

215
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS MAL COMPAGINADA.

ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA
FRUSTRACION EN MADRES CON NIÑOS DOWN

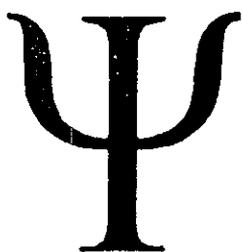
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :
XOCHILT PINEDA REYES

DIRECTOR DE LA TESIS: MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD

DIRECTOR DR ARTURO BOUZAS RIANO
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA. U.N.A.M.



MEXICO, D. F.

25/3/80 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la U.N.A.M. y en particular a la Facultad de Psicología. Por haberme abierto las puertas y permitirme formar parte de ésta profesión, también mi reconocimiento por la labor que realizan en la formación de tantos jóvenes que son el futuro de nuestro país.

Con respecto a mi asesora por su paciencia, comprensión y apoyo que me brindo incondicionalmente en la elaboración de la tesis y hacerla posible . Mtra. MARTHA CUEVAS ABAD.

A MIS PADRES

Victoria.

Juan.

Por la ayuda y el apoyo que siempre en todos los aspectos me han brindado. Gracias les doy por haberme dado la oportunidad de ser profesionista, y poseer su cariño, afecto y sobre todo tener en quién confiar.

A MI HERMANO

Gamaliel.

Por tener su apoyo moral desde en donde se encuentre, por ser maduro, cariñoso, poseer seguridad y confianza en sí mismo, le permitirá ser un gran TRIUNFADOR.

No es necesario expresar mucho
con palabras para agradecer a todas
las personas que me apoyaron e hicieron
posible la realización de ésta tesis. Con éstas
frases me permito agradecer a todas las personas
que conocieron todo lo que vivencíé en esta experiencia.
No importa la distancia o el tiempo, es posible proponiéndoselo.

No son jamás en la labor humana
Vano el afán, ni inútil la porfía;
Quien con fe y con valor lucha y confía
Los mayores obstáculos allana.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1	
ANTECEDENTES Y GENÉTICA DEL SÍNDROME DE DOWN	5
Antecedentes del síndrome de Down.	5
Genética del síndrome de Down	9
El síndrome de Down. Trisomía 21	13
Trisomía 21 por Traslocación	15
Trisomía 21 Mosaico	16
CAPITULO 2	
CARACTERÍSTICAS FÍSICA Y PSICOLÓGICAS.	18
Características Físicas del niño Down	18
Características Psicológicas	21
Características de su personalidad.	22
CAPITULO 3	
REACCIONES Y SENTIMIENTOS DE LOS PADRES	25
Emociones que expresan los padres	27
Tipos de crisis	32
CAPITULO 4	
ASPECTOS GENERALES DE LA FRUSTRACIÓN	34
Antecedentes de la personalidad	34
Mecanismos de Defensa	36
Teoría sobre los tipos de conflictos	38
Aspectos sobre la frustración.	40
Tipos de Respuesta de la frustración.	41
Medición de la frustración.	44
CAPITULO 5	
EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN A PADRES CON NIÑOS DOWN	49
La asesoría y orientación a padres	52
Programa de las Escuelas de Educación Especial.	54
CAPITULO 6	
METODOLOGÍA	58
6.1.1 Planteamiento del problema	58
6.1.2 Hipótesis de trabajo	58
6.1.3 Variables	59
6.1.4 Población	61
6.1.5 Tipo de estudio	61
6.1.6 Instrumentos	62

6.1.7 Procedimiento	63
6.1.8 Análisis Estadístico de Datos	63
RESULTADOS	64
ANILISIS DESCRIPTIVO	64
ANALISIS COMPARATIVO	81
DISCUSIÓN	82
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	89
BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS	94

RESUMEN

En el presente estudio se investigó la frecuencia con que aparecen las respuestas extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas que son emitidas ante la frustración, en un grupo de madres que tienen un hijo con síndrome de Down. Así mismo se compararon los tipos de respuesta con el fin de conocer si existía una diferencia significativa entre las mismas y de esta forma poder describir qué tipo de respuesta es más típica en este grupo de madres con un hijo Down. También se investigaron los sentimientos y crisis emocionales de éstas.

Se realizó un muestreo intencional constituyéndose una muestra de 41 madres de familia con un hijo Down que estuviera inscrito en las escuelas de educación especial de Apatzingán, Cd. Lázaro Cárdenas, Pátzcuaro y Nueva Italia del Estado de Michoacán.

Se aplicó el test de frustración de Rosenzweig y una entrevista semiestructurada para explorar los sentimientos de la madre hacia el niño con síndrome de Down. Los resultados indicaron que estos sentimientos son en la mayoría positivos, como es aceptación, felicidad, tranquilidad y bienestar de tener un niño. También existen sentimientos de ambivalencia de aceptación, rechazo, cariño y odio entre otros.

En general las madres que constituyeron la muestra emiten más frecuentemente respuestas de tipo impunitivo y extrapunitivo no existiendo diferencias significativas entre estos dos tipos de respuestas; lo que significa que evaden la agresividad en un intento de negar la frustración utilizando el mecanismo de defensa de la represión para alejar asuntos inquietantes fuera de la conciencia, también vierten la agresión hacia el exterior o al medio ambiente culpando a otras circunstancias de tener un hijo con síndrome de Down. Utilizando como mecanismo de defensa la proyección que consiste en percibir y representar las fallas, fracasos o impulsos ajenos al ego como si pertenecieran a otra persona. Con respecto a la respuesta intrapunitiva existe una diferencia estadísticamente significativa en relación a los otros dos tipos de respuesta. Utilizándose con menor frecuencia las intrapunitivas en las que los mecanismos de defensa son aislamiento y desplazamiento que evitan reacciones emocionales perturbadoras, así la persona huye de la realidad; de esa manera disminuyen su ansiedad y no se culpan a sí mismas.

INTRODUCCIÓN

La llegada de los hijos constituye el establecimiento de la familia en la vida de la pareja. La futura madre vive momentos de angustia, miedo, ilusión y diversos sentimientos que acompañan a este estado, generalmente se dice que esperan con ilusión la llegada de un niño sano que colmará en el futuro algunos sueños. Los padres tienen estos sueños y ambos seguramente tendrán fuertes sentimientos de cariño hacia el bebé, aún antes de que éste nazca. Es cierto que la mayoría de los padres tienen miedos ocasionales de que algo pueda salir mal. Normalmente dejan de lado sus temores y sólo vuelven a recordarlos cuando surgen los problemas posteriores y así la premonición parece quedar comprobada.

La mayoría de los padres - especialmente si es su primer bebé - son optimistas, sueñan que su niño será el mejor, como crecerá, lo que harán juntos. En su imaginación planean el futuro del niño, reflejando sus propias ambiciones o las oportunidades desaprovechadas, el padre que quiere que su hijo sea deportista, la madre que desea que su hijo vaya a la universidad, los padres que desean una hija guapa, etc.

Uno de los problemas a los que tiene que enfrentarse la mujer es la preparación para aceptar su nuevo rol. La idea de interrumpir la rutina de trabajo y/o el hecho de albergar a otra persona en la misma casa pueden ser causa de conflicto, al igual que el hecho de reorganizar muchas relaciones importantes, existiendo cambios de adaptación es importante considerar que los conflictos emocionales son más grandes cuando se dan cuenta que es un niño Down, esto afecta el estilo de vida social de la familia en conjunto, presentándose cambios psicológicos, emocionales e intelectuales, los cuales conllevan un estado de crisis.

Las expectativas que tienen los padres de su hijo aún antes de nacer y el impacto que tienen al no responder a la imagen que se había hecho del niño, se vuelve esta situación emocional más crítica al tener un hijo con síndrome de Down. A partir del nacimiento del niño Down, la mayoría de los padres tienen un sentimiento de dolor y de pérdida de sus sueños y esperanzas para el niño que se desvanecen en un instante, para muchos padres es como si el niño que esperaban se hubiese muerto.

Los padres se encuentran bajo un efecto definitivamente desilusionante saturado de dudas e interrogantes sintiendo culpa en ocasiones y enfrentándose a un presente impactante para el que nadie estaba preparado, es entonces cuando ellos han de decidir como será su vida en adelante, estarán conscientes de las dificultades que esta nueva situación les presentará día con

día.

El papel que llega a jugar el niño con síndrome de Down en su familia es real y decisivo ya que alterará de diversas maneras la vida planeada por sus progenitores quienes habían decidido que sería "normal"..., es decir, con una infancia igual o parecida a la que ellos hubieran vivido.

Aunado a todo lo anterior, se da el hecho de que ese hijo tan esperado presenta algún tipo de discapacidad, consiguientemente, ¿cómo se sienten las madres? y ¿cómo manejan la frustración?: recurriendo a la etimología de Frustración la define como: Frustrario que significa "decepción", "derrota". El adjetivo frustratus, frustrado significa, "engañado en su esperanza".

De lo anterior surge el interés por obtener la información de madres que tengan un hijo Down, y ver el tipo de respuesta extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva que emiten ante la frustración. Para obtener los diferentes tipos de respuestas ante la frustración apliqué el Test de Frustración de Rosenzweig, el cual esta constituido por 24 láminas.

El presente trabajo está constituido por antecedentes en donde se menciona un resumen de la historia del origen del síndrome de Down, así como, también hay referencias de estadísticas de posibles nacimientos de niños con dicho síndrome ante la correlación de la edad de la madre.

La teoría está formada por cinco capítulos, el primero se refiere a la genética también la importancia de la "no disyunción" que ocasiona la presencia del cromosoma 21 denominado "Trisomía 21", es más frecuente en los casos con síndrome de Down, empero hay casos de trisomía por "traslocación" y de mosaico, pero son de menor frecuencia.

El segundo capítulo se refiere a las características físicas y psicológicas . Las características físicas específicas del síndrome de Down: la principal es su cara que semeja vagamente los rasgos orientales del grupo étnico de los mongoles, de ahí el término equivocado de mongolismo, y las de mayor relevancia. También se mencionan las características psicológicas del niño como son: obstinados, imitativos, afectivos, adaptables, presentando un carácter moldeable. Dependiendo del ambiente en que se desarrolle presentan conductas adecuadas o reacciones agresivas, si el ambiente que les rodea es inadecuado ocasionará conductas agresivas y difíciles de controlar, por el contrario si es un ambiente estimulante, el niño es cariñoso.

El tercer capítulo se refiere a las reacciones y sentimientos de los padres. La llegada de un nuevo ser a este mundo siempre es motivo de alegría y de esperanza para una pareja, ¿pero qué sucede en el caso del bebé con

síndrome de Down? Todas las expectativas de la pareja se deshacen en tan sólo unos segundos ante la inesperada noticia. Los padres sufren diferentes reacciones las más comunes son: culpa, imagen deteriorada, sensación de fracaso en la función protectora de su hijo y pérdida de la autoestima, sensaciones de incapacidad, aislamiento del niño y la propia familia, afecta al ego del padre principalmente.

El cuarto menciona a aspectos generales de la frustración, refiere la importancia de los mecanismos de defensa para poder uno expresar con mayor certeza acerca del paralelismo entre la actividad defensiva del yo contra un peligro interno y otro externo. Los diferentes tipos de respuestas a la frustración y como se clasifican también la interpretación de las respuestas del Test de frustración como son: Respuestas extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva.

El quinto consiste en describir lo que es Escuela para Padres orientar y cambiar las actitudes de los padres para con sus hijos,. La finalidad de este capítulo es informar de la estructuración de la secciones que forman parte las Escuelas de Educación Especial para lograr su integración a la sociedad y un desarrollo físico

Mi principal interés de llevar a cabo la presente investigación se debe a que en tal población no se han realizado este tipo de estudios, con la finalidad de obtener información acerca del tipo de respuestas frustrantes que tienen las madres con hijos Down, y conocer el prototipo de respuesta que permitirá en un futuro la creación de programas de apoyo para madres que enfrentan la frustración de manera asertiva.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES Y GENÉTICA DEL SÍNDROME DE DOWN

ANTECEDENTES DEL SÍNDROME DE DOWN.

Es importante mencionar los antecedentes y orígenes del síndrome de Down. Al referirme al niño Down, citaré algunas definiciones:

En 1866 aparece el apodo "mongolismo", se debe al Dr. John Langdon Down - identificó a las personas con el síndrome de Down- creyó que eran un "retroceso" a un tipo de raza más primitiva. Estaba impresionado por el aspecto oriental de los ojos y pensó que sus pacientes parecían mongoles, personas que él tomaba por más "primitivas". De esta manera, el síndrome llegó a ser conocido como "mongolismo". (García 1983).

El síndrome de Down, citado por García (1983), menciona que erróneamente es llamado mongolismo y cuyo nombre correcto es trisomía 21, es un padecimiento de naturaleza genética que se puede diagnosticar desde el nacimiento y causa en las personas que lo padecen una falta en su desarrollo tanto físico como mental, así mismo se acompaña de múltiples malformaciones y predisposiciones a otros tipos de enfermedades, sobre todo en la primer infancia. (Lagunes 1990).

El niño con síndrome de Down es un individuo único, diferente a las demás personas normales y también distinto a otros enfermos con trisomía 21. No hay que olvidar que, si bien es cierto que tiene una alteración genética, también puede heredar de sus padres muchas virtudes que determinan en él un desarrollo diferente a las demás personas

Síndrome de Down: "Es una anomalía congénita particular en el hombre. Es reconocible al nacimiento y se caracteriza por enanismo físico, serio retardo mental y la extraña apariencia del individuo debido a las anomalías en los ojos, nariz, boca y oídos. Se ha demostrado que la presencia de un autosoma extra (del par designado como 21), en las células de estos individuos esta siempre asociado con el mongolismo". (Nason 1994, p. 308).

Síndrome: Cuando aparecen juntos una serie de signos o características. Un síndrome es un conjunto de signos y síntomas que se presentan juntos y que caracterizan un trastorno. (Anónimo 1996).

Nadie sabe qué causa el error en la división celular que da como resultado el síndrome de Down. Algunos científicos creen que infecciones causadas por un virus, anomalías hormonales, rayos X, drogas potentes o

predisposición genética estén implicadas en el proceso de no disyunción. Pero a ciencia cierta se desconocen las causas.

En 1959 Lejeune, Gautier y Turpin (Cita de García, 1983 b) describieron el cromosoma extra, llegaron a la conclusión por medio del cariotipo, que la causa etimológica se debía al cromosoma extra, es decir, es el cromosoma 21 el que produce las características físicas y mentales típicas, conocidas como síndrome de Down. La alteración genética consiste en un 95% de los casos en un trisomía del par cromosómico 21 observándose en los otros casos fenómenos de traslocación o mosaicismo.

A continuación se observa un cariotipo de una niña con síndrome de Down, Trisomía 21. (Fig. 1.).

CARIOTIPO DE NIÑA CON SINDROME DE DOWN.

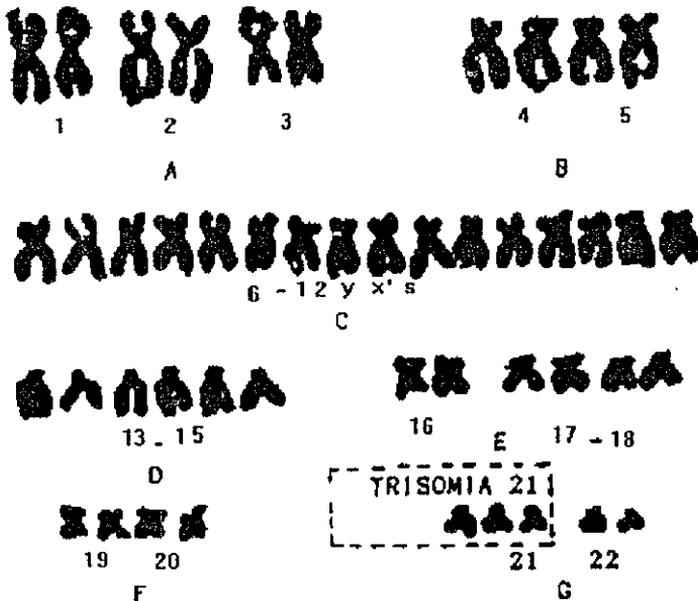


Fig 1. Cariotipo de una niña con Síndrome de Down en donde es perfectamente notorio el hecho de que el par 21 del grupo G existen 3 Cromosomas y no solo 2 como es normal. El lector minucioso contará 47 cromosomas incluyendo los dos x, puesto de que se trata de una niña (Caballero 1985)

CARIOTIPIO DE UNA NIÑA NORMAL.

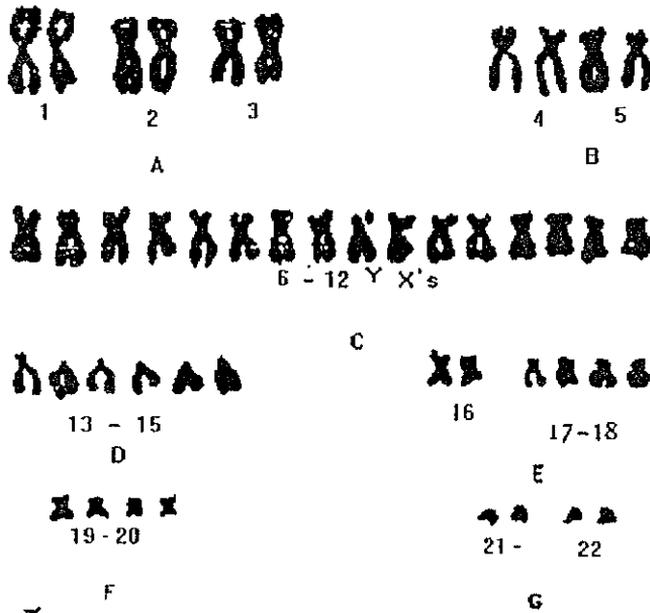


Fig. 3. Cariotipo de una niña normal. Se fotografían los cromosomas de una célula justamente antes de su división. Se ordenan según su forma y tamaño y se agrupan por letras. Los Heterocromosomas o cromosomas sexuales están en el extremo derecho del grupo C. Por tratarse de una niña son dos cromosomas X. Se cuentan 46 cromosomas y se observa que el par 21 está en el grupo G. (Caballero 1985)

El síndrome de Down tiene como causa la presencia de un cromosoma extra en el núcleo de sus células, en otras palabras, esto significa que tienen 47 cromosomas en lugar de 46, el exceso o la falta de cromosomas altera a la función de las células y la del organismo completo.

El síndrome de Down, se encuentra en todas las razas de la especie humana, en todos los países del mundo, y se distribuyen en todos los niveles sociales y económicos. Esto sugiere que las causas como una dieta pobre, las condiciones climatológicas, la diferencia de área geográfica, etc, no tienen una relación especial con el síndrome de Down.

Es de todos conocido que los rasgos físicos y de conducta de un niño están determinados por la herencia que aportan el padre y la madre en el momento de la fecundación. El material hereditario se encuentra en las células sexuales: Óvulo y espermatozoide.

Diversos estudios (Davidenkous, y cols, 1964; Oster, 1953; Robinson y Puck 1965; Sigles y cols, 1965) "Han hecho muchas sugerencias con respecto a las influencias externas que podrían producir no disyunción o errores equivalentes en ausencia de toda predisposición genética. La enfermedad de la madre durante el embarazo fue prácticamente excluida por las extensas encuestas de Oster. Entre otras teorías más recientes son las aceptables las que implican la infección o la exposición a radiaciones finalmente, encontrándose que los anticuerpos tiroides podrían haber surgido como consecuencia de una enfermedad infecciosa."(Alvarado 1986)

Algunas de las influencias anteriores podrían suponerse que actúan especialmente en las madres viejas. (Falkow 1965); sin embargo aparecen con insólita frecuencia en madres jóvenes.

Diversos estudios (Cliff 1987; Coronado 1980 ;Smith y Wilson 1976; Smith y Berg 1978) Demuestran que la probabilidad de tener un hijo con el síndrome de Down aumenta con la edad de la madre, lo que se ve en forma resumida en la tabla 1. Indica que la probabilidad de concebir un niño con el síndrome aumenta a partir de la edad de 39 años de la madre; otros autores. Señalan que, por debajo de los 30 años el riesgo se duplica por cada periodo de 5 años, y mientras que otros señalan que, por debajo de los 30 años, el riesgo general de procreación es de uno en cada 40 nacimientos.

Tabla 1. Edad de la madre y frecuencia de nacimientos con el síndrome de Down.

Edad de la madre.	Número de nacimientos con síndrome de Down por número total de nacidos.
18 a 20 años	Niños con S.D. 1 en cada 2000 nacimientos.
21 a 30 años	Niños con S.D 1 de cada 1500
31 a 34 años	Niños con S.D 1 de cada 750 a 880
35 a 40 años	Niños con S.D 1 de cada 280 a 290
41 a 44 años	Niños con S.D 1 de cada 130 a 150
más de 45 años	Niños con S.D 1 de cada 20 a 65 casos.

Sin embargo, todos los estudios coinciden en que hay un incremento importante del riesgo alrededor de los 35 o 40 años de edad. Debido ha que los óvulos han sido expuestos durante muchos años al riesgo de lesión o daño por factores ambientales como radiación, los virus, etc. , en condiciones experimentales, se demuestra que muchos de dichos factores producen fallos cromosómicos. Por lo tanto puede ser que haya muchas causas ambientales distintas que confluyan en una trisomía 21 que es la más frecuente.

Emanuel y Cois. sugirieron que las madres que dan a luz a niños con S.D. a una edad cronológicamente temprana pueden de alguna forma, caracterizarse por una aceleración del envejecimiento. Algunos autores sugieren que existe un aumento de la incidencia de cabellos grises en las madres jóvenes con S.D.(Alvarado 1986).

Es muy difícil establecer una relación de causa efecto entre determinado factor y el nacimiento de niños con el síndrome de Down. Los cálculos recientes realizados en Gran Bretaña, Dinamarca, Japón, E.U. y Canadá demuestran que entre el 65 y 80 % de los niños con síndrome de Down nacen de madres menores de 35 años. Este cambio se debe en gran medida al incremento del empleo de técnicas de planificación familiar en los países desarrollados, y a la tendencia de las madres a completar los miembros que constituyan la familia. (Cliff 1987).

En 1985 Stratford, y Steele, en un estudio realizado en dos áreas de Inglaterra, se encontró en 10,000 nacimientos una incidencia media de 463 nacimientos de niños Down

En México no se han encontrado cifras de prevalencia de sujetos afectados por el síndrome en la población total del país. Aunque, la Dirección General de Educación Especial (S.E.P.-FONAPAS,1981 y S.E.P. 1985) calcula que entre el 2.5% y el 2.8% de la población total del país presenta deficiencia mental (incluido el síndrome de Down), no especifica que tanto de ese porcentaje corresponde a los sujetos afectados por el síndrome.

GENÉTICA DEL SÍNDROME DE DOWN.

El síndrome de Down ha planteado muchos problemas pero ninguno de ellos ha sido más difícil que el de su etiología. A pesar de ello, se conocen ahora algunos procesos que pueden conducir al nacimiento de un niño con S.D. El más importante entre estos procesos es la trisomía inevitable, que aparece en la mitad de los niños cuando la madre es ella misma portadora. Los progenitores mosaico y portadores de la traslocación equilibrada pertenecen también a este grupo.

En 1951 se descubre el cromosoma extra. Los cromosomas permiten la individualidad. La individualidad se da porque el código genético de cada persona es único. Es una combinación de cromosomas de la madre y cromosomas del padre. Además, la mayoría de las características de una persona no están programadas por un sólo gen, sino que son el resultado de la interacción de varios genes.

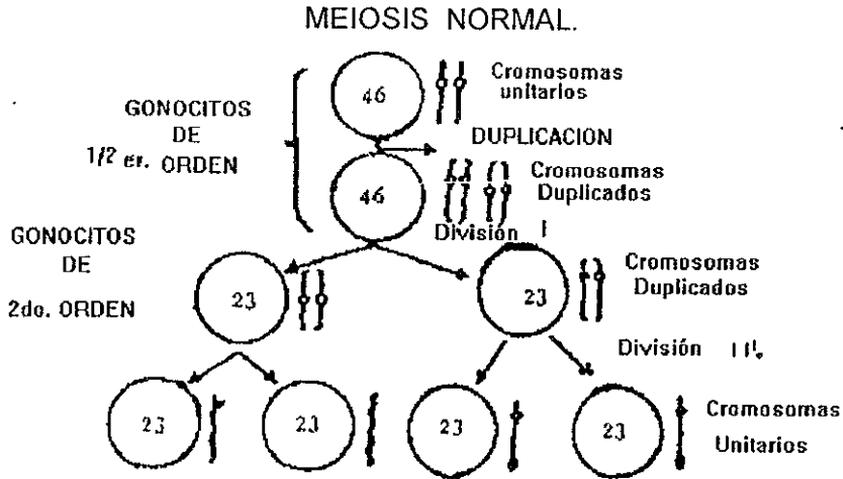
Si una persona hereda un gen defectuoso de uno de sus padres y otro "bueno" del otro progenitor, esa persona presenta una copia errónea y una correcta; usualmente no tendrá problemas y funcionará normalmente.

El número es, pues, el asiento de la información genética que se encuentra maravillosamente dispuesta y codificada en largas tiras de la molécula denominada ácido desoxirribonucleico o ADN: Su estructura fue descubierta en 1953 por James D. Watson y Francis Crick, trabajado en el laboratorio de Maurice Wilkins, en Cambridge, Inglaterra. Esos jóvenes científicos descubrieron la preciosa "clave de la vida" esa estructura doble helicoidal que guarda, en el orden de sus unidades, el código genético, el lenguaje de la vida; en síntesis, los genes que determinan las características del organismo. (Carnevale 1987).

Carnavele, menciona que el ADN, es decir los genes, no se encuentran esparcidos desordenadamente en el núcleo, sino que están ordenados a lo largo de unas estructuras que conocemos como cromosomas. Sabemos que el número de cromosomas de la especie humana es 46, (de hecho son 23 pares). Estos se han numerado y clasificado en grupos y pares: desde el par 1 hasta el par 22 para los cromosomas que son iguales en el hombre y la mujer y un par que se denomina de sexocromosomas, identificados como XX el sexo femenino y XY en el sexo masculino.

Se llama cariotipo, al número y ordenamiento de los cromosomas. Los seres humanos tienen 46 cromosomas en todas las células a excepción de los glóbulos rojos y las células germinales (espermatozoides y óvulo). Estos 46 cromosomas están formados por 22 pares (llamados autosomas) y 2 cromosomas sexuales. Los cromosomas sexuales determinan si la nueva persona será varón o mujer.

Dado que cada ser humano ha de tener 46 cromosomas -23 pares- es necesario que la madre y el padre aporten la mitad, es decir, 23 cada uno. Por consiguiente, cuando las células germinales (óvulo y espermatozoide) están desarrolladas, los pares de cromosomas se separan y uno de los cromosomas de cada par entra en la célula germinal. Por ello, cada óvulo y cada espermatozoide probablemente contendrá 23 cromosomas, uno de cada par. Cuando se juntan producen una célula con 23 pares, 22 pares autosomas y dos sexuales. (Fig. 2 y 3.) (Lagunes 1990).



Meiosis Normal tomado de Carnevale, S. (Cita de Caballero 1985)

Dentro del amplio plan llevado a cabo por el código genético hay lugar para las diferencias individuales. No obstante, se necesita la cantidad adecuada de material cromosómico o de información codificada para programar a una persona con características físicas y mentales normales (Por "normal", me refiero a las características que la mayoría de los seres humanos suelen tener en común). Si por cualquier razón alguien tiene una falta o un exceso de material cromosómico, entonces se puede esperar una alteración del programa. Este es el caso del síndrome de Down y de las anomalías cromosómicas.

El retardo en el desarrollo y las características físicas observadas en la persona con síndrome de Down son debido a la presencia de materia genética adicional en sus células. En 1959, el Dr. Jerome Lejeune encontró que niños con el síndrome de Down, tienen un cromosoma extra. En vez de 46 cromosomas en cada una de sus células, una persona con síndrome de Down, tiene 47 (García 1983 b).

El cromosoma extra es el pequeño No. 21, el cual puede derivar del óvulo o del espermatozoide. Se cree que durante la división de la célula de un espermatozoide o un óvulo en los padres, los dos cromosomas no. 21 no se separan propiamente (no disyunción). Debido a esto, una célula tendrá un cromosoma No. 21 extra el cual, más tarde se une con una célula germinal normal que podrá dar origen a una trisomía 21.

Se puede decir que el síndrome de Down es una enfermedad o síndrome genético porque en todas sus clasificaciones (trisomía regular, traslocación y mosaicismo), está alterado el material genético, sin embargo, sólo en la traslocación se comporta como si fuera hereditario, es decir, un padre portador trasmite a su descendencia esta alteración genética, por lo que el riesgo para tener hijos afectados es mucho más elevado que en las otras dos clasificaciones.

En 1960 y 1961 Penrose y otros investigadores más descubrieron la trisomía por traslocación y el mosaicismo.(García 1983).

Carnavele (1987) encontró que cuando se habla del síndrome de Down, por lo general se entiende que se trata del problema genético más frecuente en el humano también denominado "Trisomía 21", y que esto significa que las personas afectadas tiene un cromosoma 21 extra. Es el cromosoma 21 extra el que produce las características físicas y mentales típicas, conocidas como síndrome de Down.(Fig.4)

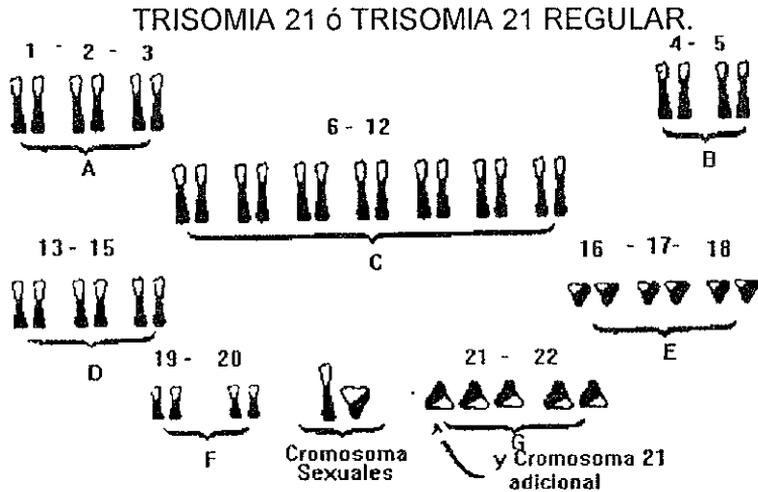


Fig. 4 Trisomía no 21 o regular en donde el cromosoma 21 extra se encuentra libre

Hay diferentes tipos de síndrome de Down. Existen 3 cariotipos con características relacionadas con el síndrome de Down, trisomía 21 libre, mosaicismo y traslocación. Dentro de este último se pueden encontrar distintos tipos de traslocación, y, muy infrecuentemente combinaciones de traslocación y mosaico.

En la trisomía 21 por traslocación, el cromosoma 21 extra se encuentra pegado a otro cromosoma -por lo general al 14- el efecto de la anomalía es el mismo, pero lo importante en estos casos es estudiar a los padres, ya que algunos de ellos puede ser el portador de la traslocación en forma balanceada y tener riesgo de procrear otro hijo con el síndrome de Down.

En 1988 Carnevale menciona que la trisomía 21 por "no disyunción" se observa en el 95% de los casos con síndrome de Down, pero hay que recordar que alrededor de un 3% de casos con esta trisomía ocurre por "traslocación" y en un 2% se trata de un mosaico.

EL SÍNDROME DE DOWN. TRISOMÍA 21.

Si al momento de la concepción la célula tiene 47 cromosomas; cuando esta célula se multiplica, nacerá un niño con síndrome de Down. (Ver Fig.4). Esta forma de error cromosómico, trisomía No. 21, se ha encontrado

aproximadamente en el 95% con trisomía 21 regular, en donde el cromosoma 21 extra se encuentra libre. Durante el proceso de la división celular 2 cromosomas No. 21 se juntan (no disyunción). (García, 1983 b).

En la siguiente generación celular, una célula tendrá un cromosoma menos (esta célula no sobrevive) y la otra célula tendrá un cromosoma extra.

En 1988 Carnevale dice que no se sabe por qué sucede el mecanismo de "no disyunción" cromosómica; sin embargo, se ha observado que se relaciona con la edad materna avanzada. El riesgo de tener un hijo con síndrome de Down se incrementa cuando una mujer se embaraza después de los 35 años o por encima de los 40; y de cualquier forma la trisomía 21 por no disyunción es un accidente genético que generalmente no implica una propensión familiar. Por esta razón se menciona a veces que no es hereditaria. Pero no debemos olvidar que la persona con trisomía 21 transmite esa anomalía a su descendencia.

La mecánica que origina un huevo fertilizado con un cromosoma extra es la de no "disyunción" que ocurre durante la gametogénesis, es decir, durante la división meiótica que da lugar a un gameto, óvulo o espermatozoide.

La doctora Carnevale, expresa que en realidad, es difícil demostrar objetivamente, que el cromosoma extra del niño trisómico sea materno o paterno, ya que estudios hechos sobre la "no disyunción" demuestran que esta ocurre aproximadamente en una tercera parte del padre y en las dos terceras restantes de la madre. (García 1983).

La trisomía 21 regular se origina por un cromosoma extra, es decir, "no disyunción", que ocurre durante la gametogénesis, es decir, durante la división meiótica que dan lugar a un gameto, óvulo o espermatozoide, o en la primer división celular, cada célula que se produzca será trisomía (es decir, tendrá 47 cromosomas de las cuales tres estarán en el mismo grupo).

En resumen la trisomía 21 regular se origina por la "no disyunción" del par veintiuno durante la ovogénesis y este fenómeno ocurre con más frecuencia en mujeres de edad avanzada.

En estos casos sabemos que el factor cronológico es importante y para el consejo genético se puede decir que el riesgo irá aumentando conforme avanza la edad de la madre.

TRISOMIA 21 POR TRASLOCACIÓN.

Esta anomalía cromosómica ocurre por fusión céntrica entre dos cromosomas acrocéntricos, donde la mayor parte de los brazos largos de un cromosoma acrocéntrico se trasloca a los brazos cortos acrocéntricos. El producto de la traslocación que contienen una pequeña porción de los brazos largos de uno y los brazos cortos de los otros, es pequeño y generalmente se pierde. Los brazos largos del cromosoma 21 de más se han unido a otro cromosoma. En los casos de trisomía veintiuno por traslocación, la más frecuente es la traslocación veintiuno.

Traslocación es el desplazamiento y adhesión de una parte o de todo un cromosoma a otro; significa que el cromosoma 21 en lugar de encontrarse libre se adhiere a otro cromosoma 21, generalmente al número 14, por lo que se denomina traslocación 14/21; aunque también puede adherirse al 21 y establecerse una traslocación 21/21 (Fig.5). Esta modalidad es hereditaria, cuando los padres son portadores de la traslocación, y está presente en 3-4% de la población con síndrome de Down (Anónimo 1996). En la trisomía regular en la que tres cromosomas 21 están perfectamente separados, existen las posibilidades de que uno de los cromosomas esté unidos entre sí, esta condición predisponen a un número mayor de hijos afectados y recibe el nombre de traslocación cromosómica.

CARIOTIPO DE NIÑO CON TRANSLOCACIÓN.

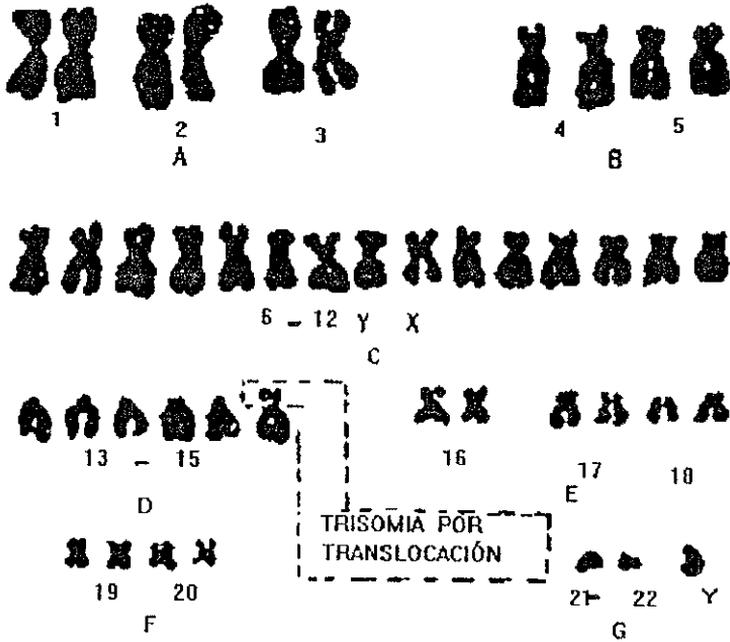


Fig 5. Cariotipo de un niño con síndrome de Down debido a la traslocación del brazo largo de uno de los cromosomas del par 15 en el grupo D. En este caso hay 46 cromosomas y este solo brazo es el responsable del cuadro clínico del síndrome. Aquí se aprecian un cromosoma X y un Y puesto que se trata de un niño. (Cita de Caballero 1985)

La trisomía 21 por traslocación es más frecuente entre los padres menores de 30 años. Cuando un niño con síndrome de Down lleva la traslocación, es conveniente estudiar a los padres, ya que uno de ellos puede ser el portador. El riesgo de tener otro hijo afectado aumenta más si la madre es la portadora. Si la madre es portadora de traslocación, el riesgo de tener un hijo trisómico es de 5%. Por el contrario, en los casos de portadores masculinos, el riesgo es de uno a dos por ciento. (García 1983).

TRISOMIA 21 MOSAICO.

Esto ocurre cuando una persona tiene una mezcla de células normales y células trisómicas. Las dos líneas es decir, la normal y las trisómicas se desarrollan cuando: a) el par de cromosomas 21 no se separan en la segunda división celular o en una posterior, o b) cuando el cromosoma extra es un huevo trisómico se pierde en una división celular posterior.

Los niños con trisomía 21 mosaico generalmente tienen características físicas del síndrome de Down menos marcadas o en menor número, y una actividad mental y desarrollo del lenguaje ligeramente más alto que los que tienen la trisomía libre. Esto significa que muchos niños con trisomía 21 libre estarán menos capacitados que muchos con trisomía 21 mosaico.

Por otra parte, las personas que tienen trisomía 21 en mosaico, tienen células con la trisomía y células normales que pueden modificar el cuadro clínico y disminuir las manifestaciones.

En este caso algunas de las células de la persona son normales (46 cromosomas) mientras las otras presentan la trisomía; es el resultado de un error en la división celular después de la concepción. Corresponden aproximadamente al uno por ciento de las personas con síndrome de Down. Es importante destacar que no existe una relación entre el porcentaje de células afectadas y el potencial de desarrollo del niño. (Anónimo 1996)

En el mosaicismo, "El accidente de la naturaleza" (no disyunción), se cree que ocurre durante el comienzo de la división celular. Cuando este niño nace, se encuentran algunas células con 46 cromosomas y otras con 47 (García 1983 b).

CAPITULO 2 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DEL NIÑO DE DOWN.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS.

Es de prioridad identificar en este capítulo las características físicas, que permiten clínicamente desde el nacimiento identificar al niño Down, para proporcionarle la ayuda e intervención temprana. Estos niños presentan anomalías físicas (externas e internas), peculiares, que mencionaré a continuación, de manera general.

"Son observadas desde el nacimiento, a medida que pasa el tiempo, las deficiencias son más notorias, impidiendo que (el niño) se desarrolle normalmente. Se puede percibir que desde el desarrollo prenatal empieza a aparecer un retardo entre la sexta y duodécima semana. La anomalía puede consistir especialmente en una malformación de las estructuras del cráneo con los consecuentes efectos en el sistema nervioso central. El período del embarazo para la mayoría de los niños Down es que nacían después de las treinta y ocho semanas de gestación. Mientras que la duración del embarazo para los niños era de cuarenta semanas. (García E. 1983).

El aspecto físico es muy característico, su cara semeja vagamente los rasgos orientales del grupo étnico de los mongoles (nombre correcto mogoles), de ahí el término equivocado de "mongolismo". El cráneo en realidad es más pequeño de lo normal, aunque está aplanado y ancho (Braquicefálea), la nuca es corta, plana y ancha, con exceso de piel, el cabello es escaso y en general lacio, grueso y áspero.

La cara es redonda con perfil aplanado, la frente abombada, las hendiduras palpebrales no oblicuas hacia arriba y afuera, las cejas son escasas, las pestañas escasas y cortas, la base de la nariz está achatada a causa de la falta de desarrollo del esqueleto, además, esto hace que sea corta y sus orificios visibles de frente.

La boca es pequeña, los labios gruesos y pueden estar fisurados (pequeñas hendiduras). La parte superior del paladar está aplanada, con un arco en el centro (un paladar tipo "catedral"). Debido al espacio reducido de la boca la lengua tiene menos sitio y, por ello, tiende a salir, puede haber inflamación de la lengua con caída de porciones de la mucosa (capa que recubre a la lengua). Las orejas son pequeñas y redondas, los pabellones auriculares están colocados por debajo de su sitio normal. A veces la parte superior de la oreja está plegada y en poco más de la mitad de los casos, el lóbulo de la oreja puede ser más pequeño o no existir. La piel es marmórea y

áspera, las manos son anchas y redondas, los dedos son cortos, especialmente el meñique y el pulgar, hay acortamiento del segundo hueso de los dedos de la mano (braquimesofalangia) y curvamiento del meñique (clinidactilia).

Los pies son anchos, pequeños y planos con los dedos cortos, muy a menudo hay un espacio más grande de lo normal entre el dedo gordo y los otros dedos del pie. Puede haber sindactilia. A nivel de pies se observan éstos cortos y anchos y en ocasiones planos. Es característico la separación entre el primer y segundo dedo, así como la presencia de una línea plantar transversal cruzada por otra longitudinal que parte del primer espacio interdigital.

En un 29 a 60% de los niños Down, se aprecia un pliegue de flexión denominado surco simiesco o hendidura palmar transversal que cruza la palma en su tercio anterior. La presencia de autotraumatismo puede provocar en dorso de manos lesiones verrugosas de color gris pardusco bien delimitadas. (Córdova 1993).

Se han identificado varias características físicas comunes (llamadas los signos cardinales) del síndrome. Estos signos se presentan por lo menos en un 50% de los casos y normalmente en un 60 u 80%. En 1987 Cliff menciona que las características del síndrome de Down en el niño recién nacido son las siguientes:

- a) Los ojos tienen una inclinación hacia arriba y hacia fuera, ocasional estrabismo, es frecuente la sinofridia o unión de las dos cejas.
- b) Se ve intensificada la inclinación del ojo por un pliegue cutáneo la parte interior del ojo (el pliegue epicántico).
- c) Entre el 30 y el 70% de los niños muestran en el borde del iris unas pequeñas manchas blancas amarillo (manchas de Brushfield), se observan como un anillo periférico en el iris o como manchas irregulares en la periferia del iris o en su centro, esto es más obvio en los niños con los ojos azules. (Córdova 1993).
- d) La cabeza es generalmente más pequeña de lo normal, y la parte posterior de la misma (el occipucio) tiene tendencia a ser aplanada (Braquicefálea) cabeza con una apariencia particular. Las partes blandas (las fontanelas) son normalmente más grandes que en la mayoría de los niños y ocasionalmente se puede encontrar un punto especial blando en el centro.
- e) Muchas veces parece que el cuello es ligeramente corto y se ven algunos pliegues cutáneos en la parte lateral y posterior que desaparecen a medida que el niño crece.

f) A menudo las piernas y los brazos son cortos en comparación con la longitud del tronco. Las manos suelen ser de anchas palmas y los dedos cortos. Frecuentemente, el dedo meñique es más corto y tiene un solo pliegue; a menudo se tuerce hacia los otros dedos (clinodactilia).

g) Cuando nacen, la mayoría tienen poco tono muscular (hipotonía) y están flácidos.

h) Los reflejos suelen ser débiles y más difíciles de producir. Además en casi 2 tercios de los niños, el llanto es más débil, siendo de menor duración y tono. Muchos lloran muy poco y no lloran cuando tienen hambre o cuando están incómodos.

En 1988 Coló considera que aproximadamente un 40% de los niños con síndrome de Down pueden presentar alguna forma de cardiopatía congénita. De ahí la importancia de la revisión cardiovascular temprana en estos niños. En el 90% de los casos las cardiopatías más frecuentes son: la comunicación interventricular, los defectos de los cojinetes endocárdicos, la comunicación interauricular. Es importante mencionar que más o menos el 50 % de los niños que sufren alguna forma de cardiopatía congénita mueren antes del primer año de vida. La tasa de mortalidad desciende en forma significativa del primero al sexto año de vida en la mitad de los que sobreviven.

Cuéllar (1991) en un estudio de la relación entre la leucemia, el cáncer y el síndrome de Down, según datos publicados por Wertnuller, "La relación entre mongolismo y leucemia está fuera de toda duda, en especial en la denominada leucemia congénita es en el mongólico de 3 a 9 veces mayor que en los niños normales"; lo que evidencia que este padecimiento acompaña, sin duda, al mongolismo.

En 1984 Washio, J.; Van Gorp, E; y Baker R; encontraron que la audición del niño Down presenta alteraciones severas. Estas van desde niveles moderados hasta profundos, siendo los impedimentos más significativos de los de la conducción auditiva, estos autores, también discuten la posibilidad de que el niño con síndrome de Down sufra anomalías estructurales del sistema auditivo y sus posibles repercusiones en el desarrollo del lenguaje, es decir, retraso en la aparición de éste, concretamente en la producción vocal durante los primeros meses de vida. (Berger, J. y Cunningham, C.C. 1983).

Los padres del niño a menudo piensan que cuando más claras sean las características físicas, peor será el síndrome de Down y mayor el grado de discapacidad intelectual, sin embargo, esto no es lo que determina el coeficiente intelectual, quien lo determina es el cromosoma 21 extra. El cual

repercute en la estatura, estos pequeños siempre están por debajo de lo normal y existe un daño importante del sistema nervioso central, (cerebro, cerebelo, etcétera), que se reconoce por un retraso importante en la maduración (desarrollo), en consecuencia, están retardados tanto en su crecimiento físico como en su desarrollo mental.

El coeficiente intelectual promedio, tanto en niños como en adultos Down, está entre 25 y 50. De hecho, el grado de desarrollo intelectual no sólo va a depender de factores físicos, sino también de si el niño se ha criado en una institución o con su familia y del tipo de alteración cromosómica que presenta. Se realizaron varios estudios seriados sobre el desarrollo intelectual de 30 sujetos con Síndrome de Down mosaico contra 30 sujetos con trisomía 21 regular. Los casos se parearon por edad, sexo y nivel socioeconómico de los padres. El nivel de C.I. del grupo con síndrome de Down, mosaico fue significativamente más elevado que el grupo de trisomía 21 regular. Muchos sujetos con mosaicismo mostraron mejores habilidades verbales y de escritura. (Rocha 1993).

Es necesario precisar aquí, que el concepto de inteligencia debe entenderse como una de las fuentes que colaboran en el desarrollo cognitivo. O lo que es lo mismo, el desarrollo de todas las funciones que intervienen en el conocimiento y comprensión de las cosas y personas del medio ambiente y del propio individuo. Estas funciones son: percepción, aprendizaje, lenguaje y pensamiento. Smith y Wilson (1976) encontraron que el desarrollo social de los niños con síndrome de Down corresponde a su edad cronológica, mientras que el desarrollo intelectual presenta retraso.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.

El niño Down tienen un desarrollo cognoscitivo lento y es la parte más dañada, así como psicológico, en cuanto a características de la personalidad mencionaré como referencia que son afectivos, obstinados e imitativos entre otros sentimientos.

El desenvolvimiento psicológico del menor con síndrome de Down es lento, presentándose patrones de aprendizaje de grado inferior al del término medio, sin superar esa etapa aún cuando su capacidad de desarrollo mental llega a su término. La teoría evolutiva de Jean Piaget (1969) nos dice que la diferencia entre deficiencia mental y sujeto normal es esencialmente cuantitativa. La base de la formulación es: "el desarrollo cognoscitivo del deficiente mental se caracteriza por una progresión más lento, pero es idéntico a la del individuo normal, es decir que progresa según la misma serie de niveles cognoscitivos". Esta teoría emite la hipótesis de que no existen diferencias en el desarrollo cognoscitivo formal entre el deficiente mental y el sujeto normal,

emparejada sobre la base de un nivel cognoscitivo general.(Mele y Mendoza 1988).

También Mele y Mendoza en muchos proyectos de integración han demostrado que esta teoría describe el desarrollo retrasado casi tan bien como el desarrollo normal. En general, los niños ligeramente deficientes alcanzan el nivel de operaciones concretas, pero no el nivel de operaciones formales; mientras que los niños moderadamente deficientes alcanzan el nivel preoperacional, pero no el de operaciones concretas.

Los niños Down son generalmente receptivos llenos de afecto, muestran una variante considerable en cuanto a su comportamiento psicológico, configurado por sus actitudes y respuestas, hábitos y tendencias

"Los niños con deficiencia mental, al igual que cualquier niño, pueden ser alegres o tristes, agresivos o dóciles, audaces o tímidos. La alegría puede conducir a la imitación, la tristeza puede volverse depresión y la agresión o docilidad puede convertirse en una razón de vivir" A. Biresh.

CARACTERÍSTICAS DE SU PERSONALIDAD.

El perfil de la personalidad del niño con síndrome de Down se constituye bajo los siguientes aspectos: son obstinados, imitativos, afectivos, y sensibles, con un sentido especial, en cuanto a la reciprocidad de sentimientos y vivencias, con un carácter moldeable. Si el ambiente familiar o el que le rodea es inadaptable, reaccionan con hostilidad, empero si es un ambiente estimulante, el niño es amoroso, cariñoso y sociable. A continuación describiré algunos de los aspectos que mencionare de acuerdo a la autora García Escamilla (1983).

a) La obstinación: Para algunas autoridades médicas se debe al sistema nervioso, porque su deficiencia mental les impide cambiar rápidamente de una actitud o actividad a otra distinta.

b) La imitación: Es una de las características más comunes. El primero en describirla fue el doctor John Langdon Down. Esta imitación es esencialmente una conducta humana; es importante, ya que gracias a ella el niño tiene un amplio margen de aprendizaje aún en sus primeros años de vida. Por medio de la mímica expresa todas las actitudes y actividades que copia de las personas. Esta característica es transitoria; así como en los niños normales desaparece durante la primera infancia, en ellos también, sólo que esta época es más larga y casi dura hasta los ocho o diez años, aunque es difícil determinar una edad definida.

c) La afectividad: Juega un papel muy importante en su educación. Se han hecho varios estudios en donde se ha llegado a la conclusión de que el niño que se desenvuelve en un ambiente familiar estable, progresa intelectual y socialmente mejor que aquellos que los rechazan o demuestran poco cariño, cuando están en un lugar determinado no son el centro de atracción, inmediatamente tratan de llamar la atención inclusive se vuelven agresivos con aquel que cree lo está suplantando.

d) La afabilidad: Es el tipo de niño complaciente, le gusta que lo vistan, lo miman, en síntesis, le agrada no molestar. Es necesario por ello, que los padres y maestros lo impulsen a lograr un grado significativo de autosuficiencia traduciéndose en un nivel más alto de capacidad creativa.

Tienen preferencias por la pintura y en cuanto a la música tienen un ritmo apropiado, siendo esta muy importante para tranquilizarlos cuando se encuentran angustiados o inquietos. Además les gusta bailar, palmeo y cantar, todo esto es positivo para un desarrollo más completo del niño.

e) Sensibilidad: Siempre que hay un niño más pequeño junto a ellos, destacan su afecto y lo miman. Si están cerca de un compañero que se encuentra inactivo, cuida de éste que inicie una actividad, le aplauden, lo estimulan hasta que lo realiza bien. Si se les enseña, comparten todo y, como todos los niños pelean y son egoístas.

La familia es el principal elemento promotor de la adaptabilidad social.

Cuando convive en un ambiente agradable, de aceptación y aprendizaje, de cariño, de cordialidad, colaboración, respeto y equilibrio moral, su formación indudablemente será la resultante de ese medio, asimilando los estímulos que se les proporcionan para su adaptación, brindándole a este nuevo ser la oportunidad que cualquier otro niño tienen a una vida feliz.

Cuando el ambiente que les rodea resulta estimulante y lleno de afecto y atenciones son cariñosos, además tienen la posibilidad de aprender a leer y escribir, de acuerdo a la buena adaptación, integración familiar y social, logrando un desarrollo o actividades y oficios hasta conseguir su máxima independencia posible, por el contrario, "si el ambiente en donde se desenvuelve es de agresividad, pueden ser violentos y manifestar conductas sumamente difíciles de controlar. Se inclinan por la música, en su afecto materno, sobre todo en los primeros años de vida; se han presentado casos en los que en los primeros meses de vida si a los bebés no se les da afecto materno, esto puede afectarle de tal manera causándoles incluso la muerte". (García 1983).

En un estudio Coggins observó la adquisición del lenguaje en niños con

síndrome de Down, (Citado en Paz, 1987) observó si estos niños imitaban selectivamente enunciados modelo en el primer estadio de Bloom. (Fase durante la cual el niño presenta un rápido aumento de vocabulario). Trató de determinar si en las primeras combinaciones de dos palabras, los niños codificaban conceptos relacionales parecidos a los citados por niños normales. Los resultados indicaron que los niños Down tienden a imitar menos frecuentemente que los normales. Sin embargo, la frecuencia con la que imitan enunciados modelo es similar en ambos grupos.

Mientras que Reickle (Citado en Paz) demostró que los niños con Down también eran capaces de manejar las conversaciones que sabían tomar turnos para hablar. Coggins (1979) estudió las respuestas de niños con Down y las contrastó con las de un grupo control de niños normales. Ambos grupos presentaban el mismo grado de desarrollo gramatical.

El niño con síndrome de Down tiene gran capacidad de adaptación a nuestro régimen de vida. Estudios veraces sobre sociabilidad han encontrado que su coeficiente social es mayor que el intelectual y muy similar a su edad cronológica. Cita de Caballero (1985) se confirma que el medio donde se desarrolla o desenvuelve un niño con S.D., afecta en su progreso. Varios estudios de Smith-Wilson, (1976) muestran que los niños criados en casa adelantan aparentemente con mayor rapidez, a diferencia de aquellos que se encuentran internados en instituciones para deficientes mentales.

Estos niños en cuanto a lo social son muy similares a su edad cronológica, pero depende la aceptación, cariño, amor y un ambiente familiar estable, para lograr un buen progreso social, así como el desarrollo cognitivo, ya que se observa que el desenvolvimiento de éstos es mejor, que aquellos que los rechazan, o demuestran poco cariño lo que conlleva a que exista agresividad, sean violentos y manifiesten conductas difíciles de controlar.

El niño con síndrome de Down por su deficiencia, es antes que nada, una persona que puede vivir y trabajar en mayor o menor medida en la comunidad según sus aptitudes, con derechos y responsabilidades que deben reconocérsele. La educación especial propicia el desarrollo cognoscitivo y socioadaptativo, basándose en la participación activa de los alumnos. Para lo cual, se desarrollan cuatro áreas estas son: independencia personal y protección de la salud, comunicación, socialización e información del entorno físico y social y por último ocupación. (Mele y Mendoza 1988).

Estas cuatro áreas se explican en el capítulo quinto, ya que se desglosa el programa de Educación Especial en cuanto a sus fines a lograr durante diferentes etapas de desarrollo del niño.

CAPITULO 3 REACCIONES Y SENTIMIENTOS DE LOS PADRES.

Es necesario conocer hasta qué grado el deseo de tener un hijo es por el niño mismo, o si resulta de la necesidad de utilizarlo como un medio de mantener la unidad familiar y su status de "madre de familia", tan gratificado por la sociedad.

Cuando una mujer ingresa al hospital para dar a luz a un niño, jamás está preparada emocionalmente para el advenimiento de un niño con síndrome de Down. Por lo tanto, no es competente para aceptar que su hijo deberá vivir su vida con una discapacidad que le impondrá limitaciones permanentes en todas las actividades, y le exigirá a ella y a los demás miembros de la familia, gran cantidad de tiempo, energía y dinero.

Es indudable que en una sociedad en la que se considera a la inteligencia como una de los más preciados dones de la naturaleza, el tener que afrontar la formación de un ser limitado en esta esfera constituye un impacto altamente traumatizante para la pareja.

Después del nacimiento del niño con síndrome de Down, los padres se encuentran terminantemente decepcionados saturados de dudas e interrogantes, sintiendo culpabilidad en ocasiones y enfrentándose a un presente impactante para el que nadie estaba preparado, en su mayoría los padres tienen una sensación de sufrimiento, angustia y negación cuando se enteran de que su hijo presenta el síndrome de Down, sus anhelos e ilusiones para con el niño se desvanecen, es como si el niño hubiese muerto. Además Garduño (1995) encontró que los padres sufren reacciones que de no ser bien atendidas y entendidas producirán abandono del niño y disgregación familiar, las más comunes son: culpa, imagen deteriorada, sensación de fracaso en la función protectora de su hijo y pérdida de la autoestima, sensaciones de incapacidad reproductiva, aislamiento del niño y la propia familia, ofensa al ego del padre principalmente.

Carnevale (1987) dice que el dolor y desencanto dan por resultado con frecuencia, un período de autocompasión, diciéndose. "¡Esto no nos puede estar pasando a nosotros!". Es un momento para llorar, para lamentar la realidad del sueño perdido de tener un niño sano y normal. Solnity Stark (1961). Afirma que: "Es la reacción de duelo de la madre ante la pérdida del hijo sano, sus deseos y expectativas por el hijo deseado quedan destrozados por el nacimiento de un niño defectuoso. Se cristalizan sus temores de tener un niño enfermo. Este anhelo no realizado de tener un niño normal puede ser rememorado, sentido intensamente y

descargado con el fin de reducir el impacto de la pérdida del hijo amado y esperado. Este proceso, que requiere tiempo y repetición, puede liberar los sentimientos de la madre para alcanzar una adaptación más realista".

Este proceso de duelo, provocado por la primera confrontación con la discapacidad, está compuesto principalmente por lágrimas, desencanto e incredulidad. Los padres expresan con frecuencia estos sentimientos evadiendo el problema, dudando de la identidad del niño o más drásticamente aún, deseando que el niño muera, tal como lo expresa Pearl Buck.

Vega(1987) encontró que una reacción común es no aceptar la verdad. La mente incrédula de los padres se bloquea y se niegan a aceptar lo que es evidente: Su hijo tiene síndrome de Down y se evaden de la realidad diciéndose: ¡El doctor se equivocó! "o" !Eso no es cierto!" para seguir justificando su angustia de este manera.

Una vez recibido el golpe inicial, los padres tienden a sobreproteger a su bebé, lo perciben como una criatura indefensa o lo rechazan en mayor o menor grado. Muchas veces la madre no quiere mirar ni cargar a su bebé, todos estos sentimientos son naturales y no deben asustar a los padres, ni hacerlos sentir culpables, pues son reacciones que no pueden evitar.

Cuando alguno de los padres (después de recibida la noticia) queda solo y tiene que afrontar el nacimiento de un niño considerado como anormal; la angustia en cuanto a la posibilidad de educarlo, atenderlo, aceptarlo y mantenerlo se incrementa considerablemente.

El Señor Jesús Martínez, miembro de la asociación "Adelante Niño Down" aclara lo siguiente: La noticia genera un impacto emocional en los padres y conflicto en la familia que llegan a desintegrarse, se manifiesta una impotencia entre las limitaciones de su hijo y hay un choque en relación con las expectativas que se tenían en torno al nacimiento y vida del hijo que esperaban a diferencia con el que han tenido.(López 1991).

Se culpan a sí mismas por no haber sido más cuidadosas durante el embarazo. Se preguntan si lo sucedido se deberá a algo que hicieron o dejaron de hacer. Estos sentimientos y emociones provocan fuertes sentimientos de culpa. La vergüenza llega hasta el meollo de su ser y afecta los niveles más profundos de su vida emocional.

Cuando las personas se convierten en padres, ven a sus hijos como una prolongación de sí mismas. Tienen la esperanza de que sus hijos se conviertan en un reflejo de la mejor parte de ellos mismos. Se desconciertan cuando no es así. Cuando pierden toda esperanza de que eso suceda, se sienten indefensos,

descorazonados y avergonzados. Les resulta difícil sobrellevar la cruel realidad y frecuentemente se sienten tentados de evadirse.

Después del nacimiento del niño Down, los padres dejan de ser como eran antes de nacer el niño. Muchos crecen ante este destino, adquiriendo mayor madurez, humanidad y profundidad, movilizando unas fuerzas físicas y psíquicas que quizás antes no hubiesen estado a su disposición. Otros padres no pueden compensar este golpe, ni dominar la situación. Se ha encontrado que las familias con hijos con retraso, el niño frecuentemente traen 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).

EMOCIONES QUE EXPRESAN LOS PADRES.

Todos los deseos de aquel bebé "maravilla" en lo físico y en lo intelectual se han destruido repentinamente. En vez de un niño que les prodigará alegría, tienen uno que les causará muchas penas. Es natural que los padres pasen por una etapa de mucha tristeza y de dolor por su hijo y por ellos mismos. Esta etapa es necesaria, los padres, como pareja, deben darse tiempo para aceptar su nueva realidad con todas sus implicaciones, comprendiéndose y apoyándose mutuamente. Es importante que exista una buena comunicación entre ambos y que se manifiesten todos estos sentimientos de incertidumbre y preocupación por su hijo, para evitar una angustia innecesaria, y una serie de emociones dolorosas que presentan los padres.

En 1987 Vega encontró que los padres se preguntan: ¿Por qué a mí?, ¿Seré capaz de soportar este dolor?, ¿Podré cuidar y querer a mi bebé?, ¿Qué posibilidad existe de que mi próximo hijo nazca con síndrome de Down?, ¿Cómo voy a darle la noticia a mis familias y amigos?, ¿Qué va a pensar la gente de mi bebé con síndrome de Down?, ¿Qué la pasará cuando yo falte? .

"Frente a este azar imprevisible, pueden reaccionar generalmente en forma de rebeldía frente a la injusticia, sufrirlo como un castigo. Aceptación y culpabilidad pueden asociarse. Vergüenza y actitud reivindicativa van generalmente unidas; ésta se proyecta principalmente sobre la sociedad, los médicos y los instructores. Las reivindicaciones son tanto mayores cuando más rechazado es el niño. Por otra parte, parece difícil, frente a esta tragedia, no ser presa de sentimientos contradictorios" que se pueden presentar de la siguiente forma:

CHOQUE. Es la etapa inicial, donde al tener un hijo con una incapacidad es un fuerte golpe que lleva a un sentimiento de indiferencia. Algunos padres

descubren que su hijo no es normal inmediatamente después del nacimiento porque las circunstancias son evidentes, otros padres pueden sospecharlo tiempo después cuando su hijo tiene problemas de desarrollo, al observar que no es como otros bebés. También hay Rechazo. No necesariamente al niño en su persona, sino más bien al problema que éste representa, una dificultad que no esperaban y que no se sienten preparados para enfrentar. Este rechazo, con el tiempo, puede dirigirse al pequeño, cuando no se acepta la situación y no se aprende a manejarla. 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 (Stierlin 1981)

TEMOR. Ya que tener un hijo con deficiencia mental, representa una amenaza para la tranquilidad, seguridad y aceptación de los demás. El temor es otra de las emociones comunes de padres con niños excepcionales Temen que no existan escuelas adecuadas para ellos, mucho menos trabajos, además por lo que sus hijos sentirán y pensarán .

ANGUSTIA. Al no saber qué es un deficiente mental, cómo tratarlo, cómo integrarlo a la familia y qué hacer con él en el futuro.

NEGACIÓN: Es una manifestación de escape, cuando algunos padres niegan la existencia de un problema ya que no aceptan que su hijo tenga una incapacidad. Cuando esta actitud se prolonga el niño tardará más en recibir el cuidado adecuado porque confían en que se le pasará o justifican diciendo que es una manera de ser, porque no pueden aceptar que su hijo no sea perfecto.

VERGÜENZA. Porque, tal parece que en esta sociedad, es más fácil aceptar cualquier enfermedad o deficiencia física, que una deficiencia mental, los padres sienten que su hijo sería más fácilmente aceptado si fuera sordo o mudo, que siendo "tonto".

FRUSTRACIÓN. Por haber fallado; ellos, al tener un hijo así, y el bebé, por no ajustarse al ideal que hablan forjado. "Si el niño de verdad, sobre todo, por lo que respecto al sexo, se ajusta a la noción parental, el tratamiento postnatal que reciba será más favorable que si no satisface a la idea de los padres. Su aspecto y sus éxitos, conforme va siendo mayor, también le asegurarán un tratamiento más favorable si se ajustan a lo esperado por los padres. La intolerancia de un padre frente a su hijo, muchas veces se remonta al hecho de que su hijo no da la medida de lo que el padre piensa que su hijo debería ser "

REBELDÍA. Al no comprender por qué les tenía que suceder a ellos, y darse cuenta, al mismo tiempo, que el problema es irreversible.

CULPABILIDAD. Esta se debe, frecuentemente, al desconocimiento de lo que es el síndrome de Down, y sus causas, se preguntan quien habrá sido culpable de esta anomalía, y casi siempre la culpa recae en la madre, a consecuencia de muchas de las suposiciones y mitos infundados, "Existe aún la creencia de que la madre tiene primariamente la responsabilidad de cualquier irregularidad de desarrollo que pueda aparecer en su hijo, lo mismo sea un antojo que una irregularidad más grave del desarrollo, como pudiera ser oligofrenia, ceguera, sordera"; esto muchas veces la hace tener sentimientos de culpa, adoptando una actitud poco saludable de hiperprotección o de excesiva indulgencia frente al niño. La culpabilidad : Es un sentimiento donde los padres, creen ser responsables del problema del niño y se culpan por ello, llevándolos a un agotamiento emocional; posteriormente para sentirse menos responsables transfieren la culpa a alguien (médico, el otro cónyuge, miembro de la familia, etc.) logrando únicamente complicar más la situación ya que al existir ésta actitud dentro de la pareja no son capaces de apoyarse y ayudarse mutuamente y por consecuencia tampoco pueden ayudar a su hijo.

La culpabilidad puede ser el origen de divorcios y separaciones o ser la base de la sobreprotección del hijo, como una forma de enmendar su fracaso; no obstante, esta actitud de sobreprotección retrasa aún más el desarrollo del niño al limitarle la oportunidad de dar los primeros pasos para aprender. Tal actitud afectará todo el futuro del hijo. La creencia de que la madre es responsable puede también originar fricción entre los padres.

No hay pruebas de que las parejas que tienen un niño con el síndrome de Down tengan más tendencia a separarse que otras parejas. De hecho, hay indicios que demuestran que la familia salí ganando con la experiencia.

Dalton y Epstein (Cita de 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.

SENSACIÓN DE ABANDONO Y AISLAMIENTO. Los padres creen que nadie comprende su dolor, por no haber experimentado lo mismo. Se sienten con recelo, pensando que los que se acercan a ellos, en el fondo, lo hacen por curiosidad o compasión y no por un auténtico sentimiento de apoyo y cariño.

ENOJO: Los sentimientos de ira tienen como finalidad generar energía para actuar, siempre y cuando este sentimiento no invada la vida de los padres.

Algunos forman sentimientos de hostilidad hacia aquellos que miran al niño o hacen preguntas respecto a él. Otros padres que han tomado una decisión respecto al camino más apropiado para su hijo se frustran por los resultados, de sus esfuerzos al encontrarse con la carencia de servicios adecuados en su comunidad. En esta situación de frustración los padres se preguntan él ¿Por qué? De lo sucedido y no se comprenden o no se encuentran las respuestas

Los sentimientos que mencione son casos específicos de las familias de niños perturbados o con deficiencias físicas o bien en éste caso retraso cognitivo, en el trabajo clínico se ha visto que con mucha frecuencia los padres de estos niños son personas con una problemática muy compleja. Se interesan por el bienestar del niño y, sin embargo, son ambivalentes y se sienten culpables. A veces, su sentimiento de culpa está oculto por un cuidado exagerado, sus actos hacia el niño reflejan emociones contrarias.

Conforme pasa el tiempo estos sentimientos van disminuyendo aunque un día se sientan más optimistas que otros. El afecto que demanda el bebé mediante sus miradas y sonrisas logra la principal aceptación de los padres. Es entonces cuando ellos están listos para recibir un apoyo profesional.

ACEPTACIÓN: significa ver al hijo como un niño y aprobarlo como es, con limitaciones, que tal vez nunca será capaz de hacer todas las cosas que un niño que se desarrolla normalmente.

Cuando tanto la madre como el padre aceptan la responsabilidad por la existencia de este hijo, es entonces cuando se puede seguir adelante para que "el niño" sea capaz no sólo de adaptarse al mundo, sino también de formar parte de ese mundo que exige una adaptación.

Esta adaptación de los padres es única y personal, ya que es a ellos a quienes les atañe directamente el hecho de aceptar y respetar a un niño con potencialidades limitadas. Smith 1986 (Cita de López 1991), señala que algunos padres nunca alcanzan su adaptación y en cambio otros lo hacen en forma notable, indica que "no existen reglas ni soluciones universales por lo que cada familia hallará su propia solución y, en general, el tiempo tendrá una influencia favorable".

Es cuando el individuo alcanza la madurez al tiempo que desarrolla la tolerancia a la frustración, por su valor adaptativo o relevante, es decir, llega finalmente a la aceptación del niño Down, serán padres maduros que buscan

nuevas alternativas para su hijo.

El concepto de aceptación algo saludable, supone el equilibrio entre reconocer las incapacidades del niño y poner los remedios necesarios para contrarrestarlos, pero sin dejar que este trastorno domine por completo las interacciones familiares. Pero el concepto de una aceptación total, no existe como etapa final, porque los padres con hijos con síndrome de Down, experimentan muchos sentimientos sin solución y contradictorios

La calidad de la relación de los padres, antes del matrimonio y después del nacimiento de su hijo, se relaciona con el funcionamiento del niño en un futuro (Hoces y Morkman 1989). En un estudio longitudinal; estos autores investigan a 20 familias con un hijo entre uno y 3 años de edad. Miden Satisfacción Marital y conductas de apego con el hijo por medio de indicadores como seguridad en la cercanía, socialización, dependencia y percepción de su funcionamiento, realizan sus observaciones en dos momentos previos al matrimonio y de 3 a 5 años después. Encontraron que la comunicación positiva entre los padres se relaciona con niveles bajos de dependencia del hijo y niveles altos de socialización y mayor seguridad. Se ve que los hijos de padres menos satisfechos tienden a ser más dependientes por otra parte, los hijos de madres insatisfechas son más inseguros y poco sociales.

Comentario de un padre que tiene un hijo Down; acudió a intervención temprana o precoz, encuentra que esto puede ser muy beneficioso. Ya que con los otros niños no nos damos cuenta de toda su evolución, empero en éstos niños se observa el desarrollo o crecimiento en forma gradual, como cámara lenta. "Cuando se esforzaron un tiempo para conseguir que recogiese un sonajero. Cuando lo hizo, me entusiasmo mucho. Me moría de ganas de que fuesen mis padres para contárselos. Disfrute más con él niño Down que con un bebé normal porque todo lo que hace es un premio más. Con un niño normal todo el mundo lo da por hecho".

En un estudio relacionado , Cox y cols (1989) exploran las características del ajuste psicológico en el padre en cuanto a las actitudes hacia el infante y el mantener una conducta cálida y sensitiva, con él. Los autores sugieren que estas características psicológicas parecen funcionar como colaterales a la relación satisfactoria de la pareja. Encuentran que los padres que tienen un matrimonio con mayor cercanía y confianza para comunicarse en la fase prenatal y mantienen una actitud más positiva hacia sus hijos y hacia su papel como padres, independientemente de sus características individuales.

Corzo, menciona a Stubblefield (1965) observó que el nacimiento de un hijo discapacitado, tiende a producir una crisis teológica en muchos padres. Por su parte, Zuk Miller. Bartram y King (1961) establecieron una relación

moderada, pero positiva, entre la práctica de una religión y la aceptación materna de un niño discapacitado. Encontraron que las familias católicas tienden a aceptar más fácilmente que las judías o protestantes.

Para muchos padres que tienen hijo Down sus principales preocupaciones y aprensiones acerca del futuro- Es la elección de la escuela o la vida en establecimientos residencial. Aún no se ha respondido a una pregunta que es una preocupación constante para la mayoría de los padres mayores: "¿Qué pasará cuando yo muera?". Se espera que las mejoras en los cuidados y en la educación llevarán a mucha más gente con el síndrome de Down a tener buenas habilidades sociales e independientes.

LOS TIPOS DE CRISIS.

Lo anteriormente referido puede englobarse en diferentes tipos de crisis; en 1988 Mele y Mendoza resumieron 3 tipos de crisis de acuerdo a Nenofascino (1967) y Wolfensberger (1967), que se presentan ante esa noticia.

a) Crisis de lo Inesperado.- Resulta del cambio repentino que tienen los padres del concepto de sí mismos, de su familia y del futuro. Sienten que sus esperanzas se desvanecen y deben volver a construir su mundo bajo otra luz.

b) Crisis de los Valores Personales.- Sobreviene porque prácticamente todos los padres viven en un ambiente social en el que prevalece la idea de que tienen que amar a su hijo sin que importen los caracteres del mismo y muchos padres nunca logran cambiar su mentalidad y abrigan sentimientos ambivalentes hacia su hijo deficiente mental; por un lado, lo aman por ser su hijo, pero por el otro lo rechazan por ser deficiente mental; otras reacciones emocionales son la culpa, la negación, la sobreprotección, la pena (tristeza).

c) Crisis de la realidad.- Cuando los padres están en la crisis de la realidad, tienen que enfrentarse a problemas económicos; familiares (con los abuelos, tíos, etc.) suponiendo que los padres ya aceptaron el problema; con los vecinos, pues es probable que rechacen a la persona con síndrome de Down.

Los problemas más comunes surgen cuando se le encomienda a un hermano (a) ayudar en el cuidado del niño con síndrome de Down, pues esto llega a afectar su vida social en algunas ocasiones. También los hermanos pueden sentir vergüenza y no se atreven a invitar a sus amigos a la casa.

No se puede decir que su presencia va a deteriorar necesariamente la relación afectiva de los padres. Si esta es buena, seguramente se afianzará; pero si por el contrario, ésta ya estaba deteriorada, lo más probable, es que se rompa. Si esto llegara a suceder, sería injusto pensar que fue a causa del niño

Down, y esto, a pesar de que "Es un hecho que el retrasado mental puede ser el origen de tensiones emocionales que avivan las tensiones personales de los padres, los cuales, a su vez las remiten a su hijo".

Se ha encontrado que las 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).

Los padres en un principio tienen muchas preguntas y dudas, en cuanto al correspondiente capítulo, existe una gran variabilidad de sentimientos y emociones, tal como es: tristeza, rechazo, negación, temor, vergüenza, culpabilidad entre otras, y la que es de nuestro interés la frustración; se observa frustración al saber que su hijo esperado no cumple con sus expectativas, o bien de no obtener los resultados anhelados, así como las carencias de los servicios adecuados para su niño. Creen no ser lo suficientemente fuertes para enfrentar dichos sentimientos y necesidades especiales de los niños, además de la gran cantidad de sentimientos de frustración que han ido acumulando desde que se enteraron que tienen un hijo con síndrome de Down, por lo que se observa en los estudios realizados motivo por el cual se suscita el interés en efectuar una investigación con madres que tienen un hijo con síndrome de Down y de esa forma obtener información que permita conocer el manejo de su frustración de éstas.

Además que éstos padres son personas con una problemática muy compleja. Se observa que el tratamiento psicológico es prioritario en estas personas ya que resulta de especial interés para el psicólogo clínico, debido a los múltiples y complejos factores que intervienen en dicha problemática.

CAPITULO 4 ASPECTOS GENERALES DE LA FRUSTRACIÓN

ANTECEDENTES DE LA PERSONALIDAD.

Existe una gran variabilidad de teorías que se encargan del estudio de la personalidad o corrientes que definen el concepto de personalidad, tal como son la conductista, humanista, gestalista y psicoanalista, entre otras, mencionaré algunos autores de manera general, debido al tema de investigación es primordial la teoría psicoanalítica, y los diferentes mecanismos de defensa que utiliza él "yo", con la finalidad de reducir urgentemente las tensiones internas.

La personalidad constituye la unidad fundamental y concreta de la vida mental que tiene formas categóricamente singulares e individuales.

Freud (citado de Cueli 1990) menciona en la teoría psicoanalítica, la personalidad de un recién nacido consiste en un solo componente operacional él "Ello". Es éste el nivel inconsciente, la energía libidinal que surge del ello asume la forma de necesidades que demandan ser satisfechas. La liberación de la energía libidinal es experimentada como dolor. Pero conforme pasa el tiempo y las experiencias del niño con el mundo aumentan, lo que la personalidad requiere es un nuevo componente del aparato psíquico que es llamado "yo". El Yo sirve como tomador de decisiones y trata de negociar soluciones satisfactorias a demandas conflictivas que llegan por una parte de ello. Mientras que él ello trabaja con el principio del placer, él yo con el principio de la realidad.

El tercer componente del aparato psíquico: el superyó . Se añade al ello y al yo, el aparato mental está completo . El yo negoció el arreglo entre las tres conflictivas fuentes de demandas. 1. El ello que insiste en una satisfacción inmediata de sus demandas. 2. El medio que propone las condiciones bajo las que los deseos pueden ser satisfechos sin castigo, y el 3. El superyó que presiona al joven a vivir con un grupo de valores morales que a incorporado de sus padres y de otras personas significativas en su mundo.

La función primaria del sistema psicodinámico del ser humano es seguir organizado, al nivel más eficaz posible, y desarrollarse y madurar a pesar del stress que surge de la interacción con las realidades externas y somáticas y a pesar de las tensiones surgidas dentro del sistema en sí.

Las funciones primarias del ego preconscious y del ego consciente son permanecer organizados, al nivel más eficaz posible, desarrollarse y madurar ,

con el tiempo, funcionar la mayoría del tiempo de acuerdo con las percepciones, pensamientos y acciones del proceso secundario. Esto debe hacerse a pesar de las presiones de las realidades externas y somáticas, de los derivados del id y el ego inconsciente reprimido y a pesar de gran parte del superego, todos los cuales se encuentran organizados de modo diferente.

Sobre la base de lo anterior, se utiliza en cualquier actividad una defensa que permite mantener o recuperar el funcionamiento normal del proceso secundario, diurno.

En 1990 Cueli, refiere a Dollar y Miller consideran a la personalidad como uno de los principales hábitos, su estructura dependerá de los eventos únicos a los cuales el individuo ha estado expuesto. Un hábito es un eslabón o asociación entre el estímulo y una respuesta. Según Dollar y Miller, el desarrollo de la personalidad consiste en:

- a) Un equipo innato; al nacer y durante los primeros días de la vida, posee un pequeño número de reflejos específicos, los cuales son, en su mayor parte, respuestas segmentales hechas a un estímulo o clases de estímulos altamente específicos.
- b) Un número de jerarquías de respuestas innatas, las cuales son tendencias para que aparezcan ciertas respuestas.
- c) El individuo posee un conjunto de pulsiones primarias, son el caso típico de estimulación interna de gran fuerza y resistencia, por lo general relacionados con procesos fisiológicos conocidos, que llevan al individuo a actuar.

El individuo aparentemente responde de acuerdo a circunstancias que son diferentes en algo, así como también ante diferentes situaciones o similares. El medio establece en el individuo demandas para la generalización y discriminación.

Allport 1976 define a la personalidad como: "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo, que determinan su ajuste único al medio

La frase organización dinámica le da importancia al hecho de que la personalidad está en continuo cambio y desarrollo, aunque al mismo tiempo existe una organización sistemática que reúne y comparte varios componentes de la personalidad.

Allport afirma su convicción de que la personalidad establece relaciones entre lo individual y su medio, tanto físico como psicológico. La madurez de la

personalidad se mide por el grado de la autonomía funcional que sus motivos han adquirido, aunque en cada personalidad existen aspectos arcaicos, aún así, los individuos socializados y aculturados demuestran madurez en el grado en que han asimilado las motivaciones anteriores.

Skinner argumentando en forma persuasiva que la personalidad no es más que una colección de patrones de conducta. Reconoce que una persona no siempre exhibe la misma conducta en el mismo grado cuando se encuentra en una situación constante, y cree que el reconocimiento general de esto es la razón principal para el desarrollo de motivación. (Cueli 1990).

El medio circundante ofrece muchísimas oportunidades de satisfacer las necesidades humanas, pero también, muchas frustraciones y bastantes peligros. Los mecanismos de defensa que utiliza él "yo" son con la meta de disminuir las tensiones internas y poder tomar decisiones específicamente contra el desequilibrio del interior.

MECANISMOS DE DEFENSA.

Después de la referencia anterior, explicaré los mecanismos de defensa de acuerdo a la autora Anna Freud los cuales son:

Los mecanismos de defensa son predominantes específicamente defensivos en el adulto. En su mayoría funcionan a nivel inconsciente aunque no pertenecen al sistema inconsciente. Son las principales fuerzas de defensa encargadas de mantener y restaurar la identidad de las organizaciones preconcientes y conscientes, de proteger específicamente contra la desintegración del interior.

Represión: La técnica más significativa de defensa es la represión, la que podríamos definir como un proceso automático, no consciente, para alejar asuntos inquietantes fuera de la conciencia y guardarlos dentro del inconsciente. Entonces la represión es, un mecanismo por medio del cual el individuo relega al inconsciente las ideas o impulsos amenazantes, es decir, la represión es silenciosa tan solo sabemos que ha desaparecido algo que debería estar presente. La represión aparentemente se desarrolla y utiliza al principio para "contener" los procesos primarios de los derivados del id y cualquiera tendencia del ego que resultan peligrosas o que las hayan prohibido las figuras paternas. Los motivos reprimidos, engendran frustración es por falta de seguridad. Sirve para rechazar los derivados del instinto.

Negación. La negación tienen un papel defensivo similar al de la represión, pero suele funcionar a nivel preconciente y consciente. De este modo, los adultos niegan lo que perciben piensan o sienten en una situación

traumática, bien afirmando que no pueden ser así tratando de invalidar algo intolerable ignorar deliberadamente su existencia. Es la eliminación de la realidad perdiendo el conocimiento como medida para alcanzar el equilibrio psíquico. La negación parte los estímulos externos displacientes.

Externalización: Es la evitación de responsabilidades por la conducta de uno, relacionada estrechamente con el negativismo.

Introyección: Es una incorporación simbólica por la cual algo externo al ego se percibe y representa como si estuviera dentro de él. Esta incorporación simbólica puede tener como modelo experiencias orales, visuales, auditivas o manuales. La incorporación oral es la más literal y completa y, por lo mismo, la básica en la introyección.

Proyección: Se trata de una maniobra que nos permite percibir y representar las fallas fracasos o impulsos ajenos al ego como si pertenecieran a otra persona. Es la expulsión simbólica por la cual se percibe y representa como si estuviera fuera del ego algo que en realidad esta dentro de él o que al ego llega después él id o el super ego.

Regresión: consiste en regresar a una etapa más temprana o primitiva como modo de ajuste a sus problemas. Una persona la utiliza cuando tiene que enfrentar una nueva situación inquietante y en la que fácilmente la puede aplicar. Proteger al consciente y al preconscious de una total aniquilación. Por medio de éste mecanismo, el individuo elude la realidad.

Desplazamiento: El desplazamiento consiste en descargar impulsos o en cumplir fantasías inconscientes mediante el desplazamiento de un objeto a otro. No cambia ni la pulsión ni su propósito. Se ha visto que esta maniobra es parte del proceso primario de los derivados del id y el ego inconsciente reprimidos, se suele emplear para evitar la ansiedad cuando el amar o el odiar se vuelven peligrosos.

Sublimación: Mecanismo mediante el cual, los impulsos inaceptables se canalizan para convertirlos en actitudes socialmente aceptables.

Racionalización: Es un proceso mental, a través del cual el individuo intenta justificar sus actos o creencias, anticipando a su conducta una explicación aceptable de su proceder, o sea que disfraza su comportamiento.

Intelectualización: A través de éste mecanismo, el individuo rehuye al sufrimiento emocional o suplantando la interpretación emocional de la situación amenazante por una "intelectualización", es por ejemplo, una resistencia que emplea el paciente para sentir que obtiene apoyo del médico.

Fijación: Es el proceso mental para continuar cierta conducta, es una defensa contra la angustia, la persona fijada tiene miedo de dar el paso siguiente, por "temores" o "riesgos" que cree encontrar mas adelante.

Disociación: La conducta del individuo se manifiesta descontrolada. Permite satisfacer impulsos, debido a su naturaleza contradictoria, podría crearle un conflicto interno si no actuase.

Aislamiento: Separa los acontecimientos de todos los factores externos que lo acompañan; el inquietante contenido de una experiencia se aleja de la consciencia para evitar reacciones emocionales perturbadoras, así la persona huye de la realidad. Aislamiento Emocional. El individuo disminuye su ansiedad, retrayéndose y negándose a tener participación emocional con el prójimo.

Anulación: Es la eliminación de la realidad perdiendo el conocimiento como medida para alcanzar el equilibrio psíquico, se da un paso más allá de la formación reactiva.

Formación Reactiva. Mecanismo mediante el cual un instinto es ocultado a la consciencia por sus opuestos. El individuo muestra y manifiesta sentimientos o impulsos (que conscientemente cree tener) opuestos a los que en realidad tiene(que existen inconscientemente en él).

Transferencia: Un individuo puede en un momento dado transferir emociones o sentimientos a otras personas, y puede sentirlo o identificarlo como un padre, amante, etc. dependiendo de los incidentes de la vida del paciente que está siendo analizados o discutidos.

Permanece aún obscura la relación histórica entre las experiencias típicas del desarrollo individual y el origen de particulares formas de defensa. En la actualidad, puede uno expresar una con mayor certeza acerca del paralelismo entre la actividad defensiva del yo contra un peligro interno y otro externo.

TEORÍAS SOBRE LOS TIPOS DE CONFLICTOS.

Dollar y Miller consideran a la conducta de conflicto en términos de cinco suposiciones básicas. La frustración por conflicto se refiere cuando un individuo tiene que elegir entre dos metas o cuando posee sentimientos positivos y negativos respecto a una meta en particular. A continuación se mencionan los diferentes tipos de conflictos que existen de acuerdo a algunos autores.

Primera : La tendencia a alcanzar una meta se vuelve fuerte mientras más cerca éste el individuo de ella, y esto se denomina gradiente de acercamiento, mientras que para Lewin es conflicto entre acercamiento y evitación, en este al sujeto se le presentan dos metas positivas simultáneamente e iguales de atractivas.

Segunda: La tendencia a evitar un estímulo negativo, se vuelve más fuerte mientras el individuo esté, más cerca del estímulo, y a esto se le denomina gradiente de evitación, para Lewin es el conflicto entre evitación y acercamiento, aquí el sujeto debe elegir entre dos metas aunque ambas no le sean atractivas y trate de huir de ellas.

Tercera: La suposición es que el gradiente de evitación es más escarpado que el gradiente de acercamiento; esto implica que el porcentaje en que crecen las tendencias de evitación con el acercamiento a la meta, es más grande que el porcentaje en que las tendencias de acercamiento aumentan en las mismas condiciones

Cuarta: Se supone que un aumento en los impulsos asociado con el acercamiento o evitación elevará el nivel general del gradiente. Así aún habrá un incremento en la fuerza del acercamiento o evitación a medida que se acerque a la meta, pero las tendencias pueden ahora tener una mayor fuerza en cada etapa del acercamiento. Lewin lo llama conflicto entre acercamiento y evitación. en la que la situación de la que se trata de huir es necesaria, pero existe otra situación que es placentera que debe eliminar para cumplir la anterior

Quinta: Se supone que cuando hay dos respuestas competitivas, ocurrirá la más fuerte.

A lo largo de la vida, uno de los hechos básicos de la adaptación humana es que para sobrevivir resulta necesario saber controlar la frustración, que se encuentra potencialmente en todas partes y no perdona a nadie.

Cueli (1990) refiere a Skinner quién define el término de frustración como: el hecho de no recibir un reforzamiento en un caso dado, provocando de esta manera el estado emocional.

En el caso de una respuesta que ha sido reforzada durante un tiempo limitado y por primera vez se encuentra sin reforzamiento, el efecto causado por el reforzamiento anterior decrece, generando cambios propios de la conducta característica de la frustración

Según Gago la frustración se clasifica en tres categorías ambientales,

personales y por conflicto. (Tena 1993)

En 1993 Tena, refiere a Floyd (1984) existen tres clases de factores que producen frustración:

Ambientales. Se refiere a las leyes formales o sociales que le impiden a la persona mostrar sus impulsos.

Personales. Abarcan la autoestima y los ideales elevados que al no cumplirse causan frustración.

Por conflicto. El sujeto tiene que elegir entre dos metas o dos sentimientos ya sea positivos o negativos.

Las frustraciones ambientales son las que estorban nuestro paso. Las leyes formales y las convenciones sociales nos impiden expresar libremente muchos de nuestros impulsos. Un individuo padece frustración personal, independientemente de que sea real o imaginaria las barreras físicas, lo mismo que las psicológicas suelen ser fuentes de frustración personal. Esta es frecuentemente la causa de sentimientos de inferioridad y de que el individuo piensa que carece de valor personal, lo cual contribuye a aumentar la frustración.

ASPECTOS SOBRE LA FRUSTRACIÓN.

A continuación mencionaré algunos aspectos de la frustración, como es la definición y como influye significativamente en la actitud negativa de la persona.

La frustración es considerada como un fenómeno biopsicosocial, ya que en cualquiera de los 3 factores tienen una gran influencia.

Etimológicamente "frustración" puede definirse: Frustra que significa "en vano" frustrare, ha dado origen a frustrar sinónimo de "engañar". Frustrario que significa "decepción", "derrota". El adjetivo frustratus, frustrado significa "engañado en su esperanza".

La frustración se puede definir como el bloqueo o la interferencia de la actividad dirigida a una meta, es el estado afectivo o motivacional que resulta de sentirse bloqueado, impedido o contrariado.

En 1988 Mischel, refiere a Haner y Brown éstos consideran que la frustración ocurre cuando una secuencia de conducta encaminada hacia determinado objetivo se ve interrumpida, de modo que su determinación y el

logro de los objetivos deseados se retrasan o cancelan. De ese modo, en la frustración sucede una obstrucción que impide el logro de un objetivo esperado; cuando más cerca se está del punto en que culmina la actividad encaminada hacia un objetivo y cuando mayor es la esperanza que se tienen de lograrlo, mucho más intensa es la frustración que se siente ante la interrupción o el bloqueo. En otras palabras, la frustración empeora cuando se han forjado expectativas y éstas no se alcanzan porque el proceso queda bloqueado.

Mischel menciona que la frustración es la reacción que se presenta siempre que el individuo se encuentra frente a un obstáculo difícil de vencer o que se corta la satisfacción de alguna necesidad. Por consiguiente, Dollar y Miller, consideran que el grado de frustración depende del nivel del bloqueo a la respuesta-meta, ante tal situación hay posibilidades de recurrir a respuestas sustituidas y esas reducen la fuerza de la primer respuesta, plantea el autor que la respuesta ante la frustración es la agresión.

En una investigación realizada en la Universidad de Harvard, en 1971 Kulik y Brown constataron en los estudios de la agresión humana, se encontró que la agresión aumenta de acuerdo o en concordancia a las atribuciones de culpa y que entre más culpa fuera atribuida a otro en respuesta a frustraciones justificadamente inadecuadas, sería menor que a otro con frustraciones adecuadas. La ira, así como otras atribuciones dirigidas de culpa y agresión, fueron mayores en la respuesta a frustraciones injustificadas.

En 1993 Tena refiere a Miller y Buglski (1939), quienes habían pedido a parejas de sujetos ejecutar una tarea en situaciones de cooperación y de competencia, interrumpieron la conducta instrumental. Sin embargo un compañero falso participaba en las parejas y frustraba al otro compañero al realizar mal su parte de tarea e interrumpir el trabajo general. Los compañeros frustrados hicieron muchas autocríticas y redujeron sus calificaciones en una escala de personalidad, ambos tipos de resultados si que el sujeto enfoca su agresión hacia sí mismo.

TIPOS DE RESPUESTA DE LA FRUSTRACIÓN.

Existen diferentes tipos de reacción ante la frustración. Los autores Cofer y Appley (1982) mencionan 4 diferentes formas de respuestas que se dan ante la frustración. (Tena 1993) .

1. Frustración-Agresión. Se considera que la frustración es una interferencia con la respuesta meta su consecuencia natural, según Dollar y Col, esto es, cuando se presenta enojo y ataque hacia la situación frustrada.

2. Frustración-Regresión. Se presenta cuando ocurren acontecimientos

traumáticos que dan como resultado una regresión a formas anteriores de enfrentamiento con lo que se tuvo éxito.

3. Frustración-Represión. Se presenta cuando los eventos que implican al ego y lo amenazan y que, sin embargo ocurren, pueden estar controlados sólo por medio del olvido motivado o por la represión.

4. Frustración-Fijación. Se presenta cuando existe una dicotomía entre la conducta motivada y la conducta frustrada que está fijada y estereotipada, anormalmente resistente a la modificación.

Las frustraciones son acontecimientos que obstaculizan la conducta meta, amenazan el autoaprecio o impiden la satisfacción de algún motivo fuerte. Las fuentes de la frustración puede ser externas, como las barreras que se oponen al avance hacia una meta importante, o internas, como los propios sentimientos del individuo de miedo o de ansiedades que puede constituir un obstáculo en el camino conducente a la meta.

En un estudio realizado en Canadá por Since Malid y Mc Candles, con la siguiente hipótesis. Los varones Canadienses cuando se frustran son más agresivos que las damas. La sociedad occidental aprueba las agresiones más entre los miembros varones. Lo que con lleva a confirmar parcialmente la hipótesis de más agresión física de los varones que de las mujeres.

Rosenzweig fue uno de los primeros investigadores que estudio sobre la hipótesis de frustración-agresión, quien desarrolló una teoría acerca de esta encuadrada en los marcos de la teoría psicoanalítica experimental; en su obra distinguió tres aspectos fundamentales: Frustración, presión o stress y tolerancia a la frustración. Frustración llamó al sentimiento que embarga al individuo cuando este encuentra uno o más obstáculos que no puede dominar en su ruta a la satisfacción de necesidades vitales. Presión o stress la definió como la situación o estímulo que constituye el obstáculo. Finalmente la tolerancia a la frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica. Es decir, sin recurrir a modos inadecuados de respuesta. (Rosenzweig 1936)

Rosenzweig (1941), investigó sobre el concepto de Frustración-Agresión, basándose en un punto de vista organismo y psicológico proponiendo la existencia de tres niveles para la defensa del organismo:

1. Un nivel celular o inmunológico concerniente a la defensa del individuo contra agentes causantes de infecciones.
2. Un nivel autónomo, que se refiere a la defensa del organismo en contra de las agresiones físicas. Desde el enfoque psicobiológico corresponde a la

defensa del miedo, el dolor y la rabia pues implican cambios fisiológicos y biológicos.

3. El nivel superior de defensa del Yo, el cual actúa a un nivel cortical y se refiere a la defensa de la personalidad contra agresiones de tipo psicológico. Es a este nivel donde la teoría de Rosenzweig centra su interés. "Esta frustración en cada obstáculo u obstrucción más o menos insuperables en una vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera".

Con una reacción agresiva que reduce las tensiones por lo menos de manera temporal; reacción de huida o retirada, como es el uso de la fantasía para sobrecompensar lo que no obtuvo y reacciones de recompensa que consisten en la aceptación de metas substitutivas o simbólicas.

Por lo que se desprenden 2 tipos de Frustración:

1. Primaria o de Privación. La cual se caracteriza por la tensión o insatisfacción subjetivas que se deben a la ausencia de una situación final necesaria para el apaciguamiento de una necesidad activa. Un ejemplo puede ser el hambre que se tiene por un intervalo largo de ayuno.

2. Secundaria. Se caracteriza por la presencia de obstáculos en la vía que conducen a la satisfacción de una necesidad. Las presiones son situaciones estímulo que constituyen un obstáculo.

Se clasifican desde dos perspectivas: internas o externas y activas o pasivas. Este tipo de frustración secundaria es la que estudia el Test de Rosenzweig.

La tolerancia a la frustración es la aptitud que presenta un individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a tipos de respuestas inadecuados. Significa el grado de demora, negación o decepción que una persona puede soportar sin que en su personalidad ocurra una desintegración o regresión. Varía de persona a persona.

En el niño el principio del placer implica la satisfacción inmediata de todo deseo, entonces a la medida que el niño madura aprende a demorar sus satisfacciones, este concepto está implícito en el de tolerancia a la frustración.

Cita de Tena (1993). El principio de la debilidad del Yo es cuando el sujeto, ante la frustración, da respuestas inadecuadas y se infiere que domina el principio del placer aunado a un yo débil. Con base en lo anterior se puede considerar la existencia de diferencias individuales en lo que se refiere al

umbral de tolerancia a la frustración, ya que para cada sujeto existe una zona comprendida entre dos intensidades de presión, dentro de la cual la respuesta del sujeto a la frustración es adecuada.

Para Rosenzweig (1960), los determinantes de la tolerancia a la frustración aún no se conocen, por lo que sugiere para entenderlos la participación de dos clases de factores:

Somáticos. Que serán los constitucionales y hereditarios, refiriéndose a las diferencias individuales innatas que corresponde a las variaciones nerviosas y endocrinas. Y los psicológicos son las frustraciones primarias en la infancia, la secuelas van a determinar el desarrollo ulterior de la tolerancia a la frustración. Tena refiere a Selye (1978), menciona que cuando se bloquea cualquier actividad dirigida a una meta el individuo normal experimenta una reacción psicológica y fisiológica que persiste mientras la necesidad no reciba satisfacción, la respuesta fisiológica a la frustración es una de las condiciones, que se ha llamado tensión.

Una tensión grave y prolongada puede dar lugar a toda una variedad de enfermedades que van desde úlceras intestinales o estomacales hasta los padecimientos cardiacos.

Una frustración excesiva puede provocar inmadurez y hasta detener algunas líneas del desarrollo. La satisfacción o la gratificación excesiva causa una baja tolerancia a la frustración y puede provocar ciertas fijaciones.

A lo largo de la vida, uno de los hechos básicos de la adaptación humana es que para sobrevivir resulta necesario saber controlar la frustración, que se encuentra potencialmente en todas partes y no perdona a nadie.

En los seres humanos existen gran cantidad de fuentes de frustración, si nos referimos a factores externos, podemos decir que es un ambiente muy demandante o por el contrario muy empobrecido provoca frustración. Algunas veces el medio que nos rodea, por ejemplo: la sociedad exige más de lo que el individuo puede dar a lo largo de la vida de éste, se van presentando situaciones que resultan frustrantes o por el contrario causar serios conflictos.

MEDICIÓN DE LA FRUSTRACIÓN.

Se han hecho intentos por evaluar la frustración, para nuestra investigación se aplicará el test de Rosenzweig, que mide la frustración. Es un test proyectivo en el que se obtienen las respuestas sobre la frustración a través de imágenes. Esta formado por 24 láminas que representan situaciones

frustración a través de imágenes. Estas situaciones frustrantes de la vida diaria. En cada una de estas láminas se presentan dos personajes, la figura izquierda, tiene un diálogo que refleja la frustración del individuo, o las palabras que están por sí mismas frustrándolo. La persona de la derecha siempre aparece con un espacio blanco, (Los rasgos faciales y otras expresiones de personalidad han sido omitidas intencionalmente en todas las láminas). El sujeto puede escribir o plasmar la primer respuesta que le provoque la escena. Se instruye al sujeto para que examine las instrucciones una por una y escriba en el espacio blanco la primera contestación que se le ocurra.

Las láminas pueden dividirse en dos grupos de acuerdo a lo que representan:

1. Las referentes a situaciones de obstáculo al Yo.

Son las situaciones en las que un obstáculo cualquiera, personaje u objeto, interrumpe, defrauda o de cualquier manera frustra al examinado. Son 16 situaciones representadas en las láminas 1, 3, 4, 6,8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23 y 24.

2. Las referentes a situaciones de obstáculo al Súper Yo

Son aquellas en las que el examinado es objeto de una acusación, hecho responsable o juzgado por otra persona. Existen 8 situaciones de este tipo, mismas que corresponden a las respuestas de las láminas: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19 y 21.

Una relación entre estos dos tipos de situaciones, consiste en el hecho de que cuando se bloquea al Super Yo, el bloqueo del Yo, ya ha ocurrido anteriormente. La distinción no puede considerarse como absoluta, ya que un sujeto puede interpretar como situación bloqueadora del Super Yo una que sea bloqueadora del yo y viceversa, en estos casos excepcionales la clasificación como siempre debe seguir lo que el sujeto señale.

El P.F.S. se basa en el supuesto de que el sujeto inconsciente o conscientemente se identifica con el individuo frustrado que se presenta en cada situación y proyecta sus sentimientos en la contestación que da. Para determinar estos sentimientos se asigna a cada respuesta una calificación refiriéndose a la dirección de la agresividad y al tipo de reacción. Dentro de estas dirección se incluyen: extrapunitiva, cuando el sujeto dirige su agresividad al medio ambiente; intrapunitiva, cuando la dirige sobre sí mismo; e impunitiva cuando la evade en un intento de negar la frustración.

1. Dirección de la Agresión.

Respuesta Extrapunitiva	E
Respuesta Intrapunitiva:	I
Respuesta Impunitiva o Conciliatoria	M

2. Tipo de Respuesta.

Predominancia del Obstáculo	O - D
Defensa del Yo	E - D
Persistencia de la Necesidad	N - P

Estas seis categorías se combinan produciendo nueve posibles factores de notación. El predominio del obstáculo se señala marcando (-), después de la letra mayúscula, los tipos de defensa del Yo, en el cual el ego del sujeto predomina; se señalan con letras mayúsculas y las respuestas de persistencia en el cual la solución del problema frustrante se enfatiza, estas se distinguen con letras minúsculas.

Cita de Rosenzweig(1936), las respuestas a la frustración pueden verse bajo tres perspectivas principales y diferentes.

1. El primer tipo corresponde a la economía de las necesidades frustradas, donde hay dos clases principales:

a) Respuesta de persistencia a la necesidad. Es el destino de la necesidad segmentaria frustrada, sobreviene constantemente después de toda frustración, corresponde más o menos a la presión pasiva.

b) Respuesta de defensa del Yo. Toma en cuenta el destino de la personalidad completa, se da en ciertas condiciones especiales de amenaza contra él Yo, corresponde a la presión activa.

2. El segundo tipo corresponde a las respuestas de defensa del yo. Esta división es la base de la interpretación del Test de Frustración.

A) Respuestas Extrapunitiva. Son aquellas en las que el individuo atribuye agresivamente la frustración a personas o cosas exteriores, las emociones asociadas a este tipo de respuesta son la cólera y la irritación ;la agresión puede encontrar su expresión en forma indirecta como respondiendo al mecanismo de defensa utilizado es la proyección.

B) Respuestas Intrapunitivas. Son las respuestas en las que el individuo

atribuye agresivamente la frustración así mismo. Las emociones asociadas a estas respuestas son la culpabilidad y el remordimiento; los mecanismos analítico asociados son el desplazamiento y el aislamiento.

C) Respuesta Impunitiva. Son aquellas en las cuales la agresión no se encuentra como fuerza generatriz. Se evitan formular un reproche tanto a otros como así mismo, y se encara la situación frustradora en forma conciliatoria. El mecanismo psicoanalítico asociado es la represión.

3. Respuestas de persistencia a la necesidad. Las cuales tienen como finalidad el satisfacer la necesidad específica frustrada por algún medio, y por lo mismo tienen metas más limitadas que las reacciones de defensa del yo. Estas tienen por fin satisfacer la necesidad específica frustrada por algún medio. Sus mecanismos asociados son la sublimación y la conversión.

En 1984 Trejo en un estudio realizado con enfermos psicofisiológicos, cardiopatas y neuróticos, Trejo encontró que los pacientes con padecimientos psicofisiológicos se asemejan más a los pacientes de tipo histéricos que los pacientes con neurosis depresiva u obsesiva. En ambos existen respuestas somáticas, aunque varié la forma de éstas. Hay diferencia entre ambos tipos de grupos: enfermos psicofisiológicos y neuróticos.

Los depresivos u obsesivos responden predominantemente defendiendo su yo e intrapunitivamente. Usan la represión a su vez se correlaciona con la respuesta depresiva por la frustración al no poder tener cauce por donde manifestarse, tanto para evitar la culpa y el remordimiento, así como para impedir su castigo social (Castillo 1990).

Tena refiere a Cofer y Appley (1976 consideran que a la ocurrencia de una conducta agresiva siempre presuponen la existencia de una frustración y viceversa, que a toda frustración le sigue una conducta agresiva. Representan sin lugar a dudas el punto de partida de la teoría de la Frustración-Agresión.

En un estudio de Gustafson (1986), en donde pone a prueba si las señales agresivas son necesarias o sólo facilitadoras en el aumento de la agresión a la frustración en un grupo de 20 reclutas militares entre 19 y 26 años, concluye que la agresión aumenta como resultado o función de la frustración, dándose niveles altos de frustración y exponiéndose a señales agresivas. Los sujetos controlados que pasaban por una misma manipulación de frustración estar expuestos a señales agresivas, no aumentan la agresión, por el contrario aquellos sujetos que si estuvieron expuestos a señales aumentaban su agresión. Es común que los sujetos no quieran admitir su displacer enfrente del investigador y que experimentarán más frustración de la que realmente admiten.

Rosenzweig y Cols 1947 menciona que en un experimento, frustraron a varios niños que están jugando con sus buenos amigos, y observo que su juego se hizo más constructivo, se comenzaron a mostrar más expresivos y cooperativos, además de que se unieron para expresar su agresión en contra del experimentador, que era la fuente de la frustración. (Tena 1993)

Como se puede observar, Rosenzweig establece claramente una diferenciación entre la insatisfacción subjetiva y la presencia de un obstáculo que conduce a la satisfacción de una necesidad; así mismo explica las diversas reacciones que se dan ante esto y finalmente hace hincapié en el término tolerancia a la frustración como un aspecto relevante y totalmente individual, su objetivo primordial del test son las respuestas a la frustración, éstas son de defensa del yo, lo cual se divide en 3 grupos de Respuestas como son: extrapunitiva, intrapunitiva o impunitiva. El fin de este estudio engloba de manera adecuada las diferentes respuestas, ante la frustración que presentan las madres al tener un hijo con síndrome de Down (obstáculo que impide la satisfacción de la necesidad de tener un hijo normal). Con el fin de comprobar las hipótesis del presente estudio la cual se basa en el tipo de respuestas ante la frustración de las madres que tienen un hijo Down.

CAPITULO 5

EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN A PADRES CON NIÑOS DOWN.

En 1992 Fernández y Pérez, definen a la familia como el conjunto de personas de la misma sangre que viven bajo el mismo techo; particularmente padre, madre y hermanos (o hijos), la estructura y calidad de las relaciones familiares varían según el carácter y equilibrio de estos elementos constituyentes. Al respecto existen ideas como las siguientes:

"La pareja, condición necesaria del hogar, no puede considerarse suficiente para que exista una familia: la llegada de los hijos crea la familia".

Es el grupo que más influye en el proceso de socialización del individuo. "Es el primer y más frecuente agente determinante de cuáles serán los estímulos sociales que se le presentarán al niño, tiene el poder de reforzar sus respuestas, ya sea positiva o negativamente y así regular su aprendizaje.

Muchos padres creen que para formar niños felices y normales deben emplearse una considerable dosis de castigos. Otros piensan que ser buenos padres significa permitir que los hijos hagan lo que desean, pero ambos enfoques pueden acarrear serios daños a los hijos.

La actitud de los padres afecta en gran medida la conducta de los hijos, la salud, relaciones y posición económica originan que el ambiente familiar cambie constantemente

Ser padre es un acontecimiento extraordinario. Como todos los futuros padres, han vivido 9 meses de sueños y esperanzas. Es por eso que se sienten abatidos cuando les dicen el diagnóstico de trisomía 21. El bebé es minusválido; ha nacido diferente.

Todas las parejas, en ese momento se sienten desamparadas, desanimadas, a veces avergonzadas y temerosas. En ocasiones susceptibles y deprimidos; (pero siempre están) tristes y rebeldes porque sufren un cambio en la vida normal, un corte de toda relación, de todos los sentimientos, de toda sensación; tendrá que pasar un tiempo más o menos largo antes de que cicatrice un poco esa profunda herida.

Antes de poder tomar decisiones en cuanto a su bebé, es necesario que los padres vuelvan a tener confianza en ellos mismos; tienen necesidad de reencontrar su relación de pareja, de aprender y comprender que su bebé ha nacido diferente.

La madre primero y el padre después, son los personajes más

importantes de la vida del niño. En nuestra sociedad suele ser la madre quien se ocupa más directamente del hijo mientras el padre trabaja fuera de casa; esta es la razón por la cual el comportamiento de la madre tendrá más influencia sobre el hijo. En nuestro medio es frecuente que la madre espere del padre la imposición de autoridad en la familia, pero así como la madre aporta el apoyo emocional básico que hace posible la organización de la propia identidad, el padre suministra la fuerza necesaria para emprender la conquista del mundo exterior. Sin embargo, existen toda clase de motivos por los cuales a un padre le resulta difícil tomar parte en la crianza de su hijo.

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

Es conveniente que el padre intervenga desde el principio; en primer lugar, porque proporciona apoyo moral a la madre y para respaldar su autoridad; en segundo lugar, el niño necesita del padre para construir una relación sólida.

El esposo desearía ser un buen padre, pero debe permanecer la mayor parte del tiempo en el trabajo, o bien, no tiene la oportunidad de cuidar a su hijo porque la esposa invierte todo su tiempo y energía en cuidarlo, lo cual entorpecerá la relación padre-hijo. Por ello, el desarrollo y el grado de adaptación emocional incluso intelectual que el niño alcanzará, dependerá de la relación que los padres adopten respecto de él.

En 1988 Grossman, Pollack y Goldin realizaron una investigación de la relación entre satisfacción en la pareja y participación en la crianza infantil se identifican las variables del periodo prenatal, funcionan como predictores para la participación posterior del padre con la interacción del bebé; el predictor se refiere a las características psicológicas. Se seleccionan a 43 familias que esperaban a su primer hijo. Se aplicaron una serie de entrevistas semiestructuradas y autorreportes en ese momento y 5 años después del nacimiento de su hijo. En la segunda aplicación habían desertado el 47% de la muestra. A la participación del padre para con su hijo.

Cuando ambos padres aceptan con facilidad la responsabilidad por la existencia del hijo con deficiencia, el terreno está preparado para una relación equilibrada y satisfactoria.

En 1992 Fernández refiere a Meneses (1988), menciona que los elementos ambientales ejercen importante influencia en el niño; pero tres son los que afectan decisivamente en su vida; el cariño, la aceptación y la estabilidad.

Cariño: El niño llega a la vida en el más absoluto desamparo, gracias al estímulo paterno el niño comienza a moverse, a decir sus primeras palabras y dar sus primeros pasos.

El niño además de satisfacer sus necesidades físicas como son: el alimento, aire, abrigo, limpieza y sueño, requiere imperiosamente para su desarrollo normal, sentirse amado por ser el hijo, no por lo que hace o por lo que vale.

El amor de los padres le propicia confianza para conocer el medio que le rodea, este afecto da origen a la seguridad. "Así, un clima familiar acogedor, afectuoso y comprensivo contribuye a reforzar la autoestima del niño en sus capacidades y lo impulsa a vencer sus propias deficiencias".

Aceptación: Como consecuencia del cariño que los padres sienten por su hijo, se sienten impulsados a protegerlo, apoyarlo, aceptarlo como es y comprenderlo.

Estabilidad: Depende fundamentalmente de las relaciones del niño con sus padres, e implica que estos últimos actúan de común acuerdo en las normas dictadas a sus hijos, pues esto le permitirá al niño estar en una situación firme y segura que repercutirá en la confianza de sí mismo.

Es importante proporcionar al niño un ambiente familiar cariñoso, acogedor y estable, ya que permitirá formarse una buena imagen de las personas que le rodean; pero si ha sido víctima de rechazo y falta de afecto, percibirá a los demás como enemigos peligrosos y se mostrará inseguro, desconfiado y temeroso.

Los primeros años de cualquier niño son los de mayor aprendizaje. Como el cerebro apenas está creciendo y organizándose, puede asimilar y organizar mejor los estímulos que recibe.

La educación es una labor conjunta de padres y maestros. Sin embargo,

se sabe que la mayoría de las ocasiones, los padres no están capacitados para apoyar adecuadamente a sus hijos y muchos menos cuando se enfrentan a una situación inesperada como es el nacimiento de un niño con síndrome de Down.

ASESORÍA Y ORIENTACIÓN PARA PADRES

Rocha (1993) considera la participación de la familia es indispensable para que el niño empiece a recibir información en su clima de afecto y aceptación, para que adquieran significado los datos del mundo exterior y sus experiencias deben ser muy significativas y gratificantes. Es por esto que los "Cursos de Educación para Padres" o la "Escuela de Padres" son una opción importante para informar acerca de la condición de vida de sus hijos, al mismo tiempo, brindar un espacio para que expresen sus dudas, inquietudes y emociones relacionadas con su pequeño. Esto resulta indispensable si se requiere ofrecer una verdadera Educación Integral.

El objetivo de estos cursos deben ser por lo tanto, ofrecer temas de interés para los padres, ya sea por su contenido informativo, o bien, temas que estén encaminados a lograr un proceso de autoconocimientos y aceptación de la situación que viven con su hijo y sobre la dinámica familiar. Aunque no se pueden pasar por alto los temas relacionados con los sentimientos, la autoestima, la aceptación, la desesperación y otros tantos más.

Rocha (1993) encontró que la asesoría, si bien es para todos los sujetos, en el caso de educación especial debe prestar particular atención a aquellos que presentan problemas, debe tener carácter preventivo, atender a todas las facetas de la personalidad del sujeto e intentar un desarrollo armónico y equilibrado de las mismas, ha de basarse en diferencias individuales, estimar el autoconocimiento y la autorrealización, en la medida de sus posibilidades.

La asesoría ha de ser una tarea cooperativa que comprometa no sólo a los expertos (consejos), sino al propio sujeto, a la familia, y en su caso al profesorado, utilizando los recursos de la comunidad, coordinándolos con la labor de la familia y del especialista. (Fernández y Pérez 1992).

Por lo tanto las etapas que deben tomarse en cuenta para el manejo de los padres, en favor del niño, y lograr el mejor resultado posible son:

1. Es importante tratar a los padres con empatía y respeto para ayudarlos a superar sus sentimientos de vergüenza y de pérdida de valores personales.
2. Permitirles la libertad total a la expresión de las emociones.
3. Se debe dejar a los padres tomar las decisiones que afectan al bienestar del

niño.

4. El consejero debe ser objetivo para no engañar ni alentar a los padres con respecto al futuro del niño.

Consideran que la Escuela para padres: Consiste en la utilización de técnicas encaminadas a proporcionar a los padres los fundamentos de una formación amplia a nivel educativo familiar, que intenta cumplir la tarea de configurar personas sanas en el contexto familiar; sus objetivos comprenden:

1. Enseñar a los padres los estadios y procesos del desarrollo evolutivo de un hijo especial para una mejor comprensión.

2. Ilustrar los medios que la familia pueda poner en práctica para proporcionar el apoyo debido.

3. Enseñar los modos y estilos para conseguir un contacto afectuoso entre padres e hijo.

4. Ofrecer los niveles y tipos de comunicación como elemento básico para la interacción familiar.

El propósito principal de estos programas es la transmisión de información, la cual puede ayudar a modificar la actitud y conducta de los padres con respecto a su hijo con problemas.

Se tienen que considerar las inquietudes de los padres que se están enfrentando a algo que nunca imaginaron. Una situación que ha venido a romper fantasías y expectativas con respecto al bebé que esperaban. Una situación que nadie suponía y, que por lo tanto, no tendrían porque tener la información ni la preparación para manejarla. Poco a poco se toma la decisión de intervenir, de hacer algo, de no perder el tiempo.

Es muy importante informar bien a los padres con el propósito de ayudarlos y animarlos. No sólo se debe sostener pláticas individuales en las que el tema esté dirigido a una situación específica. Se trata de establecer una comunicación real entre los propios padres para aprender unos de otros, para confirmar, acentuar y enseñar a otros padres.

En los grupos que se formen habrá padres con más conocimientos del tema que otros. Es frecuente que sigan interesados en participar, pues se dan cuenta de cómo continúan enriqueciéndose con información más reciente o con otras experiencias de padres nuevos. Además los primeros aportarán su experiencia, su ánimo, su respeto y calidez, sobre todo brindarán comprensión a

aquéllos que apenas se están enfrentando a esta nueva vida.

Sin embargo, cuando se organizan estos grupos se presentan algunas situaciones problemáticas: la inasistencia, los retardos y la poca constancia o el aparente desinterés de los padres (hombres, en especial). Esto tiene una razón de ser; para algunos, la asistencia implica mucho más que la "supuesta aceptación del problema"; significa enfrentarse al hecho de que todo ha tenido que cambiar; que ellos mismos tienen que estudiar, relacionarse de otra manera y prepararse para ayudar y apoyar a su hijo.

Corzo (1991) destaca que es muy importante el papel que desempeña el padre de familia en nuestra sociedad, y que no le permite la posibilidad de expresión de emociones. "Los hombres no lloran", reza un dicho popular. Efectivamente, en los grupos de padres que se organizan como apoyo, del 97% a 99% asisten únicamente mamás, y en muy contadas ocasiones ambos padres. Sin embargo, hemos encontrado que el organizar grupos exclusivamente de papás ha logrado incrementar su asistencia y participación. Parece haber una resistencia particular a expresar sus emociones en la presencia de mujeres.

Es darse cuenta que el recorrido implica algo más que llevar a su hijo a una escuela especial, a tener terapia en grupo o leer uno que otro libro; es una ayuda en la reconstrucción de los modelos de vida. La información va tomando forma hasta desarrollarse en cada pareja un sostén propio. Rocha (1993) menciona que, no es que los padres no lo tengan, pero en esta nueva vida de maestro de la educación especial, los pilares sólidos, son más que necesarios y se requieren que ellos logren cambios tanto en el sentir como en el pensamiento de la gente que los rodea. Que su visión del futuro sea más prometedora que la que actualmente se conoce sobre los adultos Down. (En Contacto XI-Enero-93).

Krisns-Herman (1994) mencionan que la participación activa del padre dentro de la educación de los niños, es uno de los factores esenciales que favorecen el equilibrio de la familia. No debe darse mucha responsabilidad a los hermanos (así que deben vivir su vida de niños, adolescentes y de adultos, con serenidad) De todas maneras, son "padres comunes". No se les pide que sean "Súper padres", tienen derecho al error, al cansancio, a desanimarse. No querer convertirse en "Súper padres" es también la posibilidad de volver a ser padres, felices, pero más disponibles a cada uno".

PROGRAMA DE LAS ESCUELAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL.

La educación especial de estos pequeños tienen algunas características

específicas, por lo tanto debe darse un mayor énfasis a determinados aspectos. Entre las áreas básicas, que consideramos las más importante de atender en la educación especial para el niño con síndrome de Down, tenemos: la estimulación temprana, la educación psicomotriz, la estimulación perceptiva, la terapia del lenguaje y los conocimientos fundamentales, mismas que explicare.

Todas las instituciones que dan atención a estos niños persiguen un mismo objetivo, que lleven una vida lo más próxima a lo normal, y, además que lleguen a realizarse como personas autosuficientes y productivas dentro de la sociedad a la que pertenecen; es decir, estas escuelas, con la colaboración de los padres de familia, intentan cubrir aspectos que conciernen al mejoramiento de la calidad de vida de los niños trisómicos. Para llegar a lo anterior se valen de métodos y procedimientos específicos que sirven de base para crear un desarrollo, lo más completo posible, que realmente ayude al desarrollo de las esferas cognoscitivas, psicomotoras, de lenguaje, afectivas y sociales de los niños

Hay 5 secciones específicas en donde se ubica a los niños cuando ingresan a las instituciones especializadas.

I. En primer término tenemos la sección de estimulación temprana, en esta sección se reciben a niños entre 0 y 3 años; que sirve para enriquecer el desarrollo físico y psíquico del niño a través de experiencias sensoriomotrices que le permitan su desarrollo integral; aquí los profesores trabajan conjuntamente con los padres de familia, con el fin de que éstos participen directamente en la educación de sus hijos.

El progreso de los niños Down que recibieron intervención temprana desde el momento del nacimiento son más avanzados que los que no han tenido esa ayuda. Se tuvo seguimiento del desarrollo de más de 180 niños con el síndrome de Down y a partir de las primeras semanas de vida, se encontró que: Los bebés que tenían horarios más naturales. Además se observó que los padres que se unían en el primer mes, mostraban más progreso en las pruebas de evaluación de desarrollo que los bebés que empezaron más tarde en el primer año de vida. No obstante, todos los que empezaron posteriormente alcanzaron a los que comenzaron más pronto en el plazo de unos pocos meses. Esto demuestra que los bebés, en las primeras semanas de vida, se ven influenciados por sus experiencias, por lo que los padres deben manipular al bebé y jugar todos los juegos normales con él (Cliff 1987).

II. En segundo lugar se encuentra la sección maternal, en la cual se aceptan generalmente, niños de 2 a 3 años. Aquí se busca el desarrollo de sistemas sensoriales, se dan pautas para el autocuidado y se inician las

actividades académicas. Las conductas motrices, gruesas y finas, de equilibrio, dirección y ubicación espacio-temporal son reforzadas en esta etapa. El lenguaje debe estimularse continuamente. Una vez logrado esto, y si su edad lo permite, se podrá continuar con:

III. Sección Preescolar corresponden de 4 a 7 años. En ésta se abarcan aspectos de preescritura y de lectura; se dan mayor énfasis a la autosuficiencia y al lenguaje sin descuidar la psicomotricidad. El niño se siente integrado en su grupo por tanto se presenta la socialización dando origen a que podrán bastarse a sí mismos e integrarse fácilmente en la sociedad.

. Posteriormente el niño seguirá en la sección primaria, dividida en 3 niveles:

1. En el primero se desarrolla el sentido de responsabilidad. Las actividades de la vida diaria requieren de perfeccionamiento, se inicia el conocimiento de los números y se le dan conceptos equivalentes, así mismo, llega a evocar las partes del cuerpo y las funciones que éstas desempeñan.

2. En el segundo se pretende dar una mayor independencia a los pequeños, permitiéndoles así la oportunidad de tomar decisiones sobre algunos aspectos. El aprendizaje se encamina al inicio de la comprensión del manejo adecuado de símbolos numéricos y de ejercicios caligráficos previos a la lecto-escritura y se tratan temas como : los seres vivos, los juguetes , los medios de transporte y la ciudad ,entre otros y

3. Nivel, el niño llega a desplazarse en la escuela de manera independiente. Ante situaciones de competencia, el niño acepta y entiende la razón de éxito o de su fracaso.

V. Finalmente; y si su madurez lo permite, el alumno puede ingresar a la sección preocupacional o de capacitación laboral. En ésta le dan oportunidades para que conserve sus intereses, aptitudes y habilidades hacia algún trabajo que pueda desempeñar; es encaminado al área de talleres en los cuales encontrará actividades que lo satisfagan y lo hagan una persona útil tanto a sí mismo como a la sociedad. De tal manera, que desempeñe algún oficio que les reditúe beneficios económicos y sociales.

Estas secciones "ofrecen una gran variedad de oportunidades para el buen desarrollo físico, cognoscitivo y social de los alumnos"; logrando así un desarrollo idóneo de los mismos.

Las áreas que trabajan generalmente algunas de las instituciones de educación especial para niños con S.D. son las siguientes:

El área de autosuficiencia, en la que se contemplan aspectos de higiene personal, hábitos alimenticios, manejo de utensilios para comer, prevención de accidentes y prácticas en la calle.

El área de socialización, que permite al niño adaptarse a su grupo a través del juego, y también se ocupa de su integración familiar y comunitaria.

El área de lenguaje, en donde se trabaja de manera individual; abarca aspectos como articulación gramática y estructuración. Esta se da no sólo en la escuela sino también fuera de ella, con la participación de la madre, el padre y los demás familiares involucrados con el alumno.

El área de psicomotricidad, que trabaja conjuntamente con el área de deportes, cuya finalidad es la de desarrollar conductas motoras en el pequeño, por ejemplo, aprender a recortar, pegar, estrujar, trazar, entre otras cosas.

El área de talleres, que es necesaria para la habilitación de los alumnos mayores con el fin de que puedan desempeñar algún oficio que les reditúe beneficios económicos y sociales.

Como anteriormente mencione estas áreas ofrecen un gran beneficio para el desarrollo físico, cognoscitivo y social, para lograr que los niños sean superiores en diferentes secciones, logrando así un desarrollo idóneo de los mismos.

La sociedad debe abrirse a las personas minusválidas, pues una sociedad que excluye las deficiencias, y a las personas discapacitadas, es una sociedad inmadura, que se priva de sí misma, de ser portadora de valores, que no encontrará en ninguna otra parte.

CAPITULO 6 METODOLOGÍA.

Justificación y Planteamiento del problema.

Surge el interés de realizar un estudio con respecto a la frustración de las madres que tienen un hijo Down, con el test de Rosenzweig, y así observar las repuestas extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva; considerando que en esta población no existen investigaciones al respecto; por lo que resulta de gran interés conocer las reacciones y sentimientos de las madres que enfrentan éste tipo de situaciones, razón por la cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué tipo de respuesta ante la frustración emiten las madres que tienen un hijo Down hacia donde es dirigida la agresión al exterior, o la vierten hacia sí mismas o es un intento por negar la frustración que les causa el hecho de tener un hijo Down?

OBJETIVO GENERAL.

La finalidad primordial es observar el tipo de respuestas extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva con respecto a la frustración de madres que tienen un hijo con síndrome de Down (S.D.).

Objetivos Específicos:

1. Obtener información sobre los sentimientos de las madres al conocer el Dx. de síndrome de Down en sus hijos.
2. Conocer cual es el tipo de respuestas extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva que emiten las madres con mayor frecuencia.
3. Saber si existen diferencias significativas de las respuestas extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva para conocer hacia donde dirigen su agresión y como manejan la frustración .

6.1.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Las madres que tienen un hijo con síndrome de Down emiten respuestas de agresividad ante la frustración de tener un hijo con una anomalía, por lo que se piensa que existen diferencias en el tipo de respuestas extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva que sean utilizadas para enfrentar la frustración.

Hipótesis Estadística.

Hi= Existe diferencia estadísticamente significativas en el tipo de respuestas intrapunitiva, extrapunitiva e impunitiva que emiten las madres que tienen un hijo Down.

Ho= No existe diferencias estadísticamente significativas en el tipo de respuesta intrapunitiva, extrapunitiva e impunitiva que emiten las madres que tienen un hijo Down.

6.1.3 VARIABLES:

Variables Independientes:

- Madres que tengan hijo con síndrome de Down.
- Entrevista semiestructurada.
- Test de Frustración de Rosenzweig (P.F.T.)

Variables Dependiente:

Respuestas Extrapunitiva.
intrapunitiva.
Impunitiva.

Información de la entrevista.

Definición Conceptual de Variables:

Frustración:

"Cada vez que el organismo encuentra un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera". (Rosenzweig 1936p. 12)

Respuesta Extrapunitiva:

"Son aquellas en las que el individuo atribuye agresivamente la frustración a personas o cosas exteriores".

Respuesta Intrapunitiva:

"Son las respuestas en las cuales el individuo atribuye agresivamente la

frustración a sí mismo”.

Respuesta impunitiva:

“Defiere de las dos precedentes en el sentido de que la agresión no se encuentra como fuerza generatriz. Hay en ella el ensayo de evitar, formular un reproche tanto a los otros como a sí mismos y encarar la situación frustradora en forma conciliatoria”.

Síndrome de Down:

“Es una anomalía congénita y particular en el hombre. Se reconoce al nacimiento, caracterizado, por enanismo físico y serio retardo mental, extraña apariencia del individuo que sufre estas condiciones debido a las anomalías en los ojos, nariz, boca y oídos. Se ha demostrado la presencia de autosoma extra (del par designado como 21), en las células de estos individuos esta siempre asociado con el mongolismo”. (Nason 1994, p. 308).

Definición Operacional:

Frustración:

Clasificación Nominal de las respuestas de defensa del yo dependiendo de la dirección de estos 3 tipos: Intrapunitiva, extrapunitiva e impunitiva a través del Test de Frustración de Rosenzweig (P.F.T.).

Respuesta Extrapunitiva:

Clasificación nominal de la respuesta del sujeto cuando dirige su agresividad al medio ambiente .

Respuesta Intrapunitiva:

Clasificación nominal de la respuesta del sujeto cuando dirige la agresividad sobre sí mismo

Respuesta Impunitiva:

Clasificación nominal de la respuesta cuando evade la agresividad en un intento de negar la frustración.

Síndrome de Down:

Niños o jóvenes que muestran deficiencia en sus procesos de desarrollo

qué están diagnosticados con síndrome de Down.

6.1.4 POBLACIÓN:

La población fue constituida por 41 madres que tienen un hijo con síndrome de Down sin distinción de sexo, inscrito en las Escuelas de Educación Especial de Apatzingán, Cd. Lázaro Cárdenas, Nueva Italia y Pátzcuaro.

MUESTRA:

El tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico, es decir, intencional, constituido por madres de familia que tienen un hijo con síndrome de Down.

SUJETOS:

Las sujetos utilizadas en esta investigación fueron 41 madres que tienen un hijo Down.

Criterios de Inclusión de los sujetos:

- Madres que tengan hijo con síndrome de Down.
- Inscritos en escuelas de Educación Especial.
- Ubicación: Apatzingán, Cd. Lázaro Cárdenas, Nueva Italia y Pátzcuaro.

6.1.5 TIPO DE ESTUDIO:

El estudio fue exploratorio de campo y transversal se investigó la frustración de 1 grupo de madres que tienen un hijo con síndrome de Down.

Campo: Por ser un estudio que se realizó en su ambiente natural, es decir, en la escuela de Educación Especial, así como también algunos se realizó en sus propios hogares.

Exploratorio: Debido a que no se ha investigado en la población que se efectuará el estudio; de esta manera surgirán fundamentos para estudios posteriores.

Transversal: El estudio se realizó en un momento determinado, interesa

el fenómeno en el presente, no antes ni después de algún tratamiento.

Diseño: Se utilizó un diseño intragrupo debido a que se compararon los diferentes tipos de respuestas, dentro del mismo grupo.

6.1. 6 INSTRUMENTOS:

Se utilizó el Test de Frustración de Rosenzweig y una entrevista semiestructurada.

Descripción:

Es una prueba proyectiva, cuyo objetivo específico es explorar la personalidad en el área correspondiente al estudio, la respuesta de tolerancia o frustración de tipo psicosocial. Se basa en la teoría general de la frustración, debido a que expresa algo que representa situaciones frustrantes. La prueba consta de 24 láminas, cada una representa personas y en la izquierda tiene escrita una oración que describe la situación, el personaje de la derecha aparece con un espacio en blanco en la parte de arriba, para que la persona examinada escriba la respuesta que se le ocurra, los rasgos faciales y otras expresiones de los personajes han sido omitidos intencionalmente en todos los grabados.

Las situaciones se dividen en dos grupos principales.

Obstáculo al Yo. El obstáculo defrauda directamente al examinado, hay 16 situaciones de éste tipo. Figuras: 1, 3, 4, 6, 8, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23 y 24.

Obstáculo al Súper Yo. El examinado es objeto de acusaciones por otra persona, hay 8 situaciones de éste tipo. Figuras: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19 y 21.

La prueba se puede aplicar en forma individual o colectiva, para el estudio se aplicaron en forma individual sin límite de tiempo (Anexo A).

Descripción de la entrevista.

La entrevista es semiestructurada constituida por 42 reactivos entre los cuales se encuentra información personal, distribuida de la siguiente manera: I. Datos del niño, II. Datos de la madre, III. Datos familiares, donde se describe el desarrollo del embarazo y las vivencias de la madre - respecto a la forma como aceptan el niño-. Se aplicó en forma individual.(Anexo B)

6.1.7 PROCEDIMIENTO

Se presento el proyecto de investigación al Director de cada Institución Educativa como es: Apatzingán, Cd. Lázaro Cárdenas, Nueva Italia y Pátzcuaro, una vez aceptado y autorizado por la autoridad competente se paso con los profesores del grupo de los niños con síndrome de Down para obtener la relación y nombres de las madres. Con el fin de obtener la lista correspondiente de los nombres de las madres y el domicilio ; debido a que la autoridad competente no quería intervenir directamente para persuadirlas de que contestaran el cuestionario, no obstante, acudí personalmente a sus hogares y la mayoría aceptaron responder, después de conocer el objetivo de la aplicación.

Posteriormente se les dio una cita para llevarse a cabo la entrevista y aplicación de la prueba de Frustración en una aula de la Institución correspondiente, sin límite de tiempo y de forma individual .

6.1.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS:

Se utilizo el paquete estadístico S.P.S.S. para Windows versión 5.01 por consiguiente el método estadístico será un análisis de frecuencias, porcentaje y anovas, en el nivel de medición pertinente para el tipo de muestra y de datos, así como para probar la hipótesis.

RESULTADOS.

Análisis Descriptivo

A continuación describen los resultados obtenidos de la entrevista que se realizó con las madres de los niños Down. Posteriormente explicó el análisis comparativo.

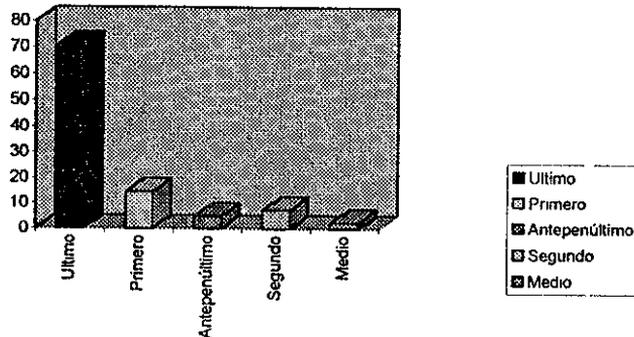
Tabla no. 1. Año de Nacimiento.

Los niños Down que nacieron en los años de 1977 al 1995. Del 72 a 76 fue el 7.2%, y va aumentando con los años del 77 al 81 corresponde el 17%; del 82 al 86 de 22%; el mayor porcentaje de nacimientos de niños Down fue de 87 al 91 con el 44%; y finalmente disminuye del 92 al 96 con el 9.7%.

Rango	Frecuencia	Porcentaje.
72 a 76	3	7.2%
77 a 81	7	17%
82 a 86	9	22 %
87 a 91	18	44%
92 a 96	4	9.7%

Tabla 1. Edad del niño Down, año de nacimiento.

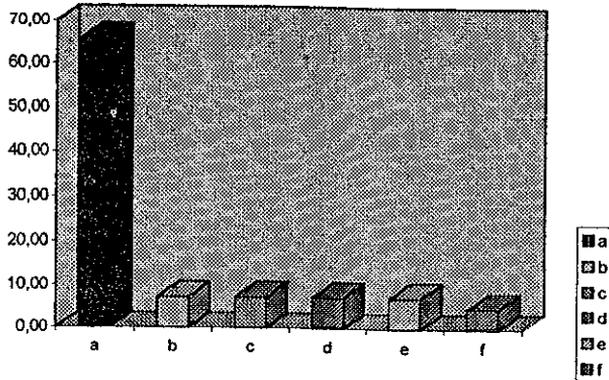
Gráfica No. 1 Lugar que ocupa el niño Down dentro de la familia



Gráfica no. 1, refleja el lugar que ocupa el niño Down en el momento del nacimiento en la familia, el 70.8% corresponde al último hijo de la familia, con un total de 29. El 14.6% corresponde a los primogénitos; cuando ocupa el

segundo lugar el porcentaje fue 4.9; el lugar antepenúltimo es de 7.3% y finalmente el 2.4% del de en medio.

Gráfica No. 2 Otro problema o Enfermedad



En la gráfica Núm. 2 esta representados los porcentajes de los diferentes tipos y más relevantes enfermedades que presentan los niños Down. El 65.9 % no hay ninguna enfermedad o problema. El 7.3 % tienen problemas de lenguaje; el 7.3% corresponde al de visión como es carnosidad y además tienen problemas de soplo del corazón, el 7.3% utiliza aparato ortopédico o plantillas; el 7.3% tienen problemas del corazón y problemas de respiración, finalmente el 4.9% utilizan aparato ortopédico y tienen problemas del corazón.

Gráfica No.3 Esta en Tratamiento



- a) Tratamiento de Cardiología
- » b) Tratamiento de Neurología.

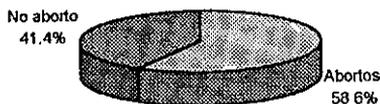
El total de los niños que están en tratamiento médico es el 7.3 %; de este porcentaje el tratamiento es de 2 tipos el 2.4 % de cardiología, y el 4.9 %, tratamiento de neurología.

Tabla 3. Edad de la madre Concibió.

Rango	Frecuencia	Porcentaje.
19 a 25 años	9	22.2%
26 a 31 años	5	12.2%
32 a 38 años	13	31.7%
39 a 45 años	13	31.7%
46 a 52 años	1	2.4%

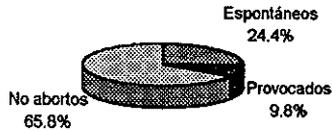
La tabla no. 3, es muy importante, ya que se refiere a la edad de la madre cuando concibió al niño Down, de los 19 a 25 años corresponde un porcentaje de 22; de 26 a 31 años fue un porcentaje de 12.2%; en donde aumenta el porcentaje es de los 32 a 38 años con el 31.7%, y de los 39 a 45 con el 31.7%; y finalmente el 2.4% de 46 en adelante.

Gráfica No. 5 Abortos en General.



En la gráfica no. 5 se presenta el 58.6% de madres refieren haber tenido abortos; mientras que el 41.4% no tuvo antecedentes o nunca han tenido abortos.

**Gráfica No. 6 Tipos de Abortos
antes del nacimiento del niño
Down.**



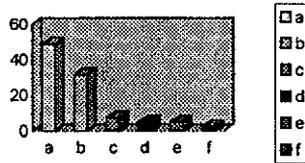
En la gráfica los porcentajes son: el 34.2% refirieron haber tenido abortos antes del nacimiento del niño Down, de las cuales el 24.4% fueron abortos espontáneos y el 9.8% fueron provocados y el 65.8% son de madres que no tuvieron ningún tipo de aborto antes del niño Down.

**Gráfica No. 7
Embarazo planeado**



La gráfica no. 7, representa los porcentajes de las parejas que planearon el embarazo, fueron el 22% ; y el 78% fue sin planeación.

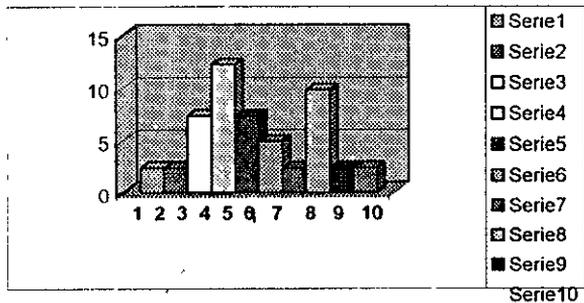
Gráfica 8 Sentimientos acerca del Embarazo



- a) Resignación, conformidad
 b) Felicidad, gusto, alegría
 c) Miedo, angustia y preocupación
 d) Tristeza, llorar y depresión
 e) Rechazo y tristeza
 f) No expreso su sentimiento

Los sentimientos de la madre hacia el embarazo son de mucha ambivalencia, tales como: resignación y conformidad corresponden al 48.8%; mostraron sentimientos de rechazo el 4.9%; de tristeza y depresión un 4.9%; miedo u angustia corresponde el 7.3% y finalmente el 2.4% no expreso su sentir. Se resumen los datos de los diferentes sentimientos como son: ambivalentes y negativos hacia el embarazo corresponde un total de 68.3%, y el 31.7% son sentimientos positivos.

Gráfica no. 9 Medicamentos durante el embarazo.



- 1) Parásitos
 2) Ampicilina
 3) Vitaminas
 4) Riñón y quistes
 5) Prodoлина y buscapina
 6) Alfametidopa y presión
 7) Nervios y presión
 8) Tos y gripe
 9) Antídoto para alacrán.
 10) Menstruación.

En la gráfica no. 9 se observa los diferentes medicamentos que probaron las

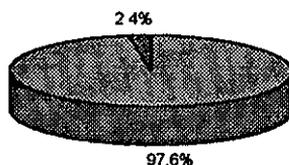
madres de niños Down, durante su embarazo. Mientras en la gráfica 14 bis se refiere a los porcentajes de las que probaron medicamentos con un total de 53.5%, y el 46.5% no probaron médicamente durante su embarazo.

Gráfica 10 Atendió el parto



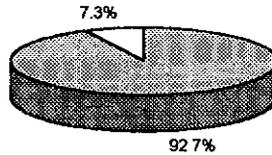
Las madres que fueron atendidas por médico en el momento del parto fueron el 65.9%; mientras que el 34.1 % fueron atendidos por partera.

Gráfica 11 Conocimiento del síndrome de Down



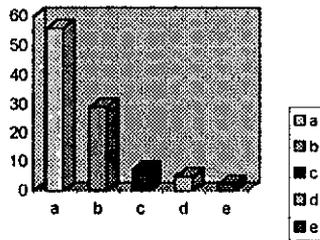
De la información que se obtuvo fue que el 97.6 % tenía un desconocimiento del síndrome antes del nacimiento de su niño Down. Y el 2.4 % refirió que conocía el síndrome de Down.

Gráfica 12 Diagnóstico del niño



En esta gráfica esta representado quién le dio el diagnóstico a la madre del niño, el 92.7 % refieren haber recibido el Dx. por profesionistas dedicados a la medicina como son pediatras, Dr. Graf., enfermera y partera. Mientras que el 7.3 % la información la obtuvo por personas externas a la medicina como: trabajadora social, la gente, y ella misma se dio cuenta.

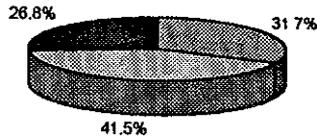
Gráfica 13 Edad del niño cuando le dicen el Dx.



- a) Recién nacido
- b) 2 a 6 meses
- c) 6 a un año
- d) 2 años en adelante
- e) un mes

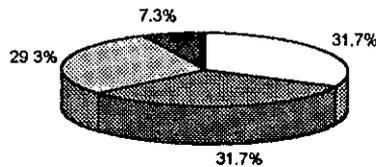
En la gráfica 13 se observa la edad que el niño tenía cuando recibieron los padres el Dx. el 56.1 % fue detectado desde el nacimiento; el 2.4 % de un mes de nacido. El 29.3 % cuando tenía de 2 a 6 meses de nacido, y conforme el niño crecía las madres observaban que el niño no tenía un desarrollo normal, de acuerdo a su edad cronológica, y así como se enteraban de que el niño era Down, esto lo reportan el 7.3% de las madres; y el 4.9 % recibieron el Dx. del niño cuando tenía 2 años en adelante .

Gráfica 14 Actualmente conoce su desarrollo



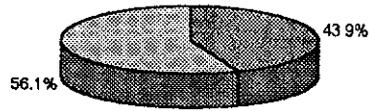
Al interrogarla si sabían sobre el síndrome de Down, existieron 3 tipos de respuesta diferente; actualmente el 31.7 % no conocen las implicaciones, medicas, educativas y sociales respecto al niño Down; el 26.8 % conocen algunas o pocas implicaciones bien sean medicas, sociales y/o pedagogicas; y el 41.5 % manifestó que conocía el síndrome y sus implicaciones medicas, sociales, pedagogicas y físicas.

Gráfica 15 Sentimientos al conocer el Dx.



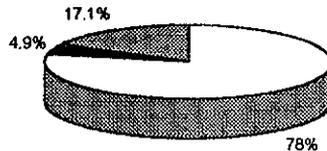
En la gráfica no 15 expresan sus sentimientos las madres cuando conocieron el Dx. Estos fueron de tristeza, depresión no aceptación del niño con sus limitantes. El 7.3% dicen que fue una sorpresa y no sabían que era, pasaron por diferentes crisis emocionales; el 31.7 % corresponden los sentimiento de terrible malestar ; el 31.7 % se angustiaron, preocuparon, se deprimieron, se sintieron mal y con vergüenza; el 29.3 % corresponden sentimientos de tristeza y depresión. De los sentimientos que se mencionan son de tristeza y depresión, y no aceptación del niño Down.

Gráfica 16 Buscó ayuda



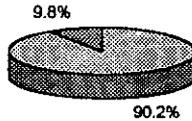
Los padres que buscaron ayuda para su hijo fueron el 56.1 % ,mientras que el 43.9 % no busco ningún tipo de ayuda .

Gráfica 17 A donde acudir



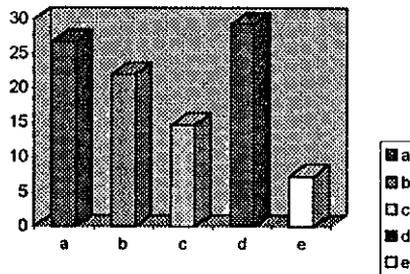
El tipo de ayuda que buscaron, fue en diferentes instituciones ,el 78 % en: Escuelas, Clínicas y rehabilitación, no asistieron a los tres lugares solamente acudían a uno; mientras que el 4.9 % buscaron información en general del síndrome y le realizaron el cariotipo al niño; y el 17.1 % no acudieron a solicitar ayuda a una edad temprana.

Gráfica 18 Comunicación del Dx a sus familiares.



Las parejas que comunicaron el diagnóstico del niño a los familiares fue el 90.2 % a con un total de 37. Y el 9.8% no comunicaron el Dx a los familiares

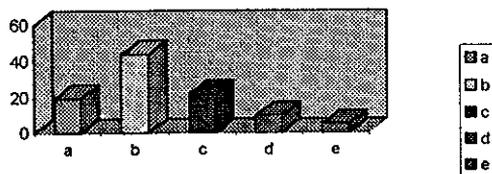
Gráfica 19 Reacción de los familiares



- a) Aceptación
- b) Tristeza
- c) Críticas
- d) Ambivalencia
- e) Sin comentario

Las diferentes respuestas ante el conocimiento del diagnóstico de la familia para con la madre fueron de aceptación, apoyo y comprensión con un total de 26.8 %; sentimientos de resignación y tristeza o llorar, un 22 %; en el 14.6% se generaron sentimientos de crítica, burlas, admiración, de lástima y rechazo; el 29.3 % corresponde a cierta ambivalencia, aceptación, críticas, culpar a la madre y llorar, finalmente el 7.3% sin comentarios respecto al niño Down.

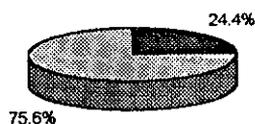
Gráfica 20 Sentimiento de la madre ante la respuesta de los familiares



- a) Aceptación, comprensión d) Vergüenza
 b) Tristeza e) Sin comentarios
 c) Coraje

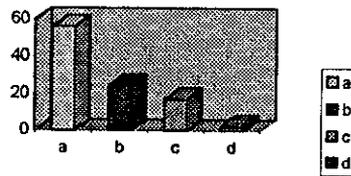
El sentimiento de la madre ante la respuesta que dieron los familiares cuando conocieron el diagnóstico del niño fueron: aceptación, comprensión y se mostraron contentos con él, 19.5%; reportaron que había tristezas, sintió el apoyo en los momentos más difíciles hubo comprensión, apoyo y eso le permitió superarlo fue el 43.9%; el 21.9% corresponde a sentimientos de coraje. Mientras que el 9.8% mostraron vergüenza, y el 4.9% no hubo comentarios al respecto.

Gráfica 21 Comunicación con su esposo



El 75.6% de las madres dicen que existe una buena comunicación con el padre para hablar acerca del niño, sin embargo el 24.4% dicen que no hay conversación con respecto al niño.

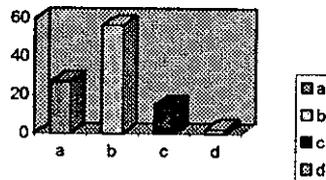
Gráfica 22 Sobre que conversan



- a) Esc. Logros, aceptarlo, travesuras, más atención
- b) Nada, o no
- c) Futuro cuando fallezcamos
- d) Enfermedad y sexualidad

En la gráfica no. 22 se observa que el 24.4% no hay comunicación de ningún tipo sobre su hijo, no existe el apoyo del esposo; el 56.1 % hablan de darle una mayor atención en los logros en la escuela, aceptarlo, el no tratarlo como discapacitado profundo y fundamentar independencia y hablan sobre travesuras. El 17.1 % hablan sobre el futuro que le espera al hijo cuando lleguen a fallecer. El 2.4 % sobre su enfermedad y sexualidad, el como van a enfrentar la adolescencia para poder guiarlo.

Gráfica 23 Cambio en sus relaciones familiares

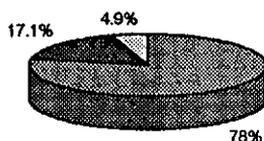


- a) Si, no apoyo el esposo.
- b) No iguales.
- c) Más unidos
- d) Separación.

Gráfica no. 23. Al interrogar sobre sus relaciones familiares, el 56.2%

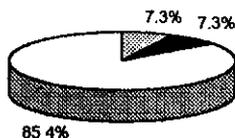
refieren que sus relaciones familiares siguen igual. El 26.8% menciono que si hubo cambios en sus relaciones, especialmente con el esposo ya que no da apoyo, ni interviene en la educación. El 14.6 % dice que hubo mas unión y comprensión entre los dos. Mientras que el 2.4 % menciona que hubo una separación total.

Gráfica 24 Sentimiento de la madre hacia el niño



Los porcentajes de la gráfica corresponden a los sentimientos de la madre hacia al niño. En el 78 % se generan sentimientos positivos como son: aceptación, felicidad, tranquilidad y bienestar de tener un niño Down. El 4.9 % los sentimientos son indiferencia ya que mencionan no tener preferencia por ningún hijo, y en el 17.1 % se manifiestan sentimientos de ambivalencia ya que mencionan, bienestar, preocupación y desesperación.

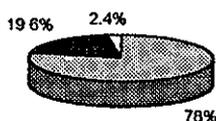
Gráfica 25 Sentimientos de la familia hacia el niño



La presente gráfica se refiere a los sentimientos que expresa o manifiesta la familia del niño para con él, en su gran mayoría se refieren a sentimientos positivos, como: aceptación, apoyo, amor y cariño, con el 85.4 %;

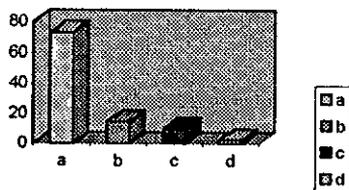
el 7.3 % se generan sentimientos negativos y de frustración como son: el rechazo, inquietos e intranquilos por la presencia del niño Down; y es el 7.3 % sentimientos ambivalentes como son de apoyo, aceptación, rechazo y desesperación.

Gráfica 26 La reacción de los hermanos



La gráfica se refiere a la reacción de los hermanos para el niño Down. Hay una gran tendencia de apoyo, aceptación y de cariño con el 78 % ; en el 19.6 % se generan sentimiento de ambivalencia como son: de apoyo, y cariño empero también hay celos, regaños y cierta indiferencia. En el 2.4 % existe demasiada hostilidad, agresión y celos para con el niño Down.

Gráfica 27 Ayuda a su hijo

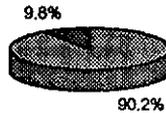


- a) Apoyarlo c) No me resulto nada
 b) Con cariño d) Siendo enérgica

La gráfica no. 27 menciona como la madre cree poder ayudar a su hijo. El 73.2% se refiere a desarrollar sus capacidades, por medio de información sobre el síndrome de Down, llevándolo a la Escuela, darle más atención y lograr que se independice; el 14.6 % se refiere a darle cariño, paciencia, amor, sin considerar que sea independiente; el 9.8 % no han obtenido ningún

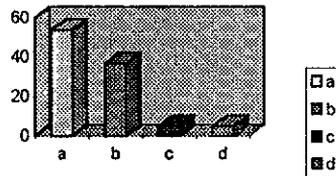
resultado, o bien no saben como apoyarlo, y el 2.4 % expresó que para ayudarlo tiene que ser más enérgica.

Gráfica 28 Educación y Desarrollo



La gráfica 28 se refiere a la participación de la madre en la educación y desarrollo de su hijo, se menciona que para desarrollar sus capacidades se debe informar sobre el síndrome de Down con apoyo de los especialistas y asesorías, con paciencia y apoyarlo en sus tareas con un porcentaje de 90.2 %, y el 9.8 % no sabe como darle educación y/o ayudar en el desarrollo del niño.

Gráfica 29 Desagrada de su hijo



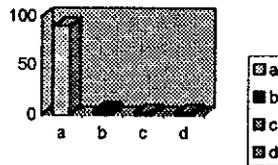
a) Travesuras, berrinches
b) Nada, no se

c) Nobleza y cariñoso
d) No controle sus esfínteres

Los porcentajes de la gráfica se refiere a lo que le desagrada a la madre de su hijo principalmente le incomoda su necesidad, desobediencia, inquieto, berrinches y que haga travesuras, en un porcentaje de 53.6 %; y el 36.6 % no les desagrada nada; mientras que el 4.9 % le desagrada que sea tan noble o muy cariñoso con ella, y finalmente el 4.9 % le desagrada que no tenga control

de esfinteres.

Gráfica 30 Agrada de su hijo



a) Todo, lo sociable
b) Nada

c) Su físico de los abuelos
d) Que ayude en los labores

En la gráfica esta representando los porcentajes, de lo que le agrada a la madre de su hijo, en su mayoría con el 90.2% les agrada todo, lo alegre, juguetón, muy sociable sus logros, lo cariñoso, que obedezca y todo lo que hace; el 4.9 % nada, no supieron si hay algo que les agrada. El 2.4 % que ayude en las labores de la casa y el 2.4 % que se parece físicamente a sus abuelos.

ANÁLISIS COMPARATIVO

El análisis estadístico para comparar el tipo de respuesta que emiten las madres que tienen un hijo con síndrome de Down ante el test de frustración de Rosenzweig se llevo a cabo a través de la prueba de Friedman que es un análisis de varianza no paramétrica, y que arroja como resultado una Chi cuadrada X² (Siegel). En el siguiente cuadro aparecen las medias aritméticas de las respuestas extrapunitiva, impunitiva e intrapunitiva así como el valor de Chi y el nivel de significancia.

CUADRO DE RESPUESTAS

Respuesta	\bar{X}	X ²	Significancia
Extrapunitiva	8.976		
Intrapunitiva	6.024	9.3780	.009
Impunitiva	9.000		

Los resultados que arroja la investigación mostraron las diferencias de las respuestas, investigadas a través de la prueba de frustración de Saúl Rosenzweig, que emiten las madres.

Por lo tanto:

En general las sujetos dan en mayor proporción respuestas de tipo impunitivo y extrapunitivo como lo demuestra los valores de la media aritmética realizando una comparación se obtuvo una X² de 9.3780 que resulta significativa al .009. Lo anterior indica que existe de una diferencia entre los 2 tipos de respuesta extrapunitiva e impunitiva difieren con respecto a las intrapunitivas. Por consiguiente las madres dirigen la agresión hacia el medio ambiente y tienden a evadir la agresividad en un intento de negar la frustración que tienen; mientras que la respuesta intrapunitiva decremanta, por lo tanto no tienden a culpase o ha dirigir; la agresividad hacia sí mismas.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en cuanto al año de nacimiento existen un incremento del 82 al 91 con 27 niños, es decir, no acuden a una edad temprana a las Escuelas de Educación Especial.

Estudios correspondientes a la edad de la madre y su relación con el nacimiento del niño Down, Cliff (1987) menciona que la probabilidad de nacimientos de niños Down incrementa de acuerdo a la edad de la madre. Sin embargo, aparecen con insólita frecuencia en madres jóvenes (Falkow 1965). Como es en esta investigación 9 mujeres concibieron a sus hijos con síndrome de Down entre los 19 a 25 años, 13 entre los 32 a 38 años, 13 entre los 39 a 45 años finalmente se confirma que hay un importante riesgo de incremento alrededor de los 35 a 40 años y 1 de los 46 a los 52 años de edad. Por lo general en las referencias las madres de edad avanzada tienen mayor probabilidad de concebir al primogénito como niño Down.

Cálculos realizados en Gran Bretaña, Dinamarca, Japón, E.U: y Canadá demuestran que entre el 65 y 80% de los niños Down nacen de madres menores de 35 años. Este cambio se debe en gran medida al incremento del empleo de técnicas de planificación familiar en los países desarrollados. Cuando los padres son menores de 30 años es más frecuente tener un hijo con trisomía 21 por traslocación, si se llegará a presentar, es conveniente estudiar a los padres, ya que uno de ellos puede ser el portador.

Las parejas de la muestra que planearon el embarazo fueron 9; los 32 restantes no hubo planeación. Según Vega (1987) menciona que "la llegada de un nuevo ser a este mundo siempre es motivo de alegría y de esperanza para una pareja, durante los nueve meses los padres tienden a imaginarse muchas cosas sobre su bebé, surgiendo comentarios como: ¿A quién se parecerá? ¿Será hombre o mujer? ¡Ojalá sea sano!". Sin embargo en esta investigación los resultados que encontré son opuestos: se considera que los sentimientos negativos de las mujeres se acrecientan cuando no planearon el embarazo. Estos sentimientos hacia el embarazo son negativos en 28 casos, expresando rechazo, tristeza, miedo, angustia, preocupación, depresión, los cuales las hacían sentirse inseguras de tener un niño sano. Sólo 13 reportaron sentimientos positivos. ¿Qué sucede en el caso del bebé con síndrome de Down? Todas las expectativas de la pareja se deshacen en tan sólo unos segundos.

En cuanto a los 14 casos hallados con abortos previos a la concepción del niño Down, 10 fueron espontáneos y 4 provocados ignorando la existencia de

investigaciones en cuanto a abortos que antecedan a influyan al nacimiento del niños Down. La necesidad de tomar medicamentos de ampicilina, prodolina, buscapina, alfametidopa y vitaminas siendo un total de 22 las que los ingirieron, para combatir quistes, problemas de presión, estrés, tos, gripe y efectos del veneno de alacrán; así como para provocar la menstruación y aliviar el riñón, son causas de sentimientos negativos hacia el embarazo. Las 19 restantes no se administraron medicamento alguno durante su embarazo. También desconozco la existencia de estudios relacionados con la toma de medicamentos para dar origen a un niño con trisomía 21.

Existe un dato relevante con respecto al conocimiento de la trisomía 21 antes del nacimiento del niño Down, 40 madres desconocían sus implicaciones médicas, sociales, pedagógicas, psicológicas, etc. Solamente un caso sí sabía qué era. Actualmente 13 ignoran las implicaciones y 17 se percatan de las implicaciones, sin embargo, refieren necesitar más información acerca del síndrome.

Los resultados apoyan lo que reporta López (1991) y Vega (1987) con respecto a los sentimientos o etapas que viven los padres cuando conocen el diagnóstico del niño Down tales como son tristeza, no-aceptación del niño con sus limitaciones, angustia, preocupación, depresión los cuales se dirigían hacia el niño.

Respecto a la participación de las madres en la educación y desarrollo de su hijo, 37 casos consideran que la mejor forma de desarrollar las capacidades de éste es informándose sobre el síndrome de Down con la debida asesoría de los especialistas; apoyándolo en sus tareas y con paciencia. Como lo indica Rocha (1993) Qué los cursos de educación para padres o la escuela de padres son una opción importante para informar acerca de las condiciones de vida de los hijos, y al mismo tiempo brindarle un espacio para que exprese sus ideas, inquietudes, emociones relacionadas con el pequeño. Esto resulta indispensable si se quiere ofrecer una verdadera educativa integral. Grossman, Pollakc y Goldin (1988) realizaron una investigación para ver la participación de la pareja en la educación del hijo, a 43 familias que esperaban a su primer hijo al nacimiento de su hijo se realizó la primera aplicación, consistió en una serie de entrevistas semiestructuradas y autorreportes. Cinco años después del nacimiento de su hijo en la segunda aplicación el 47% de los padres habían desertado, por lo que se observa en las Instituciones o Escuelas de Educación Especial en las asistencias a los cursos para padres; la mayoría de los que acuden y son persistentes son mujeres. Corzo (1991) destaca que es muy importante el papel que desempeña el padre de familia en nuestra sociedad, y que no le permite la posibilidad de expresión de emociones. De los grupos que se organizan asisten el 97 a 99% únicamente las mamás.

Con relación a las enfermedades congénitas las madres consideran que es un problema más en la salud de sus hijos; es decir, la estiman como una causa externa al síndrome de Down y estas enfermedades son: soplo del corazón en 30 casos, tal como refiere Coló (1988) que "aproximadamente el 40% de los niños con síndrome de Down pueden presentar alguna forma de cardiopatía congénita" de ahí la importancia de la revisión cardiovascular temprana de estos niños; 3 casos refieren problemas de lenguaje, otros 3 corresponden a visión y carnosidad ocular. Mientras que en 26 casos no existe enfermedad ni problema alguno. De estos niños solamente uno se encuentra en tratamiento de cardiología y 2 en tratamiento neurológico.

En 22 casos les desagrada a las madres algunos comportamientos típicos del niño: refieren la necesidad, desobediencia, inquietud, que haga travesuras y berrinches; 2 casos les desagrada que sea tan noble o muy cariñoso con ella. A 15 no les desagrada su conducta, sin embargo la mayoría es desagrado.

En 37 casos a las madres les agrada que su hijo sea alegre, juguetón, sociable, cariñoso, obediente y todo lo que hace. De acuerdo a la Dra. García Escamilla (1983) se confirman los resultados de que un ambiente estimulante afectivo, para el niño lo llevará a ser cariñoso, amoroso y sociable. Mientras que en dos casos, aparentemente, no les agrada nada; es decir, no supieron si había algo que les agrada.

Las parejas que conocieron del diagnóstico del niño al nacer fueron 23. 12 lo supieron cuando tenía de 2 a 6 meses de nacido; 2 cuando tenían 2 años. Después del conocimiento del diagnóstico 32 pidieron ayuda a diferentes instituciones como son escuelas y clínicas. Sin embargo, su búsqueda corresponde a la sección de preescolar de los 4 a 7 años y una mínima a la estimulación temprana de los 0 a 3 años; esto nos refiere que a las madres les hace falta tener más información sobre las atenciones médicas para el niño, así como la manera de educarlo y sus posibilidades del aprendizaje. Desde el momento que les manifestaron el diagnóstico. Sólo en 2 casos les realizaron estudios del cariotipo. Empero 7 no acudieron a un preescolar. Es importante mencionar lo que dijo López (1991) "cuando el individuo alcanza la madurez al tiempo que desarrolla la tolerancia a la frustración por su valor adaptativo o relevante, llega finalmente a la aceptación del niño". Por lo tanto serán padres maduros que buscan nuevas alternativas para su hijo, teniendo presente que no todos pasan por ese proceso de adaptación en el mismo momento.

Después del nacimiento del niño Down 23 parejas expresaron que sus relaciones familiares se mantenían iguales: Carnavele(1987) menciona que cuando existe el nacimiento de un niño Down es como si hubieran perdido al hijo, y Garduño (1995) menciona que los padres sufren disgregaciones familiares, separación, culpa, pérdida de la autoestima sensación de incapacidad

reproductiva, aislamiento del niño, de la propia familia, principalmente ofensa del ego del padre; lo que contradice a lo esperado por 23, que dicen mantener iguales las relaciones y no son afectados. Por el contrario hubo una separación de una pareja, la cual refleja que no fue tolerante a la frustración, no supo tener demora, empero si negación lo que provoca una desintegración. . En 1988 Mele y Mendoza expresaron que no se puede considerar a la presencia del hijo Down necesariamente como la causante del deterioro de la relación afectiva de los padres; si esta es buena, seguramente se afianzará, pero si por el contrario, ya estaba deteriorada, lo más probable es que se rompa. Siendo injusto pensar que fuera a causa del niño Down; y esto, a pesar de que "es un hecho que el retraso mental puede ser el origen de tensiones emocionales que avivan las tensiones personales de los padres".

Lo anterior es confirmado por Smith 1986 ya que señala que algunos padres nunca alcanzan su adaptación y en cambio otros lo hacen en forma notable, lo cual indica que "no existen reglas ni soluciones universales por lo que cada familia hallará su propia solución.

Sin embargo en 11 casos se menciona cambios en las relaciones con el esposo, quien no da apoyo ni beneficia en la Educación. Mientras que 6 dicen que hubo más unión y comprensión entre los dos confirmados lo que dice Wolfensberger (1967) sobre las familias de hijos con retraso, "el niño frecuentemente aporta algo valioso". Estas familias a menudo crecen espiritual y filosóficamente alcanzando un nuevo entendimiento de los valores fundamentales y un profundo significado de la vida. Los sentimientos de la madre hacia el niño son, en la mayoría positivos; 32 casos expresaron aceptación, felicidad, tranquilidad y bienestar de tener un niño Down. En 7 casos manifestaron sentimientos de ambivalencia hacia el niño. Y es que López (1991) menciona que la culpabilidad es el origen de divorcios y separaciones

En un estudio longitudinal Hoces y Morkman (1989) midieron la satisfacción marital encontrando que la comunicación positiva entre los padres se relaciona con niveles bajos de dependencia del hijo, niveles altos de socialización y mayor seguridad. Mientras que se observa que los hijos con padres menos satisfechos tienden a ser más inseguros y poco sociables. En esta investigación 10 parejas no conversan entre ellos con respecto al niño, en 31 casos tienen diferentes temas de conversación acerca del niño Down –por observaciones realizadas en los niños se muestran más sociables y se adaptan más fácilmente- y 23 parejas hablan de como darle más atención, sus logros en la escuela, aceptación, no tratarlo como discapacitado profundo y fomentar la independencia; mientras que 7 hablan del futuro que le espera a su hijo cuando fallezcan, esta tendencia es más frecuente en los padres de edad avanzada, sobre todo en las parejas se generaliza la angustia para guiarlo y hablarle de la sexualidad habiendo 10 casos en la difícil etapa de la adolescencia Sólo se encontró 1 caso que hablan

de este tema.

Informar el diagnóstico de un niño Down no implica su aceptación, 4 madres no informaron el diagnóstico a sus familiares, ya que, como expresaron que su familia ya sabía o debido a que era el segundo hijo Down. Mele y Mendoza (1988) mencionan que conlleva problemas familiares, económicos y de socialización. Prueba de ello es que sólo 37 padres comentaron con sus familiares el problema de trisomía 21 con que vive su hijo.

Las diferentes reacciones de la familia ante el conocimiento del Dx. Del niño Down para con la madre fueron en 11 casos fue de aceptación, apoyo y comprensión; 9 reflejaron sentimientos de resignación, tristeza y melancolía, en 6 generaron sentimientos de críticas, burlas, admiración, lástimas y rechazo; 12 reportaron ambivalencia, aceptación-críticas, culpa hacia la madre. Los resultados coinciden con los del autor López (1991) quien alude que la culpabilidad se debe frecuentemente al desconocimiento de lo que es el síndrome de Down, y sus causas, se preguntan quién habrá sido el responsable de esta anomalía, y casi siempre la culpa recae en la madre a consecuencia de muchas de las suposiciones y mitos infundados. Ante tales respuestas los sentimientos de la madre son muy variables: en 10 casos hubo coraje, 22 sintieron vergüenza, tristeza, depresión, rechazo, cierta ambivalencia, con coraje, utilizaron el mecanismo de defensa de desplazamiento no obstante percibió apoyo y comprensión, y 8 sintieron que recibieron poco apoyo, y otros mecanismos de defensa que utilizan es la formación reactiva, mediante el cual el individuo muestra y manifiesta sentimientos o impulsos opuestos a los que en realidad tienen. Los resultados anteriores manifiestan frustración de la madre, debido a que le provoca frustración.

Los resultados de los sentimientos de la familia hacia el niño son positivos: 35 casos manifiestan amor, cariño y apoyo. Los resultados concuerdan con lo que dice Meneses (Fernández 1992), que es importante proporcionar al niño un ambiente familiar cariñoso, acogedor y estable, ésto le permitirá formarse una buena imagen de las personas que le rodean, contribuyendo a reforzar su autoestima, sus capacidades e impulsándolo a vencer sus propias deficiencias. En 6 casos los sentimientos fueron negativos, ambivalentes y frustrantes, es decir, aceptación, comprensión, rechazo, inseguridad y desesperación. También Meneses señala que los niños son víctimas de rechazo y falta de afecto, percibirán a los demás como enemigos peligrosos y se mostrarán inseguros, desconfiados y temerosos. Por consiguiente se confirma el hecho de que un ambiente estimulante afectivo para el niño, le permite ser sociable, seguro de sí mismo.

En 1985 Caballero confirma que el medio donde se desarrolla el niño afecta en su progreso. Con relación al desarrollo hay similitud con la edad cronológica, pero influye la aceptación cariño, amor y convivir en un ambiente familiar estable

para lograr un buen proceso social y cognitivo.

La manera de apoyarlo en 36 casos es, llevándolo a la escuela dándole más atención, cariño, paciencia, amor, tratando que se independice de manera laboral; en 4 casos no supieron como apoyarlo. Un caso manifestó ser enérgica, lo que conlleva a que exista agresividad, que sean violento y manifieste conductas difíciles de controlar, debido a que es hijo único.

En 32 casos la reacción de los hermanos hacia el niño Down son sentimientos de cariño, apoyo y aceptación. En 1986 Foster (Beavers 1989), "comenta que los hermanos normales verbalizan y demuestran preocupación". Y en 8 generan sentimientos de ambivalencia como es: apoyo, cariño, celos, regaños y cierta indiferencia. En 1988 Mele y Mendoza mencionan que los hermanos pueden sentir vergüenza y no se atreven a invitar a sus amigos a la casa. En un caso encontré que existe demasiada hostilidad y celos de los hermanos para el niño Down.

El fin de este estudio es hacer una comparación de las diferentes respuestas de frustración que emiten las madres al tener un hijo con síndrome de Down.

La frustración se puede definir como el bloqueo o la interferencia de la actividad dirigida a una meta, es el estado afectivo o motivacional que resulta de sentirse bloqueado, impedido o contrariado.

Tena (1993) menciona que el principio de la debilidad del yo es cuando el sujeto, ante la frustración, da respuestas inadecuadas y se infiere que domino el principio del placer aunado a un yo débil.

Con respecto a la hipótesis alterna (H₁) se rechaza, ya que menciona que existe diferencias estadísticamente significativa en el tipo de respuestas intrapunitiva, extrapunitiva e impunitiva. Por consiguiente se acepta la hipótesis nula (H₀), es decir, no existen diferencias estadísticamente significativa en el tipo de respuestas intrapunitivas, extrapunitiva e impunitiva que emiten las madres que tienen un hijo Down. Se encontró que en las respuestas impunitiva y extrapunitiva no existen diferencias se obtuvo una media \bar{x} para la impunitiva de 9.000 y para la extrapunitiva 8.976. Estas respetas pertenecen a la defensa del yo, es decir, se evitan formular un reproche tanto a otros como así mismos, y se encara la situación frustradora, no existe diferencias o es igual la forma de responder del individuo ya que atribuye agresivamente la frustración a personas o cosas exteriores.

Las respuestas impunitivas son aquellas en las cuales la agresión no se

encuentra como fuerza generatriz. Se evitan formular un reproche tanto a otros como así mismos, y se encara la situación frustradora con cierta discordancia, evade la agresividad en un intento de negar la frustración. El mecanismo de defensa que utiliza es la represión, se podría definir como un proceso automático, no consciente, para alejar asuntos inquietantes fuera de la conciencia y guardarlos dentro del inconsciente. Entonces la represión es, un mecanismo por medio del cual el individuo relega al inconsciente las ideas o impulsos amenazantes, es decir, la represión es silenciosa tan solo sabemos que ha desaparecido algo que debería estar presente. Los motivos reprimidos, engendran frustración debido a la falta de seguridad

Y las respuestas extrapunitivas son aquellas en las que el individuo atribuye agresivamente la frustración a personas o cosas exteriores, vierten la agresión hacia el medio ambiente, culpando a otras circunstancias de tener un hijo con síndrome de Down; las emociones asociadas a este tipo de respuestas son la cólera y la irritación; la agresión puede encontrar su expresión en forma indirecta. . En (1971) Kulik y Brown constataron que la ira, así como otras atribuciones dirigidas de culpa y agresión fueron mayores en la respuesta a frustraciones injustificadas. Utiliza el mecanismo de defensa de proyección, este nos permite percibir y representar las fallas y fracasos o impulsos ajenos al ego como si pertenecieran a otra persona. Es la expresión simbólica por la cuál se percibe y representa como si estuviera fuera del ego algo que en realidad, esta dentro de él o que el ego llega después él id o el super ego.

Mientras que en la respuesta intrapunitiva decremento estadísticamente hablando fue una media de 6.024. Estas respuestas en las que el individuo atribuye agresivamente la frustración así mismos. Las emociones asociadas a estas respuestas son la culpabilidad y el remordimiento, los mecanismos de defensa asociados son el Aislamiento y desplazamiento. Este consiste descargar impulsos o en cumplir fantasías inconscientes mediante el desplazamiento de un objeto a otro. Se ha visto que esta maniobra se parte del proceso primario de los derivados del id y el ego inconscientes reprimidos, suele emplear para evitar la ansiedad cuando el amar o el odiar se vuelven peligrosos. Y el aislamiento separa los acontecimientos de todos los factores externos que lo acompañan; el inquietante contenido de una experiencia se aleja de la conciencia para evitar reacciones emocionales perturbadoras, así la persona huye de la realidad.

Por consiguiente de los resultados de las medias de las respuestas la media más pequeña es la intrapunitiva, es decir, no se culpan a sí mismas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

La más grande limitación que encontré fue el no tener una muestra representativa de una institución, por consiguiente, para tener el mínimo de la población, hubo la necesidad de acudir a otras instituciones de Educación Especial, del mismo Estado pero de diferentes ciudades. Ya que la Escuela donde inicie la aplicación es pionera, no tiene mucha difusión en su entorno. No obstante existen los diferentes niveles o etapas de Educación Especial sin cubrir el cupo mínimo para formar los grupos correspondientes. Además provoqué que no se podía elegir una muestra determinando los rangos de edad o del nivel educativo debido a su poca población. Cuando apliqué la entrevista y el Test de frustración de Rosenzweig es importante señalar que la mayoría de las madres contestaban sin tomarle importancia al texto o contenido en los últimos reactivos. Para poder controlar todas estas variables es primordial considerar una aplicación de forma experimental.

De los resultados obtenidos considero fundamental la aportación con respecto a los celos de los hermanos del niño Down siendo interesante realizar una investigación en donde se vea la frecuencia y circunstancias de los celos de los hermanos para el niño Down.

Para futuras investigaciones considero primordial una investigación de los sentimientos y emociones de los padres que tienen un hijo Down para observar la diferencia que existe de los padres que llevaron a su hijo a intervención temprana de aquellos que no lo hicieron y buscaron la ayuda más tarde, como son las diferentes reacciones y emociones de los padres.

Además que se efectúe con relación a la toma de medicamentos durante el embarazo de la madre, si es representativa esa circunstancia para sentirse culpable en comparación con las que no tomaron ningún medicamento.

Es importante realizar un estudio en padres alcohólicos que tengan hijo Down, para determinar si este puede ser el origen para tener un niño Down o si influye en los sentimientos de culpabilidad.

Por último la investigación fue de gran utilidad para conocer como manejan la frustración y hacia donde dirigen su agresión, que sentimientos se generaron en las madres y familiares que tiene en su núcleo un niño con síndrome de Down es importante proporcionar información a los padres sobre

las implicaciones médicas, psicológicas, sociales y de su personalidad, que favorezcan el desarrollo de sus habilidades; también una orientación sobre la sexualidad de su hijo y así poderlo ayudar.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ahmer, S.M. S. (1982) . Factors Affecting Frustrating and aggression Relationships . The Journal of Social Psychology, 116, 173-177
- 2 Allport, G. (1976) ¿Qué es la personalidad?. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- 3 Antunez, B. y Reyes, R. (1980): La familia del niño deficiente mental. Tesis de Licenciatura de Psicología. México .U.N.A.M.
- 4 Anónimo (1993).Revista para padres con necesidades especiales. Num. 3,Agosto,Nov. 93. Ararú.
5. Berger, J. Y Cunningham, C.C., Development of early vocal behaviors and interactions in Down's Syndrome and nonhandicapped infant-mother pairs, Development Psychology, 1983, Vol. 19, No.3, pags. 311-331.
6. Buscaglia, I (1990). Los discapacitados y sus padres. Argentina: Emece Editores, S.A.
7. Cameron, N: (1994). Desarrollo y Psicopatología de la personalidad. (Un enfoque Dinámico). México: Trillas.
- 8 Carnevale, A. (1987) El hombre y la genética. En Contacto III,Maro ,87. Asociación Mexicana de Síndrome de Down, A.C.
9. Carnevale A. (1988). El hombre y la genética. En contacto. IV, Agosto, 88. Asociación Mexicana de Síndrome de Down, A.C.
10. Castillo, R.M. Navarro P. C. (1990). Nivel de Tolerancia a la frustración en terapeutas físicos ocupacionales y de lenguaje Tesis de Licenciatura de Psicología.U.N.A.M.
11. Cliff, C. (1987). El síndrome de Down. Una introducción para padres. México: Paidós Fundación catalana Síndrome de Down.
12. Colo, J. (1988). Las cardiopatías congénitas en el Síndrome de Down. En Contacto IV. Agosto 88. Asociación Mexicana de Síndrome de Down. A. C.
13. Coronado, G: (1981). La educación y la familia del deficiente mental. México: Compañía Editorial Continental, S.A.
- 14.Cordova, Z (1993). Alteraciones cutaneas en el Síndrome de Down. En Contacto, XI, Enero, 93. Asociación Mexicana de Síndrome de Down. A.C.
- 15 Cox, M. Owen, M , Lewis, J. / Henderson, V. (1989) Marriage adult adjustment and early parenting, Child Development, 60, 1015-1024
- 16 Cuelí, J. (1990). Teorías de la personalidad México: Trillas.
17. Fémadez, L , y Pérez , L. (1992) Efectos del entrenamiento a padres en la aplicación de técnicas conductuales para el manejo de menores con deficiencia mental y trastornos de conducta. Tesis Lic. Psicología.U.N.A.M.

18. García, E. (1983). El niño con síndrome de Down. México: Diana.
19. García, E. (1983). Síndrome de Down. México, Edic. John Langdon Down.
20. Garduño, E.A. (1995) . El pediatra y los derecho de los niños con malformaciones congénitas. En contacto. XIX, Dic,95. Asociación Mexicana de Síndrome de Down, A.C.
21. Grossman, F., Pollack, W & Goldin, E. (1988) Fathers and Children: Predicting the quality and quantity of fathering, *Development Psychocolgy*, 24 (1), 82-91.
22. Homes, P. & Markman, J. H. (1989) Marital Quality adn Child funtioning: A longitudinal Investigation, *Child Development*, 60, 1044-1051.
- 23 Ibañez, B. (1992). Manual para la elaboración de tesis. México: Trillas.
- 24 .Jasso, G. (1991). El niño Down: Mitos y realidades. México: Manual Modemo.
25. Kerlinger, F. (1988). Investigación del comportamiento. Traducción castellana. México: Interamericana.
- 26 . Krins, A.M. y Herman (1994). El papel de los Padres. En Contacto, XII, Enero, 94. Asociación Mexicana de Síndrome de Down. A.C.
27. Lagunes. T. (1990). Síndrome de Down: ¿Cómo se previenen?, ¿cómo se manifiesta?, ¿cómo se mejorá?. México: Prensa Médica Mexicana.
28. Levin, J. (1974). Fundamentos de estadística en la investigación social. México: Harta.
29. López, F. (1980). Síndrome de Down: Consideraciones esenciales. México: Diana.
30. López, L . (1991). Síndrome de Down: Análisis de las vivencias paternas de frustración. Tesis de Licenciatura. México. U.N.A.M.
31. Marin, G. (1975). Manual de Investigación de Psicología social. México. Trillas.
32. Mele, P. y Mendoza, S: (1988). Programa de Formación para padres de hijos con D.M. Tesis Lic. en Psicología. U.N.A.M.
33. Mischel, W., (1988). Teorías de la personalidad. México, D.F. Mc Graw Hill/Interamericana.
34. Nason, A. (1994). Biología. Traducción castellana. México: Limusa.
35. Padua, J. (1986). Técnicas de investigación aplicada para las ciencias sociales. México: Trillas
36. Paz, B.N. (1987). Sobre la adquisición lingüística en el niño con Síndrome de Down. En contacto. II,Dic. 87. Asociación Mexicana de Síndrome de Down, A.C.
37. Plutchic, R: (1975). Fundamentos de investigación aplicada para las ciencias sociales. México: Trillas.
- 38 .Rocha, B. (1993). Programa de Apoyo a padres. En contacto. XI, Enero, 93 Asociación

Mexicana de Síndrome de Down, A.C.

39. Rosenzweig, S: (1936). El test de frustración (P.F.T.). Buenos Aires: Paidós.

40. S. E. P.- FONAPAS , 1981 y S.E.P. 1985. Dirección General de Educación Especial.

41. Siegel, S. (1972). Estadística No Paramétrica (aplicada a las Ciencias de la Conducta). Editorial Trillas, México.

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

43. Stratford, B. & Steele, J.(1985). Incidence and prevalence Downs's Syndrome: a discussion and report. Journal of Mental Deficiency Resereh . Vol 29 (1) pag. 95-107

44. Tena, S. (1993). Autoconcepto y frustración en adolescentes internadas no internadas. Tesis de Maestría. México: U.N.A.M.

45- Vega, S. (1987). La importancia de la intervención temprana en el bebé con Síndrome de down. En Contacto, II- Dic. 87. Asociación Mexicana de Síndrome de Down. A.C.

ENTREVISTA

I. Datos del niño.

Nombre: _____

1. Fecha de Nacimiento _____

2. Lugar de Nacimiento _____

3. Sexo 1. Masculino _____ 2. Femenino.

4. Edad del niño _____

II. Datos de la madre.

Nombre: _____

5. Edad de la madre concibió _____

6. Edad del padre cuando concibieron _____

7. Escolaridad de la madre _____

8. Ocupación de la madre _____

9. Num. de Partos _____

Natura ¿Cuántos? _____

Cesárea ¿Cuántos? _____

10. Abortos _____

III. Datos familiares.

11. Número de miembros de la familia _____

12. Número de hijos _____

13. Lugar que ocupa el niño en la familia _____

IV. Historia Clínica.

14. Abortos antes del embarazo del niño 1. Provocado 2. Espontaneo.

15. ¿Usted planeó el embarazo? (si) _____ (no) _____

16. ¿Qué hizo al saber que esta embarazada?

17. ¿Cómo se entero de que estaba embarazada?

18. ¿Tomó algún medicamento durante el embarazo?

19. ¿Su esposo es o era alcohólico? (si) (no)

20. ¿Fue alcohólico antes o durante el embarazo del niño? (no) (siempre)

21. ¿Quién la atendió de su parto? Partera () Médico ()

22. ¿Tipo de parto? Natura () Cesárea ()

B. Situación Actual.

23. ¿Quién dio el diagnóstico del niño?

24. Edad del niño al conocer el Dx.

25. ¿Tiene algún otro problema el niño? (aparatos ortopédicos, soplo, corazón, visión, cataratas, etc.)

26. ¿Está actualmente bajo algún tratamiento?

27. ¿De qué tipo? Cardiopatía () Neurología ()

V. vivencias de la madre.

28. ¿Conocía el Dx? (Implicaciones médicas, sociales, pedagógicas, psicológicas, etc..)

29. ¿Las conoce actualmente?

30. ¿Cómo se sintió al conocer el Dx?

31. ¿Recurrió a algún lugar en busca de ayuda? (si) (no)

32. ¿A cuáles?

33. ¿Desde cuando ingreso a la Escuela?

34. ¿Plática con su pareja sobre su hijo? (si) (no)

35. ¿Sobre qué?

36. ¿Ha existido algún cambio en las relaciones familiares y/o conyugales después de recibir el DX:?

37. ¿Actualmente cómo se siente con su hijo?

38. ¿Y la familia cómo se siente con el niño?

39. ¿Cómo se llevan sus hermanos con él?

40. ¿Han comunicado a la familia (abuelos, tíos, etc.) y amistades, el Dx. del niño

41. ¿Cuál fue la reacción de estas personas (En caso de haberlo comunicado) ?

42. ¿Cómo se siente usted ante esta respuesta?

43. ¿Cómo piensa que puede ayudar a su hijo?

44. ¿Cuál cree que deba ser su participación en la educación y formación del hijo?

45. ¿Qué es lo que más le desagrada de su hijo ?

46. ¿Qué es lo que más le agrada de su hijo?

TEST DE ROSENZWEIG (P.F.T.)

INSTRUCCIONES

Administración individual y autoadministración.

- Pídase al sujeto que observe el primer cuadro.

- Leáse el parlamento de la figura de la izquierda de la primera lámina y pídase al sujeto que diga "cuál podría ser la respuesta ". Inmediatamente pídase que escriba esa respuesta en el protocolo (Señalé el casillero correspondiente). Luego, dígame:

CONSIGNA: "Bien, en cada uno de los cuadros que siguen hay también dos personas hablando. Lo que dice una de ellas está siempre escrito en la figura (señalar). En cada caso, usted debe imaginar qué contestaría la otra persona de cada cuadro, y escribir esa respuesta en el espacio correspondiente de esta hoja (señalar): **la primera respuesta** que se le ocurra. Es lo mismo que acabamos de hacer. Aquí tiene los demás. Cada uno tiene un número ¿vé? (señalar) . Siga el orden numérico. **Trabaje lo más rápidamente posible**".

La aplicación del Test de Frustración de Rosenzweig (P.F.T.), consistió, en que el examinador leía cada uno de los cuadros, para que las madres contestará inmediatamente después se terminará de leer el párrafo, así como también contestaba en voz alta, el examinador escribía las respuestas que le daban las madres.

TEST DE ROSENZWEIG

PROTOCOLO DE REGISTRO

Nombre y Apellido _____
Escolaridad _____
Edad _____
Motivos del examen _____
Profesión o Ocupación _____
Examinador _____
Fecha de hoy _____
Lugar _____

Respuestas

1		13	
2		14	
3		15	
4		16	
5		17	
6		18	
7		19	
8		20	
9		21	
10		22	
11		23	
12		24	





