfacciones, produciendo desajustes que repercuten en todas las áreas de la vida de las personas.

La pareja casi siempre busca procrearse, produciéndose así una nueva adaptación al nacimiento de cada hijo y por lo tanto, cambiando la relación de pareja y su satisfacción marital, ya que todo lo que le sucede al hijo afecta al grupo familiar, sobre todo si es un niño con retraso mental. En este caso, el afectado no es solamente el niño en forma aislada, puesto que se trastorna toda

la forma de vida, los hábitos, costumbres y el equilibrio de la pareja y de la familia en general. Este niño que jamás llegará a ser autosuficiente y al que están obligados a amar, no se presenta como objeto de amor, según los valores tradicionales. Es muy raro el que una pareja admita, incluso en su propio interior, que algunas veces no siente ningún cariño por su hijo y que les pesa haberlo tenido.

El propósito de esta investigación es conocer cómo la pareja puede manejar su relación de pareja ante la situación de tener un hijo con retraso mental.

El conocimiento de esta situación ayudará al estudio y a dar posibles explicaciones para la relación de pareja, puesto que mucho de lo que se ha escrito y se sabe sobre los padres y los niños con retraso mental se enfoca a los problemas familiares, sin tomar en cuenta los diferentes problemas pero igualmente serios, que tiene que afrontar la pareja en su relación amorosa; además el hombre y la mujer pueden experimentar y vivir de manera diferente el hecho de tener un hijo con retraso mental.

De igual manera se podrá conocer una aproximación de lo que sucede en parejas mexicanas, puesto que la mayor parte de la literatura e investigaciones se realizan en el extranjero.

La siguiente investigación consta de seis capítulos. En el primero: el matrimonio y la familia, se revisaron algunas definiciones de matrimonio de diferentes autores y se explicó brevemente que sucede con la pareja durante el vivir juntos. También se revisaron algunas definiciones de familia, se explicó en que consiste la dinámica familiar y luego se estudió que pasa en la familia que tiene un hijo discapacitado y/o con retraso mental.

En el segundo capítulo: el retraso mental, se explicó que es el retraso mental; su etiología, para conocer las causas por las que se puede dar el retraso mental; la clasificación del mismo, para conocer los tipos de retraso que se pueden presentar; su prevención y por último los tratamientos empleados.

En el tercer capítulo: satisfacción marital, al igual que en los anteriores, se mencionaron algunas definiciones de satisfacción

marital y se describieron las investigaciones realizadas; por último se explicó que sucede en la satisfacción marital de las parejas que tienen un hijo discapacitado y/o con retraso mental.

En el cuarto capítulo se revisaron todos los conceptos metodológicos de la investigación.

En el capítulo quinto se describen los resultados obtenidos y en el capítulo sexto la discusión, para terminar con las conclusiones, limitaciones y sugerencias.

CAPITULO I

EL MATRIMONIO Y LA FAMILIA

1.1 EL MATRIMONIO

En los comienzos de la existencia humana, parece ser que los miembros de la raza humana se procreaban de la misma manera casual que los animales. El padre estaba totalmente desinvolucrado, por lo que no conocía a su propio hijo. Siglos después, se constituye el matrimonio como una institución para la supervivencia física y para el bienestar de dos personas y sus descendientes. Hoy en día, la lucha por la supervivencia en sociedades industrializadas, no requiere puramente fuerza física; en lugar de eso esta en primer lugar, la lucha por la supervivencia psicológica y emocional (Ledener, 1968).

Muchos han sido los que han estudiado el matrimonio, puesto que desde siempre, el hombre ha buscado vivir en pareja y crear una familia, la cual va a ser fuente de su seguridad y desarrollo general, debido a que es el camino elegido por la mayoría para lograr su integración total (Barragan, 1984).

El matrimonio es una unión socialmente reconocida entre personas del sexo opuesto. Como institución, sus funciones más importantes dentro de la sociedad son que: representan una base fija para la creación y organización de un grupo conyugal, satisfacer necesidades sexuales de los cónyuges, asegurando la reproducción (Araiza Pacheco, 1982), (citado en Aguilar, 1990).

La constitución de la pareja se realiza mediante la coincidencia de la participación de los miembros para satisfacer sus impulsos y deseos, entrando en juego desde fantasías

inconscientes, hasta criterios de elección y comportamientos amorosos determinados y pautados antropológica, social y culturalmente. Las multideterminantes en la elección conyugal, son en parte el resultado de la imagen introyectada desde la más temprana infancia, en cuanto a patrones de relación, de satisfacciones, frustraciones y privaciones vivenciadas, de las identificaciones logradas del desarrollo psicosexual, del ámbito social y económico, en los que se desenvuelve la persona (López, 1968; González, 1979; Sluski, 1979; Estrada, 1982; Sandoval, 1984; Jackson, 1983), (citado en Aguilar, 1990).

El matrimonio satisface también las necesidades psicológicas de la pareja, como son: el afecto, la seguridad y la emotividad mutua. La satisfacción sexual, vista como básica, no es determinante, ya que puede ser satisfecha fuera del matrimonio, sobre todo en las sociedades modernas (Fromo, Horkheimer y Parso, 1978; en obs. cit).

Berger y Kellner (1970), opinan que el matrimonio en la sociedad actual, tiene la función de proveer un soporte socio-psicológico para las personas y definen el proceso del matrimonio, como un acto en el cual dos personas se juntan y se redefinen a sí mismos y al mundo; y en el cual se constituyen las aspiraciones y percepciones individuales de la realidad.

Se refieren a este proceso como la "conversación". También definen el matrimonio como un arreglo social que crea un cierto tipo de orden para el individuo y que le permite experimentar que su vida tiene sentido. Esta creación de orden, se lleva a cabo a

través del avance de la relación o conversación con el otro significativo: la pareja. Asimismo, opinan que lo más importante es cómo la pareja entiende o define lo que ocurre en la relación.

Por otro lado, Ables (1977) opina que el matrimonio con el tiempo, frecuentemente se vuelve desilusionante; y que es una relación que proviene de un estado romántico, de una intensa inspiración amorosa y de encaprichamiento, que pasa a una etapa de extensa resolución de problemas. Explica que la primera etapa del enamoramiento, se puede caracterizar por una disminución de la realidad y una dominancia de la fantasía, donde fuertes necesidades inconscientes están en juego para determinar la atracción por el sexo opuesto. Los proyectos individuales, las necesidades particulares de la persona y las percepciones simbólicas, influyen de tal manera, que se super idealiza a la persona amada, muy lejos de las cualidades reales que posea la persona.

Además, la decisión de matrimonio, se toma frecuentemente, bajo el dominio de un fuerte afane sexual. No es asombroso, entonces, que el contraste entre la primera etapa y el matrimonio, después que la realidad aparece significativamente, se produzcan problemas mayores. En la etapa de luna de miel, los amantes viven solamente para dar a la persona escogida. La paradoja, es que el compañero demanda muy poco, pero consigue todo, siendo que el otro compañero, esta en el mismo punto de ventaja, que es, dando todo y pidiendo nada, para otorgar todo su amor a la pareja; una posición que sin embargo, recoge tesoros inauditos de amor para uno mismo.

Bajo el dominio de intensos sentimientos y percepciones distorsionadas, cada uno responde óptimamente a las necesidades del otro, y por esto, no se necesita trabajar para gratificar las propias necesidades. No obstante, con el tiempo, esta divina etapa de locura, cambia (Ables, 1977).

Asimismo, a medida que la realidad se vuelve preeminente por las exigencias del vivir juntos, lo simbólico tiene menos influencia. Cuando hay menos demandas de las extensas complejidades del vivir, la atención se puede enfocar casi exclusivamente en el otro: las frases románticas como "cuando podamos estar juntos otra vez", el exquisito dolor de la separación y la alegría de estar juntos, son reemplazadas con problemas como cambiar pañales y balancear la chequera.

Según Ables (1977) una extraña paradoja ahora aflora, los esposos o amantes que eran originalmente suficientes el uno para el otro, ya no lo son. Además, comienzan a ser percibidos en términos de sus propias características reales, más que en términos de las necesidades de su pareja. Lo más importante, es que a medida que las demandas del vivir se imponen, cada uno comienza a dar menos y a enfocarse cada vez más en las necesidades personales. Sin embargo, ahora que la vida es más compleja, con más responsabilidades externas requeridas de cada compañero, cada uno espera más de su pareja.

La dependencia fomentada por el vivir juntos, aumenta las expectativas y las fricciones. Es esta coincidencia de dar menos y esperar más, la cual parece estar en el corazón de los conflictos

inevitables de las necesidades. Para empeorar las cosas, cada uno quiere que sus propias necesidades se satisfagan primero que las del otro. No es asombroso, que tantos matrimonios se tenstonen ante estas presiones.

Para poder balancear nuestras propias necesidades con todas las exigencias requeridas para uno, y para permanecer en armonía con las necesidades del otro, hay que ser capaz de dar cuando uno se siente con ganas de recibir, ser capaz de proteger los propios intereses, lo cual requiere un cierto nivel de madurez, que es una proposición de las varias tareas del desarrollo, a través del camino hacia la adultez, que pudiera ser no estén completas. Por lo tanto, muchas personas que se casan, buscan una vía para satisfacer necesidades y están incapacitadas para dar. El estress normal de una relación cambiante, afecta más intensamente a esta gente. Otro factor que influye en la desilusión e insatisfacción, es que las características que en un principio fueron más atractivas y que hicieron que la pareja se juntase, inevitablemente después se vuelven fuente de irritación (Ables, 1977).

Así, a primera vista pareciera enigmático, pero con un estudio de más cerca, se revelará porque pasa esto. Por ejemplo, un tipo aventurero, gallardo, retador puede cautivar a la más conservadora, recatada e inhibida mujer. Estas cualidades en el hombre pueden ofrecer a la mujer, una vía para sus satisfacciones y una manera de cumplir sus deseos no expresados. Sin embargo, una vez que están casados, diversión, aventuras, travesuras y persecuciones peligrosas, pueden ahora molestar a la mujer, porque interfiere con la conservadora y predecible tipo de vida que

ella considera necesario para su confort y seguridad. Con las exigencias del matrimonio como la edad, hijos, incremento de responsabilidades y cambios de necesidades, las percepciones y los valores de las conductas también cambian mucho para la dificultad de la pareja, quienes ahora concluyen que no emparejan bien. Siendo realistas, la gente se casa por razones sociales, económicas, sexuales, románticas u otras; toman un riesgo, casi siempre no conscientemente considerado, que ellos van a crecer y cambiar en direcciones similares a través del ciclo de la vida. La probabilidad es muy grande de que dos personas no se sientan que están en la misma etapa.

Para Ables (1977) otro aspecto de desilusión e insatisfacción en el matrimonio, es el hecho de que las características que mantienen el valor del cónyuge en los ojos de la pareja, suelen juntarse con otras, menos deseables características. Por ejemplo, un esposo que admira y disfruta el encanto y vivacidad de su esposa, puede disgustarse cuando ella seduce a otro hombre. En otras palabras, el ser atractiva, que es un atributo positivo, puede ser altamente relacionado con ser seductora, que es un atributo negativo.

Así, Ables (1977) concluye que la realidad de que ninguna persona pueda tener todos los atributos ideales para satisfacer a otro, puede molestar más y más con el tiempo, y eventualmente volverse un rompimiento mayor en la armonía.

Por otro lado, Schaffer (1977, en Clyne, 1977) opina que por medio de la elección de su cónyuge, la mujer expresa su disponibilidad para su papel de compañera sexual, de esposa, de madre, de ama de casa. La comprensión de su papel de madre estará probada si sabe hacer participar a su marido en la educación del hijo de corta edad, y si sabe ampliar el círculo de interés del niño, muy por encima de su propia persona y de su familia, hacia los amigos y la escuela.

Asimismo, el autor concluye que el hombre tampoco está exento de dudas y vacilaciones en lo que respecta a su papel sexual, social y profesional. Su necesidad de afirmar su virilidad lo lleva a veces a actitudes que acentúan los rasgos de su masculinidad: actividad supertensa, agresividad, grosería, brutalidad incluso, necesidad de imponerse, etc. La influencia del pasado y de las imágenes paternas actúan sobre nuestros comportamientos cotidianos. Por lo tanto, las condiciones para el equilibrio de la pareja, están en la renuncia de los cónyuges a toda tentativa de dominio del otro y a toda estéril competición. Estas actitudes tienen que ser reemplazadas por un espíritu de cooperación eficaz con vistas a un fin común de entendimiento familiar y comunitario (Schaffer, 1977; en Clyne, 1977).

El vivir en pareja, entonces, produce conflictos e insatisfacciones y por tanto, desajustes que repercuten en la vida de las personas. El divorcio, insatisfacciones y las enfermedades emocionales y físicas, son uno de los síntomas de la cultura en la institución del matrimonio y cada día van en aumento.

El matrimonio sigue siendo una institución necesaria, por lo que es trágico que tantas parejas fracasen y se haga tan poco para solucionarlo (Ledener, 1968). Es por esto que la satisfacción marital ha sido motivo de estudio, puesto que además, de las relaciones interpersonales y en particular de las de pareja, es de donde surgen la mayoría de los conflictos e insatisfacciones de las personas.

1.2 LA FAMILIA

Tradicionalmente, muchos investigadores se han ocupado en estudiar las diferentes maneras en que las madres afectan el desarrollo de la personalidad de sus hijos. Sin embargo, en los últimos años muchos investigadores han reconocido que el crecimiento del niño se da en un sistema familiar complejo. Lamb (1978) concluye que es esencial incluir un análisis de la familia del niño para poder referirse a su desarrollo socio-personal. Si se analiza la forma en que se desarrollan las personas desde el momento de la concepción hasta la vejez, se puede aprender más sobre los demás y sobre nosotros mismos. Conociendo quién se es y cómo se llega a ser de determinada manera, se podría mejorar el mundo en el que vivimos. Solamente aprendiendo cómo responden las personas a las influencias que sobre ellas se ejercen, se pueden satisfacer las necesidades propias y ajenas, para que así las

personas estén más preparadas para desarrollar sus potenciales individuales y para ayudar a la sociedad a realizar las propias.

El hombre sobrevive en grupos, lo cual es inherente a la condición humana. Una de las necesidades más básicas del niño es una madre que lo alimente, proteja e instruya. Además, el hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupamientos sociales. La familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. Se ha hecho cargo y ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura. En ese sentido, las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno: la protección psico-social de sus miembros; el otro es externo: la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura (Minuchin, 1983).

La familia es un grupo primario. Es intermediaria entre el individuo y la sociedad más amplia. Ninguno de nosotros vive su vida solo y aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos. Algunos aspectos de la experiencia vital son más individuales que sociales y otros más sociales que individuales, pero no por ello la vida deja de ser una experiencia compartida. En los años tempranos se comparte casi exclusivamente con los miembros de la familia. Por lo tanto, la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, y por tanto, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud (Ackerman, 1986).

El pensamiento del mundo occidental en las últimas décadas, se ha ido determinando cada vez más por la idea de que la independencia es un prejuicio burgués y que todos somos dependientes (Shaw, 1958; en Stierlin, 1981), y se refleja en la conciencia de la mutua necesidad y la interdependencia de los ecosistemas, a la vez que descubre una nueva dimensión de la comprensión psicológica, en cuyo centro se sitúa hoy la familia: su estructura, función y dinámica. La familia evidencia ser el sistema central para el hombre: las principales identificaciones, los más importantes valores y objetivos del hombre, su adaptación social remiten a lo que le sucedió y sucede en su familia. Más que en otros dominios de la vida, con palabras de Hegel "el obrar de uno es el obrar del otro"¹, y de aquí resultan posibilidades para la terapia y la prevención de perturbaciones psíquicas (Stierlin, 1981).

Concretando, la familia es la institución que organiza socialmente al hombre desde sus orígenes más primarios. De hecho, la forma básica de la sociedad humana se encuentra en el núcleo familiar, el que a través de la historia, si bien ha cumplido fundamentalmente la misma función original, ha ido adaptando su forma y funciones de acuerdo a los diferentes requerimientos económicos, políticos y culturales de la sociedad. Es por esto entonces, que esta institución aparece a lo largo de la historia en constante proceso de transformación, que es el resultado evolutivo de una organización social que debe responder a las necesidades y objetivos de la sociedad en cada uno de los momentos históricos. De este modo se observan las diferencias en la forma y estructura familiar, la que incluso en la época contemporánea se transforma

¹ Hegel, en Stierlin, 1981: "Terapia de Familia. la primera entrevista". Ed. Gedisa. (pp 21).

rápídamente ante los ojos de la humanidad. La familia, que se presenta ante el hombre como algo inherente y consustancial a su naturaleza, es interpretada con la ambigüedad esta inherencia que convive con los cambios ágiles y rápidos que requiere una sociedad que en la época actual enfrenta renovadas crisis en todos los ámbitos del quehacer humano.

Surge de aquí entonces, la siguiente pregunta: "¿Cuál es el mínimo indispensable de la familia? Es la unión de hombre y mujer para engendrar y cuidar de su prole, o es una expresión fundamental de la naturaleza social del hombre, de su necesidad de formar parte de un grupo? o es esto en realidad una misma cosa?"²

Revisando un poco la historia de la familia, Westermarck y col. (1921, en Ackerman, 1986), opinan que la familia no ha tenido cambios sustanciales en su desarrollo, desde sus orígenes más remotos, los antropoides, hasta la época de la civilización actual, manteniendo siempre una estructura monógama en donde el padre ocupa un lugar de importancia.

Sin embargo, Briffault y col. (1927, en obs. cit.), niegan esta aproximación, alegando que la estructura familiar original estaba fundada en bases netamente maternas, ocupando el padre un rol transitorio y sin importancia. Esta situación se modifica a través del tiempo, en donde el padre asume un rol permanente en el núcleo familiar. Interpretando este rol permanente del padre en la familia, Klíneberg (1954, en obs. cit.), es de la opinión de que la

²/ Ackerman, 1986: "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares". Ed. Paidós. (pp 36).

sociedad es la que impone al hombre el deber de cuidar de su familia, como una especie de respuesta ante los derechos que posee sobre su mujer.

Ante estas afirmaciones, Ackerman (1986) concluye, que la familia en algunos casos se ha estructurado como una unidad económica, ligándose en menor medida a su matriz biológica. En algunos casos la familia no ha estado compuesta por los entes básicos: padre, madre e hijo, si no que se ha constituido por un grupo de personas viviendo en una misma casa o que se sometían a la autoridad de un jefe, es decir, un conjunto de personas unidas con el propósito de regular en forma más eficiente los aspectos sociales.

Entonces, según Ackerman (1986) los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos.

Así, biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión del hombre y de la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. Pero las funciones biológicas de la familia sólo pueden cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas. Y están ligados económicamente en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales.

Por otro lado, también la familia es en todo sentido el producto de la evolución. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevaletentes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas. Pero la familia debe también aceptar dentro de ella las condiciones de las ligaduras biológicas básicas del hombre y mujer y de madre e hijo (Ackerman, 1986).

Así, la trayectoria de una familia es también como la del individuo, desde su nacimiento hasta su muerte. En cada generación, la estructura y forma de la familia va cambiando de acuerdo a las etapas por las que atraviesa. De este modo su configuración es diferente tanto en el periodo de parto como cuando los hijos crecen y cuando los padres envejecen.

Adicionalmente, cada persona vive en forma diferenciada cada etapa de su vida familiar. De hecho, cada hombre tiene no sólo la familia de su infancia, si no también la familia del matrimonio, de la paternidad y la familia de su vejez. En cada uno de estos momentos familiares el individuo debe adaptarse emocionalmente a los roles específicos pertinentes. La familia también debe integrarse dentro de las variadas facetas que ejercen las relaciones entre cada uno de sus miembros. Los sentimientos de amor y lealtad se conservan manteniendo la armonía familiar solamente en condiciones favorables. Por el contrario, en condiciones de tensión y conflicto suelen surgir antagonismo y odios que amenazan a la familia integrada.

Concretando, para Ackerman (1986) los fines sociales que cumple la familia moderna son:

1. Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
2. Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.
4. El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
5. La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
6. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual. (Ackerman, 1986).

La estructura y forma de la interacción familiar determina la conducta del individuo en los roles de esposo, esposa, padre, madre e hijo. Cada uno de estos roles adquieren en sí un significado concreto dentro de una determinada estructura familiar.

De este modo la familia forma el determinado tipo de personas que requiere para concretar sus funciones. Al ser la identidad psicológica de la familia cambiante a través del tiempo, un miembro de la familia puede llenar, u otras veces alterar:

activamente las expectativas de su rol. El clima emocional que caracteriza las relaciones entre dos miembros familiares cualesquiera, si bien tiene su propio tono, esta en forma continua y directa influenciado por la situación emocional de toda la familia. La familia esta definida entonces por la variada gama de las corrientes y contracorrientes emocionales de sus componentes. El desarrollo de la personalidad y reacciones del niño, se configuran a través de la forma en que se teje la atmósfera familiar.

Por lo tanto, la familia es uno de los agentes socializantes más poderosos en el desarrollo del niño pequeño (Sears y col., 1957)(En Lefrancois, 1978), pero los grupos de la escuela, Iglesia, clubes, etc. van reemplazando poco a poco a la familia, a medida que el niño va creciendo. En los primeros años, la familia es esencial para su supervivencia física y constituye su primera fuente de amor y de afecto; satisface todas o la mayoría de sus necesidades fisiológicas y psicológicas. El niño adquirirá de su familia, la mayor parte de su primer aprendizaje importante. La familia directa del niño no sólo es, en gran medida, la responsable de la satisfacción de sus necesidades, sino que también contribuye a determinar el tipo de persona en que se convertirá el niño, si bien su herencia genética ya ha fijado ciertos límites, y es causante de muchas predisposiciones (Lefrancois, 1978).

Para Ackerman (1986) los padres son los directores del proceso completo en que se distribuyen las satisfacciones dentro de la familia. Ellos son los responsables de que las expectativas que pone cada miembro de la familia en el otro se cumplan en algún grado. Cuando el grado de cumplimiento de estas expectativas es

alto, se genera una situación de amor y lealtades mutuas. Por el contrario, en una atmósfera familiar adversa, donde prevalecen los cambios y los desvíos, surgen sentimientos de frustración, resentimiento y hostilidad. Básicamente la familia gira en un intercambio de sentimientos que oscilan entre el amor y el odio.

Sin embargo, es preciso destacar que en una familia normal todos sus miembros pueden estar sujetos a frustraciones que les causen enojo y miedo. Sentimientos de frustración, dolor y odio en exceso, pueden provocar serios inconvenientes para un desarrollo saludable. Por otra parte, el desarrollo emocional de cualquier individuo requiere de cierto grado de frustración con el objeto de poder desarrollar tolerancia ante ella y así estar en condiciones de aceptar situaciones que no cumplan totalmente con sus expectativas. Esta capacidad es la que contribuye a estimular al individuo a enfrentarse con experiencias nuevas.

La manera específica en que los padres demuestran su amor entre ellos, y hacia los hijos, es fundamental en la determinación de la atmósfera emocional de la familia. Las connotaciones emocionales de la familia están en un proceso constante de cambio y evolución, aunque esta evolución se desarrolle con cambios muy suaves.

Concretando, para Ackerman (1986), la familia tiene como tarea adaptar al niño a la sociedad y fomentar el desarrollo de su identidad a través de dos procesos: en primer lugar, la transición desde una posición de dependencia y comodidad infantil a una posición de independencia adulta; en segundo lugar, el paso desde

una situación de un lugar de importancia infantil omnipotente y magnificada, a una posición de menor importancia, es decir, el paso de la dependencia a la independencia. En otras palabras, esto significa el tránsito desde una posición central a una posición de carácter periférico. Es fundamental para la salud del niño que estos procesos se desarrollen en forma gradual, de modo que la familia pueda cumplir con sus funciones psicológicas en forma adecuada.

Ahora bien, la pareja matrimonial esta constituida por dos personas que traen una identidad ya formada, aunque incompleta. La atracción que se da entre hombre y mujer es de carácter empático en que cada uno, desea completarse a través de su relación con el otro. Esta unión matrimonial da como resultado una identidad psíquica de la pareja. Tal como la personalidad del niño internaliza aspectos particulares de cada progenitor y además crea algo nuevo, también el carácter de la nueva familia incorpora algo de la imagen de sí mismo que tiene cada miembro de la pareja y de la imagen de cada una de las familias de origen, desarrollando también algo nuevo y especial.

Cada uno de los componentes de la pareja forman una unidad a partir de la cual cada uno se desarrolla tanto en forma individual como para cumplir las metas familiares. Cuando la identidad de la pareja se encuentra perturbada, también se perturbará el proceso de diferenciación posterior de sus componentes. Si bien el niño se forma a través de la identidad psicológica de la pareja, el niño también transforma a la pareja de acuerdo a sus necesidades. La identidad a desarrollarse

en la nueva familia esta conformada por lo tanto, por la identidad psicológica de la pareja y por la evolución de la identidad de cada uno de los miembros de esa pareja. La conducta del padre, la madre o el hijo no puede ser evaluada en un vacío social o en el contexto exclusivo de la interacción paterno-filial, sino que debe ser considerada como expresión funcional de la experiencia interpersonal total que caracteriza la vida de la familia. Las interrelaciones de la identidad de la pareja matrimonial o paternal y la identidad individual de cada cónyuge están sutilmente equilibradas (Ackerman, 1986).

Entonces, para Ackerman (1986) la tarea fundamental de la familia es socializar al niño y definir el desarrollo de su personalidad, determinando de este modo su estructura psíquica. El carácter del niño, está determinado por los procesos que el niño absorbe o rechaza en diferentes grados dentro de su ámbito familiar. La experiencia cotidiana de la vida familiar representa para el adulto un elemento fundamental en la estabilidad y ampliación de su salud mental, incrementa la satisfacción personal, estimula el éxito social, promoviendo un renovado desarrollo de su personalidad. La familia da la oportunidad de obtener las experiencias formadoras que hacen que un individuo tenga una mejor adaptación a las diversas situaciones de la vida. De este modo es en el hogar donde las personas practican y se adiestran para desempeñar una amplia gama de roles sociales.

Dado que la conducta de cada uno de los miembros de la familia afecta en los otros, la estabilidad familiar depende de un sutil equilibrio en el intercambio emocional. Una conducta

emocional desviada en la relación de un par de personas en una familia, afecta inevitablemente la interacción en otros pares de familiares; más aún, una crisis que se genere en la vida familiar puede afectar en forma profunda y amplia la salud mental de la familia como de sus componentes individuales. Es decir, que los roles familiares de marido, mujer, padre, madre, padre-hijo, hijo y hermano, son intrínsecamente interdependientes y recíprocos (Ackerman, 1986).

1.3 LA FAMILIA CON UN HIJO DISCAPACITADO ³

Al ser los roles familiares de padre, madre, padre-hijo, madre-hijo, interdependientes y recíprocos, cuando un hijo presenta una conducta problemática, queda singularizado dentro de la familia como una fuente especial de preocupación para los padres, que se ven envueltos en una lucha por modificarlo. El niño puede tener un síntoma cualquiera, pero sean cuales fueran sus dificultades, su conducta perturbada mantiene a los progenitores involucrados en el intento de ayudarlo y de cambiar su comportamiento. Un progenitor puede tener problemas en su trabajo, roces con sus parientes o enfrentar una amenaza de

^{3/} Se utilizará también el término discapacitado para nombrar a las personas con retraso mental o cualquier otro tipo de trastorno en el desarrollo u handicap físico.

separación de su cónyuge, pero la pareja dejará de lado sus propios problemas, al menos temporalmente, para asistir a su hijo. Procurarán superar sus propias fallas y mantenerse unidos con el objeto de ayudar al chico. En tal sentido, la conducta perturbada de este último es beneficiosa para sus padres, ya que les da un respiro en sus tribulaciones y una razón para vencer las dificultades. La conducta del niño hace que la inquietud de sus padres se centre en él y que se vean a sí mismos como padres de un niño que los necesita, en lugar de verse como individuos abrumados por dificultades personales, económicas o sociales. En este sentido, el niño cumple en su familia el papel de benefactor o protector solícito de los demás.

En toda organización existe una jerarquía, en el sentido de que una persona posee más responsabilidad que otra para determinar lo que sucede. En la organización familiar, los padres están situados dentro de la jerarquía en una posición superior a los hijos. Si la conducta perturbada del hijo es protectora de los padres, hay en la familia una organización jerárquica incongruente. Si bien los padres, por el hecho de serlo, se hallan en una posición jerárquica superior a su hijo, de quien son legalmente responsables y a quien deben cuidar y proveer, el hijo, con su conducta patológica, protege a los padres ayudándolos a esquivar sus dificultades y a pasar por encima de sus defectos (Madanes, 1982).

Según Stierlin (1980) cuando en una familia hay un niño con impedimentos psíquicos o físicos, generalmente se siente una carga que se va intensificando recíprocamente en el sentido de un círculo negativo. Las cargas son económicas, sociales y emocionales. La

carga económica puede reducirse por información adquirida en cuanto a la asistencia social, o si es posible obtener alguna ayuda del gobierno. La carga social es más difícil de superar, ya que casi siempre estas familias están socialmente aisladas. Esto, porque sienten que otros niños miran a sus niños, lo evitan, se burlan de él y también los adultos tratan de evitarlo. Esta situación provoca a los padres una mayor sensibilización frente a rechazos abiertos o encubiertos, y por lo tanto un mayor aislamiento y un repliegue a la propia familia.

Todo esto refuerza la carga emocional de todos los integrantes de la familia; aislados de los recursos del medio, cada vez se van sintiendo más sobreexigidos. El círculo negativo de soledad, desvalimiento, vergüenza y culpa en el que se encuentra encerrada la familia, se empeora por los estados de agotamiento, irritación permanentes, reacciones depresivas, perturbaciones vegetativas, alcoholismo o abuso de estupefacientes por los que pasan los integrantes de la familia.

Se forma en estos casos, una dinámica especial, donde los hijos sanos tienen la obligación de compensar o tapar la vergüenza o defecto familiar a través de méritos brillantes y excepcionales. Estos méritos brillantes y excepcionales, encubren el que el delegado exitoso está profundamente sobreexigido y, al igual que todos los demás miembros de la familia, al borde del agotamiento.

Con frecuencia, estas familias se recriminan duramente o se hacen autoacusaciones con un tono depresivo; lo cual alivian un poco el dilema momentáneamente, pero a la larga agravan el

problema. La familia debe de reconocer las cargas y los méritos de todos, y debe de confrontarse con su situación especial y darse cuenta de que las recriminaciones y autoacusaciones, significan un rechazo a su hijo. (Sterlin, 1980)

A menudo, estas y otras estructuras dinámicas, procesos y patrones de conflicto están encubiertos, es decir, los miembros de la familia no son, o sólo en parte conscientes de ellos, pese a que a un observador participante se le suelen revelar muy pronto (Sterlin, 1980).

En muy pocos casos se puede hacer un diagnóstico de retraso mental cuando nace el niño. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se hace en edad escolar, y cuando los padres sospechan que su hijo pudiera tener un retraso leve, la conciencia de su existencia va creciendo gradualmente y no tiene el impacto de imprevisto que generalmente la literatura dice. Aún en los casos de niños con lento funcionamiento, el diagnóstico llega por observar un desarrollo retardado. La mayoría de las veces, el diagnóstico formal sólo confirma la sospecha de los padres, y aunque el diagnóstico sea de repente, la sospecha e incluso el conocimiento del retraso han estado presentes durante meses o años.

Para Beavers (1989), el grado en que la familia esta organizada entorno al niño discapacitado, es la llave que lleva al éxito o fracaso de la adaptación. En contradicción con Sterlin (1980), según Beavers, estas familias desarrollan una conciencia más explícita de lo que es importante y valioso para ellos. Foster

(1986, en Beavers, 1989), comenta que la familia necesita lidiar con los valores más importantes. Los padres y hermanos normales verbalizan y demuestran preocupación por el menos afortunado, así como compasión, tolerancia y paciencia. Muchos padres se enfocan en tratar de apreciar los placeres cotidianos, apreciando sus propios hijos normales y los de otras personas, siendo conscientes del vigor y fuerza de su pareja y estando agradecidos de las amistades. Las creencias religiosas son enfocadas como esenciales en estas familias.

Asimismo, se ha encontrado que en familias con hijos con retraso, el niño frecuentemente trae algo valioso a la familia. Estas familias a menudo crecen espiritual y filosóficamente, alcanzando un nuevo entendimiento de los valores fundamentales y un profundo significado de la vida (Wolfensberger, 1967).

Seguidamente se explicarán las diferentes reacciones iniciales y las diversas crisis por las cuales pueden pasar los padres con hijos discapacitados.

Para Wolfensberger (1967) muchas son las reacciones iniciales de los padres con hijos discapacitados mencionadas en la literatura: alarma, ambivalencia, coraje, ansiedad, reacciones catastróficas, confusión, deseos de muerte, depresión, envidia, impulsos de destruir al niño, dolor, autoculparse, shock, auto compadecerse, etc. La lista puede ser interminable, pero algunos autores enfatizan una o algunas reacciones como predominantes, otros autores opinan que varían dentro y entre las personas. Dalton y Epstein (1963)(en Wolfensberger, 1967), señalan que los

padres pueden estar deprimidos por la desilusión, culpables por su responsabilidad y ambivalencia, enojados por haberles pasado a ellos, y ansiosos por el futuro del niño. Sin embargo, una gran cantidad de autores mencionan a la culpabilidad como la reacción predominante. Muchas son las razones por las cuales los padres pueden sentirse culpables; se puede sentir culpable porque todo su enojo y hostilidad van dirigidos al niño y siente impulsos de destruir al niño.

Una de las causas predominantes por las cuales un padre puede sentirse culpable, es la reacción de preguntarse Porqué me pasó a mí? y las posibles causas que ellos piensan pudieron intervenir. Por esto, pueden recordar un descuido pre-natal, los esposos pueden sentir que no fueron considerados con sus esposas, se preguntan si tuvieron el cuidado adecuado con el niño durante su infancia, o se pueden acusar ellos mismos por no prevenir todos aquellos pequeños accidentes que no tiene nada que ver con el retraso, o por no haber llamado al Doctor cuando el niño tenía calentura.

A menudo, el niño es visto como un castigo enviado por Dios, por acciones realizadas en el pasado. Kramm (1963; en Wolfensberger, 1967) encontró que un 12% de padres de niños mongólicos, veían a su hijo retrasado como una acción directa de Dios, aunque el mongolismo, es más aceptable y entendido que un retraso mental. Muchos padres, por la cercana relación entre sexualidad y reproducción, ven una conexión entre el hijo retrasado y la transgresión pre y extra marital; además piensan

que las prácticas intra-maritales inusuales y las relaciones durante el embarazo, pudieron afectar al niño.

La culpabilidad también aparece cuando un hijo no deseado, nace retrasado, puesto que hubieron atentados de abortos o cuando un padre tiene impulsos homicidas contra el hijo.

Los estudiosos del tema, opinan que la culpabilidad generalmente no tiene bases reales y conlleva a una conducta no adaptativa y mal adaptativa. Por ejemplo, lo que es muy frecuente, es que los padres gastan grandes sumas de dinero en cuidados médicos y en ubicar al niño fuera del hogar para así delegar la responsabilidad a otros.

Sin embargo, la culpabilidad a veces ayuda a que los padres presten atención especial al hijo, se esfuercen e incluso amen lo que el niño retrasado pueda necesitar.

Asimismo, Wolfensberger (1967) opina que otra de las reacciones que los padres pueden tener es la ambivalencia, puesto que por un lado, una minusvalía en un hijo es ciertamente una desilusión, frustración y enojo en un padre que ocasionalmente también tendría estos sentimientos por un hijo normal.

Por otro lado, el impulso de amar y proteger a los niños esta profundamente enraizado en los valores humanos y probablemente es instintivo. Lógicamente, la ambivalencia es más fuerte en los padres de niños minusválidos. Esta ambivalencia se sustenta en el

hecho de que no se puede encontrar ninguna vía racional para culpar al niño.

En general, las reacciones de los padres se pueden agrupar en tres categorías: desilusión, enojo y culpabilidad.

Según Wolfensberger (1967) los padres pueden atravesar por tres crisis, algunos pasan por todas, otros por una o ninguna.

Las crisis pueden darse simultáneamente, pero van a tender a correlacionarse en algún grado con la edad del niño. Algunas de las crisis pueden ser de largo tiempo.

La primera crisis ocurre cuando se hace el diagnóstico de retraso, y los padres no lo esperan; por ejemplo al nacer un niño mongólico. Los padres están en un alto nivel de expectativa y esperando no solamente a un niño sano, sino que a uno perfecto (Solnit y Stark, 1961; en Wolfensberger, 1967). Ya tienen la imagen de la raza, sexo, apariencia, y su futura ocupación, estatus marital, y otros atributos para el niño esperado. La llegada de cualquier niño que amargue estas expectativas, va a producir un shock por lo inesperado o una crisis con shock por lo inesperado. Los padres saben que es un caso poco común, y que sus expectativas deben ser revisadas, pero no saben nada acerca de cuáles son las expectativas reales que pueden tener. El elemento crucial aquí no es el retraso, sino la demolición de las expectativas.

La segunda crisis se puede describir como una crisis de valores. El retraso y sus manifestaciones son inaceptables para

muchas personas por muchas razones. La sola idea de que el hijo ni siquiera va a tener el potencial para ser profesional o un excelente comerciante puede ser excesivamente doloroso para un padre. Aún una segunda posibilidad que el niño pudiera ser auto-suficiente, y un honesto ciudadano que hiciera trabajos técnicos, también resulta inaceptable. La crisis de valores es conductora de los grados del rechazo emocional del retrasado. En condiciones apacibles, esto se puede manifestar con ambivalencias y sobreprotección. En su forma severa, se llega a colocar al hijo en instituciones y hay una completa negación de la existencia del retrasado. La diferencia de esta crisis, es que puede durar toda la vida y puede coincidir con cualquiera de las otras crisis.

La tercera crisis es la crisis de la realidad. Causas externas y no controlables por los padres hacen imposible, o sumamente difícil que el hijo retrasado permanezca en la familia o la comunidad. Por ejemplo, la conducta sexual del retrasado adolescente puede ser juzgada como peligrosa para otros o inaceptable para la comunidad. Esto, que podría tomarse como parte de la crisis de valores, constituye una presión social y una real crisis para la familia.

Si uno es capaz de conceptualizar el tipo de crisis que la familia experimenta, es más fácil poder identificar el tratamiento efectivo. Los padres que están en la crisis de la novedad necesitan información y apoyo; los que están en la crisis de valores, necesitan consejos por mucho tiempo o terapia personal; los que están en la crisis de realidad, necesitan ayuda práctica y de la vida diaria como, entrenamiento para el manejo en la casa, cuidado de niños,

cuidados diarios y a lo mejor alguna forma de colocación residencial (Wolfensberger, 1967).

Todas estas reacciones de los padres y las crisis por las cuales atraviesan, influyen de alguna manera en su relación de pareja, y por lo tanto, en su satisfacción marital.

Como conclusión podría decirse que la existencia de un hijo diferente y en desventaja dentro del núcleo familiar, constituye una de las pocas situaciones en que la pareja se ve obligada o podría aprovechar para realizar un replanteamiento de sus valores y un cuestionamiento profundo de sus vidas personales, que los conduce a un proceso de mayor desarrollo y madurez. La presencia permanente del dolor y del sufrimiento, conduce a que los miembros de la pareja concentrados en resolver los problemas del niño en desventaja, eludan con más facilidad la hostilidad y el conflicto entre ellos, generando una situación donde predomina en mayor medida el afecto y el amor, disfrutando mejor las oportunidades agradables que les ofrece la vida cotidiana.

CAPITULO III

EL RETRASO MENTAL

El retraso mental ha sido estudiado por muchos autores, puesto que existe un amplio grupo de familias que poseen uno o varios miembros con retardo mental, lo cual afecta directamente a la familia y por tanto a la sociedad. Es imprescindible conocer las causas del retardo mental y sus formas de prevenirlo para poder suprimir la posibilidad de tener un hijo discapacitado. Por otro lado, al tener un hijo con retraso mental es preciso conocer sus características y las diferentes alternativas que tienen los padres para educar al niño, y lo más importante, saber como manejar la situación en la familia y en la pareja, para poder llevar una vida lo más normal posible, logrando una unidad familiar sana y feliz.

2.1 DEFINICION.

Las limitaciones en la personalidad del retrasado mental, se deben esencialmente, a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a las exigencias del ambiente, y poder así establecer una existencia social independiente. Dicha falta de capacidad intelectual se deriva de una limitación nata en el desarrollo del cerebro, debido a la dotación genética, a una enfermedad, o una lesión cerebral que se produjo antes, durante, o inmediatamente después del nacimiento, o bien es la consecuencia de una falta de maduración, debida a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares y

culturales han sido insuficientes. Durante los primeros años de la alteración del desarrollo, el ritmo de la maduración o de la adquisición de las diversas actividades sensoriales y motoras suelen proporcionar los datos para diagnosticar deficiencia mental. Así, los retardos o fallas en la evolución progresiva de la motilidad, el lenguaje, el control de la evacuación de la vejiga y el intestino y la capacidad de interactuar con otros niños, revelan indicios del trastorno. La incapacidad de adquirir y retener conocimientos, como resultado de la experiencia, indica la presencia de un defecto en la capacidad de aprender, y se observa con mayor claridad durante los años escolares. Si el defecto mental es leve, el niño tal vez muestre pocos signos hasta que entra en la escuela. La adaptación social se vuelve importante como un índice de retardo mental, en especial al nivel adulto, pero se refleja desde antes en la capacidad del individuo para relacionarse con sus padres y maestros, y con personas de su misma edad (Kolb, 1977).

Según Ey, Bernard y Brisset (1980) los retrasos mentales (u oligofrenias) son insuficiencias congénitas (o en todo caso de comienzo muy precoz) del desarrollo de la inteligencia. Se oponen clásicamente a las demencias que son deterioros de una inteligencia que se había desarrollado normalmente. Los estados de retraso corresponden a un enlentecimiento, después a una detención de esta evolución en un nivel más o menos deficitario, sin que la noción de edad mental implique, sin embargo, una correspondencia real con un niño de la misma edad.

Según el DSM-III-R (1988), los síntomas esenciales del retraso mental son: 1) capacidad intelectual general muy por

debajo del promedio, que se acompaña de 2) un déficit o deterioro significativo de la capacidad adaptativa, y con 3) un comienzo antes de los 18 años. El diagnóstico se hace prescindiendo de si hay o no trastornos orgánicos u otros trastornos mentales.

Seguidamente, se explicará en que consiste la capacidad intelectual general, la capacidad adaptativa, la sintomatología asociada, la edad de comienzo, el curso, el deterioro, las complicaciones y los antecedentes familiares.

Capacidad intelectual general. La capacidad intelectual general se define como cociente intelectual (CI, o equivalente a CI) obtenidos mediante la evaluación de una o más personas a través de un test de inteligencia administrado individualmente (por ejemplo la escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada, el Stanford-Binet, batería de evaluación de Kaufman para niños). La capacidad intelectual que se encuentra significativamente por debajo del promedio se define como un CI de 70 o inferior, obtenido mediante un test de inteligencia administrado de forma individual. Dado que ninguna medida es infalible, la prueba de CI posee un error de medida de cinco puntos aproximadamente, de ahí que un CI de 70 se considere situado dentro del intervalo que va de 65 a 75. Se ha elegido un CI de 70 como punto de corte en el retraso mental, ya que mucha gente con un CI inferior a 70 requiere cuidados especiales, particularmente durante la etapa escolar. Los valores límite arbitrarios se basan en los datos que indican una relación positiva entre la inteligencia (medida a través de un test de inteligencia) y la conducta adaptativa presente en los niveles más

bajos de CI. Esta relación tiende a desaparecer en el retraso mental leve o moderado (DSM-III-R, 1988).

Capacidad adaptativa. La capacidad adaptativa es la eficacia que muestra la persona en determinadas áreas de su comportamiento, como habilidades sociales, comunicación y habilidades para resolver problemas cotidianos, y a lo adecuado de sus respuestas en relación a la independencia personal y a la responsabilidad social esperados por su edad y grupo cultural. La capacidad adaptativa de las personas con retraso mental (y de las que no tienen) se ve influenciada por las características de personalidad, el grado de motivación, el nivel de educación, y por las oportunidades vocacionales y sociales. La conducta adaptativa puede mejorarse con los esfuerzos adecuados, mientras que el CI tiende a permanecer más estable. Se han diseñado distintas escalas para cuantificar la capacidad adaptativa (por ejemplo, la escala de conducta adaptativa de Vineland o la escala de la Sociedad Americana de Retraso Mental). En una situación ideal, estas escalas deberían ser utilizadas paralelamente con el juicio clínico sobre el grado general de adaptación. Si no se dispone de estas escalas, puede bastar el juicio clínico sobre el grado general de adaptación, considerando la edad, trayectoria y conocimientos culturales de la persona (DSM-III-R, 1988).

Sintomatología asociada. Los síntomas conductuales más frecuentes en el retraso mental incluyen la pasividad, la

dependencia, la baja autoestima, la baja tolerancia a la frustración, la agresividad, la pobreza en el control de los impulsos, las conductas estereotipadas automutilantes y autoestimulantes. En algunos casos, estas conductas pueden ser aprendidas y condicionadas por factores ambientales; en otros casos, pueden estar relacionadas con un trastorno orgánico subyacente, como la conducta automutilante asociada al síndrome de Lesch-Nyhan. Particularmente frecuentes como diagnósticos asociados son los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y las estereotipias/trastornos de los hábitos (DSM-III-R, 1988).

Edad de comienzo. Por definición, el retraso mental requiere que su comienzo tenga lugar antes de los 18 años. Cuando un cuadro clínico similar aparece por primera vez después de los 18 años, el síndrome constituye una demencia y no un retraso mental. Cuando el cuadro clínico aparece antes de los 18 años en una persona que previamente tenía una inteligencia normal, debería hacerse un diagnóstico de retraso mental y demencia (DSM-III-R, 1988).

Curso. El curso del retraso mental está en función de factores biológicos, como los trastornos orgánicos subyacentes con valor etiológico, y de factores ambientales, como nivel y oportunidades educativas, estimulación ambiental, y de lo apropiado de la planificación y ejecución del trato que se dispensa al sujeto.

Si la anomalía orgánica subyacente es estática el curso del retraso mental es variable: con una influencia ambiental óptima el funcionamiento puede mejorar; pero con una influencia ambiental nociva, se puede deteriorar. Si la anomalía somática es progresiva, el funcionamiento tenderá a deteriorarse, aunque si existe una influencia ambiental óptima, el deterioro puede avanzar más lentamente. Como norma, los niños con retraso mental no son admitidos durante largos períodos de tiempo en instituciones de tipo cerrado, y los adultos solamente lo son en muy raras ocasiones. En consecuencia, el pronóstico del retraso mental ha mejorado considerablemente en los últimos años. En la actualidad, la mayoría de las personas afectadas de retraso mental se adaptan mejor al sistema de vida de la comunidad. Algunas personas con retraso mental leve desarrollan unos hábitos adaptativos óptimos y mantienen sus trabajos en empleos competitivos. Para estas personas no está justificado el diagnóstico de retraso mental, aunque fuera apropiado hacerlo cuando estaban en edad escolar y sus déficit intelectuales limitaban su rendimiento académico (DSM-III-R, 1988).

Deterioro. Por definición, existe siempre un déficit en la capacidad adaptativa. El grado de deterioro se correlaciona con el nivel general de capacidad intelectual, la presencia de síntomas asociados y complicaciones y con el nivel educacional y otras oportunidades ambientales (DSM-III-R, 1988).

Complicaciones. Pueden ser complicaciones de este cuadro otros trastornos mentales, como los trastornos depresivos, los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad. Las personas que sufren retraso mental son particularmente vulnerables a la explotación por terceras personas, al maltrato físico y sexual, o a la negación de derechos y oportunidades (DSM-III-R, 1988).

Antecedentes familiares. La prevalencia del retraso mental debido a factores biológicos conocidos es muy similar entre los niños de las clases económicas altas y bajas, excepto en el caso de aquellos factores etiológicos que estén claramente relacionados con el estatus socioeconómico bajo, como en la intoxicación por plomo y los partos prematuros. En aquellos casos que no se puede determinar ninguna causa biológica específica, hay una mayor representación de las clases socioeconómicas bajas y el retraso mental normalmente es más leve (aunque pueden observarse todos los niveles de gravedad). La edad en que se diagnostica por primera vez el retraso mental en una persona depende de la gravedad del caso y de si hay o no un trastorno somático con signos fenotípicos característicos. Así los niños con retraso mental grave y los niños con síndrome de Down son diagnosticados más precozmente que aquellos otros que cursan con retraso mental leve de causa desconocida (DSM-III-R, 1988).

2.2 ETIOLOGIA.

Según el Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Asociación Psiquiátrica Americana (1968) (citado por Caso, 1984) el retardo mental puede ser clasificado por sus diferentes causas en:

- I. Infección o intoxicación.
- II. Traumatismo o agente físico.
- III. Trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la desnutrición.
- IV. Afección postnatal grave del encéfalo.
- V. Asociado a enfermedades y cuadros provocados por influencias prenatales desconocidas.
- VI. Con anomalías cromosómicas.
- VII. Asociado a prematuridad.
- VIII. Consecutivo a un trastorno psiquiátrico severo.
- IX. Ausencia de ambiente psicosocial apropiado.
- X. Otras causas.

También se puede hacer una clasificación etiológica general de los retrasos mentales:

I. Los factores hereditarios

I.1. Los factores genéticos no específicos. Son los retrasos de cualquier grado cuyo gen no está individualizado, pero cuya

transmisión hereditaria está demostrada por el estudio de gemelos o por las correlaciones entre el CI de los padres e hijos. Existe un 27% de retrasados, de hermanos de retrasados pertenecientes al nivel de la debilidad, y el riesgo de retraso mental entre la descendencia de un retrasado alcanzaría por lo menos el 40% y si los dos padres son retrasados el 80%.

I.2. Factores genéticos de ciertos retrasos mentales específicos.

Es cuando existen genes anormales, dominantes o recesivos, a través de procesos anatomofisiológicos bien definidos, ya sea de lesiones cerebrales o de trastornos de metabolismo. Son afecciones heredofamiliares en las que a veces han podido precisarse modalidades mendelianas de transmisión.

I.3. Los factores cromosómicos. Estos no son propiamente hereditarios y son descubiertos por el estudio del cariotipo que revela anomalías cromosómicas, entre la más característica es la que se da en el mongolismo.

II. Las causas patógenas prenatales

Estas pueden ser infecciosas, parasitarias, tóxicas, debidas a una incompatibilidad sanguínea o incluso a las malas condiciones de la madre durante el embarazo.

II.1. Etiología infecciosa y parasitaria. Son infecciones que se transmiten de la madre al feto, como la sífilis, la rubéola y la toxoplasmosis, las cuales condicionan una disgenesia intelectual más o menos profunda.

II.2. Etiología exotóxica (el alcoholismo). Entre los hijos de alcohólicos el número de retrasados es más elevado que entre los hijos de la población general.

II.3. Factores humorales e intoxicaciones endógenas. Son a) las intoxicaciones endógenas, en donde el feto puede resultar afectado por las intoxicaciones que resultan de la uremia, diabetes, etc. de la madre; y b) el factor Rhesus (Rh). Las incompatibilidades sanguíneas y el problema de la ictericia nuclear. Esto es cuando la madre posee un Rh- y el padre Rh+, pues el grado de ictericia del recién nacido es muy grave; sin embargo se sabe que pocos casos de estos se complica con una afectación cerebral que deje secuelas (trastornos del tono, sordera, oligofrenia). La ictericia también puede darse en el prematuro, y también por factores genéticos. Por lo tanto el problema del mecanismo patogénico exacto de la ictericia nuclear no está aún resuelto.

II.4. Otras condiciones patógenas de la gestación. El mal estado físico de la madre durante el embarazo, las emociones, etc. parecen influir, pero no se ha comprobado. La edad de la madre sí es un

factor importante, ya que el mongolismo se da más frecuentemente en mujeres mayores.

III. Las causas en relación con el parto.

El papel de los traumas obstétricos explica las hemiplejías y las diplejías congénitas. Además pueden ser el origen de retrasos mentales, incluso fuera de la existencia de todo síndrome neurológico, sobre todo en los casos de anoxia neonatal y de hemorragias intracraneanas en los partos distócicos y de traumatismos craneanos.

IV. Las causas procedentes del medio neonatal.

Además de los mecanismos hereditarios y las afecciones cerebroespinales de la primera infancia, existen factores culturales, sociales y familiares que pueden influir en el desarrollo intelectual de los niños. El cociente intelectual varía según el medio social, urbano o rural, el lugar de nacimiento, etc. El embrión y después el feto y el recién nacido se desarrollan bajo la doble influencia de la herencia y el medio; así como de la influencia educativa y afectiva del medio social.

2.3 CLASIFICACION DEL RETRASO MENTAL.

La Asociación Americana para el Estudio del Retardo mental (citado por Caso, 1984) ha clasificado los diferentes tipos de retardos conforme al criterio psicométrico, utilizando el Coeficiente Intelectual (C.I.). Según este criterio se consideran seis tipos de retrasados o deficientes:

Fronterizo	C.I.	69-83
Discreto	C.I.	52-67
Moderado	C.I.	36-51
Severo	C.I.	20-35
Profundo	C.I.	menos de 20

No especificado (reservado para aquellos casos en los que no se precisó el C.I. pero se considera obvio el déficit intelectual).

Según el DSM-III-R (1988), existen cuatro niveles de gravedad que reflejan el grado de deterioro intelectual:

Niveles de gravedad	CI
Leve	de 50-55 a 70
Moderado	de 35-40 a 50-55
Grave	de 20-25 a 35-40
Profundo	por debajo de 20-25

Seguidamente, se explicaran en que consiste cada uno de los niveles.

Retraso mental leve. Corresponde a la categoría pedagógica de "educable", y un 85% de la población de retrasados es afectada por este trastorno. Los niños de este nivel pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el período preescolar (0 a 5 años) y tienen un deterioro mínimo en las áreas sensoriomotrices, lo que a menudo hace difícil distinguirlos de los niños normales y obliga a hacer el diagnóstico cuando son ya mayores.

Actualmente toda persona con retraso mental leve puede vivir perfectamente adaptada a su comunidad, independientemente o en lugares supervisados o viviendas agrupadas, a menos que exista algún otro trastorno asociado que no lo permita.

Retraso mental moderado. Equivale a la categoría pedagógica de "entrenable" y constituye el 10% de la población. Los niños de este nivel pueden mantener una conversación y aprender habilidades de comunicación durante el período preescolar. Con una supervisión moderada pueden cuidarse a sí mismos y beneficiarse de un entrenamiento profesional. Los que siguen estudios, son incapaces de pasar el segundo grado. En la adolescencia pueden tener problemas por su dificultad en reconocer las normas sociales. Se adaptan bien a la vida comunitaria, pero generalmente viven en lugares especiales.

Retraso mental grave. Constituye un 3-4% de la población con retraso mental. Existe un desarrollo motor pobre en el período preescolar y el niño adquiere muy pocas o ninguna habilidad verbal para la comunicación. En la etapa escolar pueden recibir los principales hábitos de higiene y aprender algunos hábitos de conversación. Pueden entender palabras como "mujer, alto, hombre", pero no podrán aprender el alfabeto ni cálculo elemental. Ya adultos podrán realizar alguna tarea sencilla pero bajo supervisión. Algunos podrán adaptarse a la vida de comunidad en lugares protegidos o con sus familias.

Retraso mental profundo. Constituye el 1-2% de la población con retraso mental. En los primeros años se observa una mínima capacidad para el funcionamiento sensoriomotriz. Necesitan de un entorno altamente estructurado con una supervisión y ayuda constantes y una relación personalizada con su cuidadora, para obtener un óptimo desarrollo. El desarrollo motor, la autonomía y las habilidades de comunicación pueden perfeccionarse con un entrenamiento adecuado. Estas personas viven en comunidades, viviendas protegidas, en régimen de cuidados intermedios, o con sus familias.

Retraso mental, no especificado. Esta clasificación se utiliza cuando existe sospecha de retraso mental, pero no puede comprobarse con una prueba de inteligencia convencional; como en

el caso de que no se muestren cooperadores al ser evaluados, o de niños más pequeños en los cuales no se puede aplicar una prueba como el Bayley, Cattell y otros, puesto que no admiten valores de CI. Este diagnóstico se hace cuando exista un juicio clínico de una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio.

La capacidad adaptativa también permite establecer cuatro niveles de comportamiento, en las dos áreas del grado:

- 1) funcionar y mantenerse independientemente, y**
- 2) satisfacer en forma adecuada las exigencias que la cultura impone, lo cual implica responsabilidad personal y social (ver cuadro 1, para edad escolar 0 a 5 años; cuadro 2, para edad escolar 6 a 21 años; cuadro 3, para adulto 21 años).**

CUADRO 1.

CLASIFICACION DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA ⁴

Edad preescolar 0 a 5. Maduración y desarrollo.

Nivel I. Retraso obvio; capacidad mínima para funcionar en las áreas sensoriales y motoras; el individuo necesita cuidados generales de enfermería.

Nivel II. Poco desarrollo motor; lenguaje mínimo; el individuo generalmente es incapaz de obtener provecho cuando lo adiestran para bastarse a sí mismo; posee poca o ninguna habilidad para comunicarse.

Nivel III. El individuo puede hablar o aprender a comunicarse; casi o se da cuenta de su situación en los grupos; su desarrollo motor es bastante bueno; puede obtener

⁴ Tomado de Kolb, 1985 : "Psiquiatría clínica moderna". Ed. La prensa médica mexicana (pp 831).

provecho si lo adiestran para bastarse a sí mismo; se le puede manejar con supervisión moderada.

Nivel IV. El individuo puede desarrollar habilidad para comunicarse y alternar socialmente con otras personas; tiene un retardo mínimo en las áreas sensoriales y motoras; rara vez se distingue de los individuos normales, hasta que alcanza una edad mayor.

CUADRO 2.

CLASIFICACION DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA ⁵

Edad escolar 6 a 21. Adiestramiento y educación.

Nivel I. Existe cierto desarrollo motor; el individuo no puede obtener provecho cuando lo adiestran para bastarse a sí mismo; necesita cuidados generales totales.

Nivel II. El individuo puede hablar o aprender a comunicarse; se le pueden enseñar hábitos higiénicos elementales; no puede aprender habilidades académicas funcionales; deriva provecho del adiestramiento sistemático de los hábitos (es "adiestrable").

⁵ Tomado de Kolb, 1965: 'Psiquiatría clínica moderna'. Ed. La prensa médica mexicana. (pp 831).

Nivel III. Cuando llega a los 18 ó 20 años de edad, el individuo puede aprender habilidades académicas funcionales hasta aproximadamente el nivel del cuarto grado, siempre que se le dé una educación especial (es "educable").

Nivel IV. Cuando llega a los 18 ó 20 años, el individuo puede aprender habilidades académicas hasta de un nivel correspondiente al sexto grado. No puede aprender temas generales de escuela preparatoria. Necesita educación especial, articularmente al nivel de la escuela secundaria (es "educable").

CUADRO 3.

CLASIFICACION DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA ⁰

Adulto 21 años. Competencia social y vocación.

Nivel I. Hay cierto desarrollo motor y del habla; el individuo es totalmente incapaz de mantenerse por sí solo; necesita cuidados generales completos y supervisión.

Nivel II. El individuo puede contribuir parcialmente a su sostén económico, bajo supervisión completa, puede desarrollar habilidades de autoprotección hasta alcanzar un nivel útil mínimo, siempre que permanezca en un ambiente controlado.

Nivel III. El individuo es capaz de mantenerse a sí mismo en ocupaciones que no requieran habilidad especial o que

⁰/ Tomado de Kolb, 1985: "Psiquiatría clínica moderna". Ed. La prensa médica mexicana. (pp 831).

requieren una habilidad mínima; necesita supervisión y guía cuando se encuentra en situaciones de ligero stress social o económico.

Nivel IV. El individuo puede volverse competente desde el punto de vista social y vocacional, siempre que reciba la educación y el adiestramiento adecuado. A menudo necesita supervisión y guía cuando se encuentra bajo situaciones de grave stress social o económico.

2.4 PREVENCIÓN.

Según Kolb (1985) el síndrome cultural-familiar es la causa más común del retardo mental. Para su prevención la estrategia es modificar el ambiente en el cual el niño aprende. Aquellos niños de madres retrasadas, o que viven bajo condiciones socioeconómicas de privación, corren un mayor riesgo de tener retraso, por la falta de estimulación y experiencias intelectuales. El problema es que estos padres no se dan cuenta del conflicto ni les interesa guiar al niño para que vea programas adecuados, e incluso algunas veces ellos lo impiden.

El retraso grave y profundo son generalmente por causas genéticas o embriogenéticas. La prevención para esto sería detectar cuáles son las madres que tienen alto riesgo de tener un hijo discapacitado; a través de un diagnóstico prenatal, por medio de una amniocentesis y análisis del líquido amniótico, en busca de aberraciones cromosómicas o químicas. En el caso que se descubra alguna anomalía, se debe proporcionar un aborto electivo.

Las mujeres de más de 40 años tienen un alto riesgo de dar a luz niños con síndrome de Dawn; entre los 35 y 40 años el riesgo es de uno por cada 200 casos; además de las mujeres mayores es de donde nace un 16% de los niños con síndrome de Down. Las mujeres que ya tienen un hijo con este mal tienen mayor probabilidad de tener otro. La prevención es que la política social debe establecer que se tenga oportunidad de un diagnóstico prenatal; el cual se puede hacer después del cuarto mes de

embarazo por medio de una amniocentesis. Los mismos principios deben de utilizarse con las mujeres que tienen probabilidad de tener un hijo con enfermedad de Tay-Sachs o con otras lipoidosis. Otra estrategia es detectar a los recién nacidos por métodos bioquímicos, haciendo pruebas sistemáticas.

El hecho de poder detectar niños con fenilcetonuria por medio de un diagnóstico postnatal (pruebas urinarias), ha reducido la frecuencia del retraso gracias a la detección temprana y a la dieta terapéutica.

Otra forma de prevenir la patología cerebral por causas biológicas, son los programas de inmunización para las mujeres embarazadas; por ejemplo la inmunización para la rubéola y la vacuna para el citomegalovirus.

Según Stein (1975; en Kolb, 1985), si se utilizaran todas estas medidas preventivas, que actualmente existen, para el nacimiento de niños con defectos cromosómicos y metabólicos heredados, la prevalencia del retraso mental grave disminuiría en un 30%. Si se tiene la posibilidad de tener estos adelantos científicos, es un deber utilizarlos.

Una medida importante es poder detectar como terapeuta, si los padres son capaces de proporcionar al niño retrasado cuidados sanos, que lo ayuden a desarrollarse y si son capaces de hacer un esfuerzo vigoroso para mantener un clima interpersonal de apoyo; porque de lo contrario, si los padres rechazan al hijo retrasado, lo privan de afecto, lo hostilizan o le pegan, el niño se

volverá inquieto, inseguro, agresivo, hostil y tal vez delincuente. Por esto es recomendable que si los padres no son capaces de cuidarlo, es mejor que el niño se interne en una institución para su cuidado.

2.5 TRATAMIENTO.

Kolb, recomienda que desde que el niño nace se vea involucrado en experiencias transaccionales con otras personas que lo estimulen; que reciba adiestramiento sensorial por medio de manipulación y juegos que impliquen contacto corporal y mecero; de esta manera se estimulará el aparato sensorial audiovisual, así como los receptores superficiales y profundos de los sistemas táctiles, aversivos, cinestésicos y gustatorios. Se debe iniciar desde la edad preescolar y se debe enseñar a los padres y a los educadores cómo relacionarse con él. Sin embargo, algunos autores opinan que la estimulación temprana excesiva hace que el niño más tarde sea caprichoso y muy dependiente; pero por otro lado, estos niños muestran luego, habilidades sociales y cognitivas que de otra manera no habrían desarrollado. Además, en etapas posteriores, los niños están motivados para involucrarse en actividades sociales, educativas, vocacionales y de esparcimiento más avanzadas.

Un factor perjudicial para el niño retrasado es que le traten de enseñar cosas que estén más allá de su capacidad; por esto se debe de hacer una evaluación de sus fuerzas y debilidades, para así saber en qué programas insistir y cuáles evitar.

De gran importancia es el adiestramiento en habilidades recreativas y de esparcimiento, para que puedan relacionarse con otras personas; además el niño se da cuenta de su propio cuerpo y aumenta el potencial para hacerse valer como persona y para obtener placer.

La modificación de conducta ha tenido gran éxito en adiestrar a los niños con retraso grave y profundo, en habilidades como cuidar de sus excreciones en el cuarto de baño, vestirse, alimentarse y mantenerse limpios y alineados; además para dejar hábitos socialmente indeseables.

El adiestramiento social es lo más importante en estos niños, puesto que el grado en que la comunidad lo acepte como una persona agradable, está en proporción directa con la adaptación social del enfermo y con su salud mental.

Es recomendable que los niños con retraso asistan a escuelas especiales, porque así el niño puede competir con sus compañeros, se aleja de un plan de trabajo demasiado difícil, de las críticas de los compañeros, que le crean inseguridad y que establecen el método más fácil de defensa, que es la conducta antisocial franca. En la escuela especial, el niño se sentirá seguro,

tendrá confianza en sí mismo, sentirá satisfacción y éxito, lo cual es de gran valor para la formación de la personalidad.

Como se ve, el retardo mental puede darse por muchas y diferentes causas, causando infinidad de reacciones en la familia y en especial en los padres. Muchos son también los tratamientos recomendados para sobrellevar a un niño discapacitado, sin saber todavía cual de todos será el mejor, tanto para el niño, como para los padres y la familia. Pareciera ser, que lo más importante, fuera el hecho de que los padres acepten y quieran al niño incondicionalmente, sin sentirse culpables o desgraciados por tener un hijo diferente a los demás.

CAPITULO III

SATISFACCION MARITAL

3.1 DEFINICION.

Existen muchos estudiosos de la satisfacción marital. Entre ellos están Burr y Col. (1979; citado en Aguilar, 1990) que la definen como la relación subjetiva experimentada al matrimonio de uno; Spanier y Lewis (1980), dicen que es la evaluación subjetiva de la relación de una pareja de casados; por otro lado, McNamara y Bahr (1980; citado en Aguilar, 1990) la han descrito como un continuo satisfacción-insatisfacción. Pick de Weiss y Andrade (1985), opinan que es la actitud hacia la interacción marital y aspectos del cónyuge. Dicen que no es lo que sucede en el matrimonio, sino cómo lo definen los miembros. Así, definen la satisfacción marital, como una realidad construida por los miembros de la pareja y como el grado de valorabilidad que tiene cada uno dentro de la pareja, es decir, la actitud que el cónyuge expresa con respecto a aspectos de su pareja y de la interacción conyugal (Pick de Weiss y Andrade, 1985).

La satisfacción marital también se puede ver como una construcción social de la realidad, creada por la pareja en el matrimonio. Esta realidad se sustenta en las rutinas diarias, en la reafirmación por la interacción, en la conversación y en un repertorio de diferentes estructuras (Berger y Luckman, 1967). Según Borges y Locke (1945; citado en Aguilar, 1990) la satisfacción se presenta como una correspondencia entre la relación actual y la esperada, o como una comparación entre la relación actual con una alternativa, si la presente relación se terminara. Para Roach, Reazier y Bowden (1981; en obs. cit) es la actitud hacia la relación marital; y para Campbell (1976), la

satisfacción en cualquier aspecto de la vida y por lo tanto marital, se produce por las diferencias entre las percepciones individuales de cada situación y lo que él o ella aspiran en ese aspecto de la vida.

En general, para Rhyne (1970), las personas más satisfechas en su matrimonio son aquellas que se sienten más satisfechas en el amor, afecto, amistad, interés y gratificación sexual.

3.2 INVESTIGACIONES.

Asimismo, también existen muchos estudios sobre la satisfacción marital; Mcnamara y Bahr (1980; citado en Aguilar, 1990) los clasifican a través de tres modelos psicológicos: el bipolar, el cual establece que la satisfacción en el matrimonio es un balance entre aspectos positivos y negativos; el separado, según el cual la satisfacción e insatisfacción son dimensiones independientes y por último el unipolar, que esta en función de la frecuencia de aspectos satisfactorios en el matrimonio.

De la misma manera, Miller (1976), propone un modelo de satisfacción marital con el objeto de explicar porqué uno de los dos cónyuges o ambos, llegan a sentirse satisfechos o insatisfechos en su relación de pareja; dicho modelo se basa en siete antecedentes para la satisfacción marital:

- Antecedentes de socialización
- Roles de transición en la familia
- Número de hijos
- Años de casados
- Frecuencia y duración de la convivencia
- Nivel socio-económico
- Espacio para los niños

Farley y Davis (1980), y Farley y Mueller (1978), proponen que la personalidad interviene en la selección y satisfacción de la pareja. En su estudio encontraron que la extraversión está relacionada con un fuerte apetito sexual en las mujeres, y en los hombres la introversión y la heterosexualidad iban unidas; de lo cual se desprende la conclusión de que personalidades muy parecidas son menos compatibles y que personalidades opuestas, lo son más.

En cuanto al nivel socio-económico, Renne (1970; citado en Aguilar, 1990) encontró que personas que desempeñan ocupaciones de poco prestigio, con bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad, estaban más satisfechas con sus matrimonios. Otros, dicen que una educación profesional tiene efectos más importantes en la felicidad conyugal, que los que tienen una escolaridad más baja (Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

También concluyen que las esposas menos satisfechas son las profesionistas, y dicen que la felicidad varía directamente con el nivel de escolaridad. Por su parte, Miller (1976), es su estudio,

encontró que las familias en la categoría más baja de clase social, reportaron mucho menos compañerismo que las otras, lo cual es de suponerse puesto que se requieren algunos recursos financieros para participar en actividades compartidas por la pareja. Se ha encontrado que la satisfacción marital esta relacionada con la satisfacción de la carrera profesional; para los hombres, el involucramiento de su cónyuge en su carrera, es lo más importante para su satisfacción marital; en cambio para las mujeres, lo más importante es el apoyo emocional, luego el económico y después el apoyo en el trabajo por parte del esposo. La postura de que el matrimonio esopuesto a tener una carrera profesional, afecta más a las mujeres que a los hombres en la satisfacción marital (Ray, J. 1988). En otra investigación se encontró que el ajuste marital no estaba significativamente relacionado con el hecho de que solamente trabaje la mujer, o con la preferencia del hombre y/o mujer porque la mujer trabaje, ni con el número de horas a la semana que trabaje la mujer (Williams-Evans; Feinauer; Hendrix; y Stahmann: 1989).

En otra investigación se encontró que para las mujeres primero están las responsabilidades del hogar y de los niños que un estatus de trabajo. Los esposos de las mujeres que trabajan, tienen un mayor involucramiento en las tareas del cuidado del hogar y de los niños, que los esposos de las mujeres que no trabajan. Las mujeres que trabajan sólo medio tiempo, tienen los menores niveles de adaptación marital, mientras que sus esposos tienen los más altos.

En parejas retiradas, donde ambos ganaban un sueldo, se encontró que tenían una relación más igualitaria y cooperativa, sugiriendo que su felicidad, satisfacción y compromiso eran indicativos de los beneficios de sus dos sueldos (Tryban, G. 1985; citado en Aguilar, 1990).

También se ha investigado las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la satisfacción marital. Los resultados obtenidos por Atkinson (1980), Campbell y Col. (1976), Rollins y Feldman (1970), afirman que sí existen diferencias, pero Rollins y Canon (1974), afirman que no las hay.

Rollins y Galligan (1978), encontraron que las mujeres se ven más afectadas en su satisfacción marital por la edad y presencia de los hijos que los hombres. Rhyne (1981), encontró que los hombres tienden a estar más satisfechos que las mujeres. Según Will, Weiss y Petterson (1974; citado en Aguilar, 1990) la diferencia entre hombres y mujeres se debe al significado que tiene para cada uno el concepto de satisfacción marital.

Las diferencias hombre-mujer en la satisfacción marital tiene que ver con condiciones específicas del matrimonio, como duración del matrimonio, número y edad de los hijos, estatus del trabajo de la esposa fuera de la casa y el ciclo de vida de la familia (Rhyne, 1981).

Otro aspecto que se ha investigado es la competencia en los roles que juegan los cónyuges para la satisfacción marital. Se ha encontrado que el principal predictor de la satisfacción marital, es

el tiempo que el cónyuge dedica a los diferentes roles que debe cubrir (Gerfinan, 1985; citado en Aguilar, 1990). Brinley (1975; en obs. cit) encontró que la competencia en los roles del cónyuge, explican un mayor porcentaje en la satisfacción marital que la propia competencia del rol. Asimismo, el hallazgo de Bahr, Chappell y Leigh (1983), es que la calidad de la ejecución del rol que toca al cónyuge, presenta una asociación positiva con el grado de satisfacción marital.

También se ha estudiado el entendimiento de los deseos de cambio en la pareja. Se realizó una investigación entre la correlación y los índices de discrepancia del entendimiento de los deseos de cambio, y la satisfacción marital (Tiggle, Peters y Vincent; 1982). Estos resultados confirman lo que dicen Christensen y Wallace (1976), de que se asume que los miembros de una pareja satisfecha, tienen más habilidad para entender las necesidades que no satisfacen a su pareja; pudiera ser que esta habilidad, brinde una mejor y más efectiva forma de interactuar y por lo tanto, una mayor satisfacción mutua.

Clements (1976); Corsini (1956); Newmark, Woody y Ziff (1977); Dymond (1954) y Stuckert (1963); encontraron que la relación entre entendimiento y satisfacción marital, es significativa sólo para las mujeres. Contradictoriamente, en otros estudios se encontraron índices de discrepancia de entendimiento y satisfacción marital (Christensen y Wallace, 1976); (Murstein y Beck, 1972). Más adelante, también encontraron que la relación fue significativa sólo para las mujeres. Por otro lado, Boland y Follingstad (1987), encontraron que los procesos de comunicación

sí están relacionados con la satisfacción marital; pero Ray (1988), encontró que la comunicación esta poco relacionada con la satisfacción marital.

La satisfacción marital también se ha estudiado en parejas casadas por segunda vez. Demaris (1984), comparó la satisfacción marital de parejas casadas por segunda vez, contra parejas casadas por primera vez. Las parejas vueltas a casar, también fueron comparadas con su primer matrimonio con respecto al vivir juntos antes de casarse con la satisfacción marital. Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas en la satisfacción marital entre ambos grupos de parejas, ni en el que hayan vivido juntos antes del matrimonio. El vivir juntos antes de casarse, no estuvo relacionado con la satisfacción marital; así mismo, las personas casadas por segunda vez que vivieron juntos antes del matrimonio en su primer matrimonio, no tuvieron diferencia en su satisfacción marital actual.

El tiempo de convivencia en la pareja es importante para lograr una adecuada interacción. El hecho de que el esposo dedique gran parte de su tiempo al trabajo, reduce la posibilidad de interacción matrimonial (Grezemkovsky, Zilber, Rulloba, Herrera Lazo, Rubio Etcharren, Mader y Rubio, 1986; citado en Aguilar, 1990). Mientras más tiempo trabaja el hombre, la esposa lo percibe menos competente en el desarrollo de sus roles (Clark, 1976; en obs. cit).

Los resultados obtenidos por Smith, Snyder, Trull y Monsma (1988), confirman la importancia de compartir pasatiempos y el

tiempo libre. El tiempo ocupado en actividades individuales o con otros sin el cónyuge, estuvo relacionado con angustia marital. Contradictoriamente el tiempo impartido por la pareja, le produce a la mujer el doble de angustia que al hombre.

Martin; Blair; Nevels; y Fitzpatrick (1990) compararon el ajuste marital con seis estilos de amar: "storge" amistad, "agape" dar, "mania" posesivo, "pragna" lista de compras; "ludus" jugadores y "eros" ideal. El estilo "agape" de la mujer contribuye a su ajuste marital, pero contribuye más al ajuste marital del esposo. El estilo de amar del esposo y su ajuste marital, no contribuyen en nada al ajuste marital de la mujer.

También se ha estudiado la relación entre la interacción de la pareja y la satisfacción marital. Gottman y Krokoff (1989), encontraron que algunas pautas como el desacuerdo y las peleas, que generalmente han sido consideradas como perjudiciales para el matrimonio, pueden no serlo a largo plazo. Estas pautas estuvieron relacionadas con la infelicidad y la interacción negativa en el hogar, pero fueron relacionadas con una mejoría en la satisfacción marital a largo plazo. En conclusión, tres pautas de interacción fueron identificadas como disfuncionales en términos de largo plazo: defensividad (que incluye el quejarse), la terquedad y el retirarse de la interacción. Schaap y Jansen-Nawas (1987), observaron a parejas angustiadas y no angustiadas; los resultados indican que las parejas sin angustia muestran más afectos positivos y cuando escuchan, miran mucho más a su cónyuge. Al parecer, las parejas con angustia experimentan la mayor parte de la conducta emitida por su cónyuge como negativa, así mismo, la

conducta de las parejas sin angustia, es más positiva y la conducta de las angustiadas más negativa; también se encontró que las parejas que resuelven sus conflictos expresando su hostilidad, tienen más probabilidad de permanecer casados que los que fallan en hacerlo así.

Kelly, Lowell y Conley (1987), investigaron la relación de la personalidad y la compatibilidad, con la estabilidad matrimonial y la satisfacción marital. Se encontró, que las características de personalidad que fueron predictores importantes para la estabilidad matrimonial y para la satisfacción marital, fueron el neurotismo del esposo, el neurotismo de la esposa y el impulso de control del esposo. En otra investigación, se estudió a los cónyuges separadamente en situaciones de mucho y poco conflicto, en las cuales tenían que dar reportes sobre sus afectos. Se encontró que los reportes fueron coherentes entre esposo y esposa, lo cual está relacionado con la satisfacción marital (Goltman y Levenson; 1985).

En otro estudio se investigó los efectos de ciertas características de personalidad en la satisfacción marital. Estas características son: inteligencia, dominancia, fuerza del ego, control del auto-concepto, propensión a la culpa y tensión.

Muchos pensadores abstractos se encontraron en parejas satisfechas y estas parejas estaban más equilibradas en características de personalidad que las parejas que sentían a su matrimonio como insatisfactorio. No hubo diferencias en las características de personalidad entre esposos y esposas, indicando esto que las parejas tienen una mejor oportunidad de encontrar

sus matrimonios satisfactorios, si el cónyuge tiene rasgos similares. Las parejas de un matrimonio estable, eran de mente flexible, aceptando a otros, con confianza en su pareja, entusiastas y genuinos (Kim, A.; Martin, D.; Martin, M.: 1989).

Broderick y O'leary (1986), investigaron el afecto, las actitudes y la conducta en la satisfacción marital. Se encontró que los sentimientos positivos hacia el cónyuge, el compromiso y el cambio de orientaciones estaban relacionados con la satisfacción marital; el afecto y las actitudes, tienen mayor relevancia en la satisfacción marital que las variables de comportamiento.

Kumar (1986) entrevistó a parejas hindúes y encontró que para los hombres, en primer lugar estaba la satisfacción sexual, luego el entendimiento apropiado, después una actitud marital correcta y por último la fidelidad y la importancia de dar, como los cinco factores que contribuyen a la felicidad matrimonial. Las esposas mencionaron en primer lugar la fidelidad, en segundo lugar la compañía, en tercer lugar el amor y afecto, en cuarto lugar la importancia de dar, como los cinco factores más importantes en su felicidad conyugal.

Abelson y Col. (1986; citado en Aguilar, 1990) investigaron la relación entre satisfacción marital y el número de años de casados. Las parejas que tienen más tiempo de casados, tienen una gran tendencia a señalar su matrimonio como feliz. Los divorcios disminuyen con el tiempo de casados, lo que puede indicar que las parejas insatisfechas están menos dispuestas a divorciarse a medida que se va alargando el matrimonio; las parejas

insatisfechas, llegan a definir progresivamente su matrimonio como feliz o aceptable. El sentir que tienen que estar juntos, les da la sensación de que su matrimonio es feliz. Contradictoriamente, en otra investigación se encontró que no había relación entre el número de años de casados y la satisfacción marital (Bahr, Chappell y Leig, 1983).

Revisando los estudios hechos sobre este aspecto de la satisfacción marital, se encontró que en casi todos ellos, inicialmente existe un decremento en la satisfacción, pero la intensidad y velocidad del decremento es variable (Spanier, Lewis y Cole; 1975). En otra investigación, se encontró que la satisfacción marital puede decrecer en el momento de la paternidad, ya que el nacimiento de los hijos influye en la dinámica de la pareja (Nock, 1981). Burr (1970), Rollins y Feldman (1970), Rollins y Canon (1974), concuerdan en que la satisfacción marital es mayor en el período inicial y final, y menor en el intermedio. Al aumentar los años de casados, se da un descenso en la satisfacción de la pareja (Luckey, 1966); (Andrade y Pick de Weiss; 1981). Por otro lado Burr (1970); Rollins y Canon (1979); Rollins y Feldman (1970), hallaron que la satisfacción se da en forma de "U"; esto es que en un comienzo hay una mayor satisfacción, al nacimiento del primer hijo se da un decremento, el cual se mantiene durante las siguientes etapas de la vida familiar; y ya en la etapa de jubilación o al abandonar los hijos el hogar, hay un incremento en la satisfacción.

Morawski (1985; citado en Aguilar, 1990) encontró que los ciclos de vida afectan la calidad marital, y afectan más a las mujeres que a los hombres. Estas diferencias de sexo son

importantes en las etapas cuando los hijos entran en la adolescencia y luego cuando abandonan el hogar. Las etapas que propone Morawski son:

1. Paternal (ausencia de hijos)
2. Niños en preescolar (hasta los seis años)
3. Niños pequeños (seis a doce años)
4. Niños adolescentes (trece a diecinueve años)
5. Hijos grandes todos en casa
6. Hijos grandes algunos fuera de casa
7. Post paternal

También encontró, que la satisfacción aumenta en ambos sexos en la última etapa: la post-paternal. Sus estudios indican entonces, que las etapas de los ciclos de la vida familiar, afectan directamente las percepciones de la calidad marital.

Así la forma de "U" que se da en la satisfacción marital, se explica de la siguiente manera: al nacer los hijos, se da un decremento en la satisfacción, puesto que la presencia de los hijos interfiere con la interacción e intimidad de la pareja; al crecer los hijos e irse del hogar, cambia la interacción y hay más intimidad, la amistad toma gran peso para el hombre en la satisfacción marital; en la mujer, el trabajo dedicado a educar a los hijos ya terminó, por lo que ahora la amistad y el interés por la pareja tienen un mayor peso (Rollins y Feldman, 1970; Rollins, 1974; Miller, 1976; Rollins y Galligan, 1978).

Hafner y Spencer (1988), encontraron que en los matrimonios cortos (entre 1-6 años de casados) los predictores más importantes para la satisfacción marital fueron los síntomas psicológicos (ansiedad fóbica en las mujeres y depresión en los esposos); en las parejas intermedias (entre 7-16 años de casados), la hostilidad fue el principal predictor y en los matrimonios largos (de 16 y más años de casados), los predictores para la satisfacción marital fueron los factores de personalidad (flexibilidad personal en las mujeres y asertividad en los esposos).

En otro estudio se encontró que los items de: qué tan bien el esposo o esposa piensa que su pareja lo entiende; qué tan bien el esposo o esposa entiende a su pareja; el tiempo que los esposos emplean en actividades juntos, son indicadores unidimensionales para la satisfacción marital, y mostraron ser invariables a través del tiempo y de los ciclos de convivencia (Kilbourne; Howell; y England; 1990).

Houlihan; Jackson; y Rogers (1990) encontraron que la satisfacción marital esta relacionada con un estado de equilibrio en la pareja.

Burr (1970) y Miller (1976), encontraron un fuerte afecto positivo en la satisfacción marital, después del control de ciertas variables como: hijos, clase social y tiempo de estar casados. La gente con más años de matrimonio tiene más hijos y esto es la clave que une la duración del matrimonio al compañerismo y a la satisfacción marital, puesto que a más años de casados, más hijos y por lo tanto menos compañerismo y menor la satisfacción de la

pareja (Miller, 1987). En otro estudio hecho por White (1987), encontró que conforme el número de hijos va creciendo, el entendimiento entre esposo y esposa va creciendo.

Baltes (1986; citado en Agullar, 1990) igualmente encontró resultados contradictorios. Según él, los cambios en el ajuste matrimonial en diferentes etapas, son simplemente función de la edad de los cónyuges y de percepciones relacionadas con esta y no de los cambios en la relación conyugal.

Link y Darling (1986) estudiaron a parejas bajo tratamiento de infertilidad y su relación con la satisfacción que tienen en su vida; se encontraron altos niveles de insatisfacción y niveles clínicos de depresión. Individualmente, y en especial las mujeres bajo tratamiento para la infertilidad, experimentan estrés en varias áreas de su vida.

En otro estudio se investigó la relación entre el ajuste marital y el nacimiento del primer hijo. Se encontró que cuando las parejas tenían una relación cercana y de confianza, las madres eran más cálidas y sensitivas con su bebe, así mismo los padres tenían más actitudes positivas hacia su bebe. Estos resultados indican que la calidad del matrimonio juega un papel importante en el desarrollo de las relaciones padre-hijo (Cox; Owen; Lewis y Henderson; 1990).

Booth y Edwards (1989) estudiaron la transmisión de la calidad marital y familiar, sobre las generaciones siguientes, y el efecto del divorcio de los padres y la infelicidad, sobre el matrimonio de los hijos. Se encontró que el divorcio de los padres

tiene muy poca relación con varios aspectos familiares. En contraste, la infelicidad marital de los padres, estuvo **significativamente** relacionada con las relaciones maritales y familiares de los hijos casados. La infelicidad marital tiene efectos más negativos y más fuertes, en la siguiente generación que el divorcio de los padres.

Rollins y Galligan (1978) basados en la teoría de la Interacción simbólica, concluyen que la satisfacción marital en las parejas que tienen hijos, depende primordialmente de la presencia, número y edad de los hijos.

Otro factor importante que debe influir en la satisfacción marital, es el tener un hijo discapacitado. Como se dijo anteriormente, el tener un hijo con retardo mental afecta a la familia, aportándole frecuentemente algo valioso, como crecimiento espiritual y filosófico (Wolfensberger, 1967).

Muchos autores han estudiado a la familia del niño discapacitado y con retardo, pero escasos son los conocimientos que se tienen acerca de la satisfacción marital de los padres del hijo con retardo.

3.3 SATISFACCION MARITAL EN PAREJAS CON UN HIJO DISCAPACITADO.

Seguidamente se expondrán algunas investigaciones realizadas en cuanto al tener un hijo discapacitado y la satisfacción marital.

En 1986 Abbot y Willams, compararon a parejas con hijos retrasados y parejas con hijos de inteligencia mediana, con fuerzas matrimoniales, familiares y características de personalidad de los padres. Diferencias significativas se encontraron en la escala de fuerza paternal: con niños retrasados, la crítica familiar era menor y tenían menos problemas familiares persistentes. Los recursos importantes para hacer frente a un niño discapacitado, fueron el apoyo del cónyuge, la participación en grupos de padres y la religión.

En otra investigación, hecha por Schneiderman y Lowden (1986), se estudió a familias con niños genéticamente enfermos. Los autores hallaron hechos como: intento de suicidio de uno de los padres, rompimiento matrimonial y golpes severos. Además, estas familias se presentaron para obtener un tratamiento inicial, asociado con el niño genéticamente enfermo: la terapia subsecuente reveló que los problemas de las parejas, ya existían desde antes del nacimiento del niño enfermo.

Otros estudios indican que el estress por tener un hijo discapacitado, se difunde a toda la familia, con resultados

negativos en la satisfacción marital (Tew y col. 1974; Featherstone, 1980; Korn y col. 1980; citado en Aguilar, 1990).

Tew y Laurence (1975) reportan un gran estrés entre padres con hijos severamente discapacitados en comparación con los padres de hijos con discapacidad moderada. Nevin y McCubbin (1979) reportan resultados similares, los niños severamente discapacitados están asociados con altos niveles de estrés paternal. Las familias con niños discapacitados han sido descritas como socialmente aisladas (McAlister y col. 1973). Sin embargo, Kolin y col. (1971), no encontraron efecto significativo entre los niños severamente discapacitados y la adaptación familiar.

Otros estudios indican que a pesar del estrés, el sistema familiar permanece relativamente intacto y que no hay efectos negativos en la satisfacción marital (Freeston, 1971; Martín, 1975). Kazak y Marvin (1984), indican que el estrés se enfoca más en la relación paternal, con diferencias significativas entre éstos y las familias de comparación, pero no así en la satisfacción marital.

Kolin y col. (1971), encontraron que el tiempo de casados antes de nacer el niño discapacitado, era un factor importante para predecir los resultados maritales: las parejas que han estado casadas por lo menos cinco años, tienen menos dificultades que las que han estado casadas por menos tiempo. Esto concuerda con los estudios de Farber (1959), en notar que la calidad de la relación marital previa al nacimiento del niño discapacitado, es crítica para predecir el ajuste posterior de la pareja. Muchos estudios reportan que el nacimiento del niño discapacitado contribuye a la cohesión

marital, y que los índices de separación y divorcio no son significativamente mayores que los de la población general (Freeston, 1971).

En otro estudio, se encontró que la satisfacción marital esta relacionada con la severidad de la discapacidad del niño, tanto para el hombre como para la mujer. Los padres de los niños severamente discapacitados tuvieron un nivel de satisfacción marital más alto; además se encontró que las madres de estos niños reportaron tener niveles significativamente más altos de afecto en sus matrimonios, los padres también reportaron una misma tendencia, pero sin ser significativa. Asimismo, las madres de los niños severamente discapacitados, tuvieron niveles más altos de stress maternal; también las madres y padres reportaron mayor stress en las áreas de actividad y distracción del niño, que los padres de los niños menos discapacitados (Kazak y Williams; 1986).

En otro estudio se encontró que en todos los niveles de satisfacción marital de padres con hijos con myelomeningocele, no hubo diferencias con el grupo de comparación (Kazak y Marvin; 1984).

En los niveles de stress paternal tampoco hubo diferencias entre los grupos, lo cual puede deberse a que la relación marital absorbe, de alguna forma, las demandas y stress extras que producen el cuidar a un niño discapacitado. Probablemente, los niños severamente discapacitados, cargan a la familia de otras maneras: por ejemplo, aumentan los gastos, un factor que

comúnmente contribuye al desencanto marital, pero los resultados de este estudio sugieren que muchas familias se las arreglan bien y renegocian los roles maritales de acuerdo a las necesidades del niño. Un dato curioso, es que la mayor diferencia en la satisfacción marital entre los grupos, se centró en las percepciones de afecto en el matrimonio, tanto para hombres como mujeres (Kazak y Williams 1986).

Los datos encontrados en otro estudio, en cuanto a la satisfacción marital, apoyan la idea de que los hijos normales en familias con una buena relación matrimonial, se ajustan mejor a un miembro discapacitado que aquellas familias con niveles más bajos de satisfacción marital (McHale y col. 1985).

Como se puede ver, los resultados de estos estudios apoyan la idea de que el tener un hijo discapacitado provoca un acercamiento matrimonial, y que estos efectos son más fuertes cuando la minusvalía del niño es más severa.

Además, el tener un hijo discapacitado produce infinidad de conflictos en la pareja, pero si la pareja ya tenía problemas desde antes del nacimiento del niño discapacitado, parece ser que esta situación incrementa esos problemas, pudiendo provocar una separación o un divorcio; por otro lado, también puede pasar que al tener un hijo discapacitado, la pareja reevalúe su situación y se unan más para poder sacar adelante al hijo y a la familia, cosa bastante difícil, puesto que, si de por sí la pareja no tenía instrumentos para sobrellevar de manera adecuada su relación de

pareja, menos instrumentos tendrá para hacer frente a un hijo discapacitado, además de su mala relación de pareja.

Si la pareja al nacimiento del hijo discapacitado se encontraba en armonía, esta situación también les producirá muchos conflictos, pero tendrán los instrumentos y una base para saber sobrellevar la situación y sacar adelante su matrimonio y la familia.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 EL PROBLEMA.

Muchos han sido los estudios acerca de la satisfacción marital, puesto que se considera que de las relaciones interpersonales es de donde surgen la mayoría de los conflictos e insatisfacciones de las personas. Se ha visto que la presencia, número y cantidad de hijos de la pareja, afecta la relación matrimonial, y que las mujeres se ven más afectadas en su satisfacción marital por la presencia y edad de los hijos, que los hombres (Rollins y Galligan, 1978). Asimismo, se ha encontrado que la satisfacción marital se decrementa en el momento de la paternidad (Nock, 1981) y que las parejas infértiles que desean tener hijos, presentan altos niveles de insatisfacción, depresión y estrés en varias áreas de su vida (Link y Darling, 1986).

Al ser los hijos un factor importante para la satisfacción marital, se ha investigado la satisfacción marital de parejas con hijos con retraso mental. Se ha comparado en otros países a parejas con hijos de inteligencia normal y parejas con hijos con retraso, y se encontró que las familias con hijos retrasados, tenían menos problemas familiares persistentes, lo cual se puede deber a que las parejas señalaron como un recurso muy importante para hacer frente a un niño retrasado, al apoyo del cónyuge (Abbot y William, 1986).

Asimismo, en estudios sobre parejas con hijos genéticamente enfermos, el resultado fue que en algunos casos se dio un rompimiento matrimonial al nacimiento del niño, pero se encontró

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

que los problemas de estas parejas ya existían desde antes del nacimiento del niño enfermo (Schneiderman y Lowden, 1986).

Muchos han sido los datos aportados a este tema por países como Estados Unidos, Canadá, Australia y otros, siendo en México, un tema casi totalmente inexplorado. Sin haber podido encontrar datos en México y sin poder llegar a un resultado de consenso unánime; se considera importante e interesante investigar, si el tener hijos con retraso mental afecta o no en la satisfacción marital.

¿ Habrá diferencias en la satisfacción marital entre parejas (hombres y mujeres) con hijos con retraso mental y parejas (hombres y mujeres) con hijos sin retraso mental?

4.2 HIPOTESIS.

Con base a lo encontrado en otras culturas se elaboran las siguientes hipótesis.

HIPOTESIS I.

Hipótesis de trabajo: las parejas (hombres y mujeres) con hijos con retraso mental obtendrán una mayor puntuación en la escala de satisfacción marital que las parejas (hombres y mujeres) con hijos sin retraso mental.

Hipótesis nula: no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala de satisfacción marital entre parejas con hijos con retraso mental y parejas con hijos sin retraso mental.

HIPOTESIS II.

Hipótesis de trabajo: las mujeres obtendrán una menor puntuación en la escala de satisfacción marital que los hombres.

Hipótesis nula: no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala de satisfacción marital entre hombres y mujeres.

Cabe destacar, que de acuerdo a lo que los autores mexicanos indican sobre la familia, podría haber cambios en algunas hipótesis.

4.3. DEFINICION DE VARIABLES.

Variables de clasificación: **1.** Tener hijos con retraso mental e hijos sin retraso mental; y **2.** Sexo de las parejas (hombres y mujeres).

Variable dependiente: satisfacción marital.

4.3.1 Definición conceptual de variables.

Variable de clasificación 1: Hijos con retraso mental serán aquellos niños, cuya capacidad intelectual general está muy por debajo del promedio (un CI de 70 o inferior), lo cual se acompaña de un déficit o deterioro significativo de la capacidad adaptativa, y con un comienzo antes de los 18 años, prescindiendo de si hay o no trastornos orgánicos u otros trastornos mentales (DSM-III-R) e hijos sin retraso mental, serán aquellos niños cuya capacidad intelectual general sea superior a 70.

Variable de clasificación 2: Sexo de las parejas, es la diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer (Diccionario Larousse, 1982).

Variable dependiente: Satisfacción marital, es la actitud que el cónyuge expresa con respecto a aspectos de su pareja y de la interacción conyugal (Pick de Weiss y Andrade, 1985).

4.3.2 Definición operacional de variables.

Variable de clasificación 1:

- a) Hijos con retraso mental serán aquellos niños de la Escuela de Gobierno de Educación Especial Jean Piaget (de la Ciudad de Puebla), diagnosticados con retraso mental, cuya capacidad intelectual general es de 70 o inferior, obtenido mediante el test de inteligencia para niños Wisc en los casos que se pudiera aplicar.
- b) Hijos sin retraso mental serán aquellos niños de la Escuela Primaria de Gobierno Manuel Avila Camacho (de la Ciudad de Puebla), sin diagnóstico de retraso mental, que mediante el test de inteligencia para niños WISC, obtengan un CI mayor de 70 y que mediante el test Gestáltico visomotor de Bender, no tengan ningún desorden cerebral orgánico.

Variable de clasificación 2: Sexo de las parejas: hombres y mujeres.

Variable dependiente: Satisfacción marital: puntaje obtenido en la escala de satisfacción marital (Andrade y Pick de Weiss, 1985) que mide aspectos emocionales, interacción conyugal y aspectos estructurales en la pareja.

4.4 SUJETOS.

Los sujetos que participaron en la investigación, fueron 60 parejas: 30 con hijos con retraso mental y 30 con hijos sin retraso mental, lo que acumula un total de 120 sujetos.

Las parejas con hijos con retraso mental, es decir, con un CI de 70 o inferior, se eligieron de la Escuela de Gobierno de Educación Especial Jean Piaget y las parejas con hijos sin retraso mental, un CI superior a 70 y sin daño orgánico, se eligieron de la Escuela Primaria de Gobierno Manuel Avila Camacho. Los niños de la Escuela de Educación Especial presentaron entre 5-15 años de edad y los niños de la Escuela Primaria presentaron entre 6-13 años de edad.

4.5 TIPO DE MUESTREO.

Fue un muestreo no probabilístico, intencional por cuota; no probabilístico, ya que la selección de los sujetos no se realizó al azar; intencional, puesto que se escogieron a los padres con niños diagnosticados con retraso mental, por tener un CI de 70 o inferior obtenido mediante el test WISC y los niños sin retraso fueron aquellos con un CI mayor de 70, también obtenido por el test WISC y sin daño orgánico, obtenido mediante el test Gestáltico visomotor de Bender; y por cuota, porque se tomaron sujetos hasta completar

una cuota de 60 parejas, 30 con hijos con retraso mental y 30 con hijos sin retraso mental.

4.6 ESCENARIO.

El test de inteligencia para niños WISC, se aplicó en un salón de la Escuela primaria de Gobierno Manuel Avila Camacho. Una vez obtenidos los puntajes de CI y los resultados del test Gestáltico visomotor de Bender, se citó a los padres de familia en la Escuela para que completaran la escala. Se aplicó la escala en un salón de la misma Escuela y los padres lo contestaron de manera individual y simultánea.

En el caso de los padres de hijos con retraso mental, también se citó a los padres en la escuela y se les aplicó la escala en un salón de la misma.

4.7 TIPO DE ESTUDIO.

Fue un estudio comparativo de campo, puesto que como su nombre lo indica, se compararon la satisfacción marital entre 2 grupos; donde el grupo 1 fueron las parejas con hijos sin retraso mental y el grupo 2 fueron las parejas con hijos con retraso mental; y de campo, porque se realizó en el medio natural de los sujetos.

4.8 DISEÑO.

Fue un diseño factorial de clasificación de 2x2, porque se tuvieron dos variables de clasificación: 1. hijos con y sin retraso mental y 2. sexo de las parejas (hombres y mujeres) con el objeto de conocer si hay diferencias en la satisfacción marital, por cada una de las variables independientes así como su interacción.

SEXO DE LAS PAREJAS

	HOMBRES	MUJERES
Hijos sin retraso mental	30	30
Hijos con retraso mental	30	30

4.9 INSTRUMENTO.

El primer instrumento que se utilizó fue el test de inteligencia para niños WISC, elaborado en 1949 por Wechsler; junto con este se aplicó el test Gestáltico visomotor de Bender, para detectar algún daño orgánico.

El tercer instrumento que se aplicó fue la escala de satisfacción marital, que se aplicó a los padres, validado en México por Andrade y Pick de Weiss (1985). Dicha escala mide tres factores:

Factor 1. Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge: se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a las relaciones emocionales de su pareja. Contiene 5 reactivos.

Factor 2. Satisfacción con interacción conyugal: se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a la relación que lleva con su pareja. Contiene 10 reactivos.

Factor 3. Aspectos estructurales: mide la satisfacción que un cónyuge expresa de la forma de organización y de establecimiento y cumplimiento de las reglas de su pareja. Contiene 9 reactivos.

Se obtuvo la consistencia interna de cada factor a través de un alfa de Cronbach, siendo los resultados los siguientes: alfa=.90 para el factor 1; alfa=.81 para el factor 2; y alfa=.85 para el factor 3.

El instrumento es una escala tipo Likert que se califica de 1 a 3 (ver apéndice 1).

4.10 PROCEDIMIENTO.

En primer lugar se pidió permiso a la Escuela Primaria de Gobierno Manuel Avila Camacho para poder aplicar el Test de Inteligencia WISC y el Test Gestáltico Visomotor de Bender a los niños y la Escala de Satisfacción Marital a los padres; y también a la Escuela Primaria de Gobierno de Educación Especial Jean Piaget para aplicar solamente la escala de Satisfacción Marital, verificando primero que los niños estuvieran diagnosticados con retraso mental con un CI de 70 o inferior, obtenido mediante el Test de Inteligencia WISC. Se seleccionó solamente a los niños de familia integrada. Una vez que se tuvo los dos grupos de niños seleccionados se procedió a entregar los cuestionarios a los padres de la Escuela de Educación Especial al ir estos a una reunión de padres de familia a la Escuela donde se presentó el aplicador diciendo: "Soy pasante de la Facultad de Psicología de la UNAM y estoy realizando una investigación sobre las familias con niños con retraso por lo que solicito su colaboración para responder un cuestionario, que es anónimo con el objeto de que lo contesten con la mayor sinceridad posible e independientemente de su pareja." Estas parejas contestaron inmediatamente el cuestionario.

Luego se procedió a aplicar el Test Gestáltico Visomotor de Bender y el Test de Inteligencia WISC a los niños de la Escuela Manuel Avila Camacho, para lo cual la Escuela facilitó un salón para la administración de las mismas. Una vez obtenidos los resultados de los test (sin daño orgánico y un CI mayor de 70), se les entregaron los cuestionarios a los padres al ir estos a una junta de padres de familia, donde el aplicador se presentó diciendo: "Soy

pasante de la Facultad de Psicología de la UNAM y estoy realizando una investigación sobre las familias con niños con retraso por lo que solicito su colaboración para responder un cuestionario, que es anónimo con el objeto de que lo contesten con la mayor sinceridad posible e independientemente de su pareja."

Se les proporcionó el cuestionario y no hubo límite de tiempo para contestarlo.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Con los datos obtenidos, en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación, años de casados, número de hijos y número de hijos que viven en casa) (a través de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (\bar{X}) y de dispersión (s)) de manera general y en segundo lugar un análisis por sexo y por grupo, es decir, parejas (hombres y mujeres) con hijos con retraso mental y parejas (hombres y mujeres) con hijos sin retraso mental.

En el análisis general se observó que los sujetos presentaron una edad promedio de $\bar{X} = 37.45$ años, con una desviación estándar de 6.23 años (ver tabla 1).

En cuanto a la escolaridad se observó que el 36.7% (44) tiene un nivel de primaria completa; el 23.3% (28) tiene un nivel de secundaria completa; el 18.3% (22) tiene un nivel de preparatoria completa y el 11.6% (14) tiene un grado de Licenciatura. Los sujetos presentaron un nivel promedio de secundaria completa (ver tabla 2).

En relación a la ocupación se encontró que el 42.5% (51) se dedica al hogar; el 13.3% (16) son empleados; el 5.8% (7) son comerciantes y el 4.2% (5) son promotores de ventas (ver tabla 3).

También se observó que la media de años de casados en general fue $\bar{X} = 14.89$ años, con una desviación estándar de 4.66 años (ver tabla 4).

En cuanto al número de hijos se encontró que el 36.7% (44) tienen 3 hijos; el 35.0% (42) tienen 2 hijos y el 18.3% (22) tienen 4 hijos. Cabe señalar que en promedio la muestra tiene 3 hijos (ver tabla 5).

Por último, se observó que en relación al número de hijos que viven en casa el 36.7% (44) tiene 2 hijos viviendo en casa; el 35.0% (42) tienen 3 hijos que viven en casa y el 20.0% (24) tienen 4 hijos viviendo en casa, con un promedio de 3 hijos que viven en la casa (ver tabla 6).

Asimismo, en el análisis por sexo entre las parejas con hijos con retraso se encontró que las mujeres presentaron una edad promedio de $X = 35.60$ años con una desviación estándar de 5.19 años y los hombres presentaron en promedio $X = 38.86$ años de edad con una desviación estándar de 5.99 años (ver tabla 7).

Por otra parte, en las parejas con hijos sin retraso se observó que las mujeres presentaron una edad promedio de $X = 36.06$ años con una desviación estándar de 6.13 años y los hombres presentaron en promedio $X = 39.3$ años de edad con una desviación estándar de 6.91 años (ver tabla 7).

En cuanto a la escolaridad de las parejas con hijos con retraso, se observó que el 30.0% (9) de las mujeres tienen un nivel de preparatoria completa; el 16.7% (5) tienen un nivel de secundaria completa; y el 13.3% (4) tienen un grado de Licenciatura. El 26.7% (8) de los hombres tienen un grado de Licenciatura; el 23.3% (7) tienen un nivel de primaria completa; y el

16.7% (5) tienen un nivel de secundaria y preparatoria completa respectivamente, es decir, las mujeres presentaron un nivel promedio de secundaria y los hombres un nivel promedio de primero de preparatoria (ver tabla 8).

En las parejas con hijos sin retraso se observó que el 60.0% (18) de las mujeres tienen un nivel de primaria completa; y el 26.7% (8) tienen un nivel de secundaria completa. El 33.3% (10) de los hombres tienen un nivel de primaria y secundaria completa respectivamente; y el 20.0% (6) tienen un nivel de preparatoria completa. Las mujeres presentaron un nivel promedio de primero de secundaria y los hombres un nivel promedio de segundo de secundaria (ver tabla 8).

En relación a la ocupación de las parejas con hijos con retraso se observó que el 80.0% (24) de las mujeres se dedican a las labores del hogar. El 13.3% (4) de los hombres son empleados y choferes respectivamente; y el 10.0% (3) son comerciantes, mecánicos y promotores de ventas respectivamente. En las parejas con hijos sin retraso se encontró que el 90.0% (27) de las mujeres se dedican a las labores del hogar. El 40.0% (12) de los hombres son empleados; el 10.0% (3) son comerciantes; y el 6.7% (2) son electricistas y choferes respectivamente (ver tabla 9).

En cuanto a los años de casados de las parejas con hijos con retraso se observó que estas presentaron un promedio de $X= 14.83$ años de casados con una desviación estándar de 3.84 años. En las parejas con hijos sin retraso se observó que estas presentaron

en promedio $X = 14.93$ años de casados con una desviación estándar de 5.48 años (ver tabla 10).

En cuanto al número de hijos de las parejas con hijos con retraso se encontró que el 33.3% (10) tienen 2 y 3 hijos respectivamente, teniendo en promedio 3 hijos. En las parejas con hijos sin retraso se observó que el 40.0% (12) tienen 3 hijos; el 36.6% (11) tienen 2 hijos; y el 13.3% (4) tienen 4 hijos, teniendo también un promedio de 3 hijos (ver tabla 11).

Por último, en relación a los hijos que viven en casa se encontró que el 33.3% (10) tienen 2 y 3 hijos viviendo en casa respectivamente; y el 26.7% (8) tienen 4 hijos que viven en casa, con un promedio de 2.96 hijos viviendo en casa. En las parejas con hijos sin retraso se observó que el 40.0% (12) tienen 2 hijos viviendo en casa; y el 36.7% (11) tienen 3 hijos que viven en casa; en este caso, en promedio 3 hijos viviendo en casa (ver tabla 12).

5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

Se realizó un análisis de clasificación múltiple con las variables : tener hijos con y sin retraso mental y sexo de las parejas (hombres y mujeres); para conocer si existían diferencias significativas en cada uno de los tres factores de satisfacción marital (Factor 1.- Aspectos emocionales; Factor 2.- Interacción

conyugal; Factor 3.- Aspectos estructurales). Se encontró que hubo diferencias significativas en el factor de Interacción conyugal [$F(1,116)= 17.44$; $p= .000$], observándose que las parejas con hijos con retraso mental están más satisfechas con la interacción conyugal ($X= 2.60$) que las que tienen hijos sin retraso mental ($X= 2.21$). Asimismo, se observó que hubo diferencias significativas en el factor de Aspectos estructurales [$F(1,116)= 11.88$; $p= .001$], encontrándose que las parejas con hijos con retraso mental están más satisfechas con los aspectos estructurales ($X= 2.47$) que las con hijos sin retraso mental ($X= 2.16$). En cuanto al factor de Aspectos emocionales, también se observó que existen diferencias significativas [$F(1,116)= 7.82$; $p= .006$] las parejas con hijos con retraso también están más satisfechas con los aspectos emocionales ($X= 2.13$) que las con hijos sin retraso ($X= 1.88$) (ver tabla 13).

En relación al sexo de las parejas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción marital entre hombres y mujeres (ver tabla 14). Tampoco se encontró una interacción significativa entre las variables para cada uno de los factores de satisfacción marital.

Por último se procedió a realizar un análisis de correlación para conocer si existe relación entre las variables sociodemográficas tales como edad, escolaridad, años de casados, número de hijos y número de hijos en casa y cada uno de los factores de satisfacción marital, tanto para la muestra global como por grupo y sexo de las parejas. Se encontró únicamente que hubo una relación significativa en la muestra total entre el factor de

interacción y el número de hijos que viven en casa ($r = 0.20$; $p < .05$) en donde a mayor número de hijos en casa mayor satisfacción con la interacción en la pareja (ver tabla # 15).

Sin embargo, al analizar las diferencias por tener hijos con o sin retraso mental por hombres y mujeres, se observó que hubo diferencias significativas en el grupo de mujeres con hijos con retraso mental en el factor emocional y el número de hijos ($r = -.41$; $p = < .05$) en donde a mayor número de hijos menor satisfacción con los aspectos emocionales de la pareja; al igual que con el número de hijos que viven en casa ($r = -.38$; $p = < .05$), a mayor número de hijos que viven en casa menor satisfacción emocional (ver tabla #16).

No se encontraron relaciones significativas para cada una de las variables y los factores de satisfacción marital tanto para hombres y mujeres con hijos con y sin retraso mental. Sin embargo, se puede apreciar cierto patrón de la relación entre dichas variables.

Las mujeres con hijos con retraso están menos satisfechas en el factor de interacción y en el estructural, a mayor edad, a mayor escolaridad, años de casados y con más hijos; y más satisfechas en el aspecto emocional a mayor edad, escolaridad y años de casados (ver tabla 16).

En cambio los hombres con hijos con retraso están más satisfechos con la interacción y con los aspectos estructurales de la relación a medida que aumentan los años de casados, el número

de hijos y el número de hijos en casa, así como también en el aspecto emocional a mayor escolaridad y a mayor número de años de casados (ver tabla #17).

Patrón completamente inverso se observa con las mujeres y hombres con hijos sin retraso, en donde, en ambos casos están más satisfechos con su interacción y los aspectos estructurales a medida que aumenta la edad, años de casados, escolaridad, número de hijos y número de hijos en casa, con excepción del factor de aspectos estructurales y escolaridad, donde en este caso, las mujeres a mayor escolaridad, menor satisfacción.

Finalmente, en el factor emocional, las mujeres y hombres están más satisfechos con este aspecto a medida que aumenta el número de hijos, y el número de hijos en casa y menos satisfechos a mayor escolaridad y años de casados; en cuanto a la edad, las mujeres están más satisfechas a menor edad y los hombres por su parte, están satisfechos a mayor edad (ver tabla 18 y 19).

CAPITULO VI

DISCUSION

DISCUSION.

El objetivo de la investigación fue conocer si había diferencias en la satisfacción marital entre parejas (hombres y mujeres) con hijos con retraso mental y parejas (hombres y mujeres) con hijos sin retraso mental. Los resultados obtenidos señalan que sí hubo diferencias entre estos, en este caso las parejas (hombres y mujeres) con hijos con retraso están más satisfechas en los aspectos de interacción, estructurales y emocionales que las parejas (hombres y mujeres) con hijos sin retraso mental.

Por lo que los datos obtenidos en esta investigación apoyan lo reportado por Freeston (1971), Martín (1975), Kazak y Marvin (1984), Kazak y Williams Clark (1986), que mencionan que no existen efectos negativos en la satisfacción marital en las parejas que tienen un hijo discapacitado.

Los resultados encontrados se oponen, por lo tanto, a lo observado por Tew y col. (1974), Featherstone (1980), Korn y col. (1980), que indican que el estrés por tener un hijo discapacitado se difunde a toda la familia, con resultados negativos en la satisfacción marital.

Esta investigación apoya lo que reportan Freeston (1971) y Martín (1975), que muchos estudios indican que el nacimiento del niño discapacitado contribuye a la cohesión marital y que los índices de separación y divorcio no son significativamente mayores que los de la población general. Esta cohesión marital puede deberse a que la relación marital absorbe de alguna forma las

demandas y stress extras, que producen el cuidar a un niño discapacitado. Probablemente, estas parejas renegocien los roles maritales de acuerdo a las necesidades del niño y por esto se las arreglan bien (Kazak y Williams Clark, 1986).

Otra observación importante de mencionar es la reportada por Abbot y Williams (1986), donde mencionan que en las familias con hijos retrasados mentales la crítica familiar es menor y tienen menos problemas familiares persistentes. Los recursos importantes para hacer frente al niño discapacitado, son el apoyo del cónyuge, la participación en grupos de padres y la religión. Esto podría deberse a que el tener un hijo con retraso mental afecta a la familia, pero aportándole algo valioso, como crecimiento espiritual y filosófico, alcanzando un nuevo entendimiento de los valores fundamentales y un profundo significado de la vida (Wolfensberger, 1967), y por lo tanto la satisfacción marital aumenta.

Por otro lado, en cuanto a las diferencias entre el sexo, en la presente investigación no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la satisfacción marital, lo cual coincide con lo reportado por Rollins y Canon (1974) y se opone a lo observado por Atkinson (1980), Campbell y col. (1976) y Rollins y Feldman (1970), quienes mencionan que sí las hay.

El análisis de relación de las variables sociodemográficas con la satisfacción marital general revela que sólo se encontró una relación significativa entre el factor de interacción y el número de hijos, lo que apoya lo observado por Rollins y Galligan (1978) quienes concluyen que la satisfacción marital en las parejas que

tienen hijos, depende primordialmente de la presencia, número y edad de los hijos y que conforme el número de hijos va creciendo, el entendimiento entre esposo y esposa también va creciendo (White, 1987). Esto también apoya a lo reportado por Lang (1932), Reed (1948) y Feldman (1964), que mencionan que el número de hijos afecta en la satisfacción marital. Esto puede deberse a que la pareja a medida que va teniendo más hijos va adquiriendo más experiencia en la interacción, puesto que hay más personas con las cuales interactuar y más cosas que intercambiar, lo que enriquece la relación de pareja.

Por otra parte, al analizar la relación por grupos, es decir hombres y mujeres con hijos con retraso y con hijos sin retraso, se encontró una correlación significativa en el grupo de mujeres con hijos con retraso mental entre el factor emocional y el # de hijos y el # de hijos en casa, en donde las mujeres con hijos con retraso mental presentaron una menor satisfacción en el aspecto emocional a medida que aumenta el # de hijos y el # de hijos que viven en casa, lo que puede deberse a que el hijo con retraso requiere muchísima atención, paciencia y tiempo, por lo que se sienten menos satisfechas emocionalmente con la pareja cuando hay más hijos y que viven en casa, puesto que significa un mayor esfuerzo por atender a todos los hijos y también un mayor esfuerzo y participación del esposo, lo que frecuentemente no se da y esto afecte a la mujer al ver que no hay apoyo por parte de su esposo; aparte de que a mayor número de hijos hay menos tiempo para compartir con el esposo, lo cual puede producir distanciamiento emocional. Esto concuerda con lo planteado por Ackerman (1986) que opina que el clima emocional de la pareja, si bien tiene su

propio tono, está en forma continua y directa influenciada por la situación emocional de toda la familia; en este caso es en la mujer donde la situación emocional de la familia se ve reflejada.

A pesar de que no se encontraron otras relaciones significativas, se aprecia un patrón de influencia de las variables sociodemográficas y la satisfacción marital.

Mujeres con hijos con retraso mental	a mayor edad escolaridad años de casados # de hijos	menor satisfacción en los factores estructurales y de interacción
Mujeres con hijos con retraso mental	a mayor edad escolaridad años de casados	mayor satisfacción en el factor emocional
Hombres con hijos con retraso mental	a mayor # de años de casados # de hijos # de hijos en casa a mayor escolaridad años de casados	mayor satisfacción en los factores de interacción y estructural mayor satisfacción en el factor emocional
Hombres y mujeres con hijos sin retraso mental	a mayor edad años de casados escolaridad # de hijos # de hijos en casa	mayor satisfacción en los factores de interacción y estructural
Mujeres con hijos sin retraso mental	a mayor escolaridad	menor satisfacción en el factor estructural
Hombres y mujeres con hijos sin retraso	a mayor # de hijos # de hijos en casa a mayor escolaridad años de casados	mayor satisfacción en el factor emocional menor satisfacción en el factor emocional
Mujeres con hijos sin retraso Hombres con hijos sin retraso	a menor edad a mayor edad	mayor satisfacción en lo emocional

Las mujeres con hijos con retraso están menos satisfechas con el # de hijos y el # de hijos en casa en el factor emocional, las mismas variables y los años de casados afectan a los hombres pero en el factor de interacción y estructural.

En cambio, en las parejas con hijos sin retraso mental se observó que las variables sociodemográficas influyen de tal manera que se sienten más satisfechas las mujeres en el factor de interacción y en el estructural; y los hombres en el factor de interacción y específicamente la escolaridad en el factor estructural y el # de hijos y # de hijos en casa en el factor de interacción.

Estos datos señalan la necesidad de seguir realizando investigación sobre el área, para aclarar la influencia de estas variables ⁷ en la satisfacción marital entre hombres y mujeres en la cultura mexicana.

Una posible explicación a lo encontrado en la presente investigación, es que la conducta del padre, la madre o el hijo, no puede ser evaluada en un vacío social o en el contexto exclusivo de la interacción paterno-filial, sino que debe ser considerada como expresión funcional de la experiencia total que caracteriza la vida de la familia (Ackerman, 1986). Asimismo, los padres dentro de la familia se hallan en una posición jerárquica superior a su hijo, de quien son legalmente responsables y a quien deben cuidar y proveer; el hijo, con su conducta patológica, protege a los padres.

⁷ Tales como la escolaridad (Campbell, Converse y Rodgers, 1976), la edad (Baltes, 1968), el # de hijos (White, 1987) y años de casados (Bahr, Chappell y Leig, 1983).

ayudándolos a esquivar sus dificultades y a pasar por encima de sus defectos (Madanes, 1982).

Además si bien el niño se forma a través de la identidad psicológica de la pareja, el niño también transforma a la pareja de acuerdo a sus necesidades (Ackerman, 1986).

Estas familias desarrollan una conciencia más explícita de lo que es importante y valioso para ellos. La familia necesita lidiar con los valores más importantes. Muchos padres se enfocan en tratar de apreciar los placeres cotidianos, apreciando sus propios hijos normales y los de otras personas (Beavers, 1989).

CONCLUSION.

Como conclusión de la presente investigación, se puede decir que el tener hijos con retraso mental afecta de manera positiva a la satisfacción marital de las parejas, contrariamente a la creencia popular de que el tener un hijo discapacitado o retrasado mental influye siempre de manera negativa dentro de la familia.

Es por esto que es importante el tener presente que el hecho de tener un hijo retrasado, no significa que la pareja se va a divorciar o que se divorció por el hijo retrasado; sino que para las parejas que tenían conflictos desde antes del nacimiento de este

hijo y no podían manejarlos, estos aumentarán, lo que pudiera causar un divorcio; las parejas que tenían una buena relación desde antes del nacimiento de este hijo, podrán hacer frente con mayor facilidad al hijo retrasado, puesto que tendrán los instrumentos y una buena base para sacar adelante su matrimonio y la familia.

Debido a lo anterior, es muy importante conocer la importancia de que el tener un hijo discapacitado o retrasado mental, generalmente produce efectos positivos en las personas, dándoles la oportunidad de poder desarrollar instrumentos para un camino de desarrollo.

Además podría decirse que la existencia de un hijo diferente y en desventaja dentro de la familia, obliga a los padres a hacerse un replanteamiento y un cuestionamiento profundo de sus valores y sus vidas personales, lo que los conduce a un proceso de mayor madurez. Al mismo tiempo, esto se acompaña de un continuo dolor y sufrimiento, lo cual los enfoca en resolver los problemas del hijo discapacitado, por lo que los padres eluden con mayor facilidad la hostilidad y el conflicto entre ellos provocando un ambiente familiar donde predomina el amor, la comprensión y el afecto.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Sería importante investigar la relación entre los niveles socioeconómicos, evaluados formalmente, y la satisfacción marital. Además, utilizando una entrevista oral en lugar de un cuestionario escrito, puesto que se observó que las personas que contestaron el cuestionario, al presentarles la hoja, se ponían nerviosos y desconfiados, puesto que pueden pensar que al quedar un papel escrito, esta información pudiera ser utilizada para otros objetivos o que se conociera lo contestado por cada uno. Otro factor que influyó, fue que algunas personas tuvieron dificultad para entender el cuestionario.

Otra limitación es que se tomó en cuenta solamente a las parejas que aún siguen casadas después de haber tenido al hijo con retraso mental, y no a las parejas que pudieron haberse separado después de tener al hijo con retraso mental. Esto podría ser un inconveniente para la investigación puesto que las parejas que aún siguen casadas es porque ya de alguna manera han superado la crisis y han logrado adaptarse a la situación de tener un hijo con retraso mental.

Para futuras investigaciones sería interesante conocer la relación entre diferentes grados de retraso o discapacidad y la satisfacción marital, ya que según algunos autores, esta aumenta conforme el grado de retraso también aumenta.

Por último, sería importante conocer como influye el hecho de vivir juntos antes del matrimonio, en parejas casadas por

primera y segunda vez; asimismo, estudiar la relación de la satisfacción marital en parejas con y sin hijos, con muchos hijos, y de manera longitudinal, para estudiarlas a través del proceso de paternidad y conforme el número de hijos va aumentando; y así mismo ir conociendo que factores son los que van interviniendo a lo largo del matrimonio y también las diferencias entre hombres y mujeres.

BIBLIOGRAFIA

Abbot D. y William M. (1986) "Strengths of parents with retarded children: Family relations". Journal of Applied Family and Child Studies, (Jul), Vol 35(3), 371-375.

Ables B. (1984) *Therapy for couples: a clinician's guide for effective treatment*. Londres: Jossey-Bass editores.

Ackerman N. (1986) "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: psicodinamismos de la vida familiar." Argentina: Editorial Paidós.

Agullar A. (1990) "Satisfacción Marital en parejas mexicanas que se encuentran en diferentes etapas del ciclo de convivencia". Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología Clínica. U.N.A.M.

Atkinson M. y Boles J. (1984) "Wives and senior partners". Journal of Marriage and the Family, (Nov), 861-870.

Atkinson T. (1980) "Public perceptions of the quality of life". pp 275-292 en Adler H. y Brusegard D. Editores, *Perspectives Canada III*. Ottawa: Statistics Canada.

Bahr S.; Chappell B. y Leig G. (1983) "Age at Marriage, Role Enactment, Role Concensus and Marital Satisfaction". Journal of Marriage and the Family, Vol 15 (4), 795-804.

Barragan M. (1984) "Apuntes sobre Terapia de Pareja". Asociación Mexicana de Terapia de Pareja. México.

Berger P. y Kellner H. (1970) "Marriage and the construction of reality". Pp 49-72 en Dreitzel H. Editores. Recent Sociology, No 2. Londres: MacMillan.

Berger P. y Luckman G. (1967) "The Social Construction of Reality". Nueva York : Anchor Books.

Boland J. y Follingstad D. (1987) "The relations between communication and marital satisfaction: A review." Journal of Sex and Marital Therapy, (Win), Vol 13(4), 286-313.

Booth A. y Edwards J. (1989) "Transmission of marital and family quality over the generations: The effect of parental divorce and unhappiness." Journal of Divorce, Vol 13(2), 41-58.

Broderick J. y O'Leary D. (1986) "Contributions of affect, attitudes and behaviour to marital satisfaction." Journal of Consulting and Clinical Psychology, (Aug), Vol 54(4), 514-517.

Burr W. (1970) "Satisfaction with various Aspects of Marriage Over the Life Cycle: A Random Middle Class Sample". Journal of Marriage and the Family, Vol 32, (Feb), 29-37.

Capmbell A.; Converse P. y Rodgers L. (1976) "Marriage and family life". Pp 321-346 en The Quality of American Life: Evaluations and Satisfactions. Nueva York: Russell Sage.

Caso Muñoz A. (1984) Fundamentos de Psiquiatría. México: Editorial Limusa.

Christensen L. y Wallace L. (1976) "Perceptual accuracy as a variable in marital adjustment". Journal of Sex and Marital Therapy, 2(Summer).

Clements W. (1976) "Marital interaction and marital stability: a point of view and a descriptive comparison of stable and unstable marriages". Journal of Marriage and the Family, 20 (Nov).

Clyne M. (1977) La pareja enferma. España : Editorial fundamentos.

Combrinck L. y Graham M. (1989) Children in family contexts. Nueva York: editorial Guilford press.

Corsini R. (1956) "Understanding and similarity in marriages".
Journal of Abnormal and Social Psychology, 52 (May).

Cox M.; Owen M.; Lewis J. y Henderson V. (1989) "Marriage, adult adjustment, and early parenting." Child Development, (Oct), Vol 60(5), 1015-1024.

Demaris A. "A comparison of remarriages with first marriages on satisfaction in marriage and its relationship to prior cohabitation. Journal of Applied Family & Child Studies, May, 369-377.

Doherty W. (1981) "Locus of control differences and marital dissatisfaction". Journal of Marriage and the Family, May, 369-377.

DSM-III-R.(1988) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Valdes M.; De Flores T.; Masana J.; Treserra J. y Udina C. España: Editorial Masson.

Dymond R. (1954) "Interpersonal perception and marital happiness". Canadian Journal of Psychology, 8 (Sep).

Ey H.; Bernard P. y Brisset Ch. (1980) "Tratado de psiquiatría". México: Editorial Masson.

Farber B. (1959) "Effects of a severely mentally retarded child on family integration". Monographs of the Society for Research in Child Development, 24, 1-115.

Farley F. y Davis S. (1977) "Arousal, personality, and assortative mating in marriage". Journal of Sex and marital Therapy, 3: 122-127.

Farley F. y Davis S. (1980) "Personality and Sexual Satisfaction in Marriage". Journal of Sex and Marital Therapy, Vol 6 (1), Spring, 56-62.

Farley F. y Mueller G. (1978) "Arousal, personality, and assortative mating in marriage: Generalizability and cross-cultural effects". Journal of Sex and marital Therapy, 4:50-53.

Fichman V. (1983) Families and family therapy. México: Editorial Gedisa mexicana S.A.

Freeston H. (1971) "An enquiry into the effect of a spina bifida child upon family life". Developmental Medicine and Child Neurology, 13, 456-461.

Gottman J. y Krokoff L. (1989) "Marital interaction and satisfaction: a longitudinal view". Journal of Consulting & Clinical Psychology, (Feb), Vol 57(1), 47-52.

Gottman J. y Levenson R. (1985) "A valid procedure for obtaining self-report of affect in Marital interaction". Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 53(2), 151-160.

Hansen J. y Schuldt N. (1984) "Marital self-disclosure and marital satisfaction". Journal of Marriage and the Family, (Nov), 923-926.

Hafner R. y Spence N. (1988) "Marriage duration, marital adjustment and psychological symptoms: a cross-sectional study". Journal of Clinical Psychology, (May), Vol 44(3), 309-316.

Houlihan M.; Jackson, Joan y Rogers. (1990) "Decision making of satisfied and dissatisfied married couples". Journal of Social Psychology, (Feb), Vol 130(1), 89-102.

Kazak A. y Marvin R. (1984) "Differences, difficulties and adaptation: stress and social networks in families with a handicapped child". Family relations, 33, 67-77.

- Kazak A. y Williams M. (1986) "Stress in families of children with myelomeningocele". Developmental Medicine and Child Neurology. (Apr). Vol 28(2), 220-228.
- Kelly E.; Lowell J. y Conley J. (1987) "Personality and compability: a prospective analysis of marital stability and marital satisfaction". Journal of Personality and Social Psychology. (Jan), Vol 52(1), 27-40.
- Kilbourne B.; Howell F. y England P. (1990) "A measurement model for subjective marital solidarity: Invariance across time, gender, and life stage". Social Science Research. (Mar), Vol 19(1), 62-81.
- Kim A.; Martin D. y Martin M. (1989) "Effects of personality on marital satisfaccion: identification of source traits and their role in marital stability". Family Therapy. Vol 16(3), 243-248.
- Kolb L. (1985) Psiquiatría clínica moderna. México: Editorial La prensa médica mexicana.
- Kolin I; Scherzer A; New B; y Garfield M. (1971) "Studies of the school age child with meningomyelocele: social and emotional adaptation". Journal of Pediatrics, 78, 1013-1019.

Kumar P. (1986) "Psychological study of factors in marital happiness". Indian Journal of Current Psychology Research, Vol 1(2), 73-76.

Ledener W. y Jackson D. (1968) *Mirages of Marriage*. Nueva York: Editorial W.W. Norton.

Lefrancois G. (1978) *Acerca de los niños: una introducción al desarrollo del niño*. México: Editorial fondo de cultura económica.

Leslie L. y Carper L. (1988) "Men's and women's participation in domestic roles: impact on quality of life and marital adjustment". Journal of Family Psychology, (Dec), Vol 2(2), 212-226.

Link P. y Darling C. (1986) "Couples undergoing treatment for infertility: dimensions of life satisfaction". Journal of Sex and Marital Therapy, (Spr), Vol 3(1), 39-55.

Madanes C. (1982) *Terapia familiar estratégica*. Argentina: Amorrortu ediciones.

Martin J.; Blair G.; Nevels R. y Fitzpatrick J. (1990) "A study of the relationship of styles of loving and marital happiness". Psychological-reports, (Feb), Vol66(1), 123-128.

McAlister R. y Butler E. (1973) "Patterns of interaction among families of behaviorally retarded children". Journal of Marriage and the Family, 35, 93-100.

McHale S; Simeonsson R. y Sloan J. (1985) "Children with handicapped brothers and sisters". En Schopler E.(Eds.) Issues in autism, Vol.2: The effects of autism on the family. Nueva York: Plenum.

Miller B. (1976) "Families and Family Therapy". Harvard University Press, Cambridge Massachussets.

Miller B. (1976) "A multivariate developmental model of marital satisfaction". Journal of Marriage and the Family, 38 (Nov).

Minuchin S. (1983) Familias y terapia familiar. México: Editorial Gedisa.

Murstein B. y Beck G. (1972) "Person perception, marriage adjustment, and social desirability". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39(March).

Nevin R; McCubbin H. (1979) "Parental coping with physical handicaps: social policy implications". Spina Bifida Therapy, 2, 151-164.

Newmark C.; Woody G. y Ziff D. (1977) "Understanding and similarity in relation to marital satisfaction". Journal of Clinical Psychology, 33(January).

Nock Steven. (1978) "The Family Life Cycle: Empirical or Conceptual Tool". Journal of Marriage and the Family, Vol 41 (1), 15-25.

Nock Steven. (1981) "Family Life Cycle Transitions: Longitudinal Effects on Family". Journal of Marriage and the Family, Vol 43 (4), 703-713.

Pick de Weiss; Andrade Palos. (1985) "Satisfacción Marital en Matrimonios Mexicanos: diferencias por número de hijos, años de casados, escolaridad, sexo y edad". La Psicología Social en México, Vol 1. Asociación Mexicana de Psicología Social.

Ray J. (1988) "Marital satisfaction in dual-career couples". Journal of Independent Social Work, Vol 3(1), 39-59.

Rhyné D. (1981) "Bases of Marital Satisfaction Among Men and Women". Journal of Marriage and the Family, (Nov), 941-955.

Rollins B. y Cannon K. (1974) "Marital Satisfaction over the Family, Life Cycle". Journal of Marriage and the Family, Vol 36, (May), 271-282.

Rollins B. y Feldman H. (1970) "Marital Satisfaction over the Family Life Cycle". Journal of Marriage and the Family, Vol 33 (Feb), 20-27.

Rollins B. y Galligan R. (1978) "The developing child and marital satisfaction of parents". Pp 71-105 en Lerner R. y Spanier G. Editores, Children's Influences on Marital and Family Interaction: A Life-Span Perspective. Nueva York: Academic Press.

Schaap C. y Jansen-Nawas C. (1987) "Marital interaction, affect and conflict resolution." Sexual and Marital Therapy, vol 2(1), 35-51.

Schaap R. y Wells P. (1987) "Estimating paternity confidence". Ethiology and Sociobiology, Vol 8(3), 215-220.

Schneiderman G.; Lowden J. (1986) "Fatal metabolic disease and family breakdown". Psychiatric Journal of the University of Ottawa, (Mar), Vol 11(1), 35-37.

Smith G.; Snyder D.; Trull T. y Monsma B. (1988) "Predicting relationship satisfaction from couples use of leisure time". American Journal of Family Therapy, (Spr), Vol 16(1), 3-13.

Spanier G.; Lewis R. y Cole C. (1975) "Marital adjustment over the family life cycle: The issue of curvilinearity". Journal of Marriage and the Family, 37 (May).

Spanier G. y Lewis R. (1980) "Marital quality: a review of the seventies". Journal of Marriage and the Family, 42 (Nov).

Stierlin H.; Rucker-Embden I.; Wetzel N.; y Wirsching M.(1981)
Terapia de familia: la primera entrevista. España: Editorial Gedisa.

Stuckert R. (1963) "Role perception and marital satisfaction: a configurational approach". Journal of Marriage and Family Living, 25 (Nov).

Tew B. y Laurence K. (1975) "Some sources of stress found in mothers of spina bifida children". British Journal of Preventive and Social medicine, 29, 27-30.

Tiggle Roland; Peters Mark; Vincent J. (1982) "Correlational and Discrepancy Indices of Understanding Marital Satisfaction". Journal of Marriage and the Family, Feb, 209-216.

Williams E.; Feinauer L.; Hendrix L. y Stahmann R. (1989) "Marital satisfaction and congruency of couple preference regarding wife employment". Australian Journal of Sex, Marriage and Family, (May), Vol 10(2), 74-86.

White J. (1987) "Marital perceived agreement and actual agreement over the family cycle". Journal of Comparative Family Studies, (Spr), Vol 18(1), 47-59.

Wolfensberger. (1967) Mental retardation. Chicago: Editorial Aldine publishing company.

APENDICE 1

EDAD _____
ESCOLARIDAD _____
OCUPACION _____
AÑOS DE CASADOS _____

No. DE HIJOS _____
No. DE HIJOS EN CASA _____
EDAD DE LOS HIJOS _____

Cada uno de nosotros espera diferentes cosas de su matrimonio, y en base a lo que espera, le gusta o no lo que está pasando.

A continuación se presenta una lista con tres opciones de respuesta, por favor conteste en base a la siguiente lista de opciones:

Me gustaría muy diferente (3)
Me gustaría algo diferente (2)
Me gusta como está pasando (1)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio. | 1 | 2 | 3 |
| 2. La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito. | 1 | 2 | 3 |
| 3. El grado al cual mi cónyuge me atiende. | 1 | 2 | 3 |
| 4. La frecuencia con que mi cónyuge me abraza. | 1 | 2 | 3 |
| 5. La atención que mi cónyuge pone a mi apariencia. | 1 | 2 | 3 |
| 6. La comunicación con mi cónyuge. | 1 | 2 | 3 |
| 7. La conducta de mi cónyuge enfrente de otras personas. | 1 | 2 | 3 |
| 8. La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 |
| 9. El tiempo que dedica a sí mismo. | 1 | 2 | 3 |
| 10. El tiempo que dedica a mí. | 1 | 2 | 3 |
| 11. La forma como se porta cuando está triste. | 1 | 2 | 3 |
| 12. La forma como se porta cuando está enojado. | 1 | 2 | 3 |

13. La forma como se comporta cuando está preocupado.	1	2	3
14. La forma como se comporta cuando está de mal humor.	1	2	3
15. La forma como se organiza mi cónyuge.	1	2	3
16. Las prioridades que tiene en la vida mi cónyuge.	1	2	3
17. La forma como pasa su tiempo libre.	1	2	3
18. La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales.	1	2	3
19. La puntualidad de mi cónyuge.	1	2	3
20. El cuidado que mi cónyuge tiene a su salud.	1	2	3
21. El interés que mi cónyuge pone a lo que hago.	1	2	3
22. El tiempo que pasamos juntos.	1	2	3
23. La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas.	1	2	3
24. Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en casa.	1	2	3

TABLA # 1
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EDAD
DE LA MUESTRA TOTAL

EDAD	F	%
27	3	2.5
28	3	2.5
29	3	2.5
30	3	2.5
31	7	5.8
32	7	5.8
33	11	9.2
34	11	9.2
35	7	5.8
36	6	5.0
37	3	2.5
38	10	8.3
39	4	3.3
40	9	7.5
41	5	4.2
42	2	1.7
43	1	0.8
44	6	5.0
45	5	4.2
46	2	1.7
47	2	1.7
48	4	3.3
49	3	2.5
50	1	0.8
51	0	0.0
52	0	0.0
53	1	0.8
54	0	0.0
55	0	0.0
56	0	0.0
57	0	0.0
58	1	0.8
TOTAL	120	100.0

$X = 37.45$ $des.std = 6.23$

TABLA # 2
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA ESCOLARIDAD
DE LA MUESTRA TOTAL

ESCOLARIDAD	F	%
NINGUNA	1	0.8
1 de PRIMARIA	0	0.0
2 de PRIMARIA	1	0.8
3 de PRIMARIA	3	2.5
4 de PRIMARIA	2	1.7
5 de PRIMARIA	0	0.0
6 de PRIMARIA	44	36.7
1 de SECUNDARIA	1	0.8
2 de SECUNDARIA	2	1.7
3 de SECUNDARIA	28	23.3
1 de PREPARATORIA	0	0.0
2 de PREPARATORIA	1	0.8
3 de PREPARATORIA	22	18.3
CARRERA TECNICA	1	0.8
LICENCIATURA	14	11.6
TOTAL	120	100.0
$X = 8.96$ $des.std = 3.75$		

TABLA # 3
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA OCUPACION
DE LA MUESTRA TOTAL

OCUPACION	F	%
LABORES DEL HOGAR	51	42.5
EMPLEADO	16	13.3
ESTILISTA	2	1.7
PUBLICISTA	1	0.8
MESERO	1	0.8
REPARTIDOR	1	0.8
COMERCIANTE	7	5.8
ELECTRICISTA	2	1.7
OBRERO	3	2.5
TECNICO	1	0.8
MEDICO	4	3.3
MECANICO	3	2.5
TAXISTA	2	1.7
FOTOGRAFO	1	0.8
RECEPCIONISTA	1	0.8
CHOFER	6	5.0
HERRERO	1	0.8
PROMOTOR DE VENTAS	5	4.2
COMISIONISTA	1	0.8
INDUSTRIAL	1	0.8
TRANSPORTISTA	1	0.8
PINTOR	2	1.7
CONSEJERA	1	0.8
ACADEMICA NEGOCIO	2	1.7
PROPIO	1	0.8
MAESTRO	1	0.8
OFICINISTA	1	0.8
CONTADOR	1	0.8
NINGUNA		
TOTAL	<u>120</u>	<u>100.0</u>

TABLA # 4
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS AÑOS DE CASADOS
DE LA MUESTRA TOTAL

AÑOS DE CASADOS	F	%
6	2	1.7
7	0	0.00
8	2	1.7
9	6	5.0
10	6	5.0
11	8	6.7
12	19	15.8
13	4	3.3
14	17	14.2
15	17	14.2
16	11	9.2
17	2	1.7
18	6	5.0
19	0	0.00
20	4	3.3
21	2	1.7
22	4	3.3
23	4	3.3
24	0	0.00
25	2	1.7
26	0	0.00
27	2	1.7
28	0	0.00
29	0	0.00
30	2	1.7
TOTAL	<u>120</u>	<u>100.0</u>

X= 14.89 des.std= 4.66

TABLA # 5
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL NUMERO DE HIJOS
DE LA MUESTRA TOTAL

No. DE HIJOS	F	%
1	4	3.3
2	42	35.0
3	44	36.7
4	22	18.3
5	2	1.7
6	4	3.3
9	2	1.7
TOTAL	<u>120</u>	<u>100.0</u>

X= 3.00 des.std= 1.28

TABLA # 6
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL NUMERO DE HIJOS
EN CASA DE LA MUESTRA TOTAL

No. DE HIJOS EN CASA	F	%
1	4	3.3
2	44	36.7
3	42	35.0
4	24	20.0
5	4	3.3
6	2	1.7
TOTAL	<u>120</u>	<u>100.0</u>

X= 2.88 des.std = 0.98

TABLA # 7
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA EDAD POR SEXO
Y GRUPO (PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO MENTAL
Y PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL)

EDAD	PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO				PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO			
	MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	
	%	F	%	F	%	F	%	F
27	3.3	1	0.00	0	6.7	2	0.00	0
28	0.00	0	6.7	2	3.3	1	0.00	0
29	0.00	0	3.3	1	3.3	1	3.3	1
30	6.7	2	0.00	0	3.3	1	0.00	0
31	16.7	5	0.00	0	3.3	1	3.3	1
32	6.7	2	3.3	1	6.7	2	6.7	2
33	10.0	3	6.7	2	13.3	4	6.7	2
34	13.3	4	3.3	1	10.0	3	10.0	3
35	6.7	2	3.3	1	6.7	2	6.7	2
36	3.3	1	10.0	3	3.3	1	3.3	1
37	0.00	0	3.3	1	3.3	1	3.3	1
38	3.3	1	10.0	3	10.0	3	10.0	3
39	0.00	0	3.3	1	0.00	0	10.0	3
40	10.0	3	6.7	2	6.7	2	6.7	2
41	0.00	0	13.3	4	3.3	1	0.00	0
42	6.7	2	0.00	0	0.00	0	0.00	0
43	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
44	6.7	2	3.3	1	3.3	1	6.7	2
45	3.3	1	3.3	1	3.3	1	6.7	2
46	3.3	1	0.00	0	0.00	0	3.3	1
47	0.00	0	6.7	2	0.00	0	0.00	0
48	0.00	0	3.3	1	6.7	2	3.3	1
49	0.00	0	6.7	2	3.3	1	0.00	0
50	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
53	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
58	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
TOTAL	100.0	30	100.0	30	100.0	30	100.0	30

X= 35.60
des.std = 5.19

X= 38.86
des.std= 5.99

X= 36.06
des.std= 6.13

X= 39.3
des.std= 6.91

TABLA # 8
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA ESCOLARIDAD POR SEXO
Y GRUPO (PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO MENTAL
Y PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL)

ESCOLARIDAD	PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO				PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO			
	MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	
	%	F	%	F	%	F	%	F
NINGUNA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
1 DE PRIMARIA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
2 DE PRIMARIA	3.3	1	0.00	0	0.00	0	0.00	0
3 DE PRIMARIA	0.00	0	3.3	1	3.3	1	3.3	1
4 DE PRIMARIA	3.3	1	3.3	1	0.00	0	0.00	0
5 DE PRIMARIA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
6 DE PRIMARIA	30.0	9	23.3	7	60.0	18	33.3	10
1 DE SECUNDARIA	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
2 DE SECUNDARIA	3.3	1	3.3	1	0.00	0	0.00	0
3 DE SECUNDARIA	16.7	5	16.7	5	26.7	8	33.3	10
1 PREPARATORIA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
2 PREPARATORIA	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
3 PREPARATORIA	30.0	9	16.7	5	6.7	2	20.0	6
CARR. TECNICA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
LICENCIATURA	13.3	4	26.7	8	3.3	1	3.3	1
TOTAL	100.0	30	100.0	30	100.0	30	100.0	30

X= 9.50 X= 10.33 X= 7.46 X= 8.56
 des.std= 3.83 des.std= 4.34 des.std= 2.68 des.std= 3.50

TABLA # 9
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA OCUPACION POR SEXO
Y GRUPO (PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO MENTAL
Y PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL)

OCUPACION	PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO				PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO			
	MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	
	%	F	%	F	%	F	%	F
NINGUNA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
LAB. DEL HOGAR	80.0	24	0.00	0	90.0	27	0.00	0
EMPLEADO	0.00	0	13.3	4	0.00	0	40.0	12
ESTILISTA	3.3	1	0.00	0	3.3	1	0.00	0
PUBLICISTA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
MESERO	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
REPARTIDOR	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
COMERCIANTE	0.00	0	10.0	3	3.3	1	10.0	3
ELECTRICISTA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	6.7	2
OBREIRO	0.00	0	6.7	2	0.00	0	3.3	1
TECNICO	0.00	0	0.00	0	0.00	0	3.3	1
MEDICO	0.00	0	6.7	2	3.3	1	3.3	1
MECANICO	0.00	0	10.0	3	0.00	0	0.00	0
TAXISTA	0.00	0	3.3	1	0.00	0	3.3	1
FOTOGRAFO	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
RECEPCIONISTA	3.3	1	0.00	0	0.00	0	0.00	0
CHOFER	0.00	0	13.3	4	0.00	0	6.7	2
HERRERO	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
PRO.DE VENTAS	3.3	1	10.0	3	0.00	0	3.3	1
COMISIONISTA	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
INDUSTRIAL	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
TRANSPORTISTA	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
PINTOR	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
CON.ACADE.	3.3	1	0.00	0	0.00	0	3.3	1
NEGO. PROPIO	0.00	0	3.3	1	0.00	0	0.00	0
MAESTRO	3.3	1	0.00	0	0.00	0	3.3	1
OFICINISTA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
CONTADOR	3.3	1	3.3	1	0.00	0	0.00	0
TOTAL	100.0	30	30	30	100.0	30	100.0	30

TABLA # 10
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS AÑOS DE CASADOS
POR GRUPO (PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO MENTAL
Y PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL)

AÑOS DE CASADOS	PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO		PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO	
	%	F	%	F
6	0.00	0	3.3	1
7	0.00	0	0.00	0
8	3.3	1	0.00	0
9	0.00	0	10.0	3
10	6.7	2	3.3	1
11	6.7	2	6.7	2
12	16.7	5	16.7	5
13	3.3	1	3.3	1
14	16.7	5	10.0	3
15	10.0	3	16.7	5
16	13.3	4	6.7	2
17	3.3	1	0.00	0
18	3.3	1	6.7	2
19	0.00	0	0.00	0
20	6.7	2	0.00	0
21	0.00	0	3.3	1
22	3.3	1	3.3	1
23	6.7	2	0.00	0
24	0.00	0	0.00	0
25	0.00	0	3.3	1
26	0.00	0	0.00	0
27	0.00	0	3.3	1
28	0.00	0	0.00	0
30	0.00	0	3.3	1
TOTAL	100.0	30	100.0	30

X= 14.83
des.std= 3.84

X= 14.93
des.std= 5.48

TABLA # 11
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL NUMERO DE HIJOS POR
GRUPO (PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO MENTAL
Y PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL)

NUMERO DE HIJOS	PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO		PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO	
	%	F	%	F
1	3.3	1	3.3	1
2	33.3	10	36.7	11
3	33.3	10	40.0	12
4	23.3	7	13.3	4
5	3.3	1	3.3	1
6	3.3	1	3.3	1
TOTAL	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>

$X = 3.00$	$r = 1.083$	$X = 3.00$	$r = 1.486$
------------	-------------	------------	-------------

TABLA # 12
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS HIJOS QUE VIVEN EN CASA POR
GRUPO (PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO MENTAL
Y PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL)

NUMERO DE HIJOS EN CASA	PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO		PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO	
	%	F	%	F
1	3.3	1	3.3	1
2	33.3	10	40.0	12
3	33.3	10	36.7	11
4	26.7	8	13.3	4
5	0.00	0	6.7	2
6	3.3	1	0.00	0
TOTAL	100.0	30	100.0	—

$X = 2.967$ $r = 1.033$ $X = 2.88$ $r = .961$

TABLA # 13
DIFERENCIAS ENTRE PAREJAS CON HIJOS CON RETRASO MENTAL
Y PAREJAS CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL EN CADA UNO DE
LOS FACTORES DE SATISFACCION MARITAL

FACTORES	X HIJOS CON RETRASO	X HIJOS SIN RETRASO	F	PROB
INTERACCION	2.60	2.21	17.44	.000 **
ESTRUCTURAL	2.47	2.16	11.88	.001 **
EMOCIONAL	2.13	1.88	7.82	.006 *

** P \leq .001

* P \leq .01

TABLA # 14
DIFERENCIA POR HOMBRES Y MUJERES EN CADA UNO
DE LOS FACTORES DE SATISFACCION MARITAL

FACTORES	X Hombres	X Mujeres	F	PROB
INTERACCION	2.40	2.41	.033	.85
ESTRUCTURAL	2.30	2.33	.70	.79
EMOCIONAL	1.97	2.04	.65	.42

TABLA # 15
RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LOS FACTORES
DE SATISFACCION MARITAL DE LA MUESTRA TOTAL

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	INTERACCION	ESTRUCTURAL	EMOCIONAL
EDAD	.069	.03	.020
ESCOLARIDAD	.080	.091	.177
AÑOS DE CASADOS	.112	.104	.013
No. DE HIJOS	.150	.111	-.0284
No. DE HIJOS EN CASA	.207*	.145	.008

*p ≤ .05

TABLA # 16
RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS
Y LOS FACTORES DE SASTISFACCION MARITAL DE LAS
MUJERES CON HIJOS CON RETRASO MENTAL

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	INTERACCION	ESTRUCTURAL	EMOCIONAL
EDAD	-.247	-.236	.04
ESCOLARIDAD	-.023	-.067	.33
AÑOS DE CASADOS	-.071	-.083	.10
No. DE HIJOS	-.000	-.145	-.419*
No. DE HIJOS EN CASA	.06	-.070	-.381*

* p ≤ .05

TABLA # 17
RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS
Y LOS FACTORES DE SATISFACCION MARITAL DE LOS
HOMBRES CON HIJOS CON RETRASO MENTAL

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	INTERACCION	ESTRUCTURAL	EMOCIONAL
EDAD	-.029	-.019	-.079
ESCOLARIDAD	-.031	-.087	.151
AÑOS DE CASADOS	.148	.167	.080
No. DE HIJOS	.247	.180	-.078
No. DE HIJOS EN CASA	.311	.219	-.029

TABLA # 18
RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS
Y LOS FACTORES DE SATISFACCION MARITAL DE LAS
MUJERES CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	INTERACCION	ESTRUCTURAL	EMOCIONAL
EDAD	.237	.165	-.010
ESCOLARIDAD	.227	-.204	-.098
AÑOS DE CASADOS	.205	.255	-.008
No. DE HIJOS	.224	.276	.102
No. DE HIJOS EN CASA	.222	.240	.163

TABLA # 19
RELACION ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS
Y LOS FACTORES DE SATISFACCION MARITAL DE LOS
HOMBRES CON HIJOS SIN RETRASO MENTAL

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	INTERACCION	ESTRUCTURAL	EMOCIONAL
EDAD	.178	.091	.084
ESCOLARIDAD	.160	.330	-.014
AÑOS DE CASADOS	.116	.024	-.067
No. DE HIJOS	.130	.040	.173
No. DE HIJOS EN CASA	.180	.083	.244