

244
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"ANALISIS DE LAS RELACIONES CONYUGALES
ANTE EL RETARDO DE LENGUAJE DEL HIJO"**

T E S I S

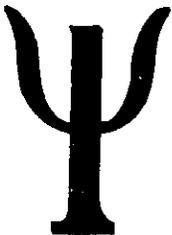
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ALEJANDRA ROSALES LAGARDE

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESUS MORALES TAPIA.
SINODAL-REVISOR: MTRA. BEATRIZ GLOWINSKY KOTLAR.



MEXICO, D. F.

259015

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.

Después de todo, la única salvaguarda posible contra el propio involucramiento emocional es la conciencia de ese involucramiento y su admisión explícita.

Nathan Ackerman
Antisemitism and Emotional Disorder

...Este hombre deseará amar porque tiene corazón, gustará de pensar porque tiene cerebro, querrá tocar porque tiene piel.

Erich Fromm
Lo inconsciente social

...el científico apenas "comienza" una etapa de su labor con alguna "intuición" porque sabe por experiencia que ella es un rudimento inseguro... Las hipótesis formuladas intuitivamente deberán ser desarrolladas de una manera racional y luego puestas a prueba según los procedimientos habituales

Mario Bunge
Intuición y ciencia

A mi Harim con todo mi amor

A mi madre Laura y a mi padre Miguel, por su gran apoyo y presencia cuando los he necesitado

A mis hermanos y amigos: Miguel, Laura y David

A mi abuela Constanza, a la Dra. Socorro Medina,

y a la memoria de la Sra. Esperanza Serrano vda.

de Herraiz, con todo mi cariño

A los habitantes de la UNAM: amigos y compañeros: Elena, Francis, Adriana, Alejandro, Juan,

Lupita, Gabriela, Verónica, Silvia, Martha, Juan Carlos, Mónica, Huicho, Eugenia, Eva, Liliana,

Cora, Araceli, y tantos otros más.

Agradezco profundamente:

Al prof. Jesús Morales Tapia, para quien no hay limitaciones emocionales

Al prof. José Antonio Ledesma Oribe, quien me enseñó el amor al conocimiento

	iv índices.....	4
	vi resumen.....	7
	vii nota preliminar.....	8
	INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I.	MARCO TEÓRICO	
	1.1 LA PAREJA Y LA FAMILIA EN LA HISTORIA.....	12
	1.2 LA PAREJA Y LA FAMILIA MEXICANA.....	14
	a) El mundo prehispánico.....	15
	b) De la conquista al siglo XIX.....	17
	c) La familia del siglo XX, y la visión de Martínez y Samperio.....	19
	1.3 LAS CONCEPCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA PAREJA Y LA FAMILIA	
	1) Enfoque psicoanalítico	
	A) Freud.....	22
	B) Fromm.....	23
	C) Ackerman.....	27
	2) Enfoque sistémico-estructural	
	D)Minuchin.....	32
	3) Síntesis de las concepciones psicológicas.....	36
	1.4 LOS PADRES ANTE LA ANORMALIDAD DEL NIÑO	
	1. Enfoque de Luterman, Marchesi, Curiel y las terapeutas... 40	
	2. Procesos psicológicos según Fenichel y Grinberg.....	43
	1.5 ADQUISICIÓN Y DESARROLLO NORMAL DEL LENGUAJE EN LOS NIÑOS Y EL RETARDO EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE.....	45
	1.5.1 El niño con retardo de lenguaje.....	46
	a) Definiciones del retardo de lenguaje.....	47
	b) Etiologías.....	48
	c) Evolución.....	50
	1.5.2 El Instituto Nacional de la Comunicación Humana... 51	
CAPÍTULO II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
	2.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
	2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	53
	2.3 OBJETIVOS.....	55
	2.4 VARIABLES.....	55
	2.5 JUSTIFICACIÓN DE LA TÉCNICA.....	58
	2.8 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	59
CAPÍTULO III.	METODOLOGÍA	
	3.1 SUJETOS.....	62
	3.2 MUESTREO.....	63
	3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	63
	3.4 PROCEDIMIENTO.....	64
	3.5 SOBRE LA ENTREVISTA Y SUS PREGUNTAS.....	64
CAPÍTULO IV.	RESULTADOS	
	4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	66
CAPÍTULO V.	CONCLUSIONES	77
	5.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	78
	5.2 RECOMENDACIONES.....	79
	TABLAS Y GRÁFICAS FUERA DEL TEXTO.....	81
	APÉNDICE I.....	93
	APÉNDICE II.....	112
	REFERENCIAS.....	114

ÍNDICE DE TABLAS Y ESQUEMAS EN EL TEXTO

Tabla A: <i>Edades y características del lenguaje que los niños presentan normalmente.....</i>	45
Tabla B: <i>Aparición de los fonemas más difíciles por edades.....</i>	46
Tabla C: <i>Posición del niño en relación a sus hermanos y su frecuencia.....</i>	62
Tabla D: <i>Ocupaciones de los cónyuges.....</i>	62
Tabla E <i>Edades de los cónyuges.....</i>	63
Tabla F: <i>Edad de los niños, edad aproximada de detección del retardo y persona que lo detectó.....</i>	63
Tabla G: <i>Frecuencias de las reacciones inmediatas de cada caso de madres y padres.....</i>	67
Tabla H: <i>Frecuencias de las reacciones ante el diagnóstico de cada caso de madres y padres.....</i>	68
Tabla I: <i>Frecuencias de las atribuciones de cada caso de las madres y de los padres.....</i>	68
Tabla J: <i>Índice causa externa-culpabilidad-negación de las atribuciones de cada caso.....</i>	71
Tabla K: <i>Frecuencias de acuerdo al valor asignado a las causas.....</i>	72
Tabla L: <i>Observaciones.....</i>	72
Esquema a: <i>Conjuntos de los niveles implicados en la situación conyugal estudiada.....</i>	37
Esquema b: <i>Representación del enfoque de Fromm y Ackerman cuando en la pareja existen conflictos.....</i>	39
Esquema c: <i>Representación del enfoque de Minuchin cuando en la pareja existe conflicto.</i>	39
Esquema d.: <i>Procedimiento seguido de acuerdo a las preguntas principales.....</i>	54
Esquema e: <i>Presuntos niveles implicados en el proceso psicológico según las reacciones y explicaciones de los padres ante el retardo de su hijo.....</i>	57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS FUERA DEL TEXTO

Tabla # 1: <i>Observaciones, antecedentes familiares y personales, características del niño y su lenguaje</i>	81
Tabla # 2: <i>Efectos del retardo de lenguaje en los padres</i>	83
Tabla # 3: <i>Sobre si un cónyuge, ambos o ninguno se culparon</i>	87
Gráfica # 1: <i>Culpas presentadas ante el retardo de lenguaje en uno, ambos o ningún cónyuge</i>	88
Gráfica # 2: <i>Aceptación, negación y apoyo ante el retardo de lenguaje</i>	88
Gráfica # 3 a # 5: <i>Reacciones inmediatas de ambos cónyuges y su separación en las madres y los padres</i>	89
Gráfica # 6 a # 8: <i>Reacciones ante el diagnóstico de ambos cónyuges y su separación en las madres y padres</i>	90
Gráfica # 9 a # 11: <i>Atribuciones de las causas de ambos cónyuges y su separación en las madres y padres</i>	91
Gráfica # 12: <i>Porcentaje de los padres y otros familiares con antecedente de problema de lenguaje</i>	92

vi. RESUMEN

La presente investigación consiste en un estudio de los casos de diez parejas cuyos hijos han sido diagnosticados con un "retardo del lenguaje de patogenia anártrica". Los niños así diagnosticados tienen entre 4 a 7 años de edad y acuden o han sido dados de alta recientemente del servicio de terapia de lenguaje del "Instituto Nacional de la Comunicación Humana" (I.N.C.H.). Es un estudio descriptivo esencialmente en el que las principales preguntas fueron:

a) ¿qué efectos tuvo en los padres el retardo del lenguaje? Los efectos se evaluaron retrospectivamente y fueron las reacciones ante la detección y ante el diagnóstico del problema de lenguaje, además de la explicación de su etiología según los padres (los sentimientos y pensamientos iniciales, ante el diagnóstico y las atribuciones de las causas, respectivamente).

b) ¿cómo es la relación conyugal ante la anormalidad del hijo? que se evaluó tomando en cuenta la pregunta anterior y mediante la observación de la conducta conyugal y la conducta de los padres ante el niño.

Las preguntas se contestaron empleando la técnica de la entrevista en una sesión.

Las repercusiones en los cónyuges fueron menos graves que las del problema de la sordera, ya que ante el diagnóstico de "retardo de lenguaje de patogenia anártrica" todos los padres se tranquilizaron. En cuanto a las atribuciones sobre el origen del retardo, empleando una escala desarrollada según la teoría revisada y los resultados, se encontró que la culpa que sentía el propio cónyuge, en general la culpa de las madres, y la negación, en general de los padres, fueron las causas más frecuentes y con un mayor índice de no aceptación del retardo.

Con respecto a cuáles fueron las relaciones conyugales ante el retardo se tuvo que el 60% de los cónyuges aceptaron el retardo. De este 60% , 20% se apoyaron desde el principio mientras que otros cónyuges se culpaban y/o estaban en desacuerdo (40%). Dentro del otro 40% se encontró que los padres aun negaban que existiera algún problema aun cuando apoyaban económicamente a su esposa. Siendo que dos casos de este 40% agregaban a la negación la culpa a la madre, se consideró que estos padres estaban mostrando su desacuerdo conyugal aprovechando el problema del hijo. En los otros dos casos esta negación se dió sin enfrentamientos entre los cónyuges.

vii. NOTA PRELIMINAR

Al efectuar mi servicio social en el ámbito profesional del Instituto Nacional de la Comunicación Humana (I.N.C.H.), dependencia pública prestadora de un servicio multidisciplinario, me di cuenta de que aun no podía saberse con precisión cuál era la etiología del llamado "retardo de lenguaje de patogenia anártrica". Ello implicaba dos preguntas: ¿es el retardo de lenguaje una manifestación de inmadurez o alteración neurológica o una predisposición hereditaria, o es el resultado de un mal hábito educativo de los padres?

Aunque esta tesis no responde estrictamente estas preguntas, trata de no excluirlas y se centra, como lo dice el título, en las relaciones conyugales ante el retardo al analizar la opinión de los padres y al observar su conducta entre sí y su conducta ante el niño.

A la par de la consideración antes expuesta elegí este tema por otra razón. Consideré de gran importancia conocer en una forma más profunda lo que sucedía en cada familia ya que percibía la extraordinaria cantidad de personas que solicitaban el servicio y el poco tiempo que se le destinaba a cada caso particular. Ello sobretodo en el servicio matutino de diagnóstico psicológico -y no de tratamiento- en que la entrevista a los padres llega a durar sólo 15 minutos.

De esas dos inquietudes, surgió esta tesis.

La presente tesis trata de mostrar que la Psicología no debe ser un bastión en el cual refugiarse, sino un sustento teórico crítico que describa y explique esta realidad. Esto implica por lo menos una vinculación histórica de lo que nuestro país fue y es, además de una revisión y crítica de los modelos y teorías adoptados dentro de nuestro campo, por lo que es necesario aun mínimamente el estudio de los países de referencia y la situación en que los paradigmas surgieron.

El objetivo inicial de este trabajo pretendía conocer las repercusiones que tuvo el problema en la pareja por medio de la investigación de la estructura familiar anterior, durante el problema y posterior, para rastrear las relaciones dinámicas que se establecieron entre los miembros de la pareja en su respectivo núcleo familiar, como cónyuges, como familia, como familia con la noticia de una anomalía en uno de sus miembros y finalmente como familia cuyo miembro estuviera recibiendo terapia del lenguaje. También se quería efectuar un tratamiento con base en interpretaciones intercaladas en el proceso de la entrevista, en ocho

sesiones para en la novena exponer los resultados a los padres. La hipótesis consideraba que si en los cónyuges, base de la familia, hay conflictos antes de la detección del “retardo del lenguaje de patogenia anártrica”, éste sirve como el disparador para que se manifiesten.

La causa por la cual no se llevó a cabo ese proyecto fue debida a la imposibilidad de establecer contacto con los dos cónyuges durante un periodo largo de tiempo, por falta de disponibilidad del padre, principalmente; además, el proyecto hubiera implicado muchas más variables de las aquí investigadas y habría sido difícil analizarlas con todas sus interrelaciones.

En cuanto al proyecto que finalmente se llevó a cabo, agradezco a los padres de los niños su participación. Cuando pude y supe les dí a cambio un consejo.

La realización de las entrevistas fue la experiencia más enriquecedora de este trabajo: el establecimiento del contacto, el viaje y conocimiento de sus casas y sus hijos, la entrevista en sí, y en fin, la interacción entre nosotros, me mostró la diversidad y emoción de las relaciones humanas. La segunda experiencia enriquecedora fue la propia elaboración de la investigación, desde las preguntas de la investigación hasta su conclusión.

Fue debido a una gran cantidad de personas que, en efecto, este proyecto pudo tener una conclusión. Agradezco el apoyo del personal del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, turno vespertino, quien sin burocratismos ni desconfianzas me permitió efectuar esta investigación; especialmente, al Prof. Manuel Contreras, a la Profa. Amanda Bastida, y al Prof. Fernando Fierro, del servicio de terapia y psicología de este instituto. Otras personas que me ayudaron fueron la Dra. Carmen Ceja y la Biól. Carmen del Río Rogel, responsable del Archivo del Servicio de Estadística de Comunicación Humana: gracias.

No quiero dejar de agradecer a alguien en quien pude confiar y encontrar un decidido valedor durante un momento difícil: el Prof. Celso Serra, responsable del Servicio Social ante el instituto.

Al Prof. Jesús Morales Tapia, le doy las gracias por sus comentarios y enseñanzas del psicoanálisis, en especial por los estudios de los casos vistos en clase, porque con ellos me mostró un mundo apenas apercibido: el análisis de las relaciones humanas. Agradezco también a mis sinodales de la Facultad de Psicología: la Profa. Beatriz Glowinsky Kotlar, porque me hizo ver más de cerca el enfoque de Minuchin; además al Prof. Austreberto

Mondragón quien me brindó su apoyo en todo momento. También agradezco a la Profa. Cristina Heredia Ancona por su claridad al identificar las fallas esenciales de la tesis, y doy gracias a la Profa. Lidia Díaz San Juan por su comprensión.

El excepcional amor al conocimiento y la prohibición de todo dogma, junto con un entusiasmo y alegría sin iguales, se encuentran en la persona del Prof. José Antonio Ledesma Oribe. Por él conocí a Fromm, Bunge, Russell, Sagan, Lukács y tantos otros cuyo legado me es tanpreciado. Gracias por enseñarme a pensar con ese entusiasmo y esa alegría.

Dedico esta tesis con muchísimo cariño y agradecimiento a mis padres, Dra. Laura Lagarde Spinola y Dr. Miguel Rosales León; en todo momento he podido contar con ustedes, su ayuda para realizar este trabajo es una muestra de ello. Con su ejemplo y esfuerzo he alcanzado muchas de mis metas, de mi parte está el continuar y alcanzar aun más.

Con todo mi amor, también te dedico esta tesis a tí Chinitos, por tu amor y ternura, porque has estado presente y porque contigo comparto mis alegrías al igual que mis inquietudes y dudas (que son muchas, a propósito).

México, D.F., a diciembre de 1997.

INTRODUCCIÓN

Dentro del amplio espectro de la psicología, el psicoanálisis ha sido desarrollado para abarcar desde una psicología individual a una psicología colectiva e incluso incluye como objeto de estudio a la sociedad. Del psicoanálisis ortodoxo se han derivado diversas teorías que describen y explican, desde su perspectiva particular, las relaciones familiares. El presente estudio se ubica dentro de la psicología familiar -si consideramos, como Ackerman (1966), que la familia es una entidad psicológica en y por sí misma-, y en especial en la psicología de la pareja hombre-mujer.

La vida de la familia incluye innumerables sucesos, crecimientos, cambios y permanencias a la vez. Este estudio enfocará uno de esos sucesos: una anomalía en el hijo detectada por otra persona o los padres -problema que después sería llamado "retardo del lenguaje de patología anártrica" por los profesionales.

Se decidió efectuar un estudio transversal retrospectivo para conocer la relación conyugal ante el retardo por medio de la técnica de la entrevista; a través de ella pudieron obtenerse las respuestas que consistieron en los sentimientos y pensamientos de los padres ante el problema de su hijo, además de observar la conducta conyugal y ante el niño.

La evolución del niño con su problema del lenguaje parecería estar íntimamente vinculada a la aceptación del retardo por parte de los padres. Es de esperarse que mientras exista un ambiente familiar favorable, la evolución se efectuará también en forma favorable. De igual forma, si los cónyuges aun no aceptan el retardo, e incluso el problema del lenguaje del niño se vuelve un pretexto para la develación de los conflictos de los padres, el pronóstico será en mayor medida desfavorable.

Debido a la complejidad del tema a tratar, de los innumerables factores que implica, y las diversas teorías o paradigmas que se dedican a algunos de los factores a investigar y no así a otros, en este trabajo se hizo necesaria una amplia revisión para exponer y explorar la situación familiar junto con el problema del lenguaje.

El propósito de esta revisión es brindar al lector el desarrollo histórico de algunas de las concepciones de la familia en general y de la familia mexicana, así como de las teorías psicológicas de la familia. Las teorías psicológicas se pusieron en boga en un determinado tiempo para luego parecer desplazadas por otras, cuando en realidad cada una dejó su trazo, y lo que sucedió fue que se transformaron para satisfacer necesidades de una época diferente en un país diferente. Por eso es que la revisión de las teorías psicológicas comienza con el enfoque freudiano europeo, pasa por la huella innegable de la segunda guerra mundial y la guerra fría con Fromm, para luego llegar a Estados Unidos y dar el giro que nuevos enfoques y forma de pensar americana requerían, con Ackerman y Minuchin.

Estos autores y sus corrientes se consideraron para englobar en un marco teórico no fijo sino histórico que tuviera la flexibilidad suficiente para intentar la exploración de las relaciones conyugales. Es, sin embargo, de una importancia particular la formulación de una premisa: los enfoques de Freud, Fromm, Ackerman y Minuchin no son opuestos, aunque sí dispares; parten de una raíz común: la psicodinámica cuyos fundamentos fundó Freud -de acuerdo a la filosofía alemana, y el intento de rigor científico en que éste estaba imbuido-, sin que esto impidiera que cada uno lo criticara y refutara la teoría o formulara nuevas formas de psicoterapia. Estos autores en especial se revisaron porque estudiaron la relación madre-padre-hijo, esto es, la relación conyugal y su relación con el hijo.

También se buscó la bibliografía concerniente al niño con problema anártrico, lo que es posible que suceda en la familia, y el instituto que los atiende en este caso.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 LA PAREJA Y LA FAMILIA EN LA HISTORIA

Sobre el origen y la evolución de los tipos de familia, Linton¹⁹ (p. 5), opina que no existen datos empíricos, y que todo lo que se diga es pura suposición. Algunas teorías parecen más probables que otras y entre ellas resalta dos que han sido muy significativas y con las que no está de acuerdo. Se citarán por considerarlas importantes para comprender las concepciones comunes de la familia.

1) La primera, la más conocida, fue la estudiada por los científicos del siglo XIX. El pensamiento de estos científicos estaba muy influido por la teoría de la evolución, y por un etnocentrismo que colocaba a sus propias instituciones sociales como ejemplo de todas las líneas de desarrollo: el tipo de familia occidental de la Inglaterra victoriana, que sería la culminación definitiva, y el modelo más alejado en la escala evolutiva de la promiscuidad sexual.

Según “la evolución”, concebida en estos términos, después de la promiscuidad sexual siguió el matrimonio en grupo (la poliandria y la poligamia), y posteriormente la monogamia. Paralelamente a ello, se daría la evolución de las pautas de descendencia y de control familiar: primero los hijos eran propiedad común, luego estaban insertos en los grupos matriarcales o matrilineales; después pertenecieron a los que triunfaron en la lucha del hombre contra la mujer: las instituciones patriarcales. Como puede verse, existía un marcado etnocentrismo justificador de la discriminación de la mujer y grupos no occidentales, propio de la época colonialista.

Linton descarta la promiscuidad por creerla ajena a las características físicas y psicológicas del hombre y los primates en general. Si esto hubiera sido verdad, los primates vivirían en grupos promiscuos, etc., pero los únicos primates que viven en hordas sexuales promiscuas son los monos araguatos de América del Sur, especie muy alejada de los hombres; los demás primates, o son monógamos o son polígamos, y sus relaciones son duraderas. La mayoría de las especies tienen una activa curiosidad sexual y se insinúan, pero ello no destruye la pauta familiar.

2) Ella se basó en la primera teoría psicoanalista: la primera familia humana como completamente patriarcal. Era un grupo de mujeres y jóvenes dominados por un varón viejo, irascible y altamente celoso. Tenía prioridad sobre las mujeres (incluyendo a las hijas), y expulsaba a los hijos. Los hijos liberaban sus tensiones sexuales y las del hambre, asesinando al padre y comiéndoselo...Pero ninguna de las especies vivientes de primates gregarios expulsa del grupo a machos jóvenes o recurre al asesinato de los viejos.

La consideración de relaciones sexuales permanentes, monógamas en su mayoría, como en todas las sociedades de que se tiene testimonio podría ser una teoría aceptable. De acuerdo a las condiciones socio-económicas se podían constituir en grupos de más hombres o más mujeres (poliandria o poligamia), y el excedente sería aprovechado para alguna tarea específica o para darle muerte.

Al parecer, no ha habido un solo tipo de evolución de la familia, sino una serie de evoluciones locales que han seguido caminos diferentes para alcanzar objetivos distintos. Así tenemos que en determinada sociedad se prefiere o es determinante para ese tipo de organización la familia conyugal, o la consanguínea.

El tipo **conyugal** implica una presunción de permanencia de la relación con un individuo del sexo opuesto: seguridad en sus relaciones personales, estabilidad en el apareamiento, y asociaciones largas y continuas que pueden incluir infidelidades ocasionales. Las actividades diferentes entre los cónyuges permiten una complementariedad y una unidad casi autosuficiente en la que las necesidades fisiológicas y psicológicas de los miembros serían satisfechas.

La familia conyugal, o nuclear o el grupo íntimo y fuertemente organizado compuesto por los cónyuges y sus descendientes podría diferenciarse del **consanguíneo**, al que, a diferencia de la opinión de Linton, podríamos definir como un grupo de parientes consanguíneos sin que éste tenga que ser poco organizado. La concepción de familia consanguínea "normal" puede brindar seguridad emocional, y relaciones personales íntimas, con excepción de las sexuales por el tabú del incesto.

Para ello es necesario considerar, aun en forma mínima ya que este estudio no está centrado en ello, algunas de las diferencias entre familias del mundo que permitan comprender que no se puede aislar del contexto al objeto de estudio, y que es necesario ubicar el contexto específico de las condiciones económicas, políticas y sociales aun en forma mínima.

La familia norteamericana típica, por ejemplo, puede considerarse como un sistema abierto, multilineal, y conyugal: conyugal por estar compuesto de padres e hijos. La nueva familia vive en un hogar separado del de los padres, y es económicamente independiente de ambos y en muchos casos la separación geográfica es muy grande. Además, la base de apoyo económico fundamental y de muchos otros elementos del *status* social depende, normalmente, del *status* ocupacional del marido: su empleo, que, normalmente, no tiene nada que ver con su relación de parentesco (p. 32, *ibid.*).

El aislamiento de la unidad conyugal en los Estados Unidos contrasta fuertemente con la situación de esta unidad en la estructura económica de la sociedad europea: la unidad conyugal europea se basa más que la norteamericana en un hogar, fuentes de apoyo económico y un *status* ocupacional específico (especialmente una granja o una empresa familiar) heredados de los padres. Esto implica, naturalmente, una cierta discriminación entre los hermanos porque el complejo de la propiedad y del *status* ha de quedarse intacto. También, entre los campesinos europeos, las posesiones y el *status* social correspondiente se transmiten intactos a uno de los hijos y los demás deben abandonar la comunidad agrícola. Otro ejemplo:

La familia de la nobleza rural china tradicional da importancia especial a la descendencia que asegure la identidad de *status* de la unidad de parentesco de una generación a otra, con un hogar en el que conviven tres o cuatro generaciones: un matrimonio anciano, sus hijos casados, las esposas e hijos de éstos e incluso los nietos por línea masculina (p.37- 39, *ibidem*). Así, hay que considerar las posibilidades reales de sustentación económica de los hijos en diferentes países y clases sociales y si esto determina la separación temprana o tardía de los padres, además de la base ideológica de los hijos y padres que justifican estas conductas.

Si se toma en cuenta la versión más conocida de la primera pareja, ésta es la religiosa. Según la creencia de la religión cristiana, musulmana y judía, esta pareja es la de Adán y Eva, primeros seres creados por Dios. Además de la desobediencia de Adán, inducida por Eva, al padre de ambos -el haber comido del árbol del bien y del mal y haber adquirido el conocimiento-, muchos atribuyen su desgracia al pecado original: el haber tenido relaciones sexuales. Siguiendo la línea de pensamiento frommiana de la religión, los dos aspectos han influido para hacerlos los primeros miembros de la humanidad. Estas dos nuevas formas de ser: un conocimiento tan diferente al de los animales: la autoconciencia y por lo tanto de decidir, y la posibilidad de tener relaciones sexuales, les atribuyen su humanidad.

Es importante darle el peso requerido a lo que hace al hombre: además de sus necesidades fisiológicas, necesita dar y recibir cariño y amor; así también tiene la capacidad de pensar y reflexionar, y de sintetizar estas capacidades afectivas e intelectuales que lo hacen formar una sociedad y transformar la naturaleza, con todas las pasiones, envidias, celos, esperanzas, desilusiones, momentos de éxtasis, amor, miedos, agresiones, confianzas, etc.

La mujer y el hombre sienten la necesidad afectiva de integrar una nueva unidad, lo que puede conducir a que se separen de su núcleo inicial. Al alcanzar ambos el crecimiento de sus caracteres sexuales secundarios y la posibilidad de la fertilidad, son aptos para tener descendencia y constituirse nuevamente en una familia. Son las condiciones culturales las que pueden ir determinando las edades de casamiento o de unión, el ritual para efectuarlo, el número de hijos, las relaciones de la pareja y con los hijos, y las creencias sobre estas relaciones.

Para Bertrand Russell³⁶, la familia es: “una institución prehumana cuya justificación es que la ayuda del padre durante el embarazo y la lactancia hace que los hijos sobrevivan. Ello porque en algunas civilizaciones, el padre no sabe que el hijo tenga con él una conexión biológica”. Fue gracias al conocimiento del papel del hombre, que éste quiere asegurar la virtud de su mujer. Según este autor, es la concepción de creerlos su propiedad la que da como resultado la justificación en la religión de los deberes que la esposa y los hijos le merecen (el padre es visto como Dios o el jefe máximo en muchas religiones). La familia estaría en su apogeo cuando se tienen el máximo de hijos con el fin de que trabajen para el padre. Sistemas como el aristocrático serían ampliaciones de este sistema, en las clases altas, mientras que en las clases gobernadas la familia no estaría establecida tan firmemente porque los esclavos están supeditados al amo, quien puede tomar a las mujeres que desee, incluyendo a la esposa del esclavo.

Al parecer, cuando se implanta el cristianismo, la familia resulta debilitada y comienza a estar en decadencia, ya que la teoría cristiana es individualista porque: “lo que importa a la ética cristiana es la relación del alma con Dios, no la relación del hombre con sus semejantes”, y ella enseña que “Quien ama a su madre o a su padre más que a mí, no es digno de mí”. La revolución industrial debilita más a la familia, puesto que los jóvenes afirman su derecho a casarse con quien quieran, y comienzan a abandonar la casa paterna para ganarse la vida. Los hijos ya no trabajan en las fábricas para los padres (recuérdese que la revolución industrial comenzó en Inglaterra y que Russell es inglés) porque las leyes los protegen. “De ser un medio de vida, los hijos pasaron a ser carga financiera” cuando los hijos son niños y adolescentes. Los anticonceptivos marcan una revolución sexual, y el estado comienza a tomar a su cargo la educación de los hijos (p. 92-96).

1.2 LA PAREJA Y LA FAMILIA MEXICANA

Cabría preguntarse, ¿cuál es la primera familia mexicana?, ¿comienza ésta cuando hacen irrupción los españoles? Muchos, como Carlos Fuentes, marcan al primer mestizo como el primer mexicano cuando la indígena y el español concibieron su nueva descendencia (“Todos los gatos son pardos”).

En este estudio, se considera que la familia que ahora se le llama mexicana tiene sus raíces en las culturas indígenas. Este apartado hará un breve esbozo de la mexica y de las posteriores familias mexicanas. Se está de acuerdo con López Austin en su “Los Mitos del Tlacuache”, en que la tradición no sólo religiosa, como él apunta, sino que la cultura mesoamericana no es ya la misma después de la conquista; tampoco la española. Hubo un cruce entre españoles y las diferentes culturas indígenas que hicieron surgir un mestizaje particular, y otra realidad comenzó a hacerse patente. No se puede negar, desde antes de la conquista hasta la actualidad, que las familias que se han establecido en estas tierras tienen similitudes que por lo menos, las distinguen de las europeas y americanas en ciertos sentidos.

“La Familia en América Latina”⁹ considera que la familia actual latino-americana ha sido el resultado de un proceso histórico, étnico, cultural y económico, que se inicia en la época de la conquista, alcanza un grado de consolidación en la época colonial y sufre transformaciones de estructura a partir de la revolución industrial. En esta publicación no se especifica cuando comienza la última etapa en México; se considerará que fue en la época del porfiriato que se consolida la industrialización.

a) *El mundo prehispánico*

Con frecuencia, los pueblos y ciudades anteriores a los españoles constituían todo una amalgamado de personas y costumbres: no eran pueblos homogéneos. Fueron pueblos que evolucionaron desde las tribus nómadas hasta que se asentaron, formándose poco a poco conglomerados tipo célula de composición pluriétnica.

Al parecer, su *calpulli* o barrio, no era, según López Austin²⁷ (1985, tomo I, p. 26-29) estrictamente un espacio demarcado donde vivía una parte de la población de la ciudad. Era más que eso: designaba al grupo social emparentado, unido por vecindad, profesión, templo y dios protector común, que tenía dirigentes para asuntos internos y que pagaba en conjunto sus tributos en trabajos comunes y en la participación en la guerra. Era un grupo estrechamente unido, en el que se veía muy mal que sus miembros contrajesen matrimonios con gente de otro *calpulli*.

Las escuelas de los barrios, los *telpochcalli*, eran un elemento más de cohesión. Los templos-escuelas eran comunes en toda Mesoamérica, y eran un lugar de servicio, ya que todo hombre estaba obligado a desempeñar en una etapa de su vida las funciones de sacerdote. Los padres debían dedicar al niño recién nacido al templo, porque sino, éste carecería de protección divina y no viviría más; mientras tanto su educación estaba a cargo de los padres, que enseñaban al niño su propio oficio, el oficio familiar al pertenecer al *calpulli*, lo que hacía de los padres una de las formas más importantes de transmisión del conocimiento. Se creía que el antepasado común o dios patrono, era el inventor de ese oficio.

A cierta edad, entre los diez y quince años aproximadamente, hombres y mujeres ingresaban a un sistema escolarizado. Allí trabajarían arduamente para el dios tutelar, formando parte de una casa colectiva de varones o de doncellas en donde no sólo se organizaba el servicio eclesiástico, se proporcionaban conocimientos y se modelaba la moral de los jóvenes y niños; el templo escuela era también una casa de producción: siembras colectivas, construcción de canales, fábrica de oficios, etc....allí también se preparaba a los muchachos para la guerra. El comportamiento del joven en la escuela y en el campo de batalla influía en su ubicación en la escala social, sin desconocer que era su origen noble o plebeyo, el fundamento de su posición, de sus derechos, funciones y obligaciones.

Las fuentes enfatizan la existencia del *telpochcalli* y del *calmécac*, templos respectivamente dedicados a los dioses Tezcatlipoca y Quetzalcóatl. No fueron los únicos, pero sí los más comunes. Al parecer, pocos eran los plebeyos que ingresaban al *calmécac*, escuela de los nobles.

Los *huehueltatolli* eran fórmulas estereotipadas de ceremoniosos consejos, de metáforas y sólo se pronunciaban en las situaciones y acontecimientos solemnes: el nacimiento, la llegada del niño a la edad de la razón, el ingreso al templo-escuela o la salida de él, el matrimonio, el conocimiento de la preñez, el parto o la defunción. También los había cortesanos, y en ellos se amonestaba a los nobles y al pueblo, robusteciendo la aceptación de una moral rígida y del sacrificio en aras del bienestar común. Está pendiente todavía su estudio histórico, pero a través de ellos puede verse la moral comúnmente aceptada de cuáles debían ser los comportamientos entre los miembros de la familia y en la sociedad.

La familia indígena mexicana se basaba en el matrimonio, que revestía carácter social y religioso. La forma legal del matrimonio era la monogamia, aunque entre los nobles y la clase alta existía la poligamia. Para favorecer y mantener la cohesión familiar no se permitía que los jóvenes se casaran antes de los veinte años, entre otras cosas, por considerar que antes de esa edad no podría comprender la responsabilidad que asumían. Se decía al joven que sabía del templo-escuela para casarse, abandonando la carrera de ascensos sociales, que iba al "rincón", a perderse en la vida común.

En los estudios de Zurita se explica que “al haber algún disgusto en el matrimonio, los jueces procuraban contentarlos y reprendían al culpable haciéndole ver que al contraer matrimonio habían estado muy de acuerdo, pero si insistían en sus dificultades, se separaban y podían contraer nuevo matrimonio”. Se castigaba severamente (hasta quedar proscrito del grupo social) al cónyuge que violara los preceptos estipulados en su código, como en el caso del adulterio. Éste se consideraba un grave delito y era común que se castigara con la pena de muerte.

Eran familias extensas, si así se les puede llamar, cuando estaban con los padres y en el *calpulli*; cuando ingresaban a los templos-escuelas, un amplio sentido comunitario también les era transmitido.

Es importantísimo señalar el estado de vida de la población de estas tierras y el cambio que tuvo lugar al llegar los españoles. A este respecto, Fray Bernardino de Sahagún (citado en López Austin²⁷ tomo II, p. 136-140) da a conocer la educación y otros aspectos anteriores a ellos:

“En lo que toca a que eran para más en los tiempos pasados, así para el regimiento de la república, como para el servicio de los dioses, es la causa porque tenían el negocio de su regimiento conforme a la necesidad de la gente, y por esto los muchachos y muchachas criábanlos con gran rigor, hasta que eran adultos, y esto no en casa de sus padres, porque no eran poderosos para criarlos como convenía, cada uno en su casa, y por esto los criaban de comunidad debajo de maestros muy solícitos y rigurosos, los hombres a su parte y las mujeres a la suya. Allí los enseñaban cómo habían de honrar a sus dioses, y cómo habían acatar y obedecer a la república y a los regidores de ella.

Tenían bravos castigos para castigar a los que no eran obedientes y reverentes a los maestros, y en especial se ponían gran diligencia en que no se bebiese oclli. La gente que era de cincuenta años abajo ocupábanlos en muchos ejercicios de noche y de día, y criábanlos en grande austeridad, de manera que los bríos e inclinaciones carnales no tenían señorío de ellos, así en los hombres como en los mujeres.

Los que vivían en los templos tenían tanto trabajos de noche y de día, y eran tan abstinentes, que no se les acordaban de cosas sensuales.

Los que eran del ejercicio militar, eran tan continuas las guerras que tenían los unos con los otros, que muy poco tiempo cesaban de la guerra y de los trabajos de ella.

Era esta manera de regir muy conforme a la filosofía natural y moral, porque la templanza y abastanza de esta tierra, y las constelaciones que en ella reinan, ayudan mucho para ser viciosa y ociosa, y muy dada a los vicios sensuales; y la filosofía moral enseñó por experiencia a estos naturales que para vivir moralmente y virtuosamente era necesario el rigor y la austeridad, y las ocupaciones continuas eran provechosas a la república.

Pero esto cesó con la venida de los españoles, y porque ellos derrocaron y echaron por tierra todas las costumbres y maneras de regir que tenían estos naturales, y quisieron reducirlos a la manera de vivir de España. así en las cosas divinas como en las humanas, teniendo entendido que eran idólatras y bárbaros, perdióse todo el regimiento que tenían... Y parécenos a todos que la principal causa de esto (de las malas inclinaciones, enfermedades y breve vida) es la borrachera, que como cesó aquel rigor antiguo, de castigar con pena de muerte las borracheras, aunque ahora se castigan con azotarlos, trasquilarlos y venderlos por esclavos, por años o por meses, no es suficiente castigo éste para cesar de emborracharse... Pero es una gran vergüenza nuestra que todos los indios naturales cuerdos y sabios supieron dar remedio a los daños que esta tierra imprime en los que en ella viven... y nosotros nos vamos al agua abajo de nuestras malas inclinaciones; y cierto, se cría una gente, así española como india, que es intolerable de regir y pesadísima de salvar: los padres y las madres no se pueden apoderar con sus hijos e hijas para apartarlos de los vicios y sensualidades que esta tierra cria.”

b) De la conquista al siglo XIX

Cuando los españoles llegaron a América encontraron pueblos de culturas desarrolladas y admirablemente organizadas, no descartando en sus informes, por supuesto, opiniones sobre los sacrificios humanos tan estrechamente ligados a la religión de los nativos. Con la imposición del cristianismo y la ambición de la riqueza, los españoles se apresuraron a reemplazar de forma violenta los valores nativos por los de su propia cultura, trastornando profundamente la vida social y económica de los habitantes de estas tierras. La familia patriarcal prehispánica fue modificada de raíz, y otra nueva surgió, porque los españoles y portugueses implantaron en América el tipo de familia patriarcal, derivada de la época feudal. Los vencedores se adueñaron de los bienes, las tierras, los hombres, las mujeres y las hijas. Se valieron de los naturales para satisfacer las necesidades de trabajo, de guerra, y de construcción de caminos y ciudades.

La mujer fue el factor determinante en la estructuración de la raza mestiza que predomina en la América Latina. De Rüdiger Bilden, Corredor⁹ toma la idea de la división de grandes grupos de masa étnica y cultural en la América Latina. El tercer grupo está representado por México o por el Perú, en donde el conflicto europeo con las civilizaciones ya desarrolladas, las riquezas minerales y el sistema colonial de explotación produjeron más una "yuxtaposición y antagonismo de razas, que un armonioso amalgamamiento; la creación de una superestructura europea bajo la cual se agitan corrientes extrañamente remotas".

Al indio se le dejaba tener mujer cuando no era codiciada por el señor. Los hijos de español e india se encontraban en una situación anómala: la sujeción que el padre tenía de la madre india hizo que el mestizo sintiera recelo y hasta odio de su propio padre, pero al mismo tiempo un deseo de ser como él.

Una gran mayoría de españoles trajeron a sus esposas y familiares a fin de establecerse definitivamente en el país. Las familias, tanto españolas como indígenas, cambiaron y mezclaron su cultura autóctona con la nueva, formando un mestizaje cultural, asimilando o adaptando formas de pensar y sentir, aunque en diversos puntos del país la influencia española fue casi nula o menor.

El español, el criollo y el mestizo vinieron a constituirse en nuevos representantes de las estructuras formativas, que aun hoy siguen siendo vigentes en el México actual. El español ya no era el mismo español del que habitara España, se estaba mexicanizando. El criollo, aunque hijo de padres españoles, no tenía los mismos derechos que ellos por el hecho de haber nacido lejos de España. El mestizo presentaba un problema mayor de discriminación, y el indígena era considerado por todos los que no comprendieran su ideosincracia, como atrasado, ignorante e inculto. Todas estas concepciones siguen, aunque transformadas, vigentes.

Los matrimonios de la alta alcurnia se efectuaban entre parientes o personas de esa misma alcurnia, quienes conservaban el poder económico. En la época de la colonia, las mujeres se encontraban en un plano sumamente distinto al del hombre. La misión de la mujer se limitaba a la crianza de los hijos, la obediencia incondicional al marido y la organización del hogar. La ley no les otorgaba derechos para comprar ni poseer nada por sí mismas. Los esclavos eran de su amo y éste decidía su vida en buena medida.

La costumbre era que el padre, como jefe de familia, tenía derechos absolutos sobre la esposa, los hijos y la servidumbre. La instrucción de los hijos hombres de la clase dominante se confiaba al capellán o a un maestro particular. Las clases dominadas eran explotadas así como los recursos naturales saqueados, y las familias concentraban en sí, sus costumbres ancestrales matizadas.

Según Gruzinski²⁶, el modelo impuesto por la iglesia novohispana durante el siglo XVI no sólo se limitaba al control de las actividades económicas, se extendía a las esferas familiares, sexuales y mentales (p. 113). Como ya se mencionó, existía una fuerte presión que ejercían las comunidades indígenas en asuntos sexuales, lo cual, según Lavrin, no tuvo cambios importantes (p. 79, *ibid.*), debido al control de la iglesia.

Las relaciones conyugales eran “el único camino hacia la sexualidad humana que contaba con la aprobación de la iglesia”. Y la iglesia definía que el fin del matrimonio era la procreación; definía además la forma en que se debían tener las relaciones sexuales, y era, en fin, la autoridad suprema en las relaciones conyugales y familiares reconocida formal y legalmente.

El autor anteriormente mencionado también hace referencia al rompimiento comunitario que cedería a una relación matrimonial más privada: la decisión de la pareja y la aprobación de la iglesia eran suficientes para llevar a cabo el acto, ya que estaba prohibida la intervención de “las autoridades de la comunidad, los padres, el linaje y los casamenteros (que) se vieron desposeídos de su papel esencial”. (p. 110, *ibid.*)

Lavrin efectúa una investigación sobre el matrimonio y la sexualidad a mediados de la Colonia en México, del cual se extrajo cómo se apreciaba el matrimonio, qué papel desempeñaba la mujer, y algo sobre el dominio de la iglesia:

“La exacerbación de las tensiones matrimoniales era resultado del inflexible control de la iglesia en cuanto a la obligación de ejercer la “vida maridable”. En el diálogo sexual del poder dentro del matrimonio, la posición de la mujer se veía debilitada por su dependencia económica, su menor fuerza física y la insubordinación legal y social al marido, y además, por la “obligación” de cumplir con las exigencias físicas del matrimonio”.

El comportamiento real de la sociedad durante ese mismo periodo sugiere, sin embargo, que la respuesta a dogmas religiosos distaba mucho de la conformidad o la aceptación uniforme...Sin lugar a dudas, como codificadora del comportamiento social, la iglesia intentaba imponer sus normas con toda la fuerza y amplitud posibles. (p. 90-91, *ibid.*)

Mientras tanto en Europa, es a fines del siglo XVIII y principios del XIX que los diccionarios comienzan a hacer hincapié en la familia nuclear conyugal occidentales⁴¹ (p. 34), probablemente, se agrega por nuestra parte, porque el niño comienza a ser tomado en cuenta como ente diferenciado y como el principio maleable del hombre, por el cambio sufrido en el mundo: la Ilustración y la revolución francesa: el hombre confiado de su raciocinio, independiente de poderes absolutistas. Todas estas ideas serían “exportadas” a Latinoamérica, como justificación y bandera de las causas liberadoras del dominio español.

Anne Staples⁴¹, investigadora especializada en la historia de la familia mexicana en el siglo XIX, recomienda se hable en especial de la familia rural, ya que la mayoría de la población no residía en las capitales: casi sin comunicación con el mundo exterior, con altos índices de mortalidad materna e infantil; además el alcoholismo tanto de madre como de padre era visto como un grave problema social.

La agricultura era la principal actividad y los hijos en cantidad eran bienvenidos para trabajar. La economía “era de autoconsumo, la mujer confeccionaba la ropa, hacía velas, salaba la carne (cuando hubo), molía el maíz, en fin, realizaba las tareas tradicionales de cada zona, establecidas desde el momento de contacto entre culturas indígenas y europeas.”

Una diferencia entre las familias decimonónicas y las coloniales, la estableció el cambio de la función de la mujer: las parteras y las maestras comenzaron a recibir adiestramientos formales,

entre la educación religiosa, enseñar a leer y a escribir, dar apoyo hospitalario, y la formación de médicas y dentistas.

Ahora la mujer tendría que presentarse ante regidores para obtener su licencia. Ya a finales del siglo XIX, “eran las mujeres quienes ocupaban la mayoría de las posiciones docentes”.

Según esta autora,

“El siglo XIX introdujo debido a la tecnología sobre todo, una sutil modificación de la familia al transformarla de una unidad económica a una dedicada ante toda a la reproducción de sí misma y de sus valores culturales. Se mistificó a la familia; se creó un espacio sagrado llamado hogar, unos hijos que idolatraban a sus padres, un padre exigente y una madre mediadora, “reina del hogar”, satisfecha de ser madre, esposa y ama de casa perfecta...(lo que) sirvió como espejo distorsionado de una realidad que seguía arrastrando todas las dificultades de familias compuestas por personas de distintas etnias, zonas geográficas o valores” (pp. 27-28, *ibid.*).

c) La familia del siglo XX, y la visión de Martínez y Samperio

La familia, como ya se dijo, desde la llegada de los españoles y su establecimiento, ha sido en esencia la misma hasta la actualidad: las clases altas o de los extranjeros y su descendencia criolla explotadora gobernante; la clase media criolla o mestiza; y la clase baja, la de los campesinos, artesanos o indígenas o mestizos o castas. No se quiere decir con esto que la sociedad mexicana no ha cambiado, al analizar la historia se descubren excepciones y hechos al parecer sorprendentes que seguramente refutan la afirmación pasada. Sin embargo, queda ahí la duda: estuvo la revolución mexicana, intento de cambio ante la pobreza extrema y la distribución excesivamente desigual de la riqueza del país.

Con el mayor desarrollo industrial en el porfirismo, comenzó una mayor concentración de la población en centros urbanos y se dió origen a nuevas estructuras sociales a las que corresponden nuevas formas de pensamiento y conducta. La familia urbana comienza a reducirse al tipo nuclear o conyugal y se va permitiendo mayor autonomía a las mujeres y a las clases marginadas. La iglesia sigue influyendo, como en la época de la conquista pero en menor medida gracias a movimientos como la Reforma efectuados por Benito Juárez en el siglo XIX, en las relaciones en la sociedad, entre los cónyuges y en la familia, normando pensamientos y conductas sociales y morales.

Los hijos son confiados a instituciones educativas, y la asistencia de mujeres como profesoras y alumnas de las mismas profesiones de los hombres aumenta. La mujer de clase media comienza a incorporarse a la actividad económica en el mismo plano que el hombre. Los divorcios se incrementan, y la influencia de las costumbres europeas y norteamericanas es palpable a través de casi todos los medios de difusión cultural y publicitaria, a partir de, sobre todo, la segunda guerra mundial, en que Estados Unidos se consolida como la primera potencia mundial. Parecen ser las condiciones económicas del país las que en cierto grado determinan la permanencia de la familia consanguínea, junto con el respeto intachable a los padres y a los gobernantes.

La familia rural y urbana de clase baja conserva aún el modelo de la familia extensa. En la casa del campesino se observa que habita la familia y los suegros, los tíos, ahijados o huérfanos recogidos. No se restringe la natalidad, y el nacimiento de un hijo varón, especialmente, es recibido con muestras de alegría, pues se sabe que trabajará, y que con el tiempo ayudará a sostener el hogar. Cuando la familia crece en exceso, basta ampliar la vivienda (si se puede), y aumentar la producción de la industria doméstica. Más tarde se espera que el esfuerzo de los padres sea recompensado con el trabajo de los hijos; de ahí la costumbre de alojar en la casa a los abuelos ancianos, como un ejemplo de lo que en el futuro deben hacer los hijos.

Está muy extendida la unión libre en las zonas rurales y las parejas que se encuentran en ese estado son respetadas en el ambiente social; distinta es la situación de las que lo hacen en los medios urbanos de la clase media y alta. Este fenómeno social de la unión libre es el resultado de condiciones económicas muy desfavorables, especialmente en el medio rural, en el que se observa que en épocas de muy buenas cosechas contraen matrimonio civil y religioso personas que han vivido muchos años en unión libre que se presentan acompañados de sus hijos.

Los métodos de planificación van favoreciendo la reducción del número de hijos y las uniones libres comienzan a verse más seguido en las clases urbanas, favorecidas por el papel de la mujer trabajadora y libre de tomar sus decisiones sin temor de la concepción de "virgen". No obstante la sociedad mexicana sigue siendo en un alto porcentaje conservadora y católica, dos características que pueden observarse al contar el número de iglesias en una ciudad o pueblo, el número de la gente que acude y que es guardiana de "los valores familiares" y que está "en contra del desorden sexual".

El tipo de vida americano visto por los mexicanos a través de la televisión: una cultura consumista, ahistórica y pragmática, y el actual gobierno mexicano neoliberal, todo ello aunado y causando condiciones de malestar social, económico y político, se vive como una desilusión frente a ideales que no se alcanzan.

El grado de pobreza en nuestro país se incrementó, en especial a partir de la crisis de diciembre de 1994 e implicó para las clases más marginadas, insatisfacción, angustia e impotencia ante la imposibilidad creciente de cubrir las necesidades mínimas de alimentación, laborales y de educación ante los altos precios. Se prevé por tanto un mayor grado de agresión, violencia, depresión y otras reacciones, a falta de una reacción de apoyo y verdadera solidaridad.

La necesidad de pertenencia al grupo familiar e incluso al grupo de amigos se ve grandemente afectada por cómo se siente el mexicano y cómo resuelve sus necesidades afectivas.

¿Cómo se vive esta situación en las parejas mexicanas? Son dos las autoras revisadas que han realizado investigaciones sobre la familia mexicana, sus conflictos y su disfuncionabilidad o funcionabilidad.

Martínez Guzmán³¹ (1989), en un estudio exploratorio de 30 parejas mexicanas de clase media, empleando el test de Machover modificado para obtener la imagen que de sí misma tiene la pareja, un cuestionario de verbalización de conflictos por medio del cual la pareja se autoevalúa con o sin conflictos, y una entrevista para saber que opina la pareja sobre las causas que "llevaban a desarrollar conflictiva y sus posibles soluciones"-todo ello en una sesión con una duración de 2 hrs.- encontró que un número muy alto de parejas de clase media: el 87%, era conflictiva a causa de:

"los problemas de comunicación aunados a los resentimientos que acumularon las parejas a lo largo de su relación, y el no tener confianza para manifestarse, posiblemente ocasionó el valerse [*sic*] egoistas e inconformes con su pareja. Sin embargo, mantienen esa relación poco satisfactoria por dependencias emocionales y sociales, teniendo como pretexto la estabilidad de los hijos."

Por medio de la prueba de la figura humana modificada, encontró que las parejas emplean principalmente los mecanismos de defensa de evasión y fantasía, porque el 50% de hombres como de mujeres idealizaban a su pareja; y el 40% de hombres realizaban una historia imaginaria de la pareja, mientras que las mujeres lo hacían en un 46% (p.99). Desafortunadamente, las conclusiones fueron restringidas a estos rubros.

En la tesis de Samperio Hernández, M. C.³⁸ (1993), "La represión familiar y su relación con patrones socioculturales estereotipados en problemas de rendimiento escolar y de interacción social", se emplea una prueba basada en la percepción del padre, de la madre y de los hijos adolescentes en sus concepciones ideales y reales. La prueba se llama "Fases II", revisión de la de Orson D. y cols., y que Braverman, R. (1986, citado en Samperio Hernández) estandarizó en su tesis de doctorado. Esa prueba mide y establece como patrones de medición: "la *cohesión familiar*, esperando que la familia evolucione de un sistema amalgamado, cuando los hijos son pequeños, a uno desarticulado, cuando son mayores, sin caer en los extremos (patología)". Además, "la *adaptación familiar*... como la capacidad para cambiar la estructura de poder, roles y reglas para permitir a los hijos tomar las riendas de su propia vida, y que va de baja adaptación o rigidez a la de alta adaptación o caótico, considerando los medios: estructurado y flexible, como más sanos" (p. 21). Se está en desacuerdo con los patrones de medición de "cohesión familiar", ya que la familia no debe evolucionar de esa forma: el sistema amalgamado no debe existir nunca, se espera que tampoco el desarticulado, ni cuando los hijos son pequeños ni cuando ya han crecido.

La prueba consta de cuatro subtests: apoyo real, apoyo ideal, reglas ideales, más dos agregados que elaboró Samperio para medir los Patrones Sociales Estereotipados (P.S.E.).

Las respuestas de las familias amalgamadas y rígidas se situarían en un extremo, y las desarticuladas y caóticas en el otro, mientras que las de las funcionales o adaptativas en los medios. Se compararon los resultados de los padres, madres e hijos de ambos grupos. Se esperaba que las familias amalgamadas y rígidas (disfuncionales o las que tenían hijos adolescentes con problemas) ubicarían sus respuestas en los extremos de la prueba, y las que no tuvieran problema con su adolescente, en los medios. Esto es, se equiparaba la disfuncionalidad de la familia en la disfuncionalidad del adolescente y la demanda de ayuda.

Se encontró que las familias que acudían a solicitar la atención para uno de sus miembros -un hijo-, aparentemente disfuncionales, no son tan disfuncionales, ya que no se regulan por reglas de "exigencia extrema", y por lo tanto están abiertas a que uno de sus miembros tenga un problema (de rendimiento escolar e interacción social), además de que son las que piden ayuda. Para explicar sus resultados, concluye que:

"las madres de las familias funcionales eran más cuidadosas de que su familia cumpliera con las reglas establecidas dentro de ella. Esto hace pensar que la funcionalidad de los hijos en la escuela es producto de esa situación de exigencia extrema y por lo mismo no podrá ser duradera, en tanto que las familias disfuncionales pudieran ser más conscientes de sus necesidades vitales" (pp. 7-8).

Sin embargo, no exploró a las familias llamadas "funcionales", lo cual cita como una de sus limitaciones. Además, las conclusiones a que llega no se infieren lógicamente de sus anteriores resultados, ni sus tesis son claras: el ir bien en la escuela y el no tener por lo tanto esos problemas, que no define exhaustivamente, no tiene por qué ser producto de una exigencia "extrema" de las madres en la escuela, que "no puede durar mucho". La exploración de sus familias que no tuvieron un adolescente "problema" hubiera sido necesaria antes de afirmar esto.

1.3 LAS CONCEPCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA PAREJA Y LA FAMILIA

Una consideración es importante para comprender la presente investigación; ella se refiere a que debido a la única sesión en que se estudió a la pareja no podía ser posible detectar cómo era la relación conyugal en todos sus aspectos. La relación conyugal se estudió por eso sólo en relación al problema del hijo. Fue importante, sin embargo, estudiar la relación conyugal en sus aspectos más generales, como es comienzo del estudio de las relaciones familiares, algunas características peculiares de los mexicanos, o el que la relación sea o no conflictiva, cuál es el papel del padre y de la madre en su relación y en la relación con los hijos, etc.

1) ENFOQUE PSICOANALÍTICO

A) Freud (1856-1939) Para Freud, la interferencia de los parientes en la terapia analítica: “es un peligro muy grande, que no sabemos cómo enfrentar... No podemos persuadirlos de que se mantengan alejados de todo el asunto” (citado en Ackerman², p. 26). Sin embargo, todavía estando en el dilema de si la patología incluía factores hereditarios o por lo menos una predisposición hereditaria, reconoce ampliamente la importancia de las relaciones familiares en el desarrollo de cada individuo, tanto sano como enfermo; toma en cuenta lo que los familiares le dicen sobre el enfermo al que trataría individualmente. Así, en el “Fragmento del análisis de un caso de histeria”¹⁴ (p. 18), expone que:

“Por la naturaleza de las cosas que constituyen el material del psicoanálisis, se infiere que en nuestros historiales clínicos debemos prestar tanta atención a las condiciones puramente humanas y sociales de los enfermos como a los datos somáticos y a los síntomas patológicos. Por sobre todo, nuestro interés se dirigirá a las relaciones familiares de los enfermos. Y ello no sólo en razón de los antecedentes hereditarios que es preciso investigar, sino de otros vínculos...”

Un descubrimiento esencial de Freud fue una concepción distinta de la sexualidad basada en un nuevo método que fue desarrollando: el psicoanálisis. Este concepto de sexualidad de Freud¹⁵ (1911-1913) puede observarse en la siguiente cita:

“todos nuestros vínculos de sentimiento, simpatía, amistad, confianza y similares, que valorizamos en la vida, se enlazan genéticamente con la sexualidad y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual a partir de unos apetitos puramente sexuales, por más puros y no sensuales que se presenten ellos ante nuestra autopercepción conciente. En el origen sólo tuvimos noticia de objetos sexuales; y el psicoanálisis nos muestra que las personas de nuestra realidad objetiva meramente estimadas o admiradas pueden seguir siendo objetos sexuales para lo inconciente en nosotros”. (p. 103)

También, citado por Fenichel¹² (p. 573), dice que:

“la conducta de un ser humano en materia sexual constituye a menudo el prototipo de todos sus otros modos de reacción en la vida”, y por lo tanto “las manifestaciones de un complejo de Edipo indebidamente prolongado no se limitan a la vida amorosa propiamente dicha sino que se encuentran en todas las formas de relación social. Las ilusiones y los desengaños constituyen legión”(Civilized Sexual Morality and Modern Nervousness).

Esta cita nos remite directamente a algunos de los aspectos importantes de la teoría freudiana: la sexualidad y el complejo de Edipo. Freud equipara las relaciones madre-padre-hijo a lo sucedido en “Edipo Rey”, de Sófocles, interpretándolas en el aspecto de la afirmación de que la sexualidad es parte del humano en todas sus etapas, que el hijo tiene fantasías incestuosas hacia su madre que el

padre desaprueba, y que con el desarrollo óptimo del niño éste renunciaría a la madre por miedo a la castración del padre, identificándose con él. Todos los humanos incluyendo a las mujeres que con el complejo de Electra interpretado en base a la envidia del pene, tendrían como base inconsciente de sus relaciones estos mitos.

Si nos remitimos al “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”¹³ o “Caso de Hans”, Freud explica la neurosis fóbica de Hans como resultado de una posible predisposición hereditaria de la enfermedad, así como al conflicto subyacente que el Complejo de Edipo explicaría, y la cura del niño a su consciencia del conflicto inconsciente o al haber “hallado una solución más feliz que la prescrita por el destino. En lugar de eliminar a su padre le concede la misma dicha que ansía para sí” (p. 80), con lo cual encuentra su resolución.

Las neurosis y en especial las psiconeurosis serían la falta de resolución adecuada de lo que representan los mitos. Sólo aquel que lo resolviera y fuera capaz de sublimar parte de su sexualidad en bien de la cultura, sería el sano, el que fuera capaz de *lieben und arbeiten* (amar y trabajar).

La concepción de hombre como el trabajador, proveedor, e inteligente, a diferencia de la de la mujer: sumisa y dedicada al hogar, castrada y deseosa del pene, sexual pero incapacitada para el orgasmo, ha sido puesta en duda por diversos psicoanalistas heterodoxos como Karen Horney y Erich Fromm, de quien a continuación se hace un breve recuento.

B) Fromm (1900-1980) Fromm hace de la estructura del autoritarismo, de los alienados y de aquel que puede dejar de serlo, las partes medulares de su teoría. Es importante recordar que vivió en una época de profundos cambios en el mundo y sobretodo en Europa: la primera y la segunda guerra mundial, la discriminación a los judíos hasta llegar al genocidio junto con los homosexuales y los opositores al régimen nazi, y la nueva reestructuración del mundo en dos polos: su camino fue el no permitir situaciones similares, y analizar y transformar al individuo y a la sociedad que permitían tales catástrofes.

Fromm¹⁸ (p. 151) entiende el mito de Edipo de otra forma, si además se consideran las otras dos partes de la trilogía del mito: “Edipo en Colono” y “Antígona”. Considera como hipótesis:

“que el mito puede ser entendido no como un símbolo del amor incestuoso entre madre e hijo, sino de la rebelión del hijo contra la autoridad del padre en la familia patriarcal; que el matrimonio de Edipo y Yocasta no es más que un elemento secundario, uno de los símbolos de la victoria del hijo que toma el lugar del padre y con él todas sus prerrogativas”.

“El Complejo de Edipo: comentarios sobre el caso del pequeño Hans” (p. 112)¹⁷, es importante para este estudio porque Freud muestra en forma concreta las relaciones entre los tres miembros ante el surgimiento de la fobia, según él, suscitada por las fantasías incestuosas de Hans, no viendo, como Fromm considera, que también los padres podían tener fantasías incestuosas, como en este ejemplo en donde la madre es una seductora activa y que amenaza explícitamente con castrarlo. Es sorprendente cuando Fromm llega a la conclusión de que Freud no concibió la posibilidad de considerar a la madre como principal promotora del conflicto de su hijo (además del primer enfrentamiento de Hans con lo que para él es la muerte): la madre para Freud sólo podía ser una mujer a la que Hans deseara; en cuanto al padre de Hans, éste fue el principal promotor de su curación, y su amigo, más que el padre castrador.

En su artículo “Sexo y Carácter” (p. 245)¹⁹, Fromm escribe que:

“Freud cree que el conflicto provocado por los deseos incestuosos del hombre es de orden natural y, por consiguiente, inevitable; nosotros, en cambio, creemos que en una situación cultural en que se respete la verdad, la integridad de cada individuo -y por consiguiente de cada niño- el complejo de Edipo desaparecerá.”

En un caso verdadero de complejo de Edipo, -que como se vió no fue el de Hans-, se puede apreciar la rivalidad del niño contra el padre (actitud emocional ambivalente porque quiere ser amado por su padre y al mismo tiempo se rebela contra él). El padre a su vez tendría celos de la juventud y falta de responsabilidades de su hijo; los factores sociales y económicos, el prestigio social que puede adquirir a partir del hijo, pueden plantearle al padre un conflicto que la sociedad le hace ver a veces como un objetivo único: que concentre sus fantasías y propios deseos (expectativas), en el hijo, esto es, la utilidad que para sí tiene el hijo, en lugar de la dicha del hijo.

La causa fundamental de la neurosis es entonces “el conflicto entre el legítimo afán de libertad y de independencia del hombre y los factores sociales que lo frustran y crean, así, una pasión destructiva que, a su vez, ha de reprimirse con la fuerza externa o la interna” (p. 245, *ibid.*).

La familia está para Fromm inserta en una sociedad alienada, y la forma en que la persona llegara a ser sana consistiría en si puede cumplir con sus roles sociales -si puede participar en la reproducción de la sociedad-. Sería, desde el punto de vista del individuo, el óptimo de crecimiento y felicidad, un individuo que pudiera ser capaz de romper con los vínculos incestuosos, ser independiente y desarrollar todas sus potencialidades.

“Y su capacidad de amar depende del desarrollo caracterológico de la persona de una orientación predominantemente productiva, en la que la persona ha superado la dependencia, la omnipotencia narcisista, el deseo de explotar a los demás, o de acumular, y ha adquirido fe en sus propios poderes humanos y coraje para confiar en su capacidad para alcanzar el logro de sus fines”, el poderse dar al otro, implicando “ciertos elementos básicos comunes a todas las formas de amor: el cuidado, el respeto y el conocimiento” (p.34)... “La capacidad de amar depende de la propia capacidad para superar el narcisismo y la fijación incestuosa a la madre y al clan (la familia); depende de nuestra capacidad de crecer, de desarrollar una orientación productiva en nuestra relación con el mundo y con nosotros mismos” (pp. 34, 117)¹⁶.

Para poner un ejemplo de lo que la dualidad hombre y mujer son, Fromm¹⁹ en su ensayo “Sexo y carácter”, nos hace notar las diferencias en la sexualidad, unidas a las respectivas ansiedades: “El hombre debe mantener la erección y conservarla durante el coito hasta el momento del orgasmo; para satisfacer a la mujer debe mantener la erección para que ella tenga también el orgasmo”. Con ello concluye que el hombre ha de hacer algo para realmente sentir placer, mientras que en la mujer no es tan necesario. De ello se sigue que las ansiedades específicas relacionadas con la función sexual explican la vulnerabilidad de su posición: la ansiedad del hombre es la de fracasar (referidas a su ego, prestigio o valor a los ojos de la mujer); las de la mujer son la dependencia, el quedarse sola, el sentirse frustrada (referidas por tanto al placer, y a la satisfacción sexuales), (p. 199). También habría diferencias que no están determinadas fisiológicamente sino basadas en factores sociales, y que pueden presentarse tanto en el hombre como en la mujer sin importar el sexo:

Basado en Bachofen, Morgan y Briffault, supone la existencia, “-en diversas fases de la historia primitiva- de culturas centradas en la figura de la madre y en las cuales las diosas-madres, identificadas con la productividad de la Naturaleza, constituían el núcleo central de las ideas religiosas del hombre” (p. 209, *ibid.*) . Si a los mitos y sueños se les comienza a considerar como hechos pasados que de esa manera sobreviven en la memoria colectiva, y si como Fromm se reconoce lo que descubrió Bachofen analizando mitos griegos, se tiene que han existido matriarcados que generalmente han establecido luchas por el poder contra los patriarcados y viceversa, y que tanto uno como el otro contienen ciertas características.

Fromm¹⁶ (p.127-158) dice que el patriarcado es el que tiene el poder en la actualidad. El principio patriarcal puede presentarse en una mujer que ha sido educada en forma rígida, en la creencia de las leyes y la competencia, sin embargo siempre habrá conservado su principio matriarcal, por

naturaleza aunque en forma muy disminuida o casi nula. Esto vale también para el hombre en el principio matriarcal.

Las características del principio o amor matriarcal serían:

- el amor incondicional (que significa que haga lo que haga el hijo, siempre será amado),
- la igualdad natural,
- el acento en los vínculos de sangre y suelo,
- la compasión y la piedad.

En su primera etapa el amor materno presenta dos aspectos para el hijo: el cuidado y la responsabilidad necesarios para que el niño crezca; al mismo tiempo la madre inculca al niño el sentimiento del amor a la vida (uno de sus símbolos es el de la tierra, dadora y engendradora de vida): dos seres que están unidos tienen que separarse cuando el niño va creciendo. Si una madre no es capaz de dar su amor, la ausencia del amor materno produce “una sensación de estar perdido y de desesperación total”.

El principio o amor patriarcal implicaría la dependencia afectiva basada en:

- el amor condicional basado en el principio del deber (más importante que la dicha),
- la estructura jerárquica,
- el pensamiento abstracto,
- las leyes hechas por el hombre.

El padre es el que enseña al niño, el que muestra el camino hacia el mundo. Si se pierde el amor del padre, esto al parecer no es tan grave, pues siguiendo los deseos del padre puede volver a conquistarlo. Siguiendo a Fromm, toda persona tiene ciertos principios matriarcales y patriarcales en su personalidad, y predomina uno o el otro; pero es cuando los principios se excluyen que las características de cada uno se presentan en una sociedad, una familia, o un individuo en forma extrema; por ejemplo, “el principio matriarcal se manifiesta en una excesiva indulgencia material en la infantilización del niño que impide su plena madurez” por lo que se considera que se vería impedido el progreso técnico, racional, y artístico. La autoridad paterna se convierte en un “áspero dominio y control, basados en el temor y en los sentimientos de culpa del niño”; en este otro caso se verían impedidos el amor y la igualdad. Sería la síntesis la que complementaría un amor con el otro: “el amor materno por la justicia y la racionalidad, y el amor paterno por la piedad y la igualdad”. Si se considera que esta sociedad es patriarcal y que las estructuras psíquicas se implantan a las generaciones para que continúe la misma sociedad, tenemos que los padres deben seguir esos patrones que son los que la sociedad le hace ver como favorables para su desempeño como padre, y lo mismo sucede con el modelo de la madre.

Fromm sí establece que las madres y los padres, deben cumplir con cierta forma de ser, y que esta forma de ser se ve enturbiada por el actual modelo burgués, y basa las personalidades neuróticas en un distanciamiento de los modelos anteriormente planteados: por ejemplo:

“el hecho de que el niño tiene una madre amante, pero demasiado indulgente o dominadora, y un padre débil o indiferente...(indica que) puede permanecer fijado a una temprana relación con la madre, y convertirse en un individuo dependiente de la madre, que se siente desamparado,...es receptivo,...y carece de las cualidades paternas -disciplina, independencia, habilidad para dominar la vida por sí mismo-...”...Lo característico de estos desarrollos neuróticos es el hecho de que en un principio, el paterno o el materno, no alcanza a desarrollarse, o bien -como ocurre en muchas neurosis serias-, que los papeles de la madre y el padre se tornan confusos tanto en lo relativo a las personas exteriores como a dichos papeles dentro de la persona” (p. 51, *op. cit.*)¹⁶.

Se daría un desarrollo de los roles que los hijos viven como modelos ideales u odiados, y que van a asimilar de diferentes maneras, aunque aprehendiéndolo en la búsqueda de su personalidad, de sus amigos, y posteriormente de su pareja, tomando en cuenta las vivencias personales.

Esta perspectiva ayuda al establecimiento de la diferenciación de los respectivos papeles de los padres.

Amor erótico

Sobre el amor sexual, opina que: “El amor no es el resultado de la satisfacción sexual adecuada; por el contrario, la felicidad sexual -y aun el conocimiento de la llamada técnica sexual- es el resultado del amor (p. 89, *ibid.*).

Fromm¹⁶ considera que:

“La conciencia de la separación humana -sin la reunión del amor-, es la fuente de la vergüenza. Es, al mismo tiempo, la fuente de la culpa y la angustia” (p. 20). Y “La única forma de alcanzar el conocimiento total consiste en el *acto* de amar: ese acto trasciende el pensamiento, trasciende las palabras. Es una zambullida temeraria en la experiencia de la unión. Sin embargo,... el conocimiento psicológico, es una condición plena para el propio acto de amar. Tengo que conocer a la otra persona y a mi mismo objetivamente, para poder ver su realidad, o, más bien, para dejar de lado las ilusiones, mi imagen irracionalmente deformada de ella. Sólo conociendo objetivamente a un ser humano, puedo conocerlo en su esencia última, en el acto de amar.” (p. 39).

Conflictos

En “El arte de amar”, Fromm también se refiere a la proyección de los problemas de los padres entre sí. El cónyuge se evade de los conflictos propios para concentrarse en los del otro cónyuge o “persona amada”; si los dos lo hacen se vuelve una proyección recíproca; o en los hijos, por ejemplo cuando “surge el problema de disolver un matrimonio desgraciado”, y no lo finalizan poniendo de pretexto a los hijos. Además, para Fromm la ausencia de conflictos no significa que exista una relación amorosa, ya que es normal que exista, por ejemplo, dolor o tristeza en una relación. Sin embargo,

“los *conflictos* de la mayoría de la gente constituyen en realidad intentos de evitar los *verdaderos* conflictos *reales*. Son desacuerdos sobre asuntos secundarios o superficiales que, por su misma índole, no contribuyen a aclarar ni a solucionar nada. Los conflictos reales entre dos personas, los que no sirven para ocultar o proyectar, sino que se experimentan en un nivel profundo de la realidad interior a la que pertenecen, no son destructivos. Contribuyen a aclarar, producen una catarsis de la que ambas personas emergen con más conocimiento y mayor fuerza” (p. 102).

Los principios matriarcales y patriarcales en México

Fromm²⁰ durante su permanencia en México realizó un estudio en un pueblo del estado de Morelos, por lo que revisó la psicología del mexicano; al respecto dice:

“En México encontramos que el principio paterno está minado y en guerra con el principio materno. Es, en apariencia, una estricta sociedad centrada en el padre. Por ley y costumbre el hombre gobierna; a las mujeres se les ve como inferiores y más débiles. Pero también es evidente que entretreído con esta estructura patriarcal existe un sistema matriarcal. Se manifiesta de diferentes formas; antes que nada, en el sistema familiar la ligazón principal, se establece, sin que importe la edad del individuo, con la madre...Ofender o lastimar a la madre es quizá el crimen más real y severo...El predominio del elemento maternal también se puede ver en la estructura religiosa del catolicismo romano mexicano...El mundo

religioso está centrado en la Virgen, la madre misericordiosa toda ayuda y toda perdón...El sistema patriarcal en México no está productivamente sintetizado con elementos matriarcales; es en sí débil y muestra síntomas de desintegración”.

La causa: “se puede rastrear (del principio patriarcal que en verdad es el que rige y de la formación del carácter receptivo-sumiso del hombre) históricamente en México hasta la Conquista Española. Los españoles destruyeron la sociedad patriarcal azteca, y al hacerlo, dejaron a los indios, especialmente en las haciendas, impotentes para defender a sus mujeres. Los españoles tomaron a las indias como esposas o concubinas... Bajo tal impotencia cualquier hombre resulta afectado profundamente. Le comunica una sensación de castración, de falta de hombría y profunda vergüenza...Tal condicionamiento hace que el hombre se sienta humillado, tendiendo a volverse sumiso ante las mujeres, porque teme su desprecio. Es improbable que los hijos acepten las pretensiones patriarcales del padre; más bien, retienen su vínculo primario con la madre... En teoría esperaríamos que la orientación receptiva-sumisa en los hombres desembocaría en un potencial sádico fuerte aunque generalmente reprimido, que los hombres sentirían que la masculinidad destruida se podría solucionar sólo si ellos pudieran demostrar que podían matar, que podían usar armas, que podían destruir” (pp. 157-159).

En su estudio, Fromm y Maccoby no nada más encontraron hombres receptivos-sumisos, también encontraron hombres productivo-acumulativos.

C) Ackerman (1908-19?) revisó el psicoanálisis freudiano tradicional y con un enfoque “holístico-dinámico”, le dió una perspectiva psico-social. Desplazó el foco de interés del psicoanálisis individual al colectivo familiar con una perspectiva flexible, ante una comunidad casi en su totalidad inflexiblemente psicoanalista ortodoxa que excluía definitivamente del tratamiento a la familia o a algún otro miembro que no fuera el paciente.

Las influencias que consideró y que eran una realidad en su época fueron: la antropología cultural, la dinámica de grupo, la vinculación del psicoanálisis con la ciencia social, la psicología del yo y el estudio del desarrollo. Toma contribuciones como las de Gardner Murphy (concepción bio-social), y la teoría de campo de Kurt Lewin. De K. Lewin toma la idea de que “La sociedad es el espacio total dentro del cual deben valorarse las manifestaciones de la personalidad”. Fue muy criticado en su tiempo, sin embargo incluso Minuchin³³ (1994, p. 38) lo reconoce posteriormente como un pionero que comenzó a trabajar con niños, incluyó poco a poco a la madre, luego al padre, y finalmente a la familia completa.

Siendo judío y americano, fue uno de los psicoanalistas que contribuyó a las explicaciones sobre el antisemitismo en Estados Unidos, frente a aquel alemán. Esto explica el énfasis que adjudica a la salud en la sociedad, en la familia y en el individuo, y al necesario servicio de salud mental.

Considera que no hay familia idealmente sana y que desde el punto de vista psiquiátrico, las familias son predominantemente sanas o predominantemente enfermas y que los grados de éxito o fracaso adaptativo en los roles familiares de esposo y esposa, padre y madre, padre e hijo, se relacionan directamente con la cuestión de permanecer bien o de enfermarse.

Los criterios para enfermedad y salud emocional no se restringen según Ackerman¹ al individuo: abarcan al individuo dentro del grupo y también al grupo. En su libro “Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares”, hace notar:

“la diferencia más llamativa es la plasticidad de la conducta adaptativa del sano comparada con la monotonía rígida, constreñida y automatizada de las pautas de conducta enfermas. Los enfermos pierden gradualmente el valor adaptativo de la interacción social: hay una tendencia a la restricción y a la monotonía. En los sanos hay una enorme amplitud y diversidad de conductas...Y si tenemos en cuenta que partes de enfermedad y partes de salud pueden coexistir en proporciones variables en una misma persona, (por eso no deben pasarse por alto las tendencias a la salud) debemos de comenzar nuestra

consideración en términos de equilibrio y adaptación”. La salud mental es entonces: ...“una cualidad de la vida, un proceso que se logra gracias a la continua lucha en pro de una mejor adaptación personal. No puede ser mantenida en el aislamiento, porque es necesaria la preservación de la unión emocional satisfactoria...no sólo atañe a la armonía interna sino también a las relaciones óptimas de la persona, la familia y la sociedad. Implica la capacidad de crecer, aprender, vivir plenamente, amar, y compartir con otros la aventura de la vida.” (p. 26).

Esta consideración es ideal, y así lo reconoce. El problema, como lo dice este autor, no es “tanto la forma del síntoma como el modo en que la capacidad integradora del individuo maneja el conflicto central y la manera en que sus relaciones familiares afectan ese resultado.” (p. 29, *ibidem*).

Funciones de la familia

La familia moderna en el contexto de Ackerman cumpliría con los siguientes fines sociales (p. 39, *ibíd.*):

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

Los psicodinamismos de la vida familiar

La familia para este autor es un organismo que nace, crece, se desarrolla y muere. Un miembro puede ser parte de muchas familias, y pertenecer en cada una a un rol social diferente (puede ser a la vez padre, hijo, abuelo, tío, etc.).

Los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos; psicológicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de las necesidades afectivas respectivas. Por ejemplo, actuar como padre y madre significa adaptarse a roles recíprocos, interdependientes, moldeados por la configuración psicológica total del grupo familiar, por encima y más que por los determinantes que derivan del bagaje individual de ambos padres.

Tan importantes como las necesidades fisiológicas son las afectivas, al principio en la relación básica de la madre y el hijo, luego con el padre como el primer ser para el niño que es diferente a la madre. A medida que el niño crece la presencia de hermanos tiene un papel importante en la sociabilización y la comprensión de modelos de comportamiento que están al alcance de sus capacidades de desarrollo. Por eso el amor que se sienta y el clima emocional es determinante:

“La forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es de la mayor significación para determinar el clima emocional de la familia. El conflicto provoca tensión hostil, que al no disminuirse amenaza con la desintegración familiar. Cuando los padres se aman, el hijo los ama a los dos; cuando los padres se odian, el niño está compelido a ponerse del lado de uno y en contra del otro. Esto provoca miedo porque debe prepararse entonces para perder el amor del progenitor que rechaza en favor del otro” (p. 40-41)¹.

La familia desarrolla una estructura dinámica, cuya estabilidad no implica la exclusión de conflictos en la pareja, conflictos que se manifiestan, en forma encubierta o no, y que repercuten también en los hijos. La pareja es la base porque la familia se estructura a partir de ella.

La estabilidad del comportamiento de la pareja estaría expresada como:

- a. continuidad de la identidad en el tiempo
- b. control del conflicto
- c. capacidad de cambiar, aprender y lograr un desarrollo mayor
- d. adaptabilidad y complementariedad en nuevas relaciones de roles

Conflictos

Los trastornos en las relaciones matrimoniales se caracterizan según Ackerman por dos elementos sobresalientes: *la falta de reciprocidad en las satisfacciones y el conflicto*. Estos parecen no poderse separar. En este caso, el conflicto no es sinónimo de crisis, sino de un estado anómalo en la relación conyugal, que, junto con un estado de crisis, puede producir un colapso mayor o una redefinición de la relación.

Los dos trastornos están influidos por varios procesos, procesos que se van conjuntando para producirlos:

- perturbación de la unión e identificación empática;
- defectuosa comunicación;
- fracaso en los recursos de restablecimiento luego de un desequilibrio en la relación;
- falta de complementariedad, por la que uno de los cónyuges ya no obtiene del otro satisfacción de sus necesidades, apoyo de su identidad personal, ni refuerzo de las defensas necesarias contra la ansiedad.

En los trastornos matrimoniales, como en todo lo demás, el *conflicto* puede estar manifiesto o latente, puede ser real o irreal, consciente o inconsciente, en variadas combinaciones (p.199, *ibid.*).

Se agrega a ello que el conflicto consciente es aquel en que alguno o ambos cónyuges manifiestan un estado de insatisfacción que incluso saben a qué se debe y por qué está ahí, y sin embargo continúan unidos. El hablar de conflicto inconsciente significa que la pareja manifiesta no tener conflictos, pero se puede observar que no están viviendo plenamente su vida de pareja en alguno o casi todos sus ámbitos: sexual, social, etc., que algo está fallando y que la pareja incluso pueden creer que es normal o que así ha sucedido siempre, esto es, se incluye una pauta aprendida por sus padres. Es aquí en donde el criterio del psicólogo es determinante, pues es el contraste entre su formación y el de las personas entrevistadas.

Ahora bien, para Ackerman², el terapeuta es el que percibe y analiza la situación familiar: observa las alianzas, las desconfianzas, la hostilidad, la tensión, “presta atención a las tendencias defensivas a desplazar ciertos conflictos, a sustituir un conflicto por otro, y a los ataques inmotivados y el uso de algunos miembros de la familia como víctimas propiciatorias por otros.” También, evalúa las “funciones curativas compensatorias”.

Este autor plantea provisoriamente seis formas de enfrentar un conflicto familiar, o defensas familiares.

Así, “el resultado final del modo como se afronta el conflicto depende de una compleja interacción entre la defensa familiar y la defensa individual.

Las formas dominantes de defensa familiar desempeñan un papel importante en la selección y en la eficacia operacional de las defensas individuales contra la ansiedad” (p. 19-23):

- 1) la búsqueda compartida de una solución específica y adecuada
- 2) una evitación o negación compartida
- 3) formación de un compromiso racional o irracional, que tiene como ejemplos:
 - A. la escisión afectiva de la familia;
 - B. la desviación o aislamiento del conflicto:
 - B1.-disputas, alejamientos, reconciliaciones;
 - B2.- la alteración de la zona y contenido del conflicto mediante sustitución, desplazamiento, protección [sic], etc.;
 - B3.- la búsqueda de un chivo emisario y una mitigación compensatoria
- 4) una compensación: evasión, diversión, droga, etc.
- 5) un “acting out” compartido
- 6) una reorganización de la integración de los papeles familiares por medio de:
 - A. inversiones de papeles y los roles sexuales, o entre padres e hijos
 - B. repoblación de la familia: eliminación o adición de algunos miembros
 - C. un fortalecimiento de la organización familiar: autoridad más rígida, división del trabajo más nítida, imposición y aislamiento de papeles
 - D. la relación de la organización familiar, que incluyen disolución del vínculo familiar, distanciamiento, alejamiento afectivo, reducción de la comunicación y segregación de papeles
 - E. disolución entre la frontera familiar y la de la comunidad: el desplazamiento de conflictos.

Obsérvese que estas defensas son propias de la familia, pero que hay que distinguir entre la defensas de los cónyuges y las defensas de los hijos. Al analizar Ackerman un problema de un niño al que los padres acuden para compensar sus deficiencias propias y matrimoniales, ya que: “canalizan a través de sus hijos la búsqueda de amor, afecto, atención, etc.” se puede ejemplificar mejor citando de nuevo a Ackerman:

“Mientras los padres pudieran evitar los problemas básicos de su propia relación en pro de una preocupación común por algunas dificultades “reales”..., podrían tener éxito en escapar al enfrentamiento de su propia insatisfacción y desilusión mutua y (a) la posible explosión que ambos temían”.(p. 179, *ibid.*).

Es la opción de la pareja que desvía su conflicto, -que es una de las posibilidades del punto tercero, B2- a partir de un problema del hijo.

Recuérdese que además Ackerman incluye en la desviación tanto a la búsqueda de un chivo emisario como a las disputas entre los cónyuges. En otras palabras y de acuerdo a esto último, la “normalidad” o estabilidad familiar puede incluir, entre otros, el uso del hijo que impide que los problemas conyugales en efecto salgan a la luz, al distraerse en una “dificultad real” que impide a su vez el adecuado desarrollo del hijo.

La sustitución o desplazamiento es otra opción que es, a la opinión presente, el desplazamiento o sustitución del conflicto básico por el secundario.

Minuchin, a quien se verá más adelante, comparte esta opinión, aunque dentro de su propio esquema teórico al incluir los límites, las transacciones, la negociación, y la "triada rígida" en sus tres formas: la triangulación, la coalición estable (que es típica según Minuchin de las familias que tienen hijos con síntomas psicossomáticos) y el rodeo.

Al situarse ya en las posibles reacciones que para Ackerman pudo haber tenido un problema del hijo en los padres, -reacciones que están relacionadas con lo que se acaba de ver de las defensas-, éste considera que la vida familiar incluye conflictos benignos y malignos. En las siguientes definiciones, el conflicto es sinónimo de crisis, crisis de la que se puede salir airoso o ser derrotado:

"Los primeros (conflictos benignos) estimulan el crecimiento; los segundos (conflictos malignos) predisponen al colapso en el equilibrio emocional de las relaciones familiares y el fracaso de la adaptación individual. Cuando el conflicto familiar excede el potencial de complementariedad entre los miembros de la familia, expresado por su adaptación a los roles, son necesarios roles familiares capaces de proveer vías de solución al conflicto, de establecer compensación o complementariedad eficaz, y de proveer apoyo. (p.118, *ibid.*).

Cuando Ackerman habla de los roles o papeles de la madre, cita que una de las reacciones de ésta para "contrabalancear el sentimiento de autorreproche" que puede tener ante el sentimiento de haber fracasado en el papel de madre, es la *culpa*. Es definida por Gehart Piers y Milton Singer (citados por Ackerman¹, p. 223) como:

"el sentimiento principalmente inconsciente de haber actuado mal relacionado con haber dañado a otra persona, una dolorosa tensión interna que trae a la conciencia una ansiedad concomitante. Esta ansiedad va acompañada de la convicción interna de castigo inevitable...produce una verdadera necesidad psíquica de autocastigo. La culpa deriva más fuertemente de la cualidad interna de la conciencia de la persona."

Este estudio se centrará en lo que sucede en la familia ante el problema en el nivel conyugal, porque para Ackerman existen tres niveles implicados en la interacción entre el individuo y el grupo: la estructura del ambiente, las relaciones interpersonales y la organización interna de la personalidad. Se evaluó el nivel de las relaciones interpersonales ante el problema de lenguaje.

Evaluación

Así como en el individuo pueden estar profundamente perturbados algunos sectores del funcionamiento adaptativo, y otros estar relativamente libres de conflicto y menos perturbados, nos dice este autor, así también en la relación matrimonial algunos niveles de interacción pueden estar gravemente trastornados mientras que otros están relativamente libres de conflicto y menos trastornados. Siendo tan complicado el problema, Ackerman recomienda hacer un reconocimiento correcto de los niveles reales de interacción conyugal, y de su parte irreal, estructurada por la interacción neurótica (de los miembros por separado que se encadena al conformarse la relación de pareja).

2. ENFOQUE SISTÉMICO-ESTRUCTURAL

Mucho tiempo y circunstancias pasaron para la aparición de Minuchin. Como si hubiera sido una reacción contra la actitud patriarcal de Freud y su época (la concepción del hombre como castrador), las corrientes psicológicas comenzaron a caracterizar a la madre como la causante principal de la enfermedad, sobretodo en el caso de la madre esquizofrenogénica que Frieda Fromm-Reichmann hizo notar. Primero el “esquizofrénico” y luego la familia “esquizofrénica” fueron focos intensos de interés.

El lenguaje de estas familias y luego las relaciones o formas de comunicación que se establecían entre los miembros fueron estudiadas por los psicólogos. Ya Ackerman notaba que el estigma hacia la madre iba desapareciendo. De acuerdo al avance científico y tecnológico de las computadoras, a la teoría de sistemas cibernéticos, y a la consideración de la homeostasis, la teoría americana comenzó a englobar a la familia como a un sistema en el que cada persona “juega” una determinada función y en la que sus miembros son interdependientes.

Hoffman²⁴, por ejemplo, opina que los miembros sintomáticos de la familia (esquizofrénicos, alcohólicos, “somáticos”, etc.) son el resultado de una serie de secuencias de interacción patológica. Un ejemplo de las secuencias es el término “triangulación”:

Las “triangulaciones borran las líneas generacionales, confunden las fronteras apropiadas entre los subgrupos de la familia, y subvierten o trastornan las jerarquías familiares prescritas por una cultura determinada. Al mismo tiempo, encontramos que están asociadas con las familias tan rígidamente organizadas, que sería problemático hacer cualquier tipo de cambio en la organización, especialmente los cambios asociados con el crecimiento de los niños.” La causa de la persistencia de estas “triangulaciones” sería “el que se usa al niño (sintomático) o a una tercera persona, como el problema que mantiene escondidas las dificultades o conflictos de la pareja” (p. 12).

Este “mantener escondidas las dificultades de la pareja” a través del síntoma de un miembro de la familia, e incluso la elaboración del síntoma por las pautas de interacciones patológicas (como “te quiero mucho” dicho con una voz enojada), es una característica encontrada por Bateson, Bowen, y otros iniciadores del enfoque sistémico. Ello de acuerdo a estudios de familias esquizofrénicas, alcohólicas, y “somáticas”: con un miembro sintomático. De Hoffman se cita:

“cuando se desarrolla un síntoma, puede ser visto como el recordatorio constante, en forma simbólica, de la necesidad de un cambio, mientras que al mismo tiempo aparentemente lo bloquea.”

Minuchin, argentino radicado un tiempo en Israel y finalmente en Estados Unidos, construye su modelo después que las escuelas de Palo Alto, California, E.U. y sus distintos miembros van a su vez concibiendo otros, incluyendo a la gestalt en la terapia individual y familiar, tomando conceptos y postulados de otras disciplinas que, sin embargo tenían, en lo general (a excepción de la escuela de Ackerman y sus continuadores), una pretensión: desprenderse de la teoría psicoanalítica o en todo caso emplear los principios psicodinámicos para luego desarrollar otras técnicas.

D) Minuchin (1921-) El enfoque terapéutico de Minuchin³², a diferencia de los de muchos de sus antecesores, no intenta *per se* educar a la familia ni socializarla, sino que el papel del terapeuta es “reparar o modificar su funcionamiento, para que ésta pueda desarrollar estas tareas (apoyo, regulación, alimentación y socialización) con mayor eficacia” (p. 38, subrayado de la autora).

El terapeuta busca transformar la estructura del sistema, facilitando el uso de modalidades alternativas de interacción entre los miembros. Usa, acorde con el sistema filosófico pragmático, conceptos como “conducta”, “funcionamiento”, “negociación”, “límites”, etc. Centra su enfoque en el funcionamiento de la familia en determinada sociedad, no en la ausencia de problemas para diferenciarla de la normal o anormal; esto es, se enfoca en el funcionamiento de la familia (el por qué funciona y el por qué no en cierta sociedad), y no en la familia y/o la sociedad como sanas o enfermas, como las aptas para la transformación de un mundo más sano y feliz (como los enfoques de Fromm o Ackerman).

Una familia en este contexto es “un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema”, y estas pautas pueden ser rígidas o flexibles. Las funciones que tiene la familia se concretan en dos objetivos: el primero es interno: la protección psico-social de sus miembros; el segundo es externo: la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

Otro de los aspectos en los que basa su enfoque es la estructura, y así, la “estructura familiar” es un “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”.

En cuanto a la continua transformación, a los cambios que se dan y a lo que sucede cuando se rebasa el nivel de tolerancia que la familia como sistema representa, y que otros autores llamarían conflicto, manifiesta que:

“(la familia como sistema) debe responder a cambios internos y externos, y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse, de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros. Ofrece resistencias al cambio en cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo”. (p. 86-7, *ibidem*).

Se toleran algunas alternativas, pero si se va más allá se excitan mecanismos que restablecen el nivel habitual, los miembros consideran que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones y aparecen requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad.

La familia, debe así, según Minuchin, adaptarse continuamente. La existencia de la familia es establecida como sistema por la “gama suficiente de pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas”. Emplea palabras como la “negociación” entre los miembros de la familia que deben encarar los cambios, o “transacciones” o sea -en el caso del subsistema de la pareja conyugal- “formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro, y a su vez, es influido por la secuencia de conducta anterior” (p. 40, *ibid.*), tomando en cuenta que se establecen “gran número de pequeñas rutinas”.

Las culturas no son un obstáculo para Minuchin, ya que el funcionamiento eficaz de las familias se demuestra en las entrevistas, que “ilustrarán las dificultades normales.”(p. 38, *ibid.*), y cita a Freud en el sentido que “la terapia modifica las pautas neuróticas convirtiéndolas en las miserias normales de la vida”.

La patología comienza cuando “las familias incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes” (p. 99, *ibid.*). La fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones externas e internas de la familia exigen una reestructuración.

Evaluación

El sistema familiar se mantiene a sí mismo, pero a la vez se divide en los subsistemas conyugales, de los padres, y fraternales, dependiendo del diferente nivel de poder (autoridad). Se mencionarán aquellos que son importantes para esta tesis.

Subsistema conyugal: En este contexto, posee tareas y funciones específicas vitales; sus principales tareas son:

- la complementariedad y acomodación mutua.- el ceder sin sentir que se ha sido vencido y la
- aceptación mutua de interdependencia.
- fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento

“El hombre y la mujer se necesitan como refugio...el terapeuta debe proteger los límites que rodean al subsistema conyugal; si en una sesión familiar los hijos interfieren en las relaciones del subsistema conyugal, se debe anular esta interferencia.”(p. 94, *ibid.*).

Subsistema de los padres: Implica un nuevo nivel de formación familiar...“En la familia, el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al apoyo mutuo que caracteriza al subsistema conyugal...(esto es), que permita acceso y que lo excluya de las relaciones conyugales...” ; la autoridad implica “una autoridad flexible, racional, comprensiva”, lo que no excluye dificultades, y los conflictos tampoco se excluyen.

Un sistema de los padres débil instaura un control restrictivo y ..., “los padres, para determinar las reglas de la familia estimulan el derecho y la obligación del niño de crecer y desarrollarse en forma autónoma”.

Emplea para evaluar el funcionamiento de la familia a la **claridad de los límites** de los subsistemas. Los límites son:

“reglas que definen quiénes participan y de qué manera...(y) protegen la diferenciación del sistema”.
Porque: “para que el funcionamiento familiar sea adecuado deben ser claros los límites del subsistema, aunque con contacto entre los miembros del subsistema y los otros...la claridad de los límites implica la nitidez de las líneas de responsabilidad y autoridad.” (p. 89, *ibid.*)

A partir de los límites de los subsistemas elabora una tipología de las familias. La mayoría de las familias se incluyen dentro del “amplio espectro normal”, y cuando las familias acostumbraran situarse excesivamente en los extremos, tendrían estilos transaccionales de la patología.

El estilo transaccional es el criterio y no tanto la diferencia cualitativa entre lo funcional y lo disfuncional.

Los tipos de familias y límites de los subsistemas pueden ser:

DESLIGADA
(límites rígidos)

ESPECTRO NORMAL
(límites claros)

AGLUTINADA
(límites difusos)

- **Familias del espectro normal:** _ _ _ _ _ límites claros

- **Familias aglutinadas:** límites difusos.- se vuelcan hacia sí mismos para desarrollar su microcosmos con un incremento en la comunicación y preocupación entre los miembros de la familia, los límites se esfuman; existe un aglutinamiento. El sistema puede sobrecargarse y carecer de recursos para adaptarse bajo circunstancias de estrés. La conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros.

- **Familias desligadas:** _____ límites rígidos.- la comunicación dentro del subsistema es difícil y las funciones protectoras se ven perjudicadas, y se fomenta el desligamiento. Las familias pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen un sentido desproporcionado de independencia, y carecen de sentimientos de lealtad y de pertenencia y de la capacidad de interdependencia, así como de requerir ayuda cuando la necesitan.

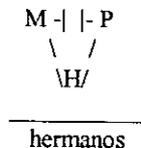
La mayor parte de las familias, incluso las del espectro normal, contienen subsistemas aglutinados y desligados. El terapeuta clarificaría los límites difusos y abriría los límites rígidos

Por ejemplo, un subsistema madre e hijo sumamente aglutinados pueden excluir al padre, formando con él un subsistema excesivamente desligado. O la madre puede acostumbrar a hacer de su hijo un “hijo parental o tipo padre”, cuando cuida a su hermana, y está poniendo al hijo en lugar del padre.

“O el marido puede criticar a su esposa, quien busca una coalición con el niño en contra del padre”, etc. (p. 90-100, *ibid.*).

Así, existen diversos problemas que pueden surgir entre las condiciones externas e internas de la familia; uno de esos problemas incluye a los “*problemas crónicos de límites*”, que están ligados a la negociación de stress diversos en un sistema a través de otros subsistemas”; las tendencias disfuncionales serían entonces aquellas en que se usa a un miembro del otro subsistema, ejemplo clásico es aquel de la utilización del hijo por parte de los padres “*para evitar o alejar conflictos* entre ellos.

El límite entre el subsistema de los padres y el niño se hace difuso, y el límite relacionado con la triada padres-hijos, que debería ser difuso, se hace inadecuadamente rígido. Se designa a este tipo de estructura como *triada rígida*” (p. 154, *ibid.*, las cursivas son mías); se incluye al hijo entre los padres y se separa a los hermanos:



Una forma de triada rígida es la TRIANGULACIÓN: cada padre requiere que el hijo se una a él contra el otro padre, viéndose el hijo imposibilitado para actuar, ya que cuando está de acuerdo con uno, el otro lo toma como ataque contra sí; el hijo “se encuentra paralizado”.

Otra triada rígida es la del RODEO: “la negociación de los stress de los esposos a través del niño sirve para mantener el subsistema conyugal en una armonía ilusoria. Los esposos refuerzan toda

conducta anómala debido a que de ese modo pueden desviar o sumergir sus propios problemas del subsistema conyugal en problemas de educación del hijo.” Pueden atacarlo al considerarlo como fuente de sus problemas o unirse para protegerlo al creer que es débil o enfermo.

Otra de estas triadas es la de la COALICIÓN ESTABLE: “uno de los padres se asocia con el niño en una coalición transgeneracional rígida contra el otro padre”.

Y algo que puede ser importante para la presente investigación es:

“Los tres tipos de triada rígida pueden aparecer en familias con problemas de conducta. Esta triada (la de coalición estable) es el modelo transaccional típico, acompañado con otras características familiares significativas en familias que tienen hijos con síntomas psicósomáticos diversos.”

Entre los síntomas psicósomáticos que menciona Minuchin están: la diabetes, “vómitos de origen psicósomático”, anorexia, fobia, y como ya se mencionó, problemas en la escuela.

El terapeuta sigue entonces ciertas estrategias encaminadas a una meta terapéutica tendiente a que los miembros de un subsistema no involucren al miembro del subsistema ajeno, y que éste pueda integrarse a su propio subsistema.

Pero antes de proseguir, se analizarán de nuevo los planteamientos de este psicoterapeuta sistémico en relación a las triadas rígidas.

Minuchin plantea otras alternativas para seguir pensando en la acción de la pareja: él ha observado que en el caso de la coalición estable, -una de las formas de las triadas rígidas-, uno de los padres se asocia con el hijo en “una coalición transgeneracional rígida contra el otro padre”. Este tipo de familias “producen” hijos con síntomas psicósomáticos al establecer patrones de conducta en que se usa al hijo en los conflictos entre esposos.

Cabe hacer notar que en esta coalición existe ataque contra el otro padre. Otra forma observada por Minuchin es la triangulación, en la que también existe unión del hijo y ataque alternativo contra el otro padre. En cambio, el rodeo implica “una armonía ilusoria” en que: “los esposos refuerzan toda conducta anómala (del hijo) debido a que de ese modo pueden desviar o sumergir sus propios problemas del subsistema conyugal en problemas de la educación del hijo. En éste, se puede atacar al hijo como “el problema” o “malo”, o como “el débil”.

3. SÍNTESIS DE LAS CONCEPCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA PAREJA Y LA FAMILIA

Sobre las teorías psicológicas

Los autores como Freud, Fromm, Ackerman y Minuchin se revisaron para brindar a la investigadora y al lector el marco teórico desde donde pudieran observar y describir las relaciones conyugales aun en una sesión y con preguntas que no se refirieran estrictamente a la relación conyugal. En base a esta revisión teórica, Freud emplea el análisis para descubrir la sexualidad dentro de las relaciones familiares. El deseo incestuoso sin que en la mayoría de los casos el incesto llegue a consumarse entre padres e hijos lo subraya como un índice de patología en el individuo, además de proponer un método por el cual se tome consciencia de estas relaciones. Ackerman define a la salud familiar como la lucha continua o capacidad de afrontar los cambios en forma flexible, permitiendo el crecimiento de la pareja y de los hijos (adaptación); además recalca el tipo de protección y apoyo afectivo que el padre dé a la madre y viceversa; describe el proceso de conflicto en la pareja, observando que un miembro puede buscar en los hijos el amor y afecto no encontrados en el otro.

En el caso de Fromm, el hincapié que se consideró fue en el amor y las posibles proyecciones de los conflictos reales a otros; el hecho de que es posible que los padres seduzcan a sus hijos, y el poder conjugar los principios matriarcales y patriarcales de la mejor forma posible, aprovechando las ventajas de ambos.

Minuchín considera importante los límites que deben ser respetados por cada subgrupo teniendo reglas flexibles en base a la autoridad y la responsabilidad en determinada cultura; las triadas rígidas son una posibilidad que hay que considerar.

Sobre las características de los mexicanos y las teorías psicológicas

La historia de los mexicanos y en general de los latinoamericanos y las características de la personalidad, como se vió en la descripción de Fromm, las diferencian de las de sus vecinos y de otros países. En México, la madre parece ser el pilar afectivo fundamental mientras que al padre se le deja aparte (recuérdese lo expuesto por Fromm sobre los mexicanos); además, puede percibirse un antecedente indígena de familia extensa con sentido familiar solidario y comunitario y que las familias tienden todavía a ser extensas o a conservarse vinculadas afectivamente.

La relación conyugal

Aun cuando no se exploró la relación de la pareja *antes* del problema de lenguaje, este estudio está interesado en conocer cuál fue la relación conyugal ante el problema. No se consideró que existieran bases para hacer una inferencia firme sobre las relaciones conyugales por sí solas en el sentido amplio del término, sólo ante el retardo del niño. Ello significa que se estudió la relación padre-madre, lo que piensa y siente el padre del hijo con retardo, y lo que piensa y siente la madre del hijo con retardo.

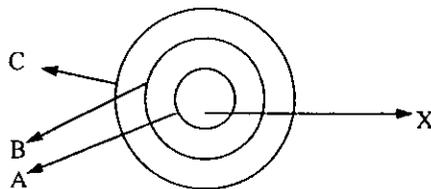
La relación conyugal en general podría definirse como el conjunto B en donde:

A es el conjunto que como individuo tiene cada cónyuge; incluye al desarrollo personal: nivel educativo, satisfacción consigo mismo, su poder creativo reflejado en el trabajo y en su relación con otras personas a excepción del otro cónyuge, la adopción o rechazo por decisión propia de las normas morales y sociales de la familia y la clase social; y las experiencias previas de cada cónyuge;

B es el conjunto de relaciones de los dos cónyuges: la interrelación emocional e intelectual compatible, la comunicación y presencia estable de cada cónyuge en relación al otro, y la satisfacción emocional y sexual.

C es el conjunto de normas sociales, y morales de la sociedad, grupo social y familia, a que pertenecen los cónyuges,

X es el retardo de lenguaje e influye en los niveles de A, en B y en C; es el suceso del retardo, desde que se detecta la anomalía en el niño, se tiene conocimiento del diagnóstico y se le pregunta por las reacciones y las causas de ésta.



esquema a

Aun cuando en este esquema haya elementos de diversa índole, es importante mencionar cuáles son los diferentes niveles uno de los cuales es la relación conyugal.

¿Qué es conflicto conyugal?

Es un proceso de insatisfacción en uno o ambos cónyuges que se manifiesta en su nivel conyugal. El Diccionario de Psicología (citado por Martínez Guzmán, p. 99) lo define como el “estado emotivo doloroso producido por una tensión entre deseos opuestos y contradictorios en una pareja, dados por diversas circunstancias.” Cada cónyuge es el resultado de su propia familia y su propia elaboración: comprende su personalidad y la elección de pareja, que está en muchas formas determinada por estos modelos familiares y por lo que el individuo pueda diferenciarse de estos modelos. La educación de los preceptos morales, valores y formas de ser está íntimamente relacionado con lo que puede ser conflictivo o sano; una moral sexual inadecuada, por ejemplo, puede mantener presa a la pareja de los tabúes sexuales.

¿Cómo se produce el conflicto conyugal?

El conflicto conyugal se refiere directamente a la pareja en sus relaciones (excluyendo a los hijos). Ackerman explicó los procesos que van manifestándose para ir conformando el conflicto, es decir, cómo se van deteriorando las relaciones de la pareja; son los que Fromm expone como conflictos reales de la pareja.

¿Qué hace la pareja cuando hay conflictos?

Al parecer, si la pareja no resuelve estos conflictos reales, cualquier pretexto puede servir para manifestar su insatisfacción. Estos pretextos son menos amenazantes para la pareja, conflictos sin importancia o secundarios de acuerdo a Fromm: la pareja oculta o proyecta sus conflictos reales por miedo o dolor a enfrentar lo que pudiera pasar, y conflictos los secundarios serían por tanto “extensiones” de estos conflictos reales. La pareja o un cónyuge puede usar al hijo como pretexto en lugar de enfrentarse entre sí, tomando en cuenta que es más fácil derivar un conflicto que enfrentarlo directamente (mecanismo de defensa de la proyección); según Grinberg la proyección es el más común en el caso de la defensa contra los sentimientos de culpa; también se puede negar el conflicto, etc.

Según Ackerman, cuando hay una barrera sexual en la pareja, el cónyuge sexualmente insatisfecho buscará con frecuencia una compensación en el amor del hijo. Esto a su vez lleva a seducir al niño e intensifica la barrera entre los padres (p. 218, *op. cit.*). Según este autor, sin embargo, como ya se vió, algunas áreas de la relación pueden verse afectadas, mientras que otras no. Ackerman considera muchas formas en que la familia en conflicto puede defenderse de éste. Algunas son: la desviación de conflictos, la aceptación y búsqueda de una solución adecuada.

Para Minuchin, las triadas rígidas sirven para alejar o evitar conflictos en los esposos, aun cuando éstos se ataquen, se unan o ataquen al hijo.

Ahora bien, ¿podría incluirse al problema de lenguaje como uno de los síntomas psicossomáticos? la definición de síntoma psicossomático es muy resbalosa y aun no queda clara. El considerar al retardo de lenguaje como un síntoma producido directa y únicamente como resultado de los conflictos no puede probarse, por lo menos en esta tesis, ya que el retardo ya se produjo y la única sesión no podría aportar datos confiables.

El papel que cumple intrínsecamente en este estudio según la muestra es que sí está distrayendo a por lo menos uno de los padres y lo está centrando en el hijo. Lo que podría tomarse en cuenta de Minuchin sería el observar si se observan límites rígidos, claros, o difusos, y si acaso se logran distinguir triadas rígidas en la sesión única lo cual no es muy confiable.

Otra forma de evitar los conflictos podría ser la búsqueda de amor, compañía o protección en otra persona que no fuera de la familia, lo que ya no se considera en esta tesis.

Los esquemas (b y c) son de utilidad para comprender los enfoques de estos autores cuando en la pareja existe conflicto.

1. ACKERMAN Y FROMM

CONFLICTO CONYUGAL
real o básico



el conflicto real se deriva en un conflicto secundario por medio de la proyección: Fromm; la función que cumple es la de desviador de conflictos

básicos: Ackerman



sustitución
desplazamiento

al niño lo culpan:
lo usan como chivo emisario

disputas

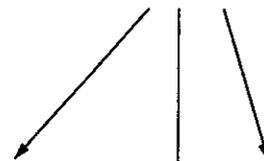
DESVÍO del
conflicto
conyugal

2. MINUCHIN

CONFLICTO CONYUGAL
en que la tríada P-M-H está constituida
rígidamente

el niño tiene un problema de conducta, un
síntoma psicossomático o un problema
educativo;

usan al niño para contener, evitar, DESVIAR,
o alejar el conflicto conyugal; el desarrollo del
hijo se ve alterado



Triangulación: c/u de
los padres se une al
hijo y el otro lo
toma como ataque

Rodeo: se simula
armonía; los padres
refuerzan las conductas
anómalas: los problemas
de educación del hijo.
Atacan al hijo o se
unen para protegerlo.

Coalición estable: un padre se une
con el hijo contra el otro siempre;
éste desarrolla un síntoma psicossomático

Estos esquemas se muestran para resumir los puntos de vista de los autores que se refieren a las relaciones familiares conflictivas. Recuérdese que estas relaciones incluyen tanto a las relaciones conyugales *per se* como a las relaciones entre los padres e hijos. Al no haber investigado la relación conyugal con más profundidad se supuso que no sería fácil determinar si alguno de estos casos expuestos en efecto sucedió. Por ello se investigaron los efectos del retardo y la conducta de los padres y del hijo sacando el mayor provecho de la revisión teórica para concluir cuál era la relación conyugal ante el retardo.

1.4 LOS PADRES ANTE LA ANORMALIDAD DEL NIÑO

1. ENFOQUE DE LUTERMAN, MARCHESI, CURIEL Y LAS TERAPISTAS

Luterman²⁹ es un audiólogo que se interesó mucho en los sentimientos de los padres del niño sordo y que opina que estos sentimientos pueden ser similares en otras crisis de duelo, y por lo tanto en otras deficiencias. Luterman describe, basado en los estudios de Shontz y Kübler-Ross, las fases por las cuales ha observado que pasan los padres inmediatamente después del diagnóstico.

Para los padres, el conocimiento de una anomalía en su familia significa la destrucción de la propia sensación de invulnerabilidad. La etapa previa al diagnóstico no es descrita ampliamente por Luterman aunque sí dice que es un periodo de aflicción activa no igual a la del diagnóstico e incluye la presencia de dudas y sufrimiento en que los padres pueden ser muy reticentes a llevar a su hijo ante un profesionalista.

Ante el diagnóstico en la etapa de choque emocional las reacciones son tantas que los padres sienten en un principio que no pueden asimilar la información de los profesionistas porque sus emociones son demasiado fuertes y la información aumenta sus sentimientos de confusión y culpa; la información, por lo tanto, debe darse en las etapas de aceptación y acción constructiva, ya que "la pareja necesita tiempo para sentirse mal".

Las reacciones que según Luterman siguen un patrón en las crisis ante el diagnóstico son:

1. choque emocional (incluye moderada ansiedad y a veces confusa visión de sí mismo), aflicción activa (sentimientos de angustia, confusión, impotencia, coraje y culpas, -ira hacia el profesionista que sostiene el diagnóstico de anomalía, hacia su hijo, hacia otros o hacia ellos mismos ("depresión"), y no en este orden e incluso alternativamente; la frustración también es incluida en este apartado);
2. la negación (reduce el nivel de ansiedad; es polifacética, se pueden buscar otros diagnósticos, se espera una curación milagrosa, o no hay un involucramiento directo en la problemática);
3. admisión o aceptación (nuevamente se enfrenta la realidad y se admite públicamente);
4. acción constructiva o adaptación (los padres se han desarrollado, aun con dolor y trabajo; se reexaminan los valores y la calidad de vida, se sabe que hay esperanza y que no es el fin del mundo).

Como puede observarse, es muy importante e interesante señalar que las etapas podrían ser descritas en términos que van desde la inconsciencia (con posibles manifestaciones violentas o agresivas) hasta la consciencia entendida como razón o conocimiento, y que sería interesante revisar las reacciones inmediatas no sólo ante el diagnóstico.

Según Luterman, los padres atraviesan por estas etapas una y otra vez e incluso toda la vida, pero raramente son iguales a las reacciones del diagnóstico inicial. Tomando en cuenta que la frustración y por lo tanto estas etapas son un proceso normal, lo importante es que no se queden fijados en alguna de ellas a menos que éstas fueran aceptación y acción constructiva porque sería perjudicial tanto para el niño con alguna deficiencia como para los padres.

Los padres pueden tomar el problema como un desafío o como "una fuerza que podía sacar a relucir lo mejor de cada miembro de la familia", o, que puede incluso precipitar el divorcio de los padres debido a "la tensión extra que significa un niño con deficiencia" (pp. 15, 138, *ibid.*).

Marchesi³⁰ por su parte, enfocado en las reacciones que suscita en los padres la sordera de su hijo, considera que es importante cómo los padres normoyentes aceptan y elaboran el problema. Ante ese problema pueden actuar de diferentes maneras que no se excluyen aunque se enumeren separadamente:

1. Hay padres que persisten en un peregrinaje de diagnósticos sucesivos.
2. En ocasiones el problema resulta tan angustiante que los padres optan por una actitud de "negación": se resisten a aceptar que su hijo tiene algún tipo de dificultad.
3. Una actitud claramente distinta es la de "delegar" en los expertos: los padres no toman parte en el proceso educativo.

Como puede observarse, las tres conductas corresponden al inciso 3. de Luterman. Esas formas de "vivir" el problema y otras son habituales en las primeras etapas de asimilación del diagnóstico, según Marchesi, pero si se mantienen a lo largo del tiempo (en algunos casos durante años), las repercusiones en el desarrollo global, y particularmente social del niño, pueden ser muy importantes. Todas estas situaciones suelen acompañarse de sentimientos contradictorios (rechazo, sobreprotección, etc.) y de fuertes sentimientos de culpabilidad: los padres tienden a sentirse responsables de los déficits del niño.

La etiología parece jugar un papel importante en la forma de vivir el diagnóstico. Cuando la causa -de la sordera- es desconocida, los padres tienen más tendencia a sentirse culpables (Meadow, 1969, citado por Marchesi, p. 155, *op. cit.*), aunque no explica el por qué.

A menudo, el diagnóstico -de sordera- puede ocasionar cambios en las relaciones familiares, dificultando la relación de pareja, o por el contrario, favoreciendo la cohesión familiar como única vía a las dificultades planteadas.

Todo ello lo subraya Marchesi para recalcar la necesidad de orientar e informar a los padres oyentes del niño sordo.

Por otro lado, una de las tesis para graduarse en la licenciatura de terapeuta, que es una propuesta, sin investigación empírica, y que expone opiniones interesantes sobre el problema anártrico que con la experiencia de la práctica de la carrera se adquiere en el I.N.C.H., es la de Curiel López, O.¹⁰ (1992, p.173 y 178-180): "A partir de que el niño ingresa al estudio en donde se obtendrá un diagnóstico, hasta que termine su tratamiento se ve sometido a la doble intervención del núcleo familiar y de la institución a la cual asiste." También resalta el surgimiento de problemas en los padres y de la aceptación del niño al percibirlo diferente a los demás, y el surgimiento de culpa, pues lo rechazan lo que impide que lo puedan apoyar adecuadamente.

Ella cree, como Luterman, que antes de comenzar una terapia de rehabilitación, se debe sensibilizar a los padres de la problemática, ya que la importancia de la rehabilitación depende en gran medida de los padres. Si no se acepta el problema, éste produce mayores o menores perturbaciones emocionales, y se vive en una atmósfera de inseguridad que lleva a la frustración, o a actitudes dependientes o agresivas del niño ante la conducta adoptada por los padres. Según ella, cuando se establece una adecuada rehabilitación, se notan en los niños rápidos progresos. Algunos desde el principio, cuando "(los niños) se dan cuenta que la terapeuta los quiere y se sienten protegidos; otros quedan estancados debido a que las mamás los sobreprotegen, sin necesidad de hablar bien".

Otra de las tesis para obtener el mismo título, similar al tipo tesina, es la de Ortiz Acosta y Rivera Tejeida³⁵ (1992), quienes sustentan que ante la presencia de un hijo con una discapacidad, el medio familiar sufre problemas que imponen ajustes especiales. Dichos ajustes estarían relacionados con un complejo de factores interdependientes entre los que cita: la personalidad de los padres, la integración de la pareja, el nivel social, económico e intelectual; la experiencia previa y los matices psicológicos según los cuales es aceptado el niño o rechazado por su núcleo familiar. De ese complejo y su interacción emergen actitudes que pueden variar desde desadaptación hasta conductas más equilibradas (p. 66).

Además, hacen patente que una vez que los padres comprenden las dificultades de sus hijos y pueden reconocer sus sentimientos acerca del problema, éste disminuye considerablemente la ansiedad del niño. De este modo, “los pequeños sienten la aceptación y el apoyo de su hogar, y... (les) resultará más factible enfrentarse al mundo con confianza y fe en sí mismo(s).”

El que no acepten el problema se debe, de acuerdo a las autoras, a que los padres desconocen formas eficaces para un adecuado manejo en la crianza de su hijo, ubicándose en los extremos de un cuidado desmesurado y de privación de experiencias por considerarlo incapaz de enfrentarse a ellas (p. 72).

Por su parte, Santillana Macedo³⁹ (p. 122, 1995), en otro de los estudios con las características anteriores, cita a Huh, en el aspecto del disciplinar de los padres hacia los hijos: el uso de la fuerza física o maltrato que más bien sirve de válvula de escape para “su propia y profunda cólera, sus sentimientos de frustración y desdicha; reacciones a las condiciones intolerables de su propia vida”.

De todas estas exposiciones se desprenden las preguntas:

-Cuál es el papel que juega el niño y su anormalidad en los padres. Según la revisión realizada, si no existe una aceptación y acción constructiva de apoyo en los padres entre sí y para con el niño, los padres habrían quedado fijados en alguna de las otras etapas.

-De acuerdo a la muestra de esta investigación, los padres permanecen unidos después de un tiempo de la detección del problema y hasta la actualidad; así que en este caso se descarta que el problema haya significado una tensión tan excesiva como para haber precipitado el divorcio. Entonces, ¿qué ocurrió con los padres?, ¿cuáles fueron las reacciones?, ¿asumieron el problema y se apoyaron?

2. PROCESOS PSICOLÓGICOS SEGÚN FENICHEL Y GRINBERG

La bibliografía anteriormente consultada hace referencia en muchas ocasiones a los sentimientos de culpa de los padres cuando a su hijo se le diagnostica como anormal, a la necesidad de superar estos sentimientos, a cómo actúan, a aceptarlo, y a tener una “buena educación” que les haría responder de una mejor manera.

El segundo y tercero de los mecanismos anteriormente expuestos por Luterman tienen en el lenguaje psicoanalítico un nombre: los mecanismos de defensa, mecanismos que son empleados normalmente y que son un proceso psicodinámico que ayuda al hombre en su supervivencia.

Si se revisan en términos psicológicos los sentimientos de culpa, éstos se encontrarían componiendo la fase de aflicción activa, y serían sólo una de las posibles etapas por las cuales pudieron pasar los cónyuges.

Fenichel¹² (p. 189- 193) opina que existen defensas contra los impulsos instintivos que son rechazados a causa de la ansiedad o de un sentimiento de culpa, y que en última instancia también son defensas contra los afectos. Las defensas más organizadas serían aquellas contra los impulsos instintivos, pero existen defensas más arcaicas contra todo dolor. Estas defensas “tienden a evitar directamente el sentimiento mismo de ansiedad o de culpa”.

Siguiendo el razonamiento de Luterman, los cónyuges pasarían por diferentes mecanismos defensivos. Las defensas contra los afectos del libro de Fenichel más pertinentes a este estudio que se escogieron porque podían detectarse fueron:

El desplazamiento de los afectos: Un caso especial y el más frecuente es la postergación de los afectos. Es la explosión diferida de afectos: una aparición posterior de la reacción afectiva y el de evitar, de este modo, el reconocimiento de la situación que ha dado motivo a este mecanismo. Donde más frecuentemente es usada esta defensa es contra los afectos de rabia (o fastidio) y aflicción. La rabia puede ser soportada sin descarga por un corto tiempo; después tiene que ser descargada, sea contra quien fuere. Sin embargo, la postergación del afecto puede ser dominado con respecto a “un objeto”, mientras que “estalla libremente contra otro”. Cuando se trata de la aflicción, la postergación parece ser un elemento esencial (...) “Lo que hoy llamamos aflicción es evidentemente una neutralización diferida y fragmentada de un género de afecto salvaje y autodestructivo”(…)

Las formaciones reactivas contra los afectos .- al negar el significado verdadero de un afecto que puede intensificarse hasta convertirse en una adhesión compulsiva a la actitud emocional opuesta . El descaro puede llegar a convertirse en una defensa contra los sentimientos de culpa; el coraje, en una defensa contra el miedo.

1. Proyección e introyección de los afectos: al ser percibidos en otra persona para evitar percibirlos en si mismo. el “lo ha hecho algún otro, no yo”.

2. Defensas contra los sentimientos de culpa: Aquí no se habló de los sentimientos de culpa que son característicos de determinadas neurosis, (por ello no se intentó en mayor medida saber cuál era la personalidad de cada miembro de la pareja) sino en particular de la defensa contra los sentimientos de culpa de cada cónyuge y específicamente ante el retardo; por ejemplo el mecanismo de defensa de la proyección: “tú tienes la culpa, no yo” (“tú eres responsable”), o el de negación:

“no, no tiene nada”, u otros que hubieran podido presentarse. Se empleó pues, como definición de culpa aquella de Ackerman, que está derivada de la de Fenichel (véase “Definición de términos”), aunque no queda muy claro si los sentimientos de culpa reemplazan la ansiedad (Fenichel), o es la tensión principalmente inconsciente de haber hecho mal o sentimiento de culpa, el que “trae a la conciencia una ansiedad concomitante” (Gehart Piers y Milton Singer, citados por Ackerman, *op. cit.*), aunque según Luterman, se presenta primero ansiedad moderada, luego angustia junto y alternativamente con los sentimientos de culpa.

Sin embargo, tanto Ackerman como Fenichel coinciden en que los sentimientos de culpa se derivan de una tensión relacionada con la pérdida de bienestar, de placer y de autoestima.

Así, (p. 554, *ibid.*), todo aquel que tiene un sentimiento de culpa trata de liberarse de él mediante la expiación, el castigo o el remordimiento. Puede tratar de demostrar que el castigo carece de fundamento o bien utilizar contra él los otros mecanismos de defensa expuestos anteriormente.

Grinberg²² (1978), en su libro “Culpa y depresión” agrega otras defensas contra la culpa: la negación, la omnipotencia, y la disociación. Sin embargo, “el que probablemente es más utilizado es el de la identificación proyectiva, con el cual el Yo trata de liberarse de la parte de sí mismo que ha estado ligada al sentimiento de culpa y a su origen” (p. 100). Fenichel también hace notar que en el caso de las personas con carácter esquizoide, se usa mucho el mecanismo de la proyección; también aquellas que transforman el sentimiento de culpa en campaña moral contra la víctima:

“En la vida social se abusa desmedidamente de la necesidad de hallar un chivo emisario que sirva para aliviar la propia culpa. En el análisis, sucede con mucha frecuencia que los pacientes atribuyen a otra persona una acción o un sentimiento que por motivos de culpa o vergüenza se sienten incapaces de reconocer como propios (p. 556).”

1.5 ADQUISICIÓN Y DESARROLLO NORMAL DEL LENGUAJE EN LOS NIÑOS Y EL RETARDO EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

Tomando en cuenta algunas de las consideraciones de Santillana Macedo (1995)³⁹, se tiene que el desarrollo del lenguaje se realiza a través de una sucesión de etapas en que la maduración orgánica coloca los instrumentos indispensables para hacer nuevas adquisiciones del lenguaje; la interacción con el ambiente es el segundo aspecto importante. Las fuentes básicas del desarrollo lingüístico del niño son, por tanto:

a) El potencial genético derivado de la especie humana y transmitido por línea hereditaria. Existen muchas teorías que explican esta situación; entre ellas, se puede ejemplificar la de Chomsky y sus seguidores, quienes explican que el niño nace con un conjunto de universales lingüísticos que funcionan como una red a través de la cual se filtra todo lo que oye, o sea, los estímulos que recibe no harían más que desencadenar mecanismos fisiológicos innatos.

b) Estimulación externa.- esta tiene aspectos de gran significación en el desarrollo psíquico-físico del ser humano:

la estimulación afectiva que debe formar parte del desarrollo humano; y las experiencias significativas de las primeras semanas, meses, y años, básicas porque afectan los cimientos del desarrollo lingüístico y tienen una influencia decisiva en la maduración global. Así, los lactantes de pocas semanas actúan ante la voz de su madre con una disminución de tensión y malestar. El niño no nace con sus aparatos desarrollados: sus aparatos sensoriales y motores están por desarrollarse, y mientras tanto, la madre cubre sus necesidades, y el niño aprende la lengua que oye a su alrededor.

El lenguaje aparece en la mayoría de los niños con márgenes cronológicos muy semejantes y las etapas de su desarrollo presentan una regularidad muy grande. Al oír y hablar su lengua, ésta va siendo parte de su contenido memorístico verbal.

De Launay y Borel-Maisonny²⁵, se resumirán las edades y las características del lenguaje que los niños presentan normalmente:

PERÍODO PRELINGÜÍSTICO.....		se presentan laciones y emisiones vocales.	<i>Lenguaje gestual que se va reduciendo a medida que se</i>
ENTRE 1 Y AÑOS.....	1	Y	2 A los 11 meses pide un juguete por señas y gestosprimeras frases de 2 a 3 palabras	<i>incrementan las palabras Jerga que es normal entre</i>
ENTRE 2 Y AÑOS.....	2	Y	3un niño NO habla propriadamente todavía	<i>los 15 y 24 meses y que va reduciéndose hasta los 3,</i>
ENTRE 3 AÑOS Y MEDIO Y 4 AÑOS.....		aparición propriadamente del lenguaje con pocos gestos tabla A	<i>4 y 5 años</i>

El desarrollo fonológico es el que más interesa para este estudio, aunque el lenguaje del niño se elabore manejando aspectos fonológicos, sintácticos y semánticos. La adquisición de los fonemas parece responder a una lógica intrínseca en relación con las dificultades específicas articulatorias y acústicas de los diferentes fonemas en el seno de las lenguas naturales, por la dificultad desde el punto de vista sensorio-motor: ciertos sonidos exigen la actuación de un mayor número de músculos, un control más preciso de la amplitud de los movimientos y una coordinación más refinada.

Melgar (1981) (citado por Santillana Macedo, p. 35, op. cit.), quien realiza un estudio de la adquisición fonológica del español, menciona que la adquisición de los fonemas está determinado por el medio socio-cultural en el cual se desenvuelve el niño y señala la aparición de los fonemas más difíciles por edades (especialmente las consonantes solas y dobles, además de algunas vocales):

Edad (años)	Sonidos del habla
3 a 3 6/12	m, c, ñ, k, t, x, p, n, l, f
4 a 4 6/12	r, q, b, pl, bl, ie
5 a 5 6/12	kl, br, fl, kr, qr, au, ei
6 a 6 6/12	s, r, pr, ql, fr, tr, eo

tabla B

(Los datos para la elaboración de esta tabla fueron tomados de la repetición, sin tomar en cuenta la producción espontánea y el contexto en que se emitían).

El lenguaje infantil es característico por sus omisiones, sustituciones y asimilaciones, y da la pauta a los lingüistas para considerarlo como un sistema en el que existen reglas que son observadas en todos los niños, pero cada niño genera estrategias específicas individuales que le permiten la adquisición del sistema del adulto. Siguiendo a Santillana Macedo, las estrategias pueden englobarse dentro de los siguientes procesos:

- Procesos de sustitución (“pelo” por perro)
- Reducción de grupos consonánticos (“patel” por pastel)
- Omisión (en la consonante final= “ma uva” por más uvas)
- Asimilación y dentro de ésta la duplicación (“maño” por baño), (“papato” por zapato)

1.5.1 EL NIÑO CON RETARDO DEL LENGUAJE DE PATOGENIA ANÁTRICA DE CUATRO A SIETE AÑOS

Según Launay y Borel-Maisonny²⁵, la edad del niño en la que se detecta el retardo varía según la ansiedad de los padres y “no se puede decir cuándo el retraso del lenguaje tiene una figura de hecho patológica.” (p. 85).

Según Olmos Ríos³⁴ (1996), al sentir el niño que no lo comprenden porque su lenguaje es ininteligible, cierra su núcleo de amigos y convive sólo con personas que lo puedan entender. Puede presentar agresividad y frustración que demuestra cuando no puede hablar bien o cuando otras personas no lo entienden; esta autora presenta como resultados, que los niños que tuvieron un nivel de prevención más temprana del problema, fueron aquellos que mostraron un mejor desarrollo en la rehabilitación. El ambiente familiar y el factor económico “malos” fueron los aspectos que tuvieron mayor frecuencia en los 15 casos que examinó. Desafortunadamente, no explicita el cómo hizo el análisis y asignación de las causas que provocaron el problema; los diagnósticos que se muestran al final de su tesis dan a entender que la mayoría de los padres de estos niños tenían problemas que iban desde la violación de la madre hasta la sobreprotección materna.

a) Definiciones del retardo de lenguaje

Son distintos los puntos de vista que engloban tanto al lenguaje como función y proceso humano normal como a sus alteraciones. Estos van desde una teoría psicofisiológica hasta su alteración por motivos psicodinámicos (la tartamudez, por ejemplo, ver Fenichel¹², p. 353-360). Es importante mencionar que siendo un mismo fenómeno, -una anomalía particular del lenguaje del niño-, de acuerdo a la escuela que estudie las alteraciones del lenguaje, distinta será la denominación.

En el Instituto Nacional de la Comunicación Humana los diagnósticos de las alteraciones del lenguaje se efectúan a partir de la concepción médica y reflexológica de Azcoaga y cols. El diagnóstico se establece si el déficit interfiere de manera significativa con las actividades de la vida cotidiana que requieren expresión verbal o el aprendizaje académico. El niño presenta frecuentes articulaciones erróneas, sustituciones y omisiones de especialmente ciertos sonidos que se adquieren más tardíamente en las etapas del desarrollo (r, s, t, f, z, l, y ch). El evaluar al niño con un "retardo de lenguaje de patogenia anártrica", significa que presenta:

- volumen limitado del vocabulario en comparación con otros niños;
- errores de vocabulario (sustituciones, circunloquios (rodeo de palabras), generalizaciones, o empleo de jerga;
- dificultades para la adquisición de palabras y uso de frases cortas;
- estructuras gramaticales simplificadas; omisión de partes fundamentales de las frases;
- orden poco usual en las palabras; respuestas tangenciales; enlentecimiento en el desarrollo del lenguaje o progreso muy lento del lenguaje a través del desarrollo (citado de una circular llamada "Requisitos para solicitar la valoración psicológica de los pacientes que ingresan al Servicio de Lenguaje"¹³).

De acuerdo a la gravedad y constancia de estas características, se establece el cuadro diagnóstico: si es retardo simple del lenguaje, retardo anártrico o síndrome anártrico, como se mencionará después.

Otros autores, por ejemplo Love y Webb²⁸ (1986), basados en otro estudio del lenguaje, Geschwind, no hacen hincapié en las dificultades articulatorias, la pobreza o ininteligibilidad en el lenguaje, sino en el retraso en el habla y algunas otras dificultades del niño:

"Los niños con deterioro del lenguaje evolutivo a menudo presentan retardo serio del lenguaje, pero están exentos de pérdida de audición, déficit cognoscitivo generalizado, autismo o privación. Parece ser que pueden presentar defectos muy sutiles y variados de la función lingüística o en el proceso psicológico, tales como conocimiento, percepción, atención, imaginación o memoria, que están subordinados a ese deterioro del lenguaje. Muchas veces se ha creído que los defectos en el proceso lingüístico y psicológico, están relacionados con una lesión o disfunción neurológica, pero la mayoría de los niños con trastorno en el lenguaje evolutivo no presentan lesiones estructurales en pruebas neurodiagnósticas objetivas." Para estos autores, este tipo de deterioro no es adquirido, sino evolutivo: "el grupo más predominante de anomalías del lenguaje en la infancia es el de los trastornos en el lenguaje evolutivo y no el de los adquiridos, por lo que los niños son aquellos que nunca han desarrollado el lenguaje en forma normal".

Volviendo a las características anteriores: el que ciertos sonidos exijan la actuación de un mayor número de músculos, un control más preciso de la amplitud de los movimientos y una coordinación más refinada, parecen ser las mayores dificultades del niño con "retardo del lenguaje de patogenia anártrica", por lo cual no le es posible la articulación correcta y comprensible de algunas de las palabras e incluso de frases, con una subsecuente limitación del vocabulario, e incluso empleo de una jerga propia a veces comprensible sólo para los familiares cercanos, y a veces incomprensible también para ellos. Además, por el retraso puede haber a su vez un leve retraso en la adquisición de las funciones superiores, aun cuando exista una favorable perspectiva de superación.

El término “retardo del lenguaje de patogenia anártrica” es introducido por Citrinovitz⁶ para designar uno de los trastornos del lenguaje infantil de origen neurológico:

“es un trastorno particularizado de la actividad del analizador cinestésico-motor verbal que afecta con exclusividad la elocución del lenguaje, que se exterioriza en síntomas que comprometen exclusivamente la síntesis de estereotipos fonemáticos y motores verbales” -por una alteración funcional o retardo madurativo, si no existe lesión alguna-(p. 76-81, *ibid*); la lesión cerebral es definida como “toda alteración, difusa o localizada, de tipo anatómico, histológico, ultraestructural o bioquímica que se demuestra por sus síntomas o por medio de las técnicas complementarias del diagnóstico”, en su libro “Alteraciones del Aprendizaje Escolar”⁵ (p.87).

Como puede verse, la definición no ayuda mucho a esclarecer la o las etiologías específicas; se verá más adelante que no es nada fácil.

El analizador cinestésico (o el de la sensación del movimiento; está localizado según Azcoaga aproximadamente en la zona inferior del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo), es aquel que por procesos funcionales en la ontogenia del niño se va conformando a partir de los reflejos incondicionados para llegar a los condicionados, debiendo existir una paulatina organización de la inhibición interna.

Este analizador de los estereotipos, en donde estereotipo es cada combinación de aferencias que participa en la función del habla, es un estereotipo en sentido fisiológico (Pavlov), ya que “hay un proceso fisiológico que ordena todas estas actividades ...las cuales se han ido sintetizando de un modo determinado, gracias a la repetición, de manera que cada una de estas combinaciones tiene una alta estabilidad” (*ibid*). Los estereotipos fonemáticos son aquellos de los fonemas, y los motores verbales son los de las palabras, que “se cumplen” en el analizador motor verbal.

Esta nomenclatura proviene de la disciplina llamada “Afasiología” o “Fisiopatología”, disciplina basada en principios pavlovianos que fueron tomados por investigadores como Alajounine, Ombredane, Kreindler, Penfield, Weigl, etc., y más tarde por Azcoaga y uno de sus colaboradores, Citrinovitz, para un desarrollo posterior.

En el retardo anártrico, según estos últimos autores, existe una incidencia mayor en el aspecto fonológico, aunque también semántico y sintáctico del lenguaje.

Así, mientras la comprensión del niño progresa, la inteligibilidad de la palabra se dificulta por dislalias múltiples: “dislalias anártricas”. Las dislalias son fallas de los puntos de articulación correspondientes a ciertos fonemas.

El origen de las dislalias, neurológico,

“se halla en la organización (análisis y síntesis, en donde síntesis es sinónimo de combinación) de aferencias propioceptivas de músculos relacionados con la articulación y la discriminación de los sonidos así organizados y en el proceso de conservación (y correlativamente de inhibición) de los estereotipos sintetizados con esas aferencias propioceptivas y auditivas,...lo que está perturbado es entonces la organización propioceptiva-auditiva (el proceso de aprendizaje fonético de músculos orofaciales y respiratorios y la correlativa diferenciación auditiva).”

b) Etiologías

Las etiologías más frecuentes citadas por Azcoaga, Citrinovitz y cols.⁶ pueden:

- Estar determinadas por una acción de causa patógena en las primeras etapas del niño, y son natales frecuentemente (hipoxia, y/o por sufrimiento fetal).
- Ser causas posteriores, en procesos para y postnatales como traumatismos obstétricos, maniobras obstétricas incorrectas, partos muy lentos o muy rápidos, con anoxia.

- Las más comunes en el primer semestre de vida, como son meningitis o encefalitis (causa bacteriana o viral)
- También Azcoaga incluye el factor genético sin especificar en qué grado, si es debido a un gen que está en un cromosoma autosómico o sexual, y si éste gen es recesivo o dominante.

Además, al mencionar las posibles causas, Azcoaga y cols. no explican cómo estos “accidentes” afectan exactamente la elocución del lenguaje. Se sabe, sí, que al no llegar suficiente oxígeno al cerebro, mueren neuronas, pero, cuáles y cómo esto sucede, se ignora.

Según Azcoaga y cols., no es muy frecuente identificar a niños con retardo anártrico “puro”, sino en combinaciones con otras modalidades como afásico (deficiencias en la comprensión), alálico (deficiencia mental) y audiógeno (tipo de sordera), sin embargo en el I.N.C.H., como ya se indicó, la mayor parte de los pacientes atendidos con alguna afección en los problemas de lenguaje, son anártricos “puros”.

Launay²⁵ lo nombra como “disfasia”, o trastorno funcional, sin “substratum” de lesión orgánica clínicamente descubrible con elaboración tardía o imperfecta del lenguaje, y opina que no es efecto de una causa, sino que existen ciertos factores relacionales que influyen en su aparición, ya que: entre el desorden afectivo y los trastornos en la elaboración del lenguaje hay relaciones que se interfieren, esto es, que ambos están relacionados.

En un intento por esquematizar los factores encontrados en diversas investigaciones suyas y de otros autores, incluye: la sobreprotección materna, el rechazo, la inadaptación familiar, los factores cerebrales orgánicos (en un estudio de la anamnesis: un accidente neonatal de tipo anóxico o un accidente inflamatorio o traumático incluso sin déficits en la motricidad global o anomalías electroencefalográficas), o inciertos (como un trastorno dismadurativo que se modifica favorablemente con el tiempo).

Así, “la incertidumbre persiste al no poderse afirmar con certeza si este déficit es debido a (un) trauma de nacimiento, por la imbricación de los factores etiológicos, la frecuencia de pseudodebilidades de origen afectivo, que hacen muy dificultosa la interpretación de los hechos.” (pp. 93-97)También toman en cuenta las investigaciones que consideran el factor genético o constitucional (Ingram y Reid, 1959, citado en Launay): “un 24% de los casos tuvieron padres con ese trastorno, y un 32% de colaterales”. Cita a Seeman en que existe un predominio masculino que es del orden del 65% al 70% de los casos, observados no tan sólo en los retardos de lenguaje y disfasias, sino también para la tartamudez y la dislexia, trastornos de la expresión que “están emparentados frecuentemente” (p.103).

Pero para tratar de asentar una definición clara, se citará a Bunge⁸, en su libro “El problema mente-cuerpo. Una aproximación psicobiológica”:

“Nacemos con el tracto vocal, las áreas de Broca y Wernicke (e incluso otras), y sistemas neuronales subsidiarios, así como con un ambiente social, que estimulan la adquisición y el desarrollo de los lenguajes verbales (los niños salvajes son mudos). Este legado anatómico y social nos permite movilizar los sistemas neuronales necesarios para producir o comprender el lenguaje. Pero no es necesario decirlo, un legado como ese no es constante. El cerebro y el tracto vocal debieron haberse desarrollado en armonía uno con el otro, y los dos en armonía con la sociedad: la evolución anatómica no podría haber tenido una ventaja selectiva en este caso, a menos que la sociedad la hubiera estimulado” (p. 160).

Además, “los niños sobreprotegidos llegan a ser adultos incapaces porque desarrollan glándulas suprarrenales más pequeñas y están menos motivados a enfrentar obstáculos” (p. 213).

Esto es, que el problema no puede ser emocional a secas u orgánico a secas, lo que existe es un retardo del lenguaje con respecto a otros niños, en que el niño no tiene desarrollado ni su sistema anatómico ni ha existido la estimulación adecuada, en forma igual a los otros niños.

Sin embargo se insiste, las causas de este retardo necesitarían una investigación por sí solas.

c) Evolución

De Azcoaga, "Los retardos del lenguaje en el niño", se expondrá el desarrollo que el niño vive del "retardo del lenguaje de patogenia anártrica", aunque esté incompleto, ya que sólo se describe la conducta verbal del niño y no la de los padres.

A menudo, los problemas se inician como un retardo simple del lenguaje. Sin embargo, las diferencias residen en los antecedentes del juego vocal (que en el retardo anártrico es escaso), en frecuentes disminuciones del volumen de la voz y en una pobreza del flujo del lenguaje (p.123, op. cit.). Éste comienza a detectarse en el nivel prelingüístico en su segunda etapa (propioceptiva-auditiva), de 10 a 11 meses o más, con una disminución cualitativa del juego vocal.

Y ya propiamente en el primer nivel lingüístico, del año a los cinco años aproximadamente, en la 1era. etapa: del monosílabo intencional (antes del año al año y medio aproximadamente), con claras dificultades. El sistema fonológico no se enriquece con nuevos fonemas consonánticos, ni tampoco la combinación (síntesis) entre estereotipos fonemáticos. Comienza a darse una sustitución del lenguaje con comunicación gestual.

A lo largo de la segunda etapa y tercera etapa de este mismo primer nivel lingüístico, la 2a. etapa llamada palabra-frase y 3era. etapa: palabra yuxtapuesta (después del año-2 años aprox.), existe un progreso en la comprensión del lenguaje, pero no así en la elocución. El aspecto fonético no se enriquece, aparecen distorsiones por insuficiencia en la diferenciación propioceptiva; "p" es sustituida por "b" o viceversa; "f" por "b"; "t" por "d" o a la inversa. Les cuesta trabajo y a veces no articulan el fonema "r", que gradualmente va siendo sustituido por "d". Sustituyen también la "r" por "s": "tala" por "sala". La actividad combinatoria entre fonemas se ve alterada con la pérdida de un sonido consonántico: "asta" por "ata"; "solado" por "soldado". Se da una lentificación de la adquisición gramatical por las dificultades fonemáticas, escasa flexibilidad en el uso del lenguaje, rica gesticulación, mientras que la voz y la prosodia no tienen alteraciones.

En la 4a. etapa del primer nivel lingüístico: la Frase simple (pasados los dos años- 5 años), la comprensión es normal (organización de juicios de causalidad, captación de mensajes emitidos en la comunicación corriente). Sin embargo sigue habiendo perturbaciones del sistema fonológico, se le dificultan al niño cada vez más la organización de polisílabos y la organización gramatical (dificultades para la incorporación de artículos, preposiciones y conjunciones); el lenguaje es ininteligible para extraños, e inteligible para los que están con él en contacto diario. Mientras la comprensión progresa, la ininteligibilidad de la palabra se dificulta más por dislalias múltiples o, como ya se dijo, dislalias anártricas. La comunicación es aceptable en el aspecto operacional concreto, sin ser la apropiada para el operacional abstracto.

Ya en el segundo nivel lingüístico (el de la comunicación conceptual y el pensamiento operacional concreto (5 años-7 años)), sigue percibiéndose retardo en la organización fonológica, que en general se completa más allá de los 7 años, y aun hay secuelas en la articulación. Existe agramatismo en declinaciones verbales y en la utilización de artículos y preposiciones, en especial, y una pobreza evidente en oraciones subordinadas. El pensamiento conceptual se halla disminuido; y las secuelas serán notorias en el aprendizaje de la lectoescritura ya en el periodo escolar, así como

en desequilibrios emocionales que responden a la conciencia de la dificultad cuando interactúa en un nuevo ambiente: el escolar.

Existen diferentes niveles de afección. Al cuadro más leve se le llama "Retardo simple del lenguaje", el cual es un atraso cronológico común, sin otras manifestaciones que un discreto compromiso del sistema fonológico. La otra forma más grave, el síndrome anártrico, puede ser la mudez. No todos los niños con un retardo del lenguaje simple o con el problema anártrico son o van a ser personas limitadas en su capacidad global. Por lo menos el 50% de los casos pueden adquirir espontáneamente habilidades en el lenguaje expresivo antes de empezar la escolaridad y posteriormente no requieren ninguna ayuda especializada; por eso se recomienda en estos retardos simples dar ejercicios especiales a los padres para que ayuden al niño a superar el problema en lugar de ingresar a terapia en el instituto.

Como una reseña, C. Sagan³⁷ en "El cerebro de Broca" cita lo que Albert Einstein, el conocido físico, escribió en su autobiografía:

"mis padres estaban preocupados porque no comencé a hablar hasta época comparativamente tardía, y llegaron a consultar el problema con un médico...por aquel entonces...seguro que no tenía menos de 3 años".

Es un "retardo simple del lenguaje", de acuerdo a esta descripción, y no un "retardo del lenguaje de patogenia anártrica", aunque no se sabe si en efecto se desarrolló este último. Debido a que Einstein desarrolló en forma espectacular sus capacidades espaciales y matemáticas, cabría preguntarse si este retraso en el lenguaje, que corresponde al hemisferio cerebral izquierdo, hizo que se desarrollara más en su infancia el hemisferio cerebral derecho, íntimamente ligado a las nociones espaciales y matemáticas.

1.5.2 EL INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

El I.N.C.H. es una dependencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que comienza a funcionar en 1969, cuando dos instituciones se unen: la Escuela Nacional para Sordomudos, fundada en 1866 en el antiguo colegio de San Juan de Letrán por Benito Juárez, y el Instituto de Audiología y Foniatria fundado a fines de 1952.

El objetivo de este instituto es lograr la rehabilitación de personas con problemas orgánicos con técnicas específicas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y está orientado desde una perspectiva médica. Las personas que acuden al instituto pasan por diversos servicios, dependiendo del problema; los más importantes son: preconsulta, lista de espera, estudios audiológicos, citas médicas, posibles citas psicológicas (si el médico lo cree necesario), cita para recibir el diagnóstico, lista de espera para terapia, y citas en terapia. La atención médica capta a la población efectuando el diagnóstico y auxiliándose, si lo cree necesario, de la atención psicológica.

La atención psicológica consta de tres servicios principales. El primero consiste en la evaluación de la población que es mayoría: los niños, a través de pruebas psicológicas (se emplean pruebas para explorar el funcionamiento intelectual o el nivel de desarrollo; el segundo es el de orientación familiar en una o máximo dos sesiones (servicio matutino); el tercer servicio es el de escuelas para padres (servicio vespertino en su mayoría) (citado de una circular llamada "Requisitos para solicitar la valoración psicológica de los pacientes que ingresan al Servicio de Lenguaje", *op. cit.*).

La atención terapéutica se lleva a cabo por las terapeutas del lenguaje. El instituto atiende sobretudo a la población de clase media, media baja, a baja, y las cuotas se cobran de acuerdo a un estudio socioeconómico. Se paga la atención médica y psicológica si esta última se requiere, así como las cuotas mensuales mientras el niño está en su terapia.

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La importancia teórica y social del estudio reside en que:

a) El “retardo del lenguaje de patogenia anártrica” tiene una alta incidencia en los niños y niñas mexicanos, a tal grado que fue la patología más frecuente de las 10 patologías de la comunicación humana atendidas en el I.N.C.H. en el año de 1995. Las otras patologías fueron el retardo de lenguaje de patogenia afásica, la tartamudez, la sordera, el labio paladar hendido, etc.

De los 5150 pacientes que fueron diagnosticados en forma integral en ese año, 797 casos le correspondieron, representando la mayoría en un 15.5%. En 1994 el porcentaje fue de 11.2%, en tanto que el 11.9% en 1993.

Estos datos fueron obtenidos del Archivo del Servicio de Estadística de Comunicación Humana, gracias a la amable colaboración de la responsable, Biól. Carmen del Río Rogel.

b) Debe considerarse el impacto del retardo en la familia, siendo que es un problema de envergadura suficiente como para que los padres de los niños sientan la necesidad de recibir atención profesional.

c) La aceptación del retardo por parte de ambos padres y el apoyo que ambos se dieran son claves para lograr un clima familiar de apoyo. Así, la ayuda psicológica brindada a los cónyuges para la plena aceptación y conciencia de lo que es el retardo resultaría en la una de las condiciones que deben darse para que el niño evolucione convenientemente. El diagnóstico correcto y la terapia correspondiente son los otros elementos para el logro de la plena recuperación temprana del nivel normal del lenguaje.

d) La explicación de la causa del retardo es una cuestión aun no resuelta completamente. Se considera que esta tesis aporta un resumen de los puntos de vista que la abordan además del punto de vista de los padres.

e) Numerosas tesis realizadas para obtener el título de licenciada “Terapista en Comunicación Humana” en el I.N.C.H., se han centrado en la relación del niño con el retardo y el papel de su familia. Las tesis incluyen desde un “Programa de Afectividad como Factor Importante dentro de la Rehabilitación de los Niños de 4 a 6 años” (1992); la “Historia Natural de la Enfermedad” (1996), en donde también se desglosan las conductas que el niño manifiesta por la frustración que su imposibilidad de expresarse conlleva; la “Importancia de los Padres ante el Problema de Comunicación Humana de su Hijo” (1992); hasta la “Influencia del Ambiente Familiar en la Adquisición del Lenguaje en el Niño de 0 a 4 años” (1995).

En casi todas estas investigaciones se considera que el problema del lenguaje es de origen neurológico ocasionado por algún acontecimiento pre, peri o post-natal, y que los padres deben apoyar a su hijo. La investigación desea contribuir a un mayor conocimiento del problema desde una perspectiva psicológica, para contrastarlo con el enfoque médico y terapéutico. Sólo mediante un enfoque multidisciplinario, sin asignar mayor peso a un enfoque en particular, se piensa que puede lograrse la comprensión del retardo.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según la bibliografía consultada, no existen investigaciones en que empíricamente se hayan analizado a los padres y sus relaciones conyugales ante el retardo del hijo. Lo encontrado fue que los padres ante una crisis y en especial ante el diagnóstico de la sordera muestran reacciones de insatisfacción que según Luterman pueden manifestarse al culpar o negar el problema. Las culpas y la negación también son mencionadas por Marchesi y son las presuntas defensas que aparecerían en el caso del retardo. La repercusión en la relación conyugal es mencionada mínimamente por estos autores (cuando dicen que es posible que los cónyuges se divorcien o en el extremo contrario, se apoyen; la primera opción está descartada por la elección de la presente muestra). La terapeuta Curiel López menciona que se generan en los padres, sin decir cómo, "perturbaciones emocionales" si no aceptan el problema del hijo y que se vive en una "atmósfera de inseguridad". La sobreprotección de las madres es otro factor que menciona como un freno que impide que el niño evolucione en su lenguaje. Ortiz y Rivera describen que es la ignorancia en la crianza del hijo por parte de los padres la causante de la no aceptación del retardo; además, la aceptación del retardo disminuiría la ansiedad del niño. Ellas dicen que según la personalidad de los padres, la integración de la pareja, el nivel social, económico e intelectual, la experiencia previa y los matices psicológicos, el niño con retardo es aceptado o rechazado por sus padres.

Hacen falta, por tanto, investigaciones empíricas que a un nivel psicológico familiar aborden el problema, investigación que se concreta en el presente estudio. Para ello fue necesario conocer las teorías psicológicas de las relaciones familiares y tener conocimiento directo de las repercusiones del retardo por medio de la técnica de la entrevista. Se piensa que es la relación conyugal ante el retardo la que va a determinar en un grado muy alto el clima favorable para la evolución adecuada del hijo.

El sentirse vulnerable, desesperado, angustiado o con miedo puede considerarse normal ante cualquier crisis, para luego pasar a otras etapas. La reacción ante el retardo según los autores podía restringirse al nivel individual pero también incluye al nivel de la relación conyugal, y ello, se piensa, podrá analizarse al observar junto con las reacciones individuales la conducta de los cónyuges.

Por ejemplo, es la mayor preocupación o ansiedad del cónyuge que detecta el problema, y cómo el otro lo apoya, niega o aparenta indiferencia, lo que puede dar un índice de las relaciones conyugales ante el retardo.

Ya se vió que Ackerman, por ejemplo, expone que ante un conflicto la familia puede usar distintos mecanismos defensivos o que por el contrario puede buscar una solución adecuada. Dentro de estas defensas, el ataque al otro cónyuge marca alguna otra repercusión más allá del propio problema del niño.

Con las siguientes dos variables se realizó este estudio:

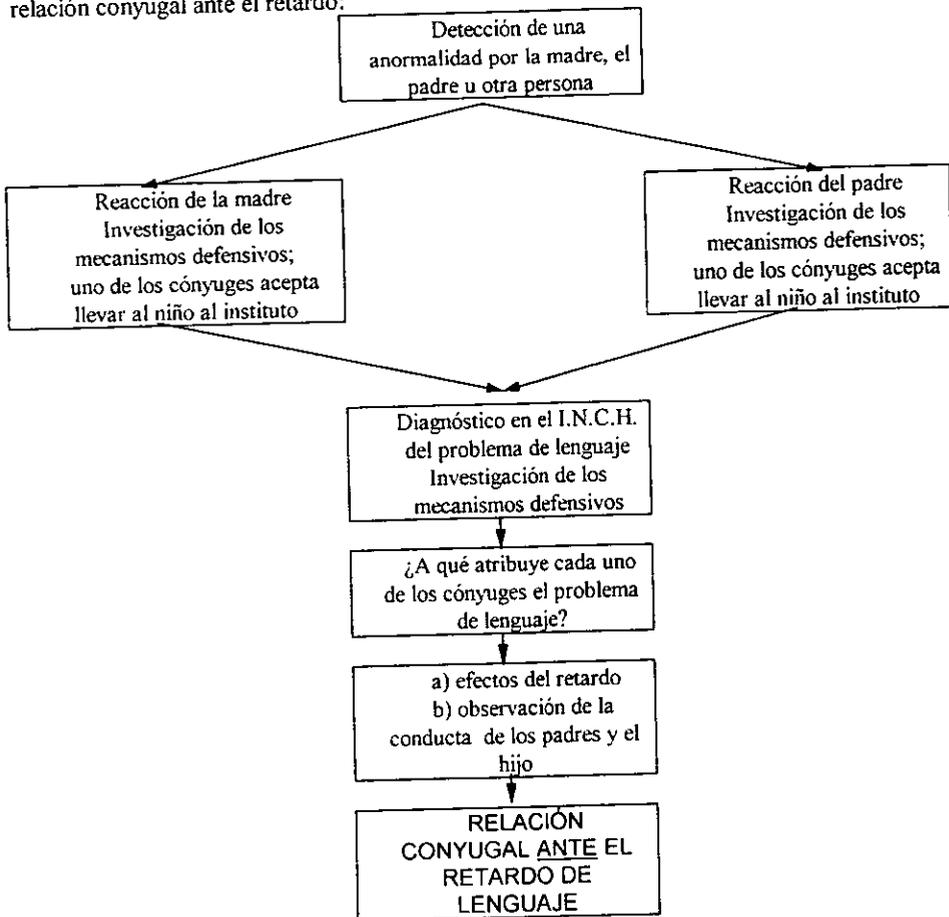
1.- LOS EFECTOS DEL RETARDO.- las reacciones de cada cónyuge en dos momentos retrospectivos y las causas que creían habían dado lugar al problema. Se preguntó cuáles fueron las reacciones que cada miembro sintió e hizo en su momento ante la detección de una anomalía y ante el diagnóstico de ya propiamente el problema de lenguaje, y las atribuciones de lo que según ellos lo originó, pasadas y/o presentes.

Reacciones Es el recuento retrospectivo de lo que cada uno de los cónyuges sintió y pensó ante la detección de una anomalía y el diagnóstico del problema de lenguaje; son los posibles mecanismos de defensa o reacciones inmediatas ante si mismo y ante el otro cónyuge que están siendo el resultado de la situación conyugal previa y ese suceso importante. Son mecanismos "automáticos" o "inconscientes" defensivos ante un desequilibrio o crisis.

Atribuciones del retardo Es el recuento de lo que cada cónyuge piensa y siente que causó el problema de lenguaje. Es la explicación racional (se espera) o irracional sobre el porque del problema.

2.- LA OBSERVACIÓN DE LA PAREJA Y DEL HIJO.- basada en las teorías psicológicas expuestas. Así, Ackerman habla de una posible desviación del problema cuando la pareja tiene conflictos o de la aceptación de ambos cónyuges. Fromm lo llama proyección o en otro extremo, el estado amoroso. Minuchin habla de triadas rígidas o de sistemas sin una problemática de límites en que cada subsistema respeta al otro.

El siguiente esquema muestra en forma gráfica las preguntas efectuadas para investigar la relación conyugal ante el retardo:



2.3 OBJETIVOS

- 1) Averiguar los efectos que tuvo el retardo del lenguaje en los cónyuges al conocer:
 - A) la noticia de una anomalía en su hijo o reacciones iniciales,
 - B) el diagnóstico del retardo del lenguaje o reacciones ante el diagnóstico y
 - C) la causa atribuida al problema de lenguaje para cada uno de los cónyuges.
- 2) De acuerdo al punto anteriormente mencionado y a la observación de la conducta de la pareja y el hijo, saber cuál fue la relación conyugal ante el retardo de lenguaje del hijo.

2.4 VARIABLES

Fue necesario aclarar cómo se pretendía abordar el problema, y comprender qué variables intervenían para formular las preguntas de la investigación. Para ello fue muy provechoso el libro de "Técnicas de investigación social", de Ezequiel Ander-Egg.

Las variables son una característica cambiante u observable ligada con una relación determinada a otros aspectos observables; son el elemento básico de las hipótesis, puesto que éstas se construyen sobre la base de las relaciones entre las variables referentes a determinadas unidades de observación, de acuerdo a Ander-Egg⁴ (p. 101).

Siguiendo la clasificación de este autor de la relación de las variables en los niveles conceptual y empírico, existen variables generales que se refieren a realidades no inmediatamente medibles, variables inmediatas que expresan algunos aspectos parciales de las variables generales pero más concretos y cercanos a la realidad, y variables empíricas que representan los aspectos directamente medibles y observables (p. 103, *ibid.*); en este estudio se tiene que:

variable general.- las relaciones conyugales de todas las parejas ante el retardo de lenguaje de patología anártrica del hijo

variable intermedia.- las relaciones conyugales de las parejas de este estudio ante el retardo de lenguaje de patología anártrica del hijo

variables empíricas.- 1.- los efectos del retardo a nivel de cada cónyuge
2.- la observación de la conducta de los padres y del hijo

Los **indicadores** son los valores o subdimensiones de las variables y existen **índices** o pesos específicos, que se evalúan de acuerdo a su importancia.

Los indicadores de la variable "efectos del retardo de lenguaje" son:

- a) las reacciones iniciales (o sentimientos y pensamientos ante la detección del problema de lenguaje de su hijo de cada cónyuge)
- b) las reacciones ante el diagnóstico (o sentimientos y pensamientos ante el diagnóstico del problema de lenguaje de su hijo de cada cónyuge);
- c) las atribuciones del retardo (o causas de éste según cada cónyuge)

Los índices de la variable "reacciones" son: miedo, angustia, es normal, etc.

Aquellos de las "atribuciones de las causas" son: atribuciones a causas externas, a la culpa del propio cónyuge, a la culpa de ambos cónyuges, etc. Los índices o pesos específicos de las

atribuciones de acuerdo a su importancia y el por qué de esa importancia se verán posteriormente (véase “Análisis de los resultados”, p. 66).

Los indicadores de la variable “observación de la conducta de los padres y del niño” en base a los autores revisados que tratan las relaciones familiares dependieron de lo que en cada caso se observó, recuérdese que este es un estudio exploratorio. Algunos de ellos fueron:

- límites difusos, rígidos o claros entre el subsistema conyugal y el de los cónyuges como padres
- sobrepotección (Ackerman)
- rasgos de personalidad de los padres

DEFINICIÓN # 1

Los efectos del retardo de lenguaje de cada cónyuge son: 1) los sentimientos o pensamientos ante la detección de una anomalía; 2) los sentimientos o pensamientos ante el diagnóstico; y 3) las atribuciones que son las causas que según los padres lo originaron.

PREMISA # 1

Las relaciones conyugales ante el retardo de lenguaje del hijo pueden evaluarse al conocer los efectos del retardo en cada cónyuge y al observar la conducta de los padres y del niño.

PREMISA #2

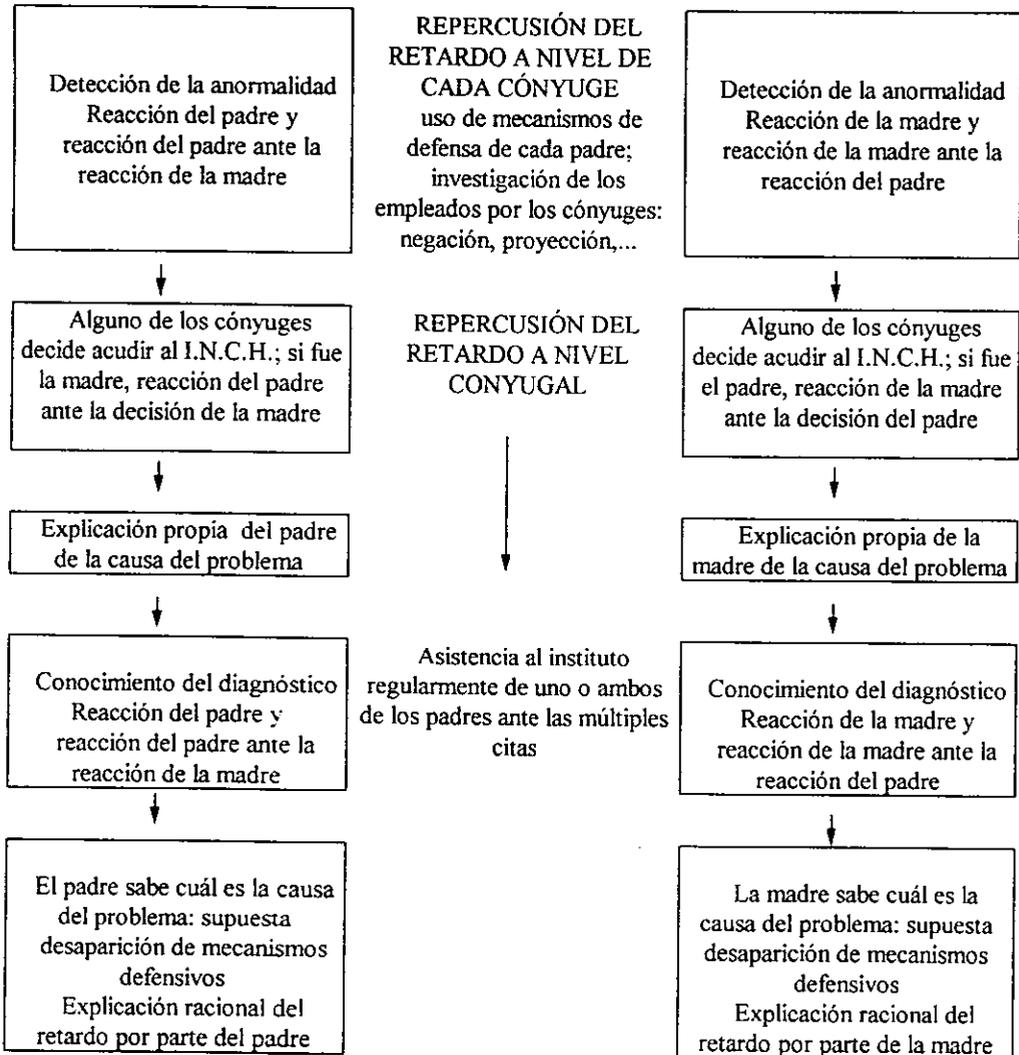
La conducta de los padres y del niño es la conducta que observa la entrevistadora de la relación madre-padre-hijo. La conducta tuvo como marco de referencia a los autores revisados: Freud, Fromm, Ackerman y Minuchin en lo que respecta a las relaciones padre-madre-hijo.

De acuerdo a ello las preguntas de esta investigación son:

H₁.-¿Qué efectos tuvo el retardo de lenguaje del hijo en los padres?

H₂.- ¿Cuál fue la relación conyugal ante el retardo de lenguaje del hijo?

Si se analizan con más detenimiento los niveles involucrados en el proceso psicológico posible seguido por los padres, tenemos en el esquema e, que:



2.5 JUSTIFICACIÓN DE LA TÉCNICA

No se empleó un cuestionario como técnica recopiladora de datos debido a que se pretendían conocer las respuestas de los padres tanto en forma global como en forma más detallada *in vivo*, lo cual con un cuestionario o pruebas proyectivas no hubiera sido posible.

La exploración de los efectos del retardo y de las relaciones conyugales ante el retardo en esta investigación se llevaron a cabo por medio de una entrevista en donde se observaron las respuestas e interacciones de los cónyuges.

La entrevista en psicología como técnica recopiladora de datos orientada psicodinámicamente fue empleada primeramente por Freud, tomando en cuenta que el psicoanálisis es: 1. una técnica de investigación, 2. una teoría de la personalidad, y 3. un procedimiento terapéutico (Alexander, *op. cit.*, p. 14).

Bleger⁷, ya con un enfoque grupal, considera que la entrevista es un proceso dinámico que se va estructurando a partir de hipótesis: las preguntas se van condicionando a las respuestas y viceversa. (p. 10-13, *ibid.*). La base por la cual se sigue el proceso hipotético en el presente estudio es el intentar conocer lo que está sucediendo en las relaciones conyugales dentro de un marco teórico y normativo en la situación experimental del proceso de la entrevista.

En el primer proyecto de esta tesis (véase la nota preliminar para mayores explicaciones) sucedió algo semejante a lo realizado por Hernández López²³ (1984), quien empleó un procedimiento terapéutico con diez madres de familia tendiente a “generar un cambio; dicho procedimiento fue dinámicamente orientado, con límite de tiempo y objetivo predeterminado. Complementariamente, se manejaron aspectos de reeducación, orientación y apoyo, en forma directiva” (p. 80). Su objetivo era usar este procedimiento en sesiones con las madres y los padres de familia, pero “debido a las limitaciones propias de la institución, ésto fue imposible”, así que lo llevó a cabo con diez madres de familia, en 18 sesiones individuales por madre, una vez por semana. A diferencia de Hernández, en el proyecto modificado se prefirió entrevistar a los dos cónyuges, aun a costa del número de sesiones.

También el primer proyecto pretendía tener una orientación psicodinámica, pero al reducir las nueve sesiones a una sólo se dispuso de las respuestas y de las observaciones de la conducta de los cónyuges y el niño.

Así, fueron tomadas en cuenta las respuestas de los padres a las tres preguntas (sobre las reacciones ante una anormalidad, las reacciones ante el diagnóstico, y, principalmente las causas atribuidas al problema del lenguaje). La conducta entre los cónyuges se observó desde el principio de la sesión, pero se consideró que fue cuando se hizo la tercera pregunta, que ésta pudo observarse más claramente y que mostraba cómo los cónyuges estaban actuando uno ante el otro.

Las tres preguntas realizadas son producto de la enseñanza de las clases de “Psicología Clínica y Psicoterapia I y II” impartidas por el Dr. Jesús Morales Tapia, director de esta tesis, quien recomendaba a sus alumnos, -yo entre ellos- leer el libro de Alexander y cols³. Estos autores opinan que en su primera sesión terapéutica (los terapeutas) hacen preguntas para “dirigir la atención hacia lagunas y discrepancias...(y) el terapeuta debe aprender a valorar claves al parecer insignificantes, e intentar reconstruir la significación emocional del material aportado por el paciente.” Este “intentar reconstruir la significación emocional”, fue uno de las principales intereses de la investigación (p.129-131, *ibid.*).

Las respuestas obtenidas de los padres y su interpretación fueron contrastadas con lo expuesto por Luterman, Marchesi, Fenichel y Grinberg y las teorías sobre las relaciones de la pareja. De Luterman sobre todo, surgió la pregunta de si el retardo fue para los padres un proceso psicológico de crisis ante la detección de una anomalía y en especial ante el diagnóstico, que comenzaba en la inconsciencia (o reacciones inmediatas defensivas), y finalizaba con la consciencia y aceptación del problema (por ello se preguntó por las atribuciones de las causas); (recuérdese que hasta la 3era. etapa aún no se admite el problema).

Como se mencionó anteriormente, se consideró que la primera sesión del primer proyecto era relevante para el presente proyecto. Por ello se desglosó y clasificó lo que pudiera ser significativo y representar las relaciones conyugales ante el retardo para saber qué hacen los cónyuges. Esa es la segunda pregunta del presente estudio.

Cuando los padres tenían dudas sobre qué era el retardo y/o cuando desconocían sus causas, la entrevistadora contestó qué era y en lo posible y en lo conocido el por qué de éste, y les dió un consejo según el caso que se tratara.

En cuanto a si el entrevistador debe o no visitar los hogares, Ackerman recomienda que sí debe hacerlo como uno de los medios para observar la interacción familiar y relacionar así la conducta de un miembro particular con la de la familia. Aconseja que sea de forma informal y sin tomar notas para poner atención al clima emocional del hogar, aunque en este estudio se prefirió tomarlas por ser una única sesión y para poder desglosar el aporte de cada cónyuge y su interacción; este autor recomienda que la entrevista no debe ser mantenida a nivel de preguntas y respuestas (no nivel cuestionario) (véase Ackerman, *op. cit.* p. 168).

A sugerencia del director de tesis, el Prof. Morales, se observó que el hogar que construyó la familia era una representación de su vida emocional; además, agrega la autora de este trabajo, es un índice, no confiable completamente, de la clase socio-económica de la familia.

2.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Atribuir.- Aplicar hechos o cualidades a alguna persona o cosa.

Conflicto.- El Diccionario de Psicología de 1974 lo define como el "estado emotivo doloroso producido por una tensión entre deseos opuestos y contradictorios, y debido a que un deseo inconsciente (reprimido) encuentra impedida la entrada al sistema consciente". Warren, Howard (editor), p. 64.

Conflicto conyugal.- Según Martínez Guzmán en el Diccionario de Psicología del año de 1983, es el "estado emotivo doloroso producido por una tensión entre deseos opuestos y contradictorios en una pareja dados por diversas circunstancias." (citado en Martínez Guzmán, p. 99, *op. cit.*)

Causas del retardo.- O atribuciones de las causas que según los padres originaron el problema de lenguaje. Según Azcoaga, las que propiamente dan lugar al retardo anártrico son debidas a causas prenatales, perinatales o postnatales, como sufrimiento fetal, maniobras o traumatismos obstétricos equivocados que producen hipoxia o anoxia; o causas genéticas sin especificar cuáles; o meningitis o encefalitis. Por otro lado, dice que existen "alteraciones de causas psicógenas" que dan lugar a

distalías psicógenas o funcionales, o “de las neurosis y psicosis”. Launay, por su parte, dice que aun no se saben las causas, pero que al parecer existen diversos factores que están relacionados y que no se le puede adjudicar sólo a uno de ellos. Es claro, se piensa, que se deben seguir investigando las causas.

Culpa.- El sentimiento principalmente inconsciente de haber actuado mal relacionado con haber dañado a otra persona, una dolorosa tensión interna que trae a la conciencia una ansiedad concomitante. Esta ansiedad va acompañada de la convicción interna de castigo inevitable...produce una verdadera necesidad psíquica de autocastigo. La culpa deriva más fuertemente de la cualidad interna de la conciencia de la persona (Gehart y Singer, citados por Ackerman, *op. cit.*).

El conflicto neurótico se hace más complicado cuando la angustia es reemplazada por sentimientos de culpa. Los sentimientos de culpa representan una angustia tópicamente definida, la angustia del yo frente al superyó...un juicio doloroso sobre cierto acontecimiento pasado, con carácter de remordimiento...Se siente el temor no sólo de que ocurra algo terrible dentro de la personalidad, sino también de perder ciertas cosas placenteras, tales como el bienestar, la protección y la seguridad hasta ahora existentes. Esta pérdida temida puede tener el carácter de una pérdida de la autoestima, situación ésta cuya expresión más extrema es la del aniquilamiento...Este dolor constituye un displacer específico, y el evitarlo es el objetivo de toda persona consciente” (p. 159-160, Fenichel, *op. cit.*).

Por ser un sentimiento, que como se mencionó, toda persona consciente trata de evitar, lo que puede rastrearse es en general el mecanismo de defensa; el sentimiento de culpar al otro cónyuge, o sea: “tú tienes la culpa, no yo”: mecanismo de defensa de proyección, pero proyección usada en el cónyuge, mientras que pudo usarse la proyección al culpar a una causa externa, por ejemplo; la negación de la culpa es otro mecanismo posible, etc.

Entrevista.- Es una relación entre dos ó más personas en la que éstas intervienen como tales...consiste en una relación humana en la cual cada uno de sus integrantes debe de tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento. De ese saber y de esa actuación depende que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista...La entrevista psicológica intenta el estudio y la utilización del comportamiento total del sujeto en todo el curso de la relación establecida con el técnico. En este enfoque, el entrevistador forma parte del campo, por lo que las condiciones naturales de toda la conducta humana son las condiciones humanas: los vínculos y las relaciones humanas. No sólo la actitud y técnica del rol del entrevistador,...sino también los objetivos, el lugar y el tiempo; el encuadre funciona como una especie de estandarización de la situación estímulo que ofrecemos...El campo de la entrevista tampoco es fijo, sino dinámico. (Bleger⁷, pp.11-20).

Sullivan⁴⁰ define la entrevista como: “un sistema, o serie de sistemas, de procesos interpersonales, derivados de la observación participante, como resultado de la cual el entrevistador puede llegar a conclusiones referentes al entrevistado.” (p. 157).

Familia.- Proviene del latín “familus” y apareció en Roma. Nombre que debió designar el conjunto de los esclavos y servidores que vivían bajo un mismo techo (...), después, la casa en su totalidad: por una parte, el señor, y por otra, la mujer, los hijos, y los criados que vivían bajo su dominación (...). Por la extensión de su sentido, la familia vino a designar a los “agnati” (parientes paternos) y “cognati” (parientes maternos) y se convirtió en sinónimo de “gens”, o sea, comunidad formada por todos los que descienden de un mismo antepasado (Zavala, S. *et al.* p. 34., *op. cit.*)

Límites entre los subgrupos.- Basados en Minuchin, es el grado de responsabilidad y autoridad de cada uno de los subsistemas: el conyugal y el paterno en este caso. Esto incluye el grado de involucramiento y/o rigidez.

Rasgos de personalidad.-Teniendo en cuenta que ninguna entrevista puede agotar la personalidad del paciente, sino sólo un segmento de la misma porque ninguna situación puede lograr la emergencia de la totalidad del repertorio de conductas de una persona (Bleger, J., p. 15, *op. cit.*).

Reacciones ante una anomalía y ante el retardo de lenguaje.- Los sentimientos o pensamientos ante la detección de una anomalía son aquellos con los que comienza a tener efectos en los cónyuges el problema de lenguaje de su hijo. Ante el diagnóstico son sentimientos y pensamientos “ante el diagnóstico”. Incluyen tanto a los mecanismos defensivos (negación, proyección) como a lo que no lo son (sentimientos de culpa propios, angustia y miedo).

Retardo del lenguaje de patogenia onátrica.- Se diagnostica cuando existen defectos al arreglar las sílabas componentes para formar palabras con significado, omitiendo algunas, reemplazando (por sonidos de forma similar) e invirtiendo o confundiendo su orden, lo que se acentúa en palabras largas, y al unir las últimas y las primeras sílabas; esto da lugar a los neologismos (invención de palabras nuevas). Al niño no le es posible la articulación correcta y comprensible de algunas de las palabras (dislalias) e incluso de frases, con una subsecuente limitación del vocabulario, incluyendo el empleo de una jerga propia a veces comprensible sólo para los familiares cercanos siendo en otras ocasiones incomprensible aun para ellos. El niño puede presentar un “retardo simple del lenguaje” para derivar en este tipo de retardo. (Resumen de lo encontrado como definitorio del retardo, véase para una mayor explicación el apartado de “Definición del retardo de lenguaje”).

Pensamientos marginales.- Adaptado de los llamados “pensamientos marginales” de Frieda Fromm-Reichmann. Se consideraron como pensamientos marginales a los pensamientos que para cada miembro de la pareja pudieran resultar ilógicos o faltos de razón; esto es, cuando el pensamiento asociativo de un cónyuge está relativamente “libre” para ser alentado a ventilar en forma libre los pensamientos, sentimientos, y fantasías. Ello se considera la manera más adecuada de traer a la consciencia material disociado o reprimido (Fromm-Reichmann²¹, F. p. 71)

Proyección.- En él, las emociones o excitaciones que el yo trata de rechazar son “escupidas”, y luego sentidas como cosa fuera del yo, para establecer una distancia entre esto y yo. El impulso censurable, en lugar de ser percibido en el propio yo, es percibido en otra persona. (Fenichel, *op. cit.*, p. 173).

Sexualidad en los cónyuges.- Es un sentimiento amoroso que incluye el sentirse unido: la superación de la separatividad (Fromm), e incluye al amor erótico: los orgasmos, los besos, las caricias, consecuencia de la concepción del otro y de sí mismo.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 SUJETOS

Se consideraron diez parejas que cumplieran con los siguientes requisitos:

- Uno de sus hijos debía tener una edad de 4 a 7 años, y haber sido diagnosticado con un "retardo del lenguaje de patogenia anártrica".
- El miembro diagnosticado debía acudir al servicio de terapia o estar dado de alta recientemente del I.N.C.H.
- La pareja consistiera en un hombre y una mujer integrados como pareja: que vivieran bajo el mismo techo junto con sus hijos.
- Las parejas accedieran a participar en la investigación.

La muestra recogida consistió en familias de clase socio-económica media-baja a media, lo cual se observó al acudir a las casas de la mayoría de las familias; esta consideración de la clase socio-económica fue observada más que evaluada con cuestionarios u otros instrumentos.

Para igualar la muestra, se decidió elegir a 5 niñas y 5 niños.

La siguiente tabla muestra la posición que ocupó el hijo con retardo entre los hijos de la pareja y la frecuencia:

Hijo	Frecuencia
hijo único	II
1er. hijo	III (I del matrimonio, 3ero del padre)
2o. hijo	III
3er. hijo	I

tabla C

Además se percibió que las parejas estudiadas tenían un máximo de 4 hijos y un mínimo de uno; muchas de ellas ya consideraban que su primer hijo iba a ser el único debido a la imposibilidad de tener más (véase casos # 3 y 4: por hipotiroidismo y la atrofia en la trompa de Falopio de la esposa). Desafortunadamente no se preguntó el nivel educativo de los padres; sí se averiguaron las ocupaciones de los cónyuges, estas son:

número de caso	padres	madres
1	empleado	ama de casa
2	mecánico	ama de casa
3	jefe del depto. de una empresa	ama de casa con trabajo ocasional
4	maestro	maestra y pedagoga
5	comerciante	ama de casa
6	técnico	ama de casa
7	arquitecto	ama de casa
8	tendero	ama de casa que ayuda en la tienda
9	cartero	secretaria
10	técnico en comunicación desempleado	operadora de teléfono

tabla D

Las edades de los cónyuges fueron (tabla E):

# caso	padres	madres
1	30	30
2	38	30
3	47	43
4	40	42
5	30	27
6	33	30
7	33	31
8	50	34
9	40	37
10	37	37

La siguiente tabla muestra la edad de los niños en el momento de entrevistar a sus padres, la edad aproximada en que alguno de los padres detectó el problema de lenguaje y quién lo detectó.

Número de caso	Edad de los niños	Edad aproximada de detección	Persona que lo detectó
1	5a 4/12	3a - 4a	madre
2	4a 10/12	2a 6/12	madre
3	6a 6/12	3a	pediatra
4	4a 6/12	1a 5/12-1a 6/12	madre pedagoga
5	5a 4/12	2a 6/12	tía paterna
6	3a 8/12	2a 6/12	madre
7	3a 1/12	1a2/12- 1a 6/12	madre
8	4a 6/12	2a 2a 6/12	madre
9	4a	2a -3a	padre
10	6a 3/12	1a / meses	abuela materna

tabla F

3.2 MUESTREO

La muestra fue tomada en forma intencional a partir de la solicitud de cooperación y explicación de la investigación a alguno o a ambos padres (si se encontraban presentes) el día en que acudían a llevar a sus hijos a terapia, o por teléfono, requiriéndose sólo que se cubrieran los criterios antes especificados. Todas eran parejas que continuaron unidas después de la detección y el diagnóstico del problema, además de haber completado todas las citas necesarias para ingresar al I.N.C.H. y poder permanecer en terapia. Es, por lo tanto, gente interesada, con tiempo y dinero, para que los profesionistas atiendan el problema de su hijo.

3.3 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de casos de tipo descriptivo exploratorio.

3.4 PROCEDIMIENTO

Desafortunadamente no fue fácil obtener la muestra, y si cierto procedimiento no daba más resultados, otro era ideado. Después de hacerse las peticiones correspondientes al permiso de las autoridades para realizar la tesis:

- la entrevistadora se presentó a los padres ante la solicitud personal de las terapistas
- la entrevistadora se presentó a los padres y les pidió su colaboración para la investigación.
- se estableció contacto por teléfono con alguno de los padres, después de buscar candidatos en las listas de las terapistas que brindaron su apoyo
- las terapistas informaron a los padres y solicitaron sus teléfonos, luego la entrevistadora se comunicó con ellos

A todos se les informó que lo que pretendía la investigación era obtener información, a partir de ellos, sobre cómo le había afectado al niño y a ellos como cónyuges el problema; se dijo a un miembro o a la pareja (si estaba ahí el padre, ya que es generalmente la madre la que lleva al niño a la terapia del lenguaje) que el estudio requería de la asistencia a la sesión de los padres y del niño o niña diagnosticado con el problema de lenguaje.

Antes de comenzar las entrevistas se aclaró a los cónyuges que era una investigación para efectuar una tesis de licenciatura, que su colaboración era voluntaria y gratuita, y que la información era confidencial, a excepción de su exposición en la tesis.

Después del primer contacto con las madres, se estableció de nuevo contacto por medio de una llamada telefónica con las familias que reunieron los requisitos a. a. d. y se procedió a la concertar la cita.

Se les citó a una hora convenida entre la familia y la investigadora, siendo la sede de las entrevistas el lugar que para las parejas y la entrevistadora fuera más asequible: uno de los cubículos de trabajo del I.N.C.H., o la casa de las familias, y se procedió a preguntar.

Cada sesión tuvo como duración un periodo de 50 min., siendo la totalidad de sesiones para cada familia de una, por lo que se tuvo un total de entrevistas de 10.

La exploración de las relaciones familiares se llevó a cabo por medio de entrevistas estructuradas y dirigidas.

Se escribió durante la sesión lo expuesto por cada uno de los padres en forma detenida de acuerdo a las preguntas abajo citadas en una libreta; la información fue simplificada, analizada e interpretada (véase "Análisis de los resultados" y criterios de agrupación).

3.5 SOBRE LA ENTREVISTA Y SUS PREGUNTAS

Las sesiones tuvieron el siguiente esquema general (lo colocado entre guiones podían ser algunas de las cuestiones tratadas, si es que los cónyuges así lo exponían, aunque algunas de éstas también pudieron observarse sin que a ello hicieran alusión):

1° SESIÓN

Se preguntó por las iniciales el nombre de cada uno de los cónyuges, ocupación, edad del hijo y lugar que ocupa en el número de hijos de la pareja, además de las características de la afección del hijo según ellos.

La sesión se centró en las repercusiones que para cada uno de los cónyuges tuvo el problema de lenguaje. Se les preguntó desde cuándo detectaron el problema y quién lo detectó; y las condiciones en que se percibió. Se preguntó por los sentimientos -aparición de reproches entre los cónyuges y/o para con el niño, culpas, el sentirse fracasado o devaluado ante la discapacidad de uno de los miembros; si existió la negación persistente de algún problema, o alguna otra manifestación sobre el retardo-; se recogieron y registraron las inquietudes que había sobre: los pensamientos marginales, cuáles pensaban que habían sido las causas del padecimiento, y qué pensaban que había sucedido para que se manifestara.

Se observó durante la sesión, y se registró posteriormente, el comportamiento de los miembros entre sí y para con el niño. Con todo ello se obtuvo una impresión de la relación conyugal ante el "retardo del lenguaje de patogenia anártrica".

Además pudieron conocerse algunos aspectos de la vida familiar antes de la detección del problema debido a la conexión del retardo con algunos aspectos fundamentales sobre el niño: las condiciones de embarazo; cómo transcurrió; cómo era antes; qué esperaban; cuáles fueron las reacciones ante su nacimiento.

Como se mencionó anteriormente, los datos se obtuvieron a partir de una entrevista estructurada, por medio de preguntas abiertas, con la suficiente flexibilidad para abordar temas que para los cónyuges estuvieran relacionados con el problema. Es evidente entonces que además de las preguntas aquí expuestas, se realizaron otras que no estaban contempladas, y que de acuerdo a las circunstancias se elaboraron en el momento para esclarecer de la mejor manera posible las condiciones en que se desarrolla la pareja y la familia ante el retardo.

Se realizaron las siguientes preguntas "base" a cada uno de los cónyuges, sin que el orden en que cada uno de ellos contestara fuera constante, sino en forma espontánea, preguntando la entrevistadora las mismas preguntas a cada uno de ellos en forma intercalada, sin evitar las respuestas espontáneas de cada uno:

1. ¿Cuáles son sus iniciales?; ¿a qué se dedica?; ¿qué edad tiene su hijo?; ¿qué le sucedía a su hijo?; ¿quién fue el que detectó alguna anormalidad?; ¿desde cuándo lo detectó y qué edad tenía el niño?; ¿cómo se fueron dando cuenta que algo pasaba?; ¿qué sintió?; ¿qué pensó?; ¿podría decirme cómo le dio la noticia a su cónyuge?; ¿qué dijo, cómo se sintió?; ¿qué sintió?; ¿qué pensó?; ¿cómo llegan al instituto?; ¿qué sucede cuando les dan el diagnóstico de su hijo? ¿qué sintieron ante el diagnóstico?; ¿qué pensaron ante el diagnóstico?; ¿a qué atribuyen el problema de lenguaje?; ¿por qué sintieron que se suscitó el problema del lenguaje?; ¿por qué pensaron que se suscitó?; ¿alguna otra causa que creen pudo haber provocado el problema de lenguaje?; ¿existe el antecedente de que algún familiar o ustedes tuvieran un problema de lenguaje o aprendizaje?.

Otras de las preguntas, pero no base, fueron: ¿cuáles fueron las condiciones de su embarazo?; ¿cómo transcurrió?; ¿cómo era antes?; ¿qué esperaban?; ¿cuáles fueron las reacciones ante su nacimiento?; ¿qué entiende usted por sobreprotección?; ¿sobreprotección de quién?; ¿por qué cree que él es el más sobreprotegido?; etc.

CAPITULO IV. RESULTADOS

Después de recabar la información fueron necesarias las fases de análisis, reducción e interpretación de los datos. Se agruparon los datos repetidos y se obtuvo la frecuencia de las reacciones y las atribuciones de los padres y de las madres por separado.

Para el análisis de los datos, éstos se colocaron tanto en tablas como en gráficas en base al modo principalmente. Además, dentro del rubro de atribuciones se elaboró una escala tentativa para tratar de esclarecer el nivel de aceptación o no del retardo.

SOBRE EL PROBLEMA ANÁTRICO

Antes de comenzar se reflexionó sobre el retardo de lenguaje en si y lo encontrado en los padres a partir de él. El retardo anártrico tiene una particularidad: es un problema en la adquisición del lenguaje, característica que resultó en una indefinición del comienzo exacto y de la variabilidad en que se detectó (de 1 año y meses a entre los 3 años-4años aproximadamente). En los padres se observa confusión respecto al origen del retardo si es que acaso aceptan su existencia.

La detección de la anormalidad -fue detectada en su mayoría por las madres en el 60% de los casos, el 10% por los padres y el restante 30% por otra persona- y la decisión de acudir a consultar a un profesionista no fue arbitraria, resultó del miedo y la angustia sentidas en especial por la madre, para quien el retardo comienza a ser una realidad.

La detección de una presunta anormalidad en el hijo comprende a grandes rasgos:

- a. la comparación del niño con primos, compañeros u otros hijos, y las ansiedades, expectativas y la autoestima de los padres.
- b. la sospecha (de una tercera persona o del cónyuge) de que efectivamente algo le sucede al niño y reacción del primer cónyuge
- c. el informe al otro cónyuge sobre la sospecha
- d. la reacción del cónyuge ante esa sospecha
- e. el paso por etapas de dudas, ansiedades, convencimientos de normalidad, dudas, y aceptación de por lo menos uno de los miembros de la pareja
- f.. uno o ambos cónyuges se hacen responsables del niño ante las citas y terapias

Una observación sobre el retardo y que no pudo afirmarse definitivamente ya que no fue el objetivo de la investigación, se incluye en el Apéndice II en donde se describe que, a excepción de un caso, en los casos de sobreprotección los niños no tienen padres con antecedente. Además se observaron distintas formas en que los padres definían el "retardo de lenguaje", y distintas causas: una hereditaria en que el niño hablaba rápida e incomprensiblemente; y otra debida a la falta de estimulación (por sobreprotección, abandono o falta de atención, en que los niños retrasan su habla.

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los siguientes criterios fueron electos para exponer lo encontrado mediante la técnica de la entrevista:

- 1) datos generales sobre los cónyuges y el niño anártrico
- 2) efectos encontrados en los cónyuges
- 3) observaciones sobre la conducta de los cónyuges y sobre la conducta del niño.
- 4) otros factores encontrados que intervinieron en las repercusiones del retardo en los cónyuges
- 5) la conclusión fue la relación conyugal ante el retardo

1) DATOS GENERALES SOBRE LOS CÓNYUGES Y EL NIÑO ANÁTRICO

- iniciales, edades y ocupaciones de los cónyuges; edad actual del niño y lugar que ocupa en el número de hijos; antecedentes en su familia de retardos similares u otras afecciones,
- algunos aspectos de la vida familiar durante el problema:
situación general de los cónyuges ante la detección del problema y ante el diagnóstico o descripción de cómo habían sospechado de la existencia de un problema, qué edad aproximada tenía el niño, qué problemas detectaban en él, y cómo fue que finalmente decidieron llevar al niño al instituto.

2) EFECTOS ENCONTRADOS EN LOS CÓNYUGES

- Reacciones de cada uno de los cónyuges ante la detección de alguna anomalía y reacciones de cada uno de los cónyuges ante el diagnóstico.
- Atribuciones de cada uno de los cónyuges del problema de lenguaje

a) **Reacciones.**- se obtuvieron los sentimientos de los cónyuges ante la detección de una anomalía y ante el diagnóstico, lo que no excluyó que uno de los cónyuges se hubiera sentido de una sola manera y que todas las respuestas de los padres se incluyeran en el recuento.

Para realizar lo anterior, se obtuvo la frecuencia de los sentimientos de ambos padres y luego se separaron en los de las madres y los de los padres. En la tabla G que sigue se muestra la división y la frecuencia de cada división ante la anomalía, y en la tabla H, ante el diagnóstico. En la tabla # 2 o "Efectos del retardo en los padres", p. 83, se pueden observar los efectos más detenidamente.

Téngase en cuenta que las siguientes tablas G y H consideran el número total de personas entrevistadas: las 10 madres y los 10 padres, esto es, N=20 para cada causa (lo que puede observarse en la gráfica #3 a la #8 p. 89 y 90, en donde se encuentran en el siguiente orden: frecuencia de los sentimientos de ambos cónyuges, frecuencia de los sentimientos de las madres, y frecuencia de los sentimientos de los padres).

FRECUENCIA DE LOS SENTIMIENTOS DE LOS PADRES ANTE LA DETECCIÓN DE UNA ANORMALIDAD

	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4	C. 5	C. 6	C. 7	C. 8	C. 9	C. 10	Tot.	Total
<i>Negación</i>	P	P	MP		PM	P		P			8	6P 2M
<i>Miedo</i>		M	M	MP	M	M	M	M		MP	10	2P 8M
<i>Molestia</i>		M									1	1M
<i>Enojo</i>	M	M								MP	4	1P 3M
<i>Tranquilidad</i>						M	PM	M	P		5	2P 3M
<i>Contento</i>									PM		2	1P 1M

M=Madre; P=Padre

tabla G

Puede observarse que las reacciones iniciales más frecuentes fueron: miedo o angustia, y negación. Entre las madres el miedo predominó mientras que la negación lo hizo entre los padres.

FRECUENCIA DE LOS SENTIMIENTOS DE LOS PADRES ANTE EL DIAGNÓSTICO

	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4	C. 5	C. 6	C. 7	C. 8	C. 9	C. 10	Tot.	Total
Negación	P	P						P			3	3P
Miedo					M						1	1M
Molestia		M									1	1M
Enojo o coraje					MP						2	1P 1M
Tranquilidad	M	MP	PM	PM	PM	PM	PM	M	P	PM	17	8P 9M
Contento								P	M		2	1P 1M

M=Madre; P=Padre

tabla H

Ante el diagnóstico la mayoría de los padres dijeron que se habían sentido más tranquilos al saber por los médicos que no era un problema muy grave.

b) **Atribuciones.**- después de analizar las atribuciones se encontró que las causas se podían clasificar en 7: 3 de ellas que incluían culpas en uno o ambos cónyuges (culpa proyectada en uno o ambos cónyuges); otra clase se refería a que el cónyuge se culpa a si mismo; otra, a causa externa; otra al desconocimiento; y otra a la negación.

Se clasificó lo anterior en términos de quién se siente culpable, quién elude la culpa, quién la proyecta, quién la niega, aunque hubo padres que desde antes (desde las preguntas de sus sentimientos del problema de lenguaje), aprovecharon para culparse. Se obtuvo la frecuencia de cada clase para las madres y los padres, y ello se muestra en la siguiente tabla I (véanse los mismos resultados pero en forma gráfica en la p. 91):

FRECUENCIA DE LAS ATRIBUCIONES DE LOS PADRES

causa	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4	C. 5	C. 6	C. 7	C. 8	C. 9	C. 10	Tot.	Total
externa	M		MP	MP	PM	M	MP	M	P	P	13	6P 7M
se culpan		MP								MP	4	2P 2M
1 culpa al otro			M		P	M		P	P		5	3P 2M
por su culpa		M	M	P	M	PM		M	MP	P	10	4P 6M
negación	MP	P	P					P			5	4P 1M
no sabe	P		P				PM				4	3P 1M
p.culp.2		M	M			M	M	M	M	M	7	7M

tabla I

A primera vista es observable la variabilidad de opiniones y por lo tanto la falta de certeza de lo que está causando el retardo del hijo, sin embargo sí existe cierto consenso. Puede observarse haciendo un análisis estadístico descriptivo no paramétrico de la moda -o valor que se repite más veces (o mayor frecuencia)- que la mayoría de los cónyuges opinó que la atribución es debida a una causa externa, seguida de la culpa del propio cónyuge y de "la culpa es de los dos", dice uno de ellos.

Las madres, además de opinar que el retardo se debía a una causa externa expresaron en una frecuencia similar que fue debido a su culpa (6 de las madres) o que fue la culpa tanto de ella como de su esposo (7 madres). Los padres opinaron que, además de ser la causa del retardo una causa externa, en realidad el niño no tenía nada, esto es, negaban el retardo ya que para ellos era normal que todavía hablara así; del total de los padres y con igual frecuencia manifestaban que la culpa de que hablara así era de la madre. Recuérdese que los cónyuges podían haber manifestado varias causas del retardo.

Se ordenaron las atribuciones del retardo en base a una escala ordinal ordenando las atribuciones en "causa externa-culpabilidad-negación" (se pasó de la escala nominal a la escala ordinal); se esclarecieron las clases, se obtuvieron las frecuencias de cada una y se ordenaron de menor a mayor. Ello requería la necesidad de establecer criterios de agrupación y ordenación en grados; el criterio empleado fue "grado de aceptación del retardo"

Se prefirió elegir el número 1 como "causa externa" o menor grado de severidad de los efectos del retardo; esta categoría es la que se acerca más a la aceptación plena del retardo y a las causas planteadas por Azcoaga y cols.

La segunda asignación fue "ambos aportan su parte" y significa que uno de los cónyuges se protege de la culpa con el otro para compartirla, y lo hace en cierta medida responsable.

"Se culpa" es ya un signo de autodevaluación pero que puede llevar a tomar sobre si una responsabilidad.

"Culpa al otro" y "se culpan uno al otro" es la proyección sólo de uno y de ambos, respectivamente.

El culpar al otro no es el único indicio de que los padres aun no aceptan plenamente el problema y que aun están fijados en una de las etapas, también la negación parecía jugar un papel muy importante. Por eso se colocó por último a la negación, mecanismo defensivo que en este caso, aun la naturaleza del retardo de lenguaje, es tomado en cuenta como el que mayormente expresa una fijación en alguno de los padres.

Se considera que es más grave que el culparse porque al culparse se acepta el problema aunque no se acepta la responsabilidad. Además, -por lo menos en la parejas aquí consultadas ya que por lo menos un cónyuge aceptaba el retardo-, es signo de que uno de los miembros de la pareja de no reconocer la demanda del otro cónyuge, de no ceder o por lo menos tratar de buscar una posible explicación y reconocer una responsabilidad anterior, actual y posterior.

A "desconocimiento" de la causa se le dejó aparte y no se incluyó dentro de estas categorías al no poderse esclarecer si en realidad implicaría un grado de gravedad (al suponer que si no existe explicación no puede aceptarse plenamente el retardo) o porque se admite la ignorancia de la causa (que en este caso tiende a ser válido ante la falta de acuerdo del retardo). Los casos #1, #3 y #7 fueron los únicos en que se presentó el desconocimiento.

Así, se vió que el proceso de crisis de Luterman, por lo menos en este paso, comienza a manifestarse en cierta medida antes de que se informe a los padres sobre el diagnóstico con

fijaciones (presentación de la negación, etc.) y se verá en las conclusiones si se completó como él lo expone.

En resumen, se efectuaron estos pasos en el análisis de las atribuciones:

I. Observación de las causas de las madres y de los padres, ejems. hipotéticos:

caso # 1: padre: a la culpa del médico

madre: por su enfermedad

II. Clasificación y obtención de las frecuencias de cada clase encontrada (véase tabla I y gráfica

9, p. 91), ejem.: a causa externa: 3; por su culpa: 2

y así sucesivamente con los otros casos

III. División entre los padres y las madres, (véase tabla I, y gráficas # 10 y 11, p. 91), ejem.:

a causa externa padres: 5; a causa externa madres 6

por su culpa padres: 3; por su culpa madres: 1

IV. Análisis de las atribuciones de cada caso (véase la tabla # 2 en la p. 83), ejem.:

padre: por culpa del contagio de la madre (culpa a la madre)

madre : no es verdad (elude la culpa)

V. Ordenación y organización de las causas. Se decidió enumerar las causas expuestas del 1 al 6 de acuerdo a una escala ordinal de "causa externa-culpabilidad-negación", según las causas que los padres exponían como provocadoras del problema de lenguaje. El 1 significaba que era causa externa; 5 era el índice de que ambos padres decían que se debía a la culpa del otro, y 6 la negación de la causa; esto se hizo de esta manera porque se consideró que las atribuciones de las etiologías podían colocarse en la forma de una "escala a nivel ordinal", teniendo como característica de ordenación al grado de aceptación junto con las culpas.

Se consideró que los índices de culpas y negación eran los que reflejaban una fijación de acuerdo a lo propuesto por Luterman, en especial la negación al no reconocer un problema. Las causas racionales expuestas por los cónyuges que reflejaran el acuerdo mutuo además del apoyo que se dan uno al otro era un índice de salud según los autores revisados (Fromm, de Ackerman véase su apartado y en particular el conflicto benigno).

Las atribuciones de las etiologías ya ordenadas son:

1.- causas externas: por una razón en que los padres no intervinieron directamente, lo cual incluyó: reacciones de la hija; por regionalismo (suprimir letras); por sufrimiento fetal u otra anomalía en el desarrollo en que los cónyuges no se consideraran como responsables directos; por sobreprotección de la familia del otro cónyuge.

2.- la culpa es de ambos cónyuges según uno de los cónyuges, por: falta de convivencia de ambos cónyuges; por consentimiento de ambos; o porque ambos cónyuges le ayudaban al niño y lo comprendían sin que él hablara.

3.- la culpa del propio cónyuge: por su falta de convivencia; por antecedente propio; por su falta de preparación.

4.- uno culpa al otro.- por descuido del otro (por ejemplo, por no atenderlo); por la falta de convivencia del otro cónyuge; por el antecedente del otro cónyuge; por alguna enfermedad del cónyuge.

5.- se culpan uno al otro (los dos se proyectan en el otro) (véase la tabla # 3, p. 87 y la gráfica #1, p. 88).

6.- negación.- no hay problema, es normal (así hablan los niños; el hijo está bien, no tiene nada; con el tiempo va a hablar)

VI. Tomando los datos de "atribuciones" de la tabla I (p. 68) y de la tabla # 2 (p.83), y clasificando las atribuciones de cada caso, se pudo obtener un "índice" de la aceptación del retardo. El criterio fue tomado en cuenta cuando por lo menos uno de los cónyuges presentaba uno de los índices, ya sin especificar si fue la madre o el padre, y sabiendo que aquí N para cada causa era igual a 10 y no a 20, como en las tablas anteriores. Obsérvese que, a diferencia de la tabla I, en la tabla siguiente las atribuciones están ordenadas y no se incluyen las frecuencias.

La diferencia entre la tabla J y la gráfica #9 (p. 71 y p. 91, respectivamente) puede comprenderse al considerar que la gráfica incluye a la totalidad de los cónyuges que opinaron que el retardo era debido a cierta causa (20 era el máximo posible, esto es, los 20 cónyuges), mientras que en la tabla J la frecuencia de las causas tiene como máximo 10, o sea las diez parejas. Por ejemplo, en la gráfica #9 la frecuencia de "causa externa" es igual a 13 (13 de los 20), mientras que en la tabla J es igual a 9, lo que significa que en 9 de los 10 casos alguno de los cónyuges o ambos lo atribuyeron a la causa externa.

La conclusión de esta tabla sirvió para resumir las atribuciones del retardo de los padres independientemente de si era la madre o el padre los que opinaron sobre la causa en particular.

ORDENACIÓN DE LAS ATRIBUCIONES DE LOS CÓN YugES

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	Tot.
1	X		X	X	X	X	X	X	X	X	9
2		X	X			X	X	X	X	X	7
3		X	X	X	X	X		X	X	X	8
4			X		X	X		X	X		5
5		X								X	2
6	X	X	X					X			4

tabla J (5 excluía a 4, si los dos cónyuges se culpaban)

Ahora bien, para saber qué tendencia de opinión sobre el origen del retardo con la consideración del grado de aceptación del retardo que tenían los padres en base a la escala realizada, se obtuvo la media aritmética de estos últimos datos cuya descripción se encuentra en la siguiente tabla. El valor de la media fue de 2.88, lo que significa que los padres tendieron a decir que la culpa era del propio cónyuge. Recuérdese que la fórmula de la media aritmética es igual a la sumatoria de las frecuencias multiplicadas por el valor asignado dividida entre la frecuencia del número de casos, esto es, 101/35.

FRECUENCIA DE LOS CASOS SEGÚN EL VALOR ASIGNADO

Valor asignado a cada una de las causas x	Frecuencia de cada una de las causas f	Frecuencia de las causas según valor asignado frecuencia por valor asignado (f*x)
1.- causa externa	9	9
2.- la culpa es de ambos cónyuges dice uno de ellos	7	14
3.- la culpa es del propio cónyuge	8	24
4.- uno culpa al otro	5	20
5.- se culpan uno al otro	2	10
6.- negación	4	24
TOTAL	35	101

Tabla K

3) OBSERVACIONES SOBRE LA CONDUCTA DE LOS CÓNYUGES Y SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Los criterios que se utilizaron en este rubro fueron:

-Observación de la conducta de la pareja y el hijo en base a la teoría revisada (Freud, Fromm, Ackerman y Minuchin). Las observaciones eran diferentes en cada caso y no pudieron encontrarse en ocasiones observaciones comunes a todos ellos. Por ello, cuando pudieron detectarse límites, se empleó el criterio de Minuchin de los límites claros, difusos o rígidos entre los padres y el hijo de acuerdo a la conducta de la madre, la conducta del padre y la conducta del hijo.

Cuando no pudieron detectarse límites se realizó una descripción de la situación familiar de los tres miembros relacionando las respuestas que cada uno daba ante el cuestionamiento sobre el retardo. El qué hacían y cómo era su interacción fue interpretado para, junto con los efectos, concluir cuál era la relación conyugal.

	Observaciones
C1	Sobreprotección materna a la hija
C2	Sobreprotección e impotencia materna; límites rígidos entre M-P
C3	Madre que se autodevalúa
C4	Límites claros en los subgrupos
C5	Madre sobreprotectora: pañal en el niño hasta los 2a 6/12 aproximadamente
C6	Padre sobreprotector, madre sobreprotectora: (biberón) y con rasgos depresivos
C7	Madre que defiende al padre; padre que parece estar al pendiente de sus hijos
C8	Padre que siente coraje porque la madre mimó mucho al niño; madre seductora; parece existir una relación edípica. Límites difusos entre H-M
C9	no pudo observarse a los padres con el hijo;
C10	no pudo observarse a los padres con el hijo, parecen existir límites claros en la pareja

Tabla L

4) OTROS FACTORES ENCONTRADOS QUE INTERVINIERON EN LAS REPERCUSIONES DEL RETARDO EN LOS CÓNYUGES

Aun cuando el estudio estuvo centrado en contestar las preguntas, se encontraron otros factores que parecían dignos de relacionar con los anteriores para así completar lo sucedido en los cónyuges. En varios casos fue posible saber algunos aspectos de la vida familiar antes del problema, o la descripción de algunos aspectos fundamentales sobre el niño anártrico que estuvieran relacionados con el origen de la anartria.

En otros casos se pudieron conocer algunos aspectos de la vida familiar después del problema los cuales se describieron cuando se encontraron datos significativos con la finalidad de mejorar la comprensión del retardo: el si estaban satisfechos con el avance de su hijo en las terapias de lenguaje, el cómo se habían organizado para llevarlo a las terapias, etc. y que no pudieron conocerse en muchos casos por falta de tiempo (véase el apéndice I, la tabla #1, p.81, y la gráfica # 12, p.92).

Las familias mexicanas eran de clase socio-económica media a media-baja (consideración de la entrevistadora al visitar algunas de sus casas) y no se consideraron las edades de los padres en la interpretación de los resultados ni de otras variables que podrían haber influido en la conclusión de éstos. La muestra consistió en parejas en que al menos un cónyuge estuvo interesado en la asistencia de profesionistas. Se considera que otros de los aspectos que influyeron sobre las respuestas de algunos de los padres, aun cuando no fueron evaluados exhaustivamente fueron:

- Los papeles tradicionales de mujer y hombre, madre-padre, que en la sociedad mexicana se traducen normalmente como: “mujer a la casa y el hombre, el que trabaja” (casi el 60% de las madres eran amas de casa), con la consecuente limitación de la autorrealización de la mujer y la falta de satisfacción personal por sus propios logros (y no sólo por haber tenido hijos y cuidarlos). Esto perpetua la desigualdad y discriminación entre las personas en sus relaciones conyugales y en su concepción de hombre-mujer, padre-madre. La esposa se queda en la casa, a cargo de los hijos en los casos #1, #2, #5, #6, #7, y en el caso #8 la madre ayuda en la tienda. Hay que decir, sin embargo, que no necesariamente el ser ama de casa significaba reproche o insatisfacción hacia el marido, vease al caso #7 en que los padres se apoyaron.

En 3 casos (caso #5, #8 y #9) se observa cómo el padre reprocha a la madre el manejo del hijo y su relación con él. Sólo 2 madres culparon al padre (caso #3 y caso#6): ellas a su vez tienen algo que reprochar (los padres no las culparon).

- También pudo observarse la diferenciación de papeles en las reacciones que tuvieron el 60% de los padres cuando la detección de una anomalía: de normalidad o de “aquí no pasa nada”, o “va a estar bien”, en contraposición con las de las madres que casi sin excepción sintieron miedo o angustia de sus hijos; miedo: que fuera mudo, angustia ante el futuro del hijo, temor ante burla y rechazo de su hija (sólo un padre), y percibían con más detenimiento que sí existía la posibilidad de una anomalía (véanse gráficas # 4 y 5, p. 89).

Otra investigación podría clarificar esta tendencia. Ello cambió cuando supieron el diagnóstico, aunque 3 padres siguieron negándolo (véanse gráficas # 7 y 8, p. 90).

- Otra variable que se piensa influyó en los resultados obtenidos y que podría ayudar a esclarecer el punto anterior es el papel que desempeña la madre como la primera responsable del niño, papel basado en una característica biológica: la maternidad, con su continuación en las ramificaciones psicológicas; su estado "anímico" (preocupaciones, miedos, tranquilidad, cuidados), y sus deseos conscientes e inconscientes como la separación del hijo al nacer, acontecimiento normal y lleno de ansiedades (como ya se mencionó más arriba, véase a Marie Langer y su libro "Maternidad y sexo", pp. 188-195: recuérdese el caso #6 en que la madre había perdido a sus padres, la consecuente falta de dolores de parto y la negación a separarse de su hija, la explicación irracional de la madre sobre la muerte de su primo y el que ello hubiera podido ocasionar el problema de lenguaje de la hija).

- Un factor importante a considerar es la satisfacción que como individuos y pareja hayan alcanzado los cónyuges para confiar en sí mismos, su autocrítica y apertura a la aceptación de una anomalía en su hijo; o la falta de autocrítica y no aceptación de problemas, a la espera de satisfacción basada primordialmente en la salud y falta de defectos de los hijos. Se piensa que si los padres tuvieron en su niñez un retardo y lo aceptaron es más probable que a su vez acepten el retardo de sus hijos.

- La función que cumplió la entrevistadora en el proceso: quién de los cónyuges buscaba más la investigación, qué sentía y pensaba cada uno de la entrevista, y las transferencias y contratransferencias dadas.

- El hecho de que casi ningún cónyuge sabía a ciencia cierta cual era la causa del problema de su hijo es, tanto una deficiencia de ellos como padres, como una deficiencia del instituto (recuérdese el caso # 8, en que a la madre no le explicaron qué tenía su hijo). El término médico de la anartria que está en el informe del diagnóstico es difícil de entender: los profesionistas deberían explicar detenidamente de qué se trata o emplear un término más sencillo y claro.

5) LA CONCLUSIÓN FUE LA RELACIÓN CONYUGAL ANTE EL RETARDO

Los efectos del retardo fueron la base al nivel individual sobre la cual se asentó la relación conyugal o nivel de la interrelación de los dos cónyuges. Por eso, la relación conyugal ante el retardo se obtuvo de los efectos del retardo en los cónyuges y de la observación de la conducta de los padres y del hijo.

El resultado final o relación conyugal ante el retardo fue expresada en forma descriptiva para cada uno de los casos tomando en cuenta la teoría revisada y la propia interpretación de lo que sucedió en la pareja.

El retardo cumplía una repercusión quizá no atribuible a otra anomalía, debido a que la mitad de la muestra de los padres (maridos) habían tenido -cuando eran niños-, un antecedente parecido (ver gráfica # 12, p.92).

Ya se van delineando desde los efectos del retardo las actitudes de la pareja: ninguna de las madres niega la anormalidad y todas se tranquilizan ante el diagnóstico, mientras que los padres se muestran más renuentes a aceptar problemas.

Ante el diagnóstico, los padres que comienzan a aceptar que su hijo tiene algo son los casos 3, 5 y 6. Hay algunos que lo siguen negando: los padres de los casos 1, 2, y 8. Finalmente hay otros, que desde el inicio consideraron -y ya ahora con más razón con la confirmación de los profesionistas-, que su hijo tenía un problema: los padres de los casos 4, 7, 9, y 10. Los diferentes efectos del retardo en los cónyuges comenzaban a esclarecerse.

Se dieron diversas combinaciones de las causas expuestas por la pareja: una madre que no sabía con certeza si en realidad era un problema, para luego dar una explicación racional, siendo que el padre desconocía el por qué y lo negaba (caso #1); un padre que niega problemas y una madre que se culpa, culpa a ambos y culpa a su esposo y cuando se da cuenta que él elude la culpa, ella se vuelve a culpar (caso #2). O la madre que aunque el esposo se culpa por su antecedente, ella no lo culpa y menciona otra causa (caso# 4); o el caso #9 en que el padre culpa a la madre en serio y otras veces en broma, y ella no se culpa hasta después, sin culpar al padre en ningún momento.

Si se consideran las culpas proyectadas en los miembros de la pareja, sólo dos de las 10 parejas se culparon entre sí, en 5 casos se culpa al otro cónyuge, y en 3 casos ninguno se culpa (20%, 50% y 30%, (en los casos #2 y #10; en los #3, #5, #6, #8, #9; y en los casos #1, #4, y #7, respectivamente, véase gráfica 1, p. 88).

Los casos #2 y #10, que aunque únicos en que los cónyuges se culparon entre sí por la anormalidad del niño, en el primer caso el padre insistía en no aceptar el problema de lenguaje, mientras que en el segundo caso sí lo aceptó. Esto movía a reflexionar sobre los sentimientos de culpa y su relación con el grado de aceptación del retardo: se había aceptado el problema y el mecanismo proyectivo servía para defenderse.

Hubo 5 casos en que un cónyuge culpó al otro, en un caso ello era “bromeando”, aceptándose el problema (caso #9), y en el otro, #5, se evidenció también esa característica: el padre culpaba a la madre aun aceptando el problema y ésta aceptaba la culpa. Por eso, una repercusión que se observó cumplió el retardo de lenguaje fue que provocó una llamada de atención de los padres hacia los métodos educativos de la madre (casos #5, 8, 2) o hacia la relación de la madre con el niño (caso #5, 8). Tanto esos 3 padres culparon a la madre, como tres de las madres al padre (caso #6; en el caso #2, la madre lo culpó pero por la falta de convivencia; y el caso #3 fue el único en que la madre responsabilizó al padre por el retardo del hijo). En el #3 y #6, la madre culpó al padre, y en el caso #8 el padre lo negó (véase la tabla #2 y #3, p. 83 y 87).

En cuanto a la negación del retardo se refiere, en cuatro casos los padres (casos # 1,2,3, y 8), (y una madre: la del caso #1), lo negaron en combinaciones con desconocimiento; con culpar a la madre; con desconocimiento y causa externa; y por culpa del otro, respectivamente.

caso# 1: desconocimiento, causa externa, y negación

caso# 2: por culpa de los 2, se culpa a sí mismo, ambos se culpan, y negación

caso# 3: desconocimiento, causa externa, por culpa de los 2, se culpa a sí mismo, culpa del otro, y negación

caso# 8: causa externa, se culpa a sí mismo, culpa del otro, culpa de los dos, y negación

Es decir que en algunos casos se admite cierta duda (casos #1 y #3), y en otros el padre se aprovecha para culpar a la madre (caso #2 y #8). Así, estos 4 casos son los señalados en la gráfica #2 como de no aceptación, aun cuando la negación no fuera rotunda y admitieran en forma mínima que sí existía un problema.

Recuérdese que en uno de estos casos, el #2, los padres se culparon mutuamente. En el caso #1, el padre y la madre negaron el problema sin culparse; y en el caso #3 el padre, aunque negó el problema, lo aceptó en otra ocasión o no sabía, y no culpó a la madre, aunque la tachó de aprehensiva.

Por estos resultados puede pensarse que los casos #1 y #3 no son tan conflictivos como el 2 y el 8, ya que el retardo parece no estar incidiendo en gran medida en la relación conyugal aunque, sin embargo la aceptación del retardo sea necesaria para crear un clima de apoyo.

El caso #2 presentó “ambos se culpan” y “negación”, por ello se le consideró como el caso máximo de no aceptación.

A continuación, según los criterios de la tabla J, la negación combinada con “uno culpa al otro” era el siguiente índice de no aceptación en menor grado: los casos #3 y #8 le correspondieron, y por último, de este rubro, el caso #1 (negación-desconocimiento). En el caso #1 podría parecer que es un simple desacuerdo en que el padre no piensa como la madre, pero obsérvese que la realidad del retardo es evidente, y que la negación no se ajusta a ella, ni llega a existir un acuerdo entre los cónyuges.

Los casos que no presentaron negación ni culpas proyectadas en uno u otro cónyuges fueron el #4, en que el padre se culpa a sí mismo, y el #7, en que ninguno se culpa (20% de los casos). En cuanto a los casos #5, #10, #9, y #6, se tiene que en tres de ellos un cónyuge culpa al otro (#5, #6, #9); y en el otro, ambos se culpan defendiéndose (caso #10).

Esto se interpretó de la siguiente forma: existe una aceptación del retardo ya que existe un consentimiento mutuo de su existencia; sin embargo existen culpas que el padre o la madre proyecta en el otro (en tres casos). Por ello, la gráfica #2, p.94, representa a los padres que aceptaron el problema en un 40% pero que no se apoyaron completamente como en los casos #4 y #7.

Sí se observó el apoyo entre los padres y la ausencia de negación y culpas proyectadas, -una de las opciones de Ackerman- que fue usada claramente en el caso #4 y #7.

La culpa del propio cónyuge fue el valor promedio de las causas. Recuérdese que la culpa representa más a la opinión de las madres. Las madres, sin embargo, son las que tienden a tomar sobre sí la responsabilidad de llevar a los niños a terapia por lo cual puede pensarse que ese sentimiento de culpa no es un sentimiento con consecuencias pasivas sino activas que contribuyen al mejoramiento del estado del niño.

Si se toma en consideración a la negación de los padres, por otro lado, ésta no es rotunda ya que en su mayoría aportan el dinero para las terapias dejando a las madres que intervengan en la educación del niño. Ello puede interpretarse como el uso del retardo por parte de dos de los padres para atacar a la madre y mostrar desacuerdos con ella. Más adelante se discutirá esta opción.

CAPITULO V. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con base a las dos preguntas originales son:

EFFECTOS QUE TUVO EL RETARDO DE LENGUAJE DEL HIJO EN LOS PADRES

Se concluye que en lo que respecta a las reacciones ante el retardo de lenguaje de patología anártrica del hijo, el retardo significó para las madres miedo, angustia, mientras que para los padres era normal que el niño aun hablara así. Ante el diagnóstico se observa que, en efecto ambos cónyuges se tranquilizan cuando se les dice qué tiene su hijo, aun cuando sigan existiendo resagos de negación, miedo, molestia, y enojos. Las etapas de Luterman entonces, sí representaron lo sucedido en los padres, pero a partir de la detección de una anomalía y no del diagnóstico, ya que en los sentimientos ante el diagnóstico en general los cónyuges se tranquilizaron. Muchos padres sí mostraron negación y la mayoría de las madres no pasaron por esa etapa.

En cuanto a las atribuciones de la causa del retardo, se encontró que la causa externa, la culpa del propio cónyuge y por la culpa de los dos (dice un cónyuge), fueron las opiniones con mayor frecuencia en ambos padres. Según la mayoría de las madres, el retardo fue debido a una causa externa, a la culpa de ambos, y a su culpa. Según los padres, el retardo se debió a una causa externa, o dicen que el niño no tiene nada, y a su culpa.

El proceso de aceptación aun no termina en varias parejas. La aceptación del retardo y una explicación aun mínima de lo que lo había originado, significó para las madres y algunos padres la toma de responsabilidad y la aceptación de la necesidad de las terapias.

Así, pudieron distinguirse 2 situaciones en cuanto a la culpa se refiere: el empleo de la proyección mutua como acusatoria y uso del niño como pretexto para culparse, y una segunda situación: el empleo de la proyección mutua como defensa y la aceptación del problema. Debido a esto, se hizo necesario el replanteamiento sobre la culpa: la culpa no es necesariamente un mecanismo de falta de conciencia del retardo del niño, sino un mecanismo de defensa que puede servir como explicación para llegar así a la aceptación posterior del problema. Se consideró que la culpa mutua no parecía ser el índice concluyente para considerar la cabal aceptación del retardo, ya que también hubo cuatro padres aun negaban el retardo.

OBSERVACIONES SOBRE LA CONDUCTA DE LOS CÓNYUGES Y SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Se observaron y reportaron varios casos de sobreprotección a los hijos, al igual que límites rígidos en la pareja y difusos de uno de los cónyuges con el hijo. Ello no puede considerarse como válido, ya que se necesitarían otras técnicas y herramientas para poder concluirse la validez de las observaciones.

CUÁL FUE LA RELACIÓN CONYUGAL ANTE EL RETARDO DE LENGUAJE DEL HIJO

La conclusión final del estudio es por lo tanto la siguiente:

- En un 20% de los casos, las relaciones conyugales fueron de apoyo y aceptación del retardo.
 - En un 40% de los casos, las relaciones conyugales fueron de aceptación del retardo pero con enojos y/o culpas entre los cónyuges.
 - En un 40% de los cónyuges, dos de los padres (20%) tienden a negar todavía el problema del hijo ante la madre y a culparla cuando al parecer paradójicamente continúan aportando económicamente para las terapias del niño aun en el caso evaluado como el más grave. Esta conducta del padre ante la madre y ante la entrevistadora da pie a pensar que el padre quiere el bien del hijo pero que en el fondo existe un desacuerdo o insatisfacción del padre hacia la madre en el nivel de sus relaciones conyugales. Su negación no resulta entonces tanto de la posibilidad de aceptar el retardo como de la posibilidad de mostrar el desacuerdo a su esposa.
- Si esta conclusión es correcta, la entrevistadora y por lo tanto el retardo del hijo funcionaron en dos casos en las sesiones en que ambos cónyuges estaban presentes como propiciadores de la falta de acuerdo y/o satisfacción conyugal del esposo con respecto a la esposa. Futuras investigaciones podrían probar esta afirmación si se realiza un estudio por separado de los padres para saber su opinión sobre el retardo. La insatisfacción y el desacuerdo en efecto podrían mostrarse en alguno de los cónyuges con respecto al otro, pero ello no resultaría en un ataque directo y por lo tanto se cree que el porcentaje de negaciones del retardo y por lo tanto de desacuerdos disminuiría.

El restante 20% de los padres se concretaron a negar el retardo sin culpar a sus esposas. Se cree que en estas parejas el desacuerdo no acostumbra provocar enfrentamientos, pero que la negación no es deseable para lograr el clima conyugal claro de apoyo que necesita el niño.

5.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Evidentemente el estudio consideró pocos casos en comparación a la población total, por lo cual no puede decirse que la muestra es significativa. La muestra no fue electa al azar, lo cual es otro impedimento para decir que la investigación sea representativa de todas las parejas y sus niños. Otro aspecto que habría que analizar es la diferencia o continuación entre el sentirse culpable y sentirse responsable y el que las mujeres sean aquellas que tienden a hacer lo uno y lo otro.

Otra limitación estriba en la influencia de las circunstancias presentes que puede hacer dudosa la validez de lo que sucedió en el periodo en que se detectó una anomalía y en el diagnóstico, ya sea por olvido o cambio deliberado de las reacciones. Otra limitación más, si lo anterior no sucedió, consiste en que únicamente se tomaron en cuenta dos de los momentos de los cónyuges; estos momentos se trataron de ampliar y de conocer más detenidamente en el caso # 10. El estudio no fue muy preciso en algunos aspectos, como en "la sobreprotección", o el haber observado a todas las parejas con sus hijos. Un defecto muy importante fue el que no se pensó en englobar en un principio variables como el análisis lingüístico del niño, por ejemplo, así como los antecedentes hereditarios de los padres. No se tomaron en cuenta otras conductas del niño que, aunque los padres no relacionaran con el retardo, podrían haber ayudado a la mejor comprensión de lo que el niño, además de su lenguaje, tuvo.

5.2 RECOMENDACIONES

En el área de psicología clínica, se recomienda que, si no se realiza una investigación exhaustiva básica, el estudiante no debe limitarse a plantear un proyecto de investigación bibliográfica: debe incluir tanto a la búsqueda bibliográfica como a la práctica clínica, para ver lo que sucede directamente para que "no nos cuenten más cuentos".

Otra recomendación consiste en efectuar en un mayor número de parejas un estudio parecido, eligiendo una muestra al azar. Para efectuar un análisis como el pretendido en el objetivo inicial de este trabajo, se aconseja convocar a las parejas con un niño que tenga un problema de lenguaje a una psicoterapia, para así evaluar más detenidamente cómo afectó a las relaciones conyugales el problema de lenguaje en las parejas con algún problema además de brindar la ayuda psicológica correspondiente.

Para probar la conclusión propuesta en este estudio puede entrevistarse, como ya se dijo, a los padres por separado y evaluar si disminuye el número de negaciones de los padres.

No se tomó en cuenta el tiempo transcurrido entre la detección, diagnóstico y la sesión; se podría planear cierto tiempo a partir del diagnóstico para llevar a cabo la sesión, en todos los casos. También podrían averiguarse los sentimientos y pensamientos de los padres inmediatamente después del diagnóstico.

Sería provechoso el que el psicólogo en estos tipos de institutos estudiara las reacciones y atribuciones de las causas de los padres de esta forma: partiendo de sus dudas para luego dar una orientación basada en ese conocimiento, y no sólo preguntando lo mismo que los médicos. Además, el diagnóstico y pronóstico que se efectúen al llevar a cabo la evaluación del niño con el problema del lenguaje, y en los cuales se debe tomar en cuenta el contexto familiar, serían más concisos y valederos.

También se recomienda que este tipo de instituciones sea un centro que auxilie a los padres de los niños en sus problemas conyugales y familiares. Como pudo observarse a lo largo de esta investigación, el aceptar que el hijo tiene algún problema es algo difícil que los padres deben aprender a superar como un proceso crítico de su vida. Si las dificultades en los padres son tantas que el problema del niño llegara a ser un pretexto de divorcio -uno de los ejemplos más extremos-, la culpabilidad que el niño pudiera sentir ante ese hecho podría ser sumamente destructora. Los niños no son capaces de conocer con objetividad las relaciones de sus padres, en especial si ellos mismos no son conscientes de su ser tanto esposos como padres.

Si se quiere comprender con más profundidad los sentimientos y conducta de los padres y del hijo e incluso otros hermanos, sería provechoso homogeneizar la muestra de padres, preguntar al niño con problema, abordar otras variables, e incluso replantear el problema.

Es necesario estar seguros de que los padres saben con exactitud qué tiene su hijo y cómo lo pueden ayudar, y no guiarse sólo por el número de gente atendida, sino por la calidad de la atención e información a los padres. Se sabe que esto es en extremo difícil, ya que los padres casi no tienen tiempo, pero sí es posible resolver las dudas y cambiar los términos de un diagnóstico sólo comprensible para los médicos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Además es necesaria una teoría más amplia sobre la etiología y definición del retardo del lenguaje, el papel de los padres en su advenimiento (como la sobreprotección, y el descuido), desde el nivel neurológico hasta el social. No se puede hacer en este caso lo que en otras enfermedades definidas con un diagnóstico claro y que en sus investigaciones abarcan distintos individuos y distintos aspectos de la enfermedad.

El retardo sólo se clarificará si en una muestra de niños se consideran todos los niveles. Dentro de éstos están:

- 1) el estudio genético del retardo u otros problemas lingüísticos en la familia del niño lo más preciso posible, describiendo cuál era la afección de los familiares;
- 2) el seguimiento de niños que presumiblemente presentarán un retardo debido a que los padres lo presentaron,
- 3) los antecedentes pre, peri y postnatales precisos del niño; traumatismos u otros accidentes; también deben buscarse conductas como: el que el niño haya dormido mucho, el que sea “muy tranquilo”, el que se “canse mucho”; o retardos en el caminar, o el habla rápida, la hiperquinesis, u otras conductas raras.
- 4) la observación de la conducta de los padres y el niño en busca de actitudes sobreprotectoras o de falta de estimulación en las casas, por el mayor tiempo posible, y la evolución o involución del lenguaje del niño;
- 5) el diagnóstico preciso basado en los incisos anteriores y el análisis lingüístico y neurológico exhaustivo del niño con retardo;

TABLAS Y GRÁFICAS FUERA DEL TEXTO

Tabla # 1: Observaciones, antecedentes familiares y personales del niño y características del retardo

	CASO # 1	CASO # 2	CASO # 3	CASO # 4	CASO # 5	CASO # 6
OBSERVACIONES	Sobreprotección materna, indiferencia y negación insistente de problemas por parte del padre	Sobreprotección e impotencia materna	Parece que la madre exige perfección en su hijo, reacción agresiva de éste; aparente calma del padre	Límites claros en los subgrupos, hija que gusta estar con sus padres	Madre sobreprotectora: pañal hasta los 2a 6/12 aprox.	Padre sobreprotector, madre sobreprotectora: (biberón) y con rasgos depresivos
ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES	-----	sí: padre, "tartamudo" en la primaria; probablemente hermana con retardo de lenguaje (r.l.)	sí: padre, retardo del lenguaje	sí: padre, dificultad en articular algunas letras; prima paterna con retardo	prima paterna con problema de lenguaje	una prima materna con problema de lenguaje y un primo paterno que habla muy lento
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO Y SU LENGUAJE	dificultad en "p", "s"; retroceso del lenguaje al nacer sus hermanas, dependiente de mamá, timidez ante extraños	creían que era retardo mental; niño cansado, tranquilo y serio, más alegre recientemente	habla rápida e incomprendible, come letras	habla rápida, come letras	2a 6/12: una palabra, "mamá", señalaba y gemía	decía pocas palabras y no platicaba ni preguntaba como los otros niños

	CASO # 7	CASO # 8	CASO # 9	CASO # 10
OBSERVACIONES	Madre que defiende al padre y que muestra cierto desasosiego de causa desconocida; padre que parece estar al pendiente de sus hijos	Padre que siente coraje porque la madre mimó mucho al niño; madre seductora. Parece existir una relación edípica	Padres con resagos de tartamudez; la madre expresa contento y aceptación de culpa para complacer al padre	Se culpan en broma como una defensa de cada uno; aceptan el problema
ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES	una tía paterna y su hijo: primo paterno	primo paterno	niña que tuvo "un soplo en el corazón" al nacer; tartamudez: padre, madre, abuelo paterno, tío abuelo paterno, 2 tíos maternos	tartamudez: padre, hermanastro, abuela paterna, 2 tíos paternos, 5 primos paternos con r.l.; un primo y sobrina materna con r.l.
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO Y SU LENGUAJE	comparación con su hijo, no ha completado palabras, "flojita", usa gestos y señales	hasta los 2 años o más, no hablaba, todo lo señalaba y hacía gestos	pocas palabras a los 3 años, no platicaba	todo lo decía en diminutivo, hablaba muy rápido, cambiaba las letras

Tabla # 2: Efectos del retardo en los padres

RIP.-	Reacción inicial del padre
RIM.-	Reacción inicial de la madre
RADP.-	Reacción ante el diagnóstico del padre
RADM.-	Reacción ante el diagnóstico de la madre

CASO # 1	CASO # 2
<p>Detección: madre, luego maestra Edad: entre los 3 y 4 años Reacciones RIP: normalidad RIM: molestia ante reacción de otras personas ajenas: "su hija es muda" RADP: normalidad, negación RADM: normalidad, tranquilidad</p> <p>Atribuciones de las causas</p> <p>padre: desconocimiento, normalidad madre: a que estaba chica: niega el problema a una causa externa: porque su hija quería ser el centro de la atención</p>	<p>Detección: madre Edad: 2 6/12 Reacciones RIM: angustia, impotencia, molestia (para ella el problema es muy grave); RIP: culpa a madre y muestra su desacuerdo con ella por llevarlo tan pronto a la escuela, el niño estaba bien, normalidad RADP: más tranquilo al no ser retardo mental, pero negación RADM: la tranquilizan y se siente molesta al tener que llevar a su hijo a terapia</p> <p>Atribuciones de las causas</p> <p>madre: se culpa por su falta de preparación al sentirse la responsable del niño culpa a ambos por la falta de convivencia al haber tenido otro hijo tan rápido se culpa por dejarlo ver la T.V. solo se culpa por ser tan preocupada y aprehensiva, y por eso quiere quitarse la culpa y delegar la responsabilidad en la escuela se culpa por su falta de paciencia en verle la boca y por ayudarlo y anticipar sus deseos culpa al padre que no convivía con su hijo</p> <p>padre: elude la culpa: niño que dormía mucho antes y por eso no podía estar con él, no reconoce problemas; culpa a la esposa: lo vas a cansar; se justifica ante la falta de convivencia madre: se culpa: soy insegura padre: reconoce antecedente que superó solo y elude la culpa: tal vez era un problema mental, pero no lo fue, ¿hay un problema en realidad? insatisfacción al dar dinero ante la falta de preparación de los profesionistas pasa la responsabilidad a la madre ante las terapias madre: manifiesta sentirse bien así, haciendo lo que creía llevando a su hijo a terapia</p>

<p>(la culpa), reafirmado por el informe médico madre: se culpa por su sobreprotección, reconociéndola, aunque trata de no ejercerla y culpa a su familia: se culpa y culpa a causa externa.</p> <p>Además del retardo, el que el niño hiciera o no la tarea fue pretexto para que la madre reprochara al padre que él no estaba ahí: lo culpa, lo cual no se tomó en cuenta en la tabla porque sólo se consideró la dinámica conyugal ante el retardo.</p>	<p>padre por la culpa de ambos: la sobreprotección, le daban todo padre: a su sobreprotección: se culpa reconociendo su sobreprotección y la intenta disminuir al tratar de solucionarla madre: "le echa toda la culpa", él es muy tiernito, referencia a la relación entre él y su hija ella también se culpa "por querer tanto" se vuelve a culpar por su estado al final del embarazo</p>
<p>CASO # 7 Detección: madre, comparación con otro hijo Edad: 1 2/12- 1 6/12 aproximadamente Reacciones RIM: preocupación, "se sentían mal" cuando a su hija le dicen "la muda"; la tranquilizan cuñados: es por consentida; temor al hablar con terapistas RIP: preocupación; se siente mal cuando a su hija le dicen "la muda"; lo tranquilizan hermana y cuñado RADM: más tranquila RADP: más tranquilo Atribuciones de las causas padre: desconocimiento madre: por causa externa (muy floja), por culpa de ambos, por ayudarle; desconocimiento padre: desconocimiento, especula: trato igual, embarazo igual, cuidados en el embarazo de la madre, parto bien, él presente madre: por imposibilidad de convivencia ante los cercanos embarazos, culpa de los dos; especula: sin dolores de parto y por las condiciones de ella: no quiere culparse por atender al otro bebé, pero porque la niña dormía padre: culpa probable de embarazo: causa externa madre: defiende al padre</p>	<p>CASO # 8 Detección: madre Edad: 2 - 2a 6/12 Reacciones RIM: preocupación, angustia, miedo que fuera mudo, culpable ante la cirugía, yo creía que era efectivo (la cirugía), sigo indicaciones. RIP: es normal, después va a hablar RADM: tranquilidad cuando le dicen que no es mudo RADP: se alegró aunque "siempre supe que iba a hablar" Atribuciones de las causas madre: por su falta de convivencia y descuido: se culpa; y por tener partos muy seguidos por causa externa (fue muy tranquilo) por su culpa (consentimiento, y porque no lo atendió) por no ser muy cariñosa y darle más de su tiempo padre: por culpa de la madre (todo le daba y mimos), madre que no piensa es normal: negación, los hijos son diferentes y él era tranquilo, flojo; no lo motivaron: culpa a la madre, él de todos modos iba a hablar, más tarde</p>

CASO # 9

Detección y cita: padre, cita tío materno

Edad: 2-3 años aprox.

Reacciones

RIP: tristeza, la culpa, preocupación

RIM: no se siente mal, se justifica; alaba al padre; tristeza

RADP: más tranquilo

RADM: contenta porque estaba preocupándose por sus hijos

Atribuciones de las causas

padre: por causa externa, por sople

por culpa de madre y su familia

por culpa de él, se desdice y dice que no es por su

culpa, es por herencia de ella y de él

madre: floja: causa externa;

padre: la culpa: salió a tu raza..., no, es broma

madre: por culpa de los 2: consentimiento, ahora ya no

padre: por su posible culpa, pero él trató de componerse herencia y causa externa

madre: por causa de los dos, falta de dedicación

padre: por herencia y todo se le daba (la madre):culpa a la madre

madre: se culpa por su consentimiento: yo hice mal, todo le daba, por flojera, por el trabajo, por falta de tiempo

padre: por defectos al nacer

CASO # 10

Detección: abuela materna y en la guardería

Edad: al año y meses

Reacciones

RIP: molestia porque se burlan, angustia

RIM: angustia, molestia

RADP: más tranquilo

RADM: tranquila

Atribuciones de las causas

padre: por la familia de parte de él, el 90% de ellos tienen esa enfermedad: causa externa y su culpa

por parte de la esposa por un primo y sobrino materno del niño: culpa a la madre

madre: por consentimiento, por culpa de ambos; no, no es así, más bien le adivinaban

padre: por su herencia: se culpa

madre: confirma lo dicho por lo padre, lo culpa

padre: el problema él lo tiene porque la abuela paterna del niño hablaba así

madre: ya le había dicho que por él el niño tenía ese problema

padre: le decía que era ella, en son de broma

madre: nos reíamos: al echarse mutuamente la culpa

Tabla # 3: Sobre si un cónyuge, ambos o ninguno se culparon

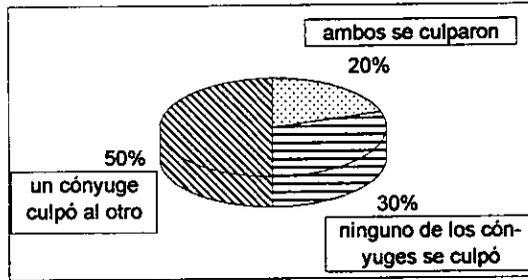
	<i>CASO #1</i>	<i>CASO #2</i>	<i>CASO #3</i>	<i>CASO #4</i>	<i>CASO #5</i>
Un cónyuge aprovechó la ocasión para culpar al otro cónyuge			X		X
Ambos cónyuges aprovecharon para culparse		X			
Ningún cónyuge aprovechó la ocasión para culpar al otro	X			X	

	<i>CASO #6</i>	<i>CASO# 7</i>	<i>CASO # 8</i>	<i>CASO # 9</i>	<i>CASO #10</i>
Un cónyuge aprovechó la ocasión para culpar al otro cónyuge	X		X	X	
Ambos cónyuges aprovecharon para culparse					X
Ningún cónyuge aprovechó la ocasión para culpar al otro		X			

Gráfica #1: culpas presentadas en uno, ambos o ningún cónyuge ante el problema de lenguaje

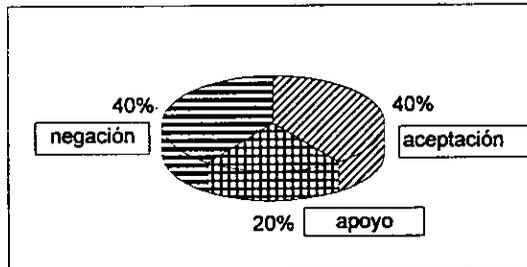
Culpas en los cónyuges ante el retardo de lenguaje

Ambos Ninguno Uno culpó
2 3 5

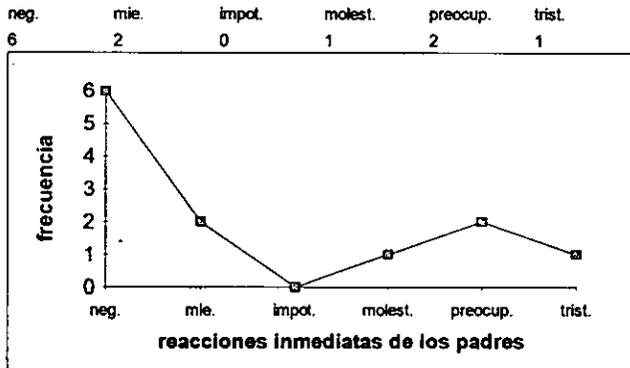
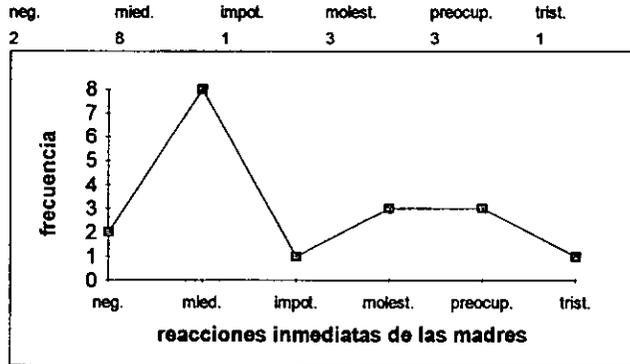
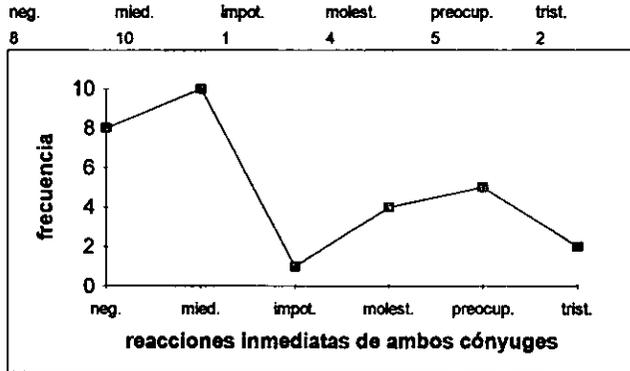


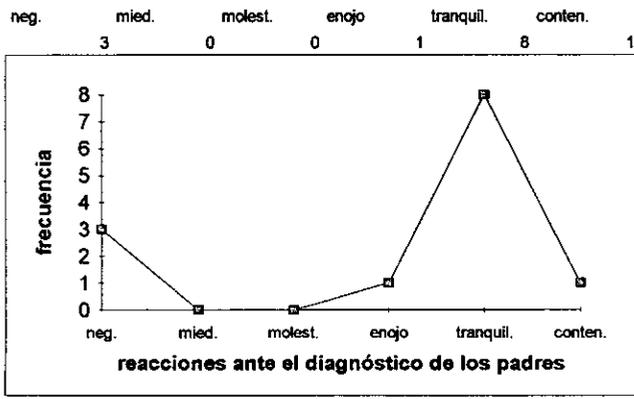
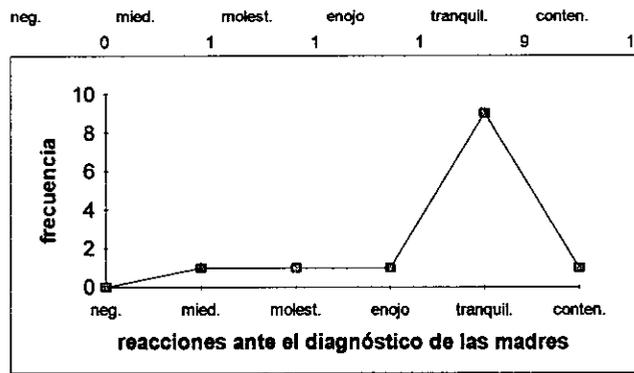
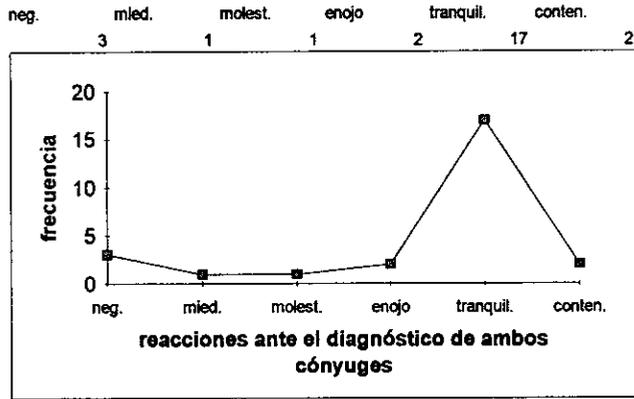
Gráfica # 2: apoyo, aceptación y negación ante el problema de lenguaje

4 2 4



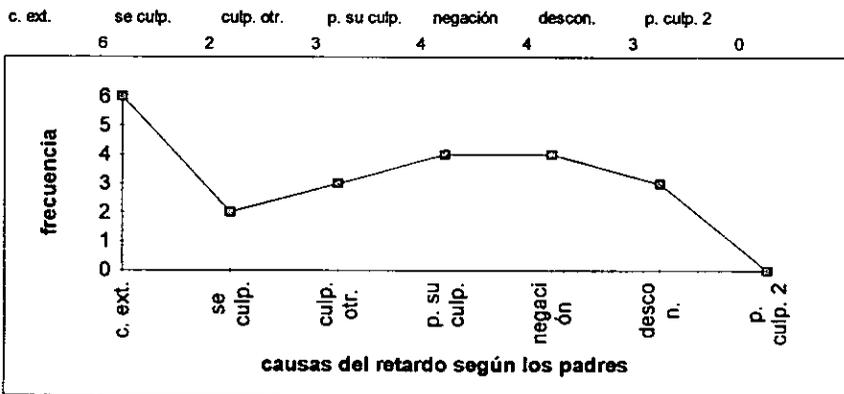
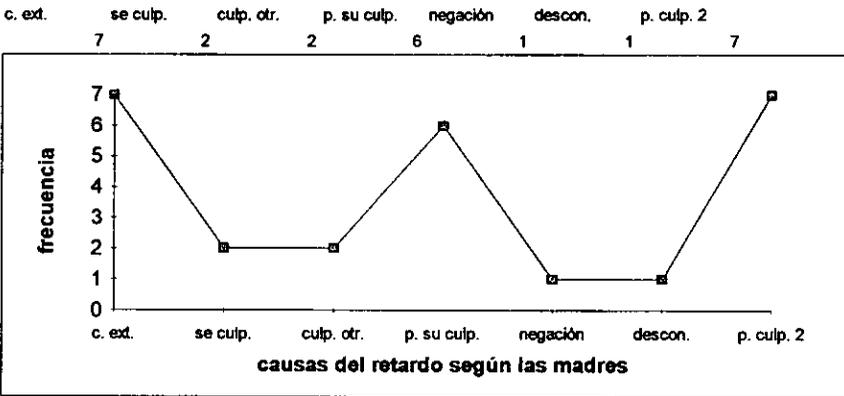
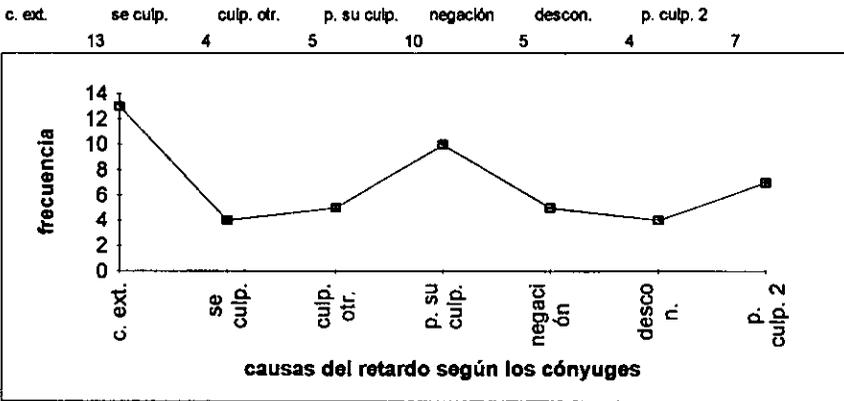
Gráficas 3, 4, 5, 6, 7, y 8: sobre las reacciones inmediatas y ante el diagnóstico de ambos cónyuges y su separación en las madres y los padres





Gráficas #9, 10, y 11, sobre las atribuciones de ambos cónyuges, y su separación e las madres y los padres, respectivamente

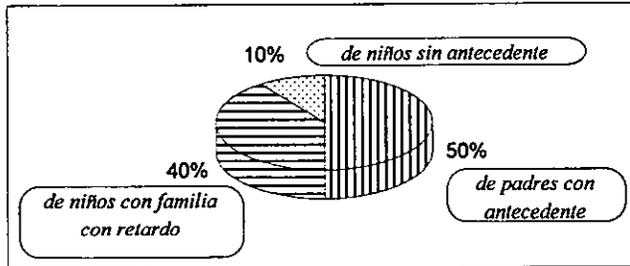
ATRIBUCIONES



Gráfica # 12: sobre los parientes con problema y sin él

Porcentaje de los padres (hombres) con antecedente de problema de lenguaje y otros familiares

5 4 1



APÉNDICE I

CASO # 1

Sra. M., 30 años, ama de casa. Sr. D., 30 años, empleado. E. es su hija de 5 años 4 meses, nacida el 20 de abril de 1991. Diagnosticada con anartria. Tiene 2 hermanitas gemelas menores nacidas en octubre de 1992. No hay antecedentes de problema de lenguaje.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE EL PROBLEMA

Situación general de la familia ante la detección del problema

Fue cuando E. entró al kinder, entre los 3 y 4 años, que su madre le detectó un problema del lenguaje al notar que no hablaba bien algunas letras como la "t", "s", y que su lenguaje había retrocedido con respecto a lo que había avanzado. Poco después en la escuela, la maestra le afirmó que sí existía un problema.

M. se molestaba con unos señores porque decían que su hija era muda. D. no sintió que era nada, pensaba que era normal.

Cuando M. le decía a su hija que hablara bien, E. comenzaba a llorar, y cuando el padre la oía le decía a M.: "no le hagas caso"; M. se preocupaba pero D. le seguía diciendo lo mismo y dice M. comenzó a no hacerle caso. Sin embargo, es M. quien le dice a D. que la quiere traer al instituto, D. está de acuerdo.

Reacciones:

Madre:

-molestia ante la reacción de otras personas, ya que unos señores le preguntaban si su hija era muda

Padre:

-es normal, no tiene nada; no hay ningún problema

Ante el diagnóstico, la madre se tranquilizó; el padre sigue negando alguna anormalidad.

Atribuciones de las causas:

Madre:

-atribuyó el problema del lenguaje a que E. estuviera chica: negación del problema

-a que le afectó que al año y medio de su hija nacieran las gemelas, porque hubo cambios en ella: quería que le hicieran caso

sólo a ella: atribución a una causa externa y racional.

Padre:

-lo ignora; no siente nada y no piensa que haya sido por antecedentes familiares. Piensa que fue natural y normal en la niña

lo que le sucedió, y que ahora "está bien".

Observación de la conducta de los padres y del hijo

M. aun amarra las agujetas a E., y arma por ella un rompecabezas, y la hace depender de ella, incapacitándola. Cuando la niña quiso ir al baño, M. quería interrumpir la sesión para ir con ella. Se le indicó a la niña que podía ir (sin la madre). D. se mostró indiferente ante estas situaciones. E. estuvo casi todo el tiempo con su madre. D. insistía, cuando se le preguntaba, que no había habido nada anormal en su familia, que todo era normal.

D. niega el problema o cualquier problema. M. es la que está preocupada por su hija. D. trabaja, y al M. no trabajar, es probable que ella sea la que usa a su hija para sentirse ocupada, incapacitándola para realizar por ella misma las cosas. D. parece sentirse indiferente ante esta situación. Al preguntar a la Sra. M. por la causa del problema, ella, después de escuchar la respuesta de su esposo de "normalidad", muestra acuerdo, para luego exponer una causa racional del problema. Esto da pie a pensar que no cuenta con el apoyo del esposo, que incluso trata de estar de acuerdo con él en su opinión, pero finalmente muestra su desacuerdo con él. Obsérvese que fue muy difícil poder entrevistar al padre porque trabaja todo el día, y que la madre estaba muy interesada en que los entrevistara, siendo ella la que en la mayoría de las veces lleva a su hija a terapia, lo cual también muestra una necesidad muy grande de apoyo y de sentir que existe acuerdo. Ello no se da, y ella insiste en que sí hay un problema.

CASO # 2

L., 30 años, ama de casa; G., 38 años, mecánico de automóviles, trabaja en su taller. Ge., 4 años 10 meses, nacido en noviembre de 1991, fue diagnosticado con anartria. Tiene una hermana un año menor con probable problema de lenguaje, y un padre que dice haber sido tartamudo.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE EL PROBLEMA

Situación general de la familia ante la detección del problema

L. ya se había dado cuenta de algún problema cuando su hijo tenía 2 6/12; lo compara a su sobrino y se da cuenta que no hablan igual. L. siente angustia de no poderle ayudar a resolver el problema, impotencia, se siente molesta, le dice a G. y este le dice que no es nada. Es entonces que, a los 2 8/12 del niño, lo lleva al kinder, donde la maestra también detecta problemas. A los 3 años del niño lo lleva al instituto. El problema era muy grave para ella, y quiere que la escuela lo ayude. A esto el padre dice que el niño debe disfrutar ahora que todavía no ha entrado en la escuela. Por eso G. expresa que: "no estaba de acuerdo que tan chico se le hubiera metido al kinder, yo lo entiendo, pero otras personas...", aludiendo a su esposa. G. pensaba que no era nada, no sintió nada; con el tiempo pensaba que el niño iba a hablar pero llegó a dudar de si tal vez era un problema mental, y pregunta ¿es en realidad un problema?

Reacciones:

Madre:

-angustia, impotencia, molestia al ser para ella un problema muy grave

Padre:

-muestra desacuerdo ante lo que hace la madre
-el niño no tiene problemas, está chico

Ante el diagnóstico de anartria, al mes en que comienza a llevarlo al instituto, L., que sentía que era un problema grave, y le dicen que sí es un problema, se siente más tranquila; pero "se siente mal", molesta, porque le dicen que lo debe llevar a terapias. G., ante la duda que tenía que fuera un problema mental, "di gracias a Dios y me sentí más tranquilo", aunque seguía negando el retardo.

L. le dice a G. de las terapias y él le responde que "adelante", que ella iba a estar al frente (le pasa la responsabilidad).

Atribuciones de las causas:**Madre:**

- a que ella lo hubiera metido tan chico al kinder. Cuando el padre dice que no había problemas, L. contesta que: "sí no lo llevaba ahora, la responsabilidad de lo que pudiera pasar iba a ser mía, de que no lo supe educar. No estoy preparada, por el radio me enteré que había que estimularlos, y nada iba a perder con llevarlo" (al instituto).
- a que no convivieron el tiempo suficiente con el niño y que la diferencia entre sus hijos fuera tan corta para ponerle atención: a la falta de estimulación,
- a ayudarlo a terminar y creer lo que iba a decir en lugar de hacer que él terminara.
- a que lo dejara solo viendo la T.V.,
- a que ella fuera muy aprehensiva, preocupada y que por eso lo metió a la escuela para que lo educara
- a que no tuvo la paciencia para verle la boquita, y que ahora también su hija probablemente tenga ese problema, y que al juntársele los dos, siente desesperación.
- a que el niño casi no convivía con su padre,
- lo atribuye a sentirse insegura.

Padre:

- el padre responde que el niño dormía mucho antes, se cansaba mucho y que cuando él llegaba, el niño estaba durmiendo, por eso no convivía con él; notaba que era muy tranquilo y serio, todo lo cual le preocupaba.
- no sentía que hubiera algún problema, se le hacía normal, y pensaba que con el tiempo comenzaría a hablar más, que todo tiene una edad, que ya conversa ahora; le decía a su esposa: "lo vas a cansar llevándolo a tantos lados".
- lo atribuye tal vez a que él fue tartamudo en la primaria, pero "solo lo superé".

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DESPUÉS DEL PROBLEMA

Ge. entra a terapia al instituto a los 3 6/12. G. se siente preocupado porque a veces no tiene trabajo y siente mucha presión al dar su dinero (al instituto), además de sentirse inconforme con los resultados de la evaluación de su hijo ya que: "la gente no tiene experiencia, y en realidad no pueden evaluar a su hijo correctamente", porque según él, su hijo no tiene nada y él le puede hacerle los análisis y evaluarlo.

L. se sintió bien y se ha llegado a acostumbrar a llevarlo a terapia, sintiéndose más tranquila por haberlo hecho, porque "creen que es fácil pero ¿qué hubiera pasado con él?".

G. admite que en cierta manera aceptó que el niño tuviera algo, y que por eso su esposa y el niño siguen yendo al instituto (porque él da el dinero). Aquí puede verse como el no aceptar explícitamente el problema del niño es una reacción a la esposa, y un pretexto para culparla, más que en sí el problema. Se está dando de este modo una sustitución del conflicto básico por el problema del niño: es así un conflicto secundario.

Ge. ha cambiado en los últimos tiempos, y ya no es tan serio y tranquilo, y no se cansa tan fácilmente, se ha vuelto más juguetón y despierto según L. Últimamente L. no ha visto que el niño progrese mucho en su problema del lenguaje.

Observación de la conducta de los padres y del hijo

Durante la sesión en la casa de la pareja, Ge. estaba dormido, por lo que no pudo observarse la conducta del niño y los padres. Fue posteriormente que pudo observarse la conducta de L., Ge. y la niña menor. La Sra. L. ata las agujetas de los zapatos de Ge., le dice a la niña que no juegue con otros niños en un pedazo de tierra porque se va a ensuciar y que cuide y vea donde está su

hermano para que no se aleje tanto. Esta es una muestra de la dependencia que está creando en él de ella; además hace a su hermana su cuidadora.

Fue haciéndose claro que L. quiere colaborar en la investigación y que su esposo se resiste. Fue ella la que insistió en llevar al niño al instituto y fue él se resistió. Al parecer ella está utilizando el problema del niño para llamar su atención, y el niño está sirviendo de presión para que su esposo reaccione ante algo.

Pudo observarse que esta familia está claramente en conflicto, y en un conflicto que al parecer es consciente. El desacuerdo en el actuar de L. era claramente molesto para G. en lo que respecta al manejo del niño: el haberlo ingresado tan tempranamente (según G.) al jardín de niños, y el llevarlo al instituto en donde "se gasta" tanto dinero sin que hubiera y fuera en la actualidad necesario (según G.), hacen pensar en que se está usando al niño como punta de lanza de sus conflictos personales. Posteriormente (se habló con la madre después de la sesión con el padre) se supo que sí había un conflicto que también conlleva a ayudar a contestar la pregunta de la investigación principal: la falta de satisfacción sexual de L. en sus 5 años de matrimonio, sintiendo que en ella está el problema, no en G.

L. expresa haberse sentido muy sola desde antes de casarse, y haber creído que con el matrimonio esto iba a terminar. Sin embargo, G. casi nunca estaba en casa porque se la pasaba trabajando, y sigue sintiéndose muy sola. L. expresa su ignorancia e incapacidad al no saber cómo educar a sus hijos. Hay de esta manera una gran angustia, que desafortunadamente, en mi caso, no tranquilicé con expresiones como: "el ser madre se va aprendiendo", "nadie nace siendo madre". También, nadie es psicólogo por nacimiento.

G. niega el problema, mientras que L. lo usa para manifestar su insatisfacción al mismo tiempo que se siente culpable por hacerlo. En su hijo pretende encontrar afecto que no encuentra en G., haciendo que dependa mucho de ella (por ejemplo, cuando las agujetas).

CASO # 3

M., 43 años, ama de casa que trabaja ocasionalmente; J., 47 años, jefe del departamento de una empresa a cargo de muchos obreros. L.A., su hijo nacido el 10 de mayo de 1990, fue diagnosticado con anartria y dado de alta del instituto hace 6 meses. No tiene hermanos. El padre tuvo un problema de lenguaje.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR ANTES DEL PROBLEMA.

M. y J. se esforzaron 10 años por tener a su hijo debido al problema de la tiroides de M. No se sabe todavía con exactitud qué pasó, al parecer abortaba porque cuando ella pudo pasar del 7o. mes de embarazo, se alegraron y ya tenían la seguridad que iba a nacer.

La madre dice ser muy aprehensiva, muy preocupada y siempre sentir mucha angustia. Siempre dice temer que a su hijo le suceda algo. Esto lo explica porque se describe muy afectada por su pasado, porque su padre fue alcohólico, por lo que ella sufrió mucho. Dice haber querido que su hijo sea el número uno en todo.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE EL PROBLEMA

Situación general de la familia ante la detección del problema

El médico detecta un problema en el niño cuando éste tiene entre los dos años y los 3, (no recuerdan), y sugiere que tal vez sea un problema en el frenillo y que sería conveniente llevarlo al otorrino; M. lo lleva, y éste le dice que ella y su marido deben hacer que el niño haga ejercicios. Es

cuando el niño tiene 3 años que su madre lo lleva al instituto. Ahí le efectúan los estudios normales y también un estudio de sueño por lo que el niño debe permanecer toda una noche despierto.

Reacciones:

Madre:

-al principio no sintió que fuera grave; el niño no podía pronunciar ciertas letras, y no creyó que fuera un problema

Cuando se están llevando a cabo los estudios, la madre se sintió angustiada.

Padre:

-cuando ella dice haberle dicho a su esposo del problema, este recuerda que pensaba que el niño estaba bien, pero que como él no habló bien hasta los 6 ó 7 años, que qué bueno que ella fuera tan aprehensiva y que le pareció bien que lo revisaran para que: "le den una checkada". Ambos se tranquilizan cuando les notifican el diagnóstico, al saber que no es un problema grave.

Atribuciones:

Madre:

-a estar chiqueado, consentido

-antes de nacer el niño ella estaba predispuesta a que fuera a tener algún tipo de problema, porque ella tiene hipotiroidismo y lleva un tratamiento para la tiroides.

- ella responde que: "hereditario, no. De mi esposo no creo...Él a los 8 años comenzó a hablar (exagera la edad), tal vez por eso".

Padre:

- Cuando su esposa responde, él dice: - "pues sí, al tratamiento de la tiroides",

- "a eso exactamente...pero no podría decirlo, cuál fue la causa, por eso lo llevamos al instituto, para saber cual era la causa y nunca nos dijeron, además que siempre salió bien en los estudios, no hubo problema".

Ella sentía entonces angustia de que no tuviera remedio; él considera que el remedio ha sido temprano y que va evolucionando bien con la atención debida.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DESPUÉS DE LA DETECCIÓN DEL PROBLEMA

Hace dos meses que M. pudo platicar con la psicóloga escolar con respecto al niño. La psicóloga lo nota distraído y tenso, tampoco quiere hacer algunas tareas. La madre a su vez le dice que su hijo se muestra agresivo con ella. Ellas inventaron un método por el cual, si el informe de la escuela del niño fuera malo, lo dejarían sin ver la T.V.; el método sí les ha funcionado, y el niño está menos tenso "porque ya no lo presiona tanto". La madre dice que grita y se desahoga ante sus tensiones,... no se sabe lo que hace el padre ante este método y lo que siente ante la situación.

Observación de la conducta de los padres y del hijo

J. pide al niño que no beba tan rápido su agua, y M. le pide que se termine toda la comida. No se observó una relación tensa entre madre e hijo; sí una poca entre el padre y el hijo. L.A. se movía libremente en su casa junto con un amigo. Las relaciones entre los cónyuges no se notaban tensas; sí hay molestia de J. ante la evaluación. Es de notar que el padre tuvo un problema del lenguaje, como en el caso # 2 y el #4.

M. se dice aprehensiva, etc., pero habría que ver qué función está jugando ese aparente autodesvalimiento en su esposo, quien le dice que qué bueno que haya sido así en el caso del niño.

Al parecer, M. está insatisfecha, ya que usa a su hijo para satisfacer sus motivaciones, quiere que sea el primero en todo, y el niño está respondiendo con agresividad ante las altas exigencias; probablemente el padre fomenta esta agresividad, que también él siente. Se observó mucha confusión ante el problema de lenguaje, véanse las múltiples causas que pensaban lo habían motivado; el padre reconoce cierto problema, para luego negarlo y volverlo a reconocer.

CASO # 4

Sra. H. de 42 años, maestra de secundaria (estudió para educadora, luego estudió pedagogía); Sr. O., 40 años, maestro de secundaria de dibujo. A., su hija de 4 años, nació el 29 de mayo de 1992; fue diagnosticada con anartria; hija única. El padre tuvo un problema de lenguaje, al igual que la prima paterna de A..

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR ANTES DEL PROBLEMA.

Algunos aspectos fundamentales sobre el niño anártrico.

H. y O. se casaron en diciembre de 1983, pasaron 2 años y H. estaba desesperada porque no quedaba embarazada. Acuden a un instituto especializado en donde le dicen los especialistas que tenía atrofiada una trompa de Falopio, que tenía posibilidades de embarazarse pero que debían esperar a que de causalidad sucediera. Incluso O. propuso adoptar un hijo, H. no quiso. Ya "habían asimilado que no habría bebés".

Es hasta 1991 que se embaraza, y se dan cuenta cuando ya tiene 4 meses de embarazo. A H. ya no le importaba si menstruaba o no, pero comenzó a sentir algo raro: mucho sueño. Temía que tuviera un tumor o algo peor, se comienza a cansar y a decirle a su esposo: "mira, ya estoy vieja". O. es el que nota en ella algo distinto, y le dice que está embarazada, H. se enoja y se molesta, lo creía burla, presión. Va a hacerse los estudios estando muy preocupada porque ya estaba segura que no podía ser un hijo. Ambos se alegran sobremanera, lo creen un milagro cuando se enteran que, en efecto, van a tener un hijo.

O. quiere tener una niña porque las considera más tiernas, ya que él y sus hermanos fueron todos hombres. Se lo pedía a Dios y le pedía una señal para saber si "él estaba de acuerdo". La madre dice: "cualquiera iba a ser bien recibido". H. sigue trabajando durante el embarazo.

También se supo en esta sesión que la niña tuvo un desarrollo motor normal, ya que en la guardería la pasaban de sala en sala de acuerdo a sus avances, que estaban de acuerdo a su edad. Lo que no hizo fue gatear, se arrastraba y las encargadas de la guardería le insistían a la madre que la hiciera gatear. No tuvieron problemas con ella, y a los 8 meses la sentaban en la nica y ella se reía, ya al año sabía. Ambos trataban de no consentirla mucho.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE EL PROBLEMA

H. detecta el problema cuando A. tiene un año y 5 meses. No decía palabras y H. comenzó a observarla más; trataba de cantarle para así estimularla. Le dice a O. de la posibilidad de llevarla a un médico, y este le dice "vamos". La llevaron al pediatra y éste les dijo que no se preocuparan, que todavía estaba chica, que esperaran a que tuviera 3 años. H. sin embargo la lleva al instituto en donde le comienzan a realizar los estudios; también la lleva a la guardería. Ahí, una psicóloga le reclama que la niña no habla bien y el por qué no la han atendido. Ella le dice que ya está siendo atendida. La niña hablaba mucho pero no se le entendía.

Reacciones:**Madre:**

-sintió angustia porque la niña estaba casi todo el día en la guardería; temor que siguiera hablando así.

Padre:

-sintió temor que los otros niños se burlaran de su hija, porque: “por lo regular tratamos de inculcarle que tenga amor a todo el mundo”; le decía: “A., trata de pronunciar bien”. Le decía a su esposa: “imagínate que la lleguen a rechazar” ya que como él también tuvo un problema del lenguaje, le molestaban las burlas, los arremedos.

Cuando A. tiene 3 años y 4 meses, los citan para darles el diagnóstico, H. temía que la niña siempre fuera a hablar así, con “un problema de pronunciación”, pero ambos se tranquilizan cuando les explican qué tiene.

Atribuciones:**Madre:**

-“a que soy de Tabasco y así es la forma de hablar, mocho: “pue”, es común que allá se hable así.

Padre:

- “analizando la situación de familia, yo hablé así, mocho; no cambiaba las palabras: no podía pronunciar ciertas letras...a los 6 años no hablaba bien. Tengo una sobrina con 10 años que habla todavía mal”.

Observación de la conducta de los padres y del hijo

El padre siente angustia ante el posible rechazo de su hija por su retardo; la madre parecería que se siente culpable porque la niña esté mucho tiempo en la guardería, y que ella no la cuide. Se observó apoyo en los padres.

La niña se acercaba a ambos padres, y observaba la situación. Estuvo más cerca de la madre; cuando se iba, la madre le decía: “dí compermiso”, varias veces. El padre se notaba tranquilo, la madre se notaba más inquieta. La relación entre la pareja parece no conflictiva, y ninguno de ellos se culpó.

CASO # 5

Sra. G. de 27 años, ama de casa; Sr. E., 30 años, comerciante de ropa a veces de tiempo completo, a veces casi sin trabajo. R., su hijo de 5 años 4/12, nacido el 12 de octubre de 1991; fue diagnosticado con anartria, y es el segundo hijo. La prima paterna tiene un problema de lenguaje.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR ANTES DEL PROBLEMA**Aspectos fundamentales sobre el niño anártrico.**

Ella refiere que su "consentimiento" o "sobrepotección" quizá se deba a que fue su segundo embarazo, y que pudo sentirse muy emocionada y tener más satisfacciones al "sentirlo en su vientre", ya que con su primer niña tenía 17 y E. 19 años, y tuvo mucho miedo al ser una situación muy difícil.

Al preguntarles a los padres el cómo era su situación familiar anterior, respondieron que "bien", "normal". Pudo investigarse que una situación problemática en esta pareja era el consentimiento de la madre hacia el hijo. El consentimiento consistía para los padres en que:

- la madre le hablaba en forma infantil todo el tiempo
- ante la menor queja del niño, la madre interrumpía su quehacer y lo llevaba al médico
- ante cualquier petición del niño, la madre le concedía su deseo
- la madre tiene miedo a que se lastime y prefiere tenerlo a su lado, a diferencia de su hija
- los familiares maternos no cumplían los castigos impuestos al niño

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE EL PROBLEMA

Fue aproximadamente cuando R. tenía 2 6/12 que su tía paterna comenzó a detectar un problema de lenguaje. El niño había dicho sólo una palabra: "mamá", decía "ucc", señalaba a todo y gemía. Fue ella quien se lo notificó a su hermano y cuñada, pero a estos no les preocupaba y creían que era algo "normal" que con el tiempo se iba a componer: "luego, después va a hablar".

La tía les hace la cita y es cuando ambos acuden al instituto que G. comienza a angustiarse durante los estudios, sintiendo "poca angustia, miedo porque tal vez podía estar mal del oído, o del paladar"; en cambio el padre observa que el niño va respondiendo bien a las pruebas y "veía que estaba bien".

Reacciones:**Madre:**

- luego, después va a hablar
- no nos preocupamos, era normal; en los estudios sentía "un poco de angustia y miedo que fuera algo del oído o del paladar"

Padre:

- no era grave, si comprendía; fue normal, me entendía todo. Yo veía que las pruebas las hacía bien.

La doctora les dijo que era un retardo debido a problema de sobrepotección, por lo cual el padre estaba "tranquilo"; la madre "se tranquiliza" porque no era lo que temía.

Atribuciones:**Padre:**

-el informe decía que estaba muy sobreprotegido, muy mimado, por tu familia y por tí: por ser el primer nieto (hombre) por parte de la familia materna

Madre:

-por sobreprotección mía y de mi casa, por ser el primero,...a las niñas, a ellas no.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DESPUÉS DEL PROBLEMA

Ambos acuden al instituto a las terapias del niño. G. se comenzó a preocupar porque sentía que su hijo no avanzaba en la terapia, sentía miedo que su hijo no hablara bien, que se fuera a quedar así, porque incluso a veces llega a tartamudear. El padre no tenía estos miedos, para él el niño iba bien.

Cada vez que G. iba a las terapias, las terapistas le aconsejaban a G. que le quitara el pañal al niño, lo que G. no hacía al temer que no controlara los esfínteres. Por fin lo hace, y el niño no tiene problema en su control de esfínteres. El niño tiene ya más de dos años en terapia.

Con la madre el niño hace el berrinche de que no quiere ir a la escuela y ella le concede no ir, en cambio el niño no lo hace con el padre. El niño ha comenzado a ser burla de una compañera y blanco de la discriminación de una maestra que no quiere que participe en una ceremonia por cómo habla. G. habló con ella y esta última accedió.

Hace dos semanas que la madre comenzó un curso para manejar máquinas y le ha dicho al niño que "ya no lo va a mimar", porque ya no puede interrumpir lo que hace por falta de tiempo, a lo que R. contestó enojándose.

Observación de la conducta de los padres y del hijo

El niño acude dos veces con el padre mientras transcurre la sesión, lo abraza y se sienta en sus rodillas; acude una vez con la madre quedándose un rato al lado de ella para después irse. Puede estar tranquilo con la entrevistadora, además de ponerse a jugar con una lotería, y salir al patio cuando a él le place. Los padres se sientan separados, aunque se muestran cordiales y contentos al hablarse; al principio sobre todo y a excepción de la referencia a la tarea.

Se observa en esta familia una diferencia en el trato de las mujeres ante los hombres: aunque haya nietas, a los nietos: hombres, sí hay que quererlos y "sobreprotegerlos" más.

A medida que la entrevista se fue desarrollando, la entrevistadora y al parecer la pareja pasó de creer que el retado anártrico había sido algo normal, a otras consideraciones. Se fue descifrando la relación conyugal ante el retardo: el coraje que E. estaba sintiendo por el consentimiento de G. y su familia, que "no dejaba ser" al niño; G. se sentía muy enojada cuando E. le reprochaba que ella y su familia lo consintieran, ella no le decía nada, y se quedaba callada o le decía: "¿cómo quieres que les diga que no lo consientan!". Cuando los reproches de ella fueron más evidentes fue cuando ella expuso que su hijo era "medio flojito" para hacer la tarea y E. interfirió diciendo que su hijo sí hacía la tarea, a lo que ella respondió: "tú no sabes porque no estás aquí, tú ves cuando ya está terminada la tarea, no cuando tengo que estar con él para que la haga".

Aquí puede observarse que no nada más el problema de lenguaje está sirviendo como factor detonante de conflicto, el problema de lenguaje sirve como pretexto para que el padre reproche a la madre su desacuerdo con el manejo del niño; ella está predispuesta y el niño le sirve para

expresar su descontento ante la ausencia de su esposo y el que se quede ella como la responsable del niño.

Se puede ver que en efecto hay conflictos en la pareja que parecen ser no muy graves, ya que si existe cierto apoyo (ambos llevan al niño a las terapias).

Al terminar la entrevista y al acompañar G. a la entrevistadora a la salida, admite tener mucho miedo en emprender estudios o algún trabajo, se siente inútil e impotente para realizar algo por sí misma. G. hace notar que E. la estimula a que realice trabajos y estudios, y que no se preocupe de los quehaceres.

Ante el problema de lenguaje o por lo menos la posibilidad de una anomalía en el niño si existe cierta negación de algún problema, ya que es hermana del padre quien obtiene la cita para el instituto.

CASO # 6

F., 33 años, técnico en un laboratorio de prótesis; A., de 30 años, ama de casa. M.F. tiene 3 8/12 y fue diagnosticada con retardo anártrico; es hija única. Tiene como antecedentes de retardo de lenguaje a dos primos: una prima materna y un primo paterno que habla muy lento.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR ANTES DEL PROBLEMA

Aspectos fundamentales sobre el niño anártrico.

Cuando A. tenía 6 meses de embarazo, le dijeron en el ISSSTE que no se oía el latido cardíaco de su bebé, y que el parto era de alto riesgo, ella se siente desesperada, acuden a otro ginecólogo y este les informa que todo va bien según el ultrasonido. Faltaba un mes para que M.F. naciera, que mataron al primo de A. en forma "muy cruel"; esto provocó que A. se sintiera muy tensa: "me afectó muchísimo" y que ello se reflejara según ella en su embarazo: sentía mucho temor de quedarse sola, estaba "muy nerviosa". Según ella, por eso no tuvo dolores de parto; pasaron los nueve meses y le dijeron que su bebé debía nacer porque estaba "post-maduro" y la niña nace por cesárea; A. infiere que la muerte y ese incidente pudieron haber sido la causa del problema de lenguaje. F. quería que M.F. fuera niño, A. que fuera niña. A. se sintió feliz con tal que la niña estuviera sana; F. también se sintió feliz que fuera sana y que su esposa estuviera bien.

Ante la pregunta de la entrevistadora si se sentía muy comúnmente con tanto miedo, explicó que la juventud y la forma en que mataron a su primo la afectó muchísimo, más que la pérdida en sí; también explicó que a los 13 años había muerto su madre y a los 10 meses siguientes su padre, lo que le hacía sentir así, y que no es muy común. Observó que era muy "preocupona y muy "nerviosa".

F. califica a A. de "muy preocupona", muy "nerviosa"; que siempre ha sido así, dijo, desde que se conocieron.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE EL PROBLEMA

Fue cuando la niña tenía aproximadamente 2 6/12 que su mamá comenzó a sospechar que algo raro sucedía, aunque sabía que no era algo grave porque sí comprendía. La niña decía "mamá", "papá", "agua", pero "no se soltaba a platicar, ni a preguntar". Después que A. platica con su esposo, A. consulta su preocupación con su hermano, que "es como su padre", y éste le aconseja ir al instituto, ya que la hija de su hermano también presentó un problema de lenguaje; le dice al esposo y éste le dice "adelante".

Reacciones:**Madre:**

-estábamos preocupados,...lo que sí, fue muy flojita. Estaba muy tranquila en mi embarazo, aunque muy tensa al final...tal vez por eso, porque me afectó muchísimo. Como que ya se tardó,...porque otros niños son como periquitos.

-se siente mal porque "si a lo mejor hubiera estado más tranquila (en su embarazo), no hubiera pasado...sentía preocupación y miedo de que fuera muda".

Padre:

-le dije adelante, saca la cita, la llevamos al instituto...yo creía que no era problema, no estaba muy preocupado, sino que como (la niña) comprendía...

Ante el diagnóstico, ambos se tranquilizan al informarles que no es mudéz lo que tiene su hija. Las doctoras les dicen que el problema de la niña es debido a la "sobreprotección familiar"; al preguntarles: "sobreprotección de quién", A. respondió que del padre. A. en ese entonces le dijo a F.: "o te pones firme o a ver...yo no puedo" y también explicó: "está muy consentida, papá le hace todo". Éste le da la razón, admite que "sí estaba protegida; él habló con M.F. y le dijo que tenía que hablar para que él le hiciera caso. F. se siente "un poco culpable".

Atribuciones:**Madre:**

-por la sobreprotección de su papá, yo le eché toda la culpa, porque era muy tiernito con ella, su papá es su vida, su todo

...ya platicándolo con mi esposo le dije que podía ser por la tensión que sentí en mi embarazo, por mi primo.

-aunque "como pusieron "sobreprotección familiar", que "también debe ser de los dos, y me sentí muy mal: también por querer tanto se podía lastimar a alguien; a lo mejor yo tuve algo que ver, ¿en qué fallé?, ¿por qué pasó o por qué?"

-por ser hija única,

-porque todo le dan y no la dejan que se esfuerce

Padre:

-nos dijeron que por la sobreprotección

Le dijeron las terapistas a A. que le debía quitar el biberón y que la inscribiera en la escuela; duró ahí 6 meses pero no quiso que se quedara más porque "se enfermaba seguido", y "gastaban más en el médico de lo que podían". A. prefiere estar la mayor parte del tiempo con su hija y no trabajar hasta que ésta entre en la escuela.

F. y A. han notado bastante mejoría en su hija, en especial desde que F. ya "no la consiente tanto, y hace que la niña le diga por su nombre las cosas".

Observación de la conducta de los padres y del hijo

La niña no se encontraba. Los padres se sentaron separados. La madre interrumpe varias veces al padre, y este no reclama su derecho. En general la que habla es la madre; sin embargo, es ella la que desde el principio se culpa, luego culpa al padre para volverse a culpar.

A. presenta rasgos depresivos, siente temor y angustia ante la pérdida de su primo (temor y angustia de quedarse sola) y también siente el temor de perder a su hija (¿por eso no tiene dolores de parto ya que su hija al nacer se separaría de ella?; véase Langer, M. "Maternidad y sexo", pp. 188-195) Esa angustia la vuelca en sobreprotección o temor de sentirse sola, y por eso quiere

estar con su hija la mayor parte del tiempo. El padre se muestra seductor y realiza las cosas por ella. Acostumbran a su hija a que con que gestos y pocas palabras puedan entenderla, lo cual es probable que sea un signo de la necesidad afectiva que ambos buscan en la niña al hacerla dependiente de ellos. El que todavía a los 2 6/12 la niña tenga el biberón, y el rechazo a que continúe en la escuela, son otros de los índices que podrían mostrar que quieren (en especial la madre) conservar la dependencia y presencia de la niña. Es importante señalar el temor inconsciente de A. de haberle hecho daño a su hija desde el embarazo, lo que llega a suceder en algunos de los casos presentes, a veces sólo como la búsqueda de una posible anomalía. El padre se culpa, pero luego intenta negar o suprimir la culpa.

CASO # 7

O., de 33 años, arquitecto; C., 31 años, ama de casa. I. tiene 3 10/12 y fue diagnosticada con retardo anártrico; es la segunda y por ahora última hija de O. y C.

Antecedentes familiares de la niña: un primo paterno, y la madre de éste, tía de I. por tanto.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR ANTES DEL PROBLEMA.

Aspectos fundamentales sobre el niño anártrico.

O. ve nacer a sus dos hijos, el primero por parto normal, la segunda por cesárea.

C. dice haber tenido a su niña muy pronto, a los 8 meses que había nacido el hijo mayor, sin dolores de parto. Se sentía muy pesada, muy cansada, tenía muchas náuseas y dormía mucho. Su cuñada la revisaba hasta que ante la continua incertidumbre y riesgo, decidió llevarla al hospital para realizar la cesárea. La niña pesó 4350 grs., y lloró cuando nació sin ninguna otra complicación.

C. dice que tenía que estar muy pendiente de su otro bebé, y dice "haber descuidado a la niña, haberle dado más atención porque ella dormía más, aunque dándole todo (sus comidas) a sus horas".

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE EL PROBLEMA

C. es la que nota que su hija "es flojita para hablar" en primer lugar (antes que su esposo) cuando la niña tiene 1 2/12, 1 6/12 aproximadamente: la niña no ha dicho aún palabras completas, usa mucho los gestos y señales. Le dijo a O., y ya comenzaban a compararla con su hijo mayor que a los 8 meses empezó a hablar, y quien desarrolló su lenguaje en forma muy rápida y clara, admirando incluso a extraños.

Ambos cónyuges "se sentían mal" cuando en casa de la abuela paterna a la niña la apodaron "muda", y cuando iba creciendo y no desarrollaba su lenguaje como su hijo. Fue esto lo que marcó una pequeña diferencia en la educación con respecto al hijo. Refieren que, como la niña no hablaba, por señas ellos le entendían, lo cual, se agrega aquí, se convierte en un círculo vicioso: ella no habla, los padres adivinan lo que quiere o hablan por ella: "le ayudan", lo cual hace que la niña no hable.

C. va al DIF, en donde se encuentra a unas terapistas de lenguaje a quienes expone el caso de la niña, es en esos momentos que le dicen que existe un retraso de un año en la niña, y que ella cree que es un retraso general en su desarrollo y se siente "muy mal". La madre y el padre de I. se tranquilizan cuando la doctora del DIF les da el primer diagnóstico y les explica que es un retraso sólo en el lenguaje.

Reacciones:**Madre:**

- sintió temor, pero se lo comunicó a su cuñada que es médica y ella le dijo que “estaba muy consentida”, porque todo le daban, y todo lo pedía por señas.
- comenzó a preocuparse más cuando le informaron en el DIF de Cuernavaca que en efecto sí debía tener un problema, un retraso, que ella creyó general, y que luego les dijeron que sólo lo era en el lenguaje.

Padre:

- se preocupó aunque su hermana le decía que no lo hiciera, “no hubo situaciones tensas sino razonables”, ya que se “comunicaba con su esposa”
- “nunca nos sentimos tensos”, porque les informaban que no era de preocuparse, que estuvieran tranquilos
- él “tal vez no se fijó” en el problema de lenguaje, porque “ella está las 24 hrs. con ella. Ella está pendiente, y no le miento, incluso en la noche, si mi hijo o mi hija se movió, ella sabe; trato de convivir pero cuando me voy y cuando llego ellos están dormidos.”
- pudo haber influido probablemente el embarazo...

Atribuciones:**Madre:**

- después que se le pregunta al padre, y éste le pregunta a C., ella responde que sus hijos han sido muy sanos, entonces: “me lo han dicho las terapistas, porque es floja,”
- porque todo le dábamos, al nacer sana,...no se por qué O.,... ¿cómo ves?
- porque le ponía más atención a él (al hijo) porque ella (la hija) dormía más

Padre:

- “durante el embarazo, tampoco (sucedió nada)...C. se cuidó tanto...con cualquier gripa, antes de tomarse una medicina le preguntaba a mi hermana para que no le hiciera daño. Fue cesárea...yo estuve ahí, (lo cual dice muy emocionado), en el nacimiento de mis dos hijos...”

Madre:

- “tal vez por lo cercano del embarazo, no tuve dolores de parto; le ponía más atención a mi hijo porque ella estaba durmiendo”.

O. creía que al entrar a la terapia del DIF de Cuernavaca, I. mejoraría muy rápidamente, lo que no sucedió así; sólo estuvieron un mes en la terapia y se mudaron al Distrito Federal en donde llevaron a la niña al I.N.C.H.

Hasta que I. tuvo dos años, pudo decir palabras completas. Ahora se sienten “muy contentos” porque la niña ha evolucionado muy bien.

C. a veces le dice a O. que va a tirar a la niña porque juega muy bruscamente con ella; O. a su vez dice estar muy contento y muy feliz de poder jugar con sus hijos. C. describe a O. como un buen padre, que a veces “les pega el grito”, que les pone más límites (que no anden descalzos, a diferencia de sus primos paternos), que aun cansado juega con sus hijos, que platica con ellos y que les lee cuentos.

Observación de la conducta de los padres y del hijo

La niña se desplaza con libertad, juega con una pelota y se pone un disfraz de Batman. Su papá le llama la atención una vez: que no se vaya a pegar. En varias ocasiones O. interrumpe a C., lo cual ella acepta. O. y C. se preguntan qué podrá ser. C. sonríe varias veces ante lo que dice O.

Si existió apoyo de C. hacia O.: dijo que era un buen padre, que aunque cansado iba a ver a sus hijos y a jugar con ellos; varias veces se preguntan: ¿qué más podrá ser C.?, ¿qué otra cosa O.?, en especial O. a C. Parecería que C. está muy contenta cuidando a sus hijos, se observa sin embargo cierta apatía en ella, la firme convicción de que la familia es su deber. O. lo acepta e incluso la admira por eso.

CASO # 8

Sra. T. de 34 años, ama de casa que ayuda a su esposo en la tienda: tendera por tanto; y Sr. H., de 50 años, tendero; He., de 4a 6/12, es el 3er. hijo de 4 hermanos; fue diagnosticado con retardo del lenguaje de patogenia anártrica. Tiene un primo paterno que se sospecha tiene problema de lenguaje.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR ANTES DEL PROBLEMA.

Aspectos fundamentales sobre el niño anártrico.

El niño nace por cesárea por desproporción céfalo-pélvica, y pesa 3.900 kg., sin al parecer mayores complicaciones. He. fue un niño muy tranquilo desde su nacimiento. Reportan sus padres que casi no chillaba en las noches y que casi nunca los despertó siendo un bebé. También que hasta que empezó a caminar (aproximadamente al año 4/12 (padre), al año y 6/12 (madre)), dormía casi todo el día, y ellos y la familia no lo tomaban a mal, al contrario, como los padres tienen una tienda, y veían que seguía durmiendo, no lo despertaban. Los parientes y amigos los felicitaban por tener un hijo así. Los otros dos hermanos de He. no eran tan tranquilos y comenzaron a hablar rápidamente. Más tarde, y respecto a su lenguaje, a He. T. y H. lo consideraban flojo, que no quería hablar, que era "un conchudo".

No se sabe desde cuando, pero H. ha sido el consentido de T., quien dice que: la sigue más, "me causa mucha gracia,... sería que de bebé fue el más gordito, se da para querer, eso me gusta". Cuando H. le decía a T. que lo mimaba mucho, ella "no hacía caso, no lo sobreprotejo". Al papá, le "da coraje, que pasan las 12 y no se duerme, es muy inquieto". He. también la ceba más: le gusta acostarse en la cama entre sus padres, quienes esperan a que se duerma y lo ponen en una cama con barrotes en el mismo cuarto, a diferencia de sus hermanos que duermen en otro cuarto.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE EL PROBLEMA

Fue a los 2 años (madre) o 2a 6/12 (padre) aproximadamente, que la madre se comenzó a preocupar y a angustiarse, ya que el niño no hablaba una palabra, todo lo decía por señas y gestos y "como todo le dábamos...". Llegó a pensar que estaba mudo. Preguntaba a las maestras de sus otros hijos sobre lo que le estaba pasando a su hijo, y ellas le recomendaron que viera al médico. T. le dice a H. e insiste en que deben ver a su médico, pero éste le dice que no es nada, "si va a hablar, hija". H. cede, y el médico les dice que es por su culpa, que lo consienten mucho. H. no le cree, porque no confía en los médicos, y T. sí y se siente culpable. El médico les recomienda a un

cirujano, quien les dice que el niño tiene el frenillo corto y que lo quiere operar porque les promete que con la operación el niño va a hablar.

T. se sintió más tranquila cuando le dijeron que H. no era mudo, y como “quiere resolver todo al momento”, le insiste a H. Éste se resiste, le dice que es una necia, que el niño no tiene nada, que sólo es para sacarles dinero y que después va a ver que el niño no se compone.

El médico lo opera, le quita las amígdalas y adenoides y al parecer sí le corta el frenillo. T. se siente culpable de la anormalidad del niño durante la cirugía. Pero el niño, lógicamente, no habla inmediatamente.

H. le echa la culpa a T. de su necesidad, “luego me desquitaba con ella”; T. la acepta y dice que fue por haber confiado en el médico.

Reacciones:

Madre:

- preocupación, angustia, miedo que fuera mudo, tranquilidad cuando le dicen que no es así
- decía mi esposo de la cirugía, y yo me sentí culpable, yo creía que era efectivo (la cirugía), sigo indicaciones.

Padre:

- se alegró, aunque “no me preocupaba, después va a hablar”, es normal

Ese médico les recomienda el I.N.C.H. Ya ahí, la terapeuta le dice a T. que descuidó al niño, y la psicóloga que no lo dejaban hacer nada y que no lo motivaban.

Cuando a T. le dieron el diagnóstico, no le explicaron qué tenía el niño, sólo que lo debía llevar a terapia; ella se siente muy tranquila. Cuando le informa a H. que debe llevar al niño a terapia, y que con ello el niño va a hablar, H. dice haberse alegrado, ante la seguridad que el niño no tenía un problema grave.

Atribuciones:

Madre:

- por no ponerle atención, por descuidarlo, porque fue el “sandwich” y tuve los partos muy seguidos
- porque siempre fue muy tranquilo
- por ser el más consentido entre sus hermanos (por ella), “pobre de mi hijo, dejé pasar tanto tiempo, lo dejé hasta ahora...”
- nunca soy muy cariñosa, no tengo la calma de bañarlos

Padre:

- porque todo le dabas, y él comía, “tú lo mimas mucho, porque tanto lo mimas”.
- T. todo se cree, no razona.
- no tiene problema, no todos los hijos son iguales, no se deben comparar, hay que tener paciencia; los otros eran más traviesos, por eso no lo motivamos
- siempre tuve la esperanza que iba a hablar, es más flojo.

Su hijo ha mejorado notablemente con la terapia según sus padres.

T. se siente más tranquila y contenta; dice que aunque esté muy atareada con el trabajo de la tienda, encuentra tiempo para llevar a su hijo a la terapia, lo cual le gusta mucho, y, a una pregunta de la entrevistadora, contestó que sí, que es como una ocupación. H. dice no acompañarla porque

“o va uno o va otro”, ya que no encuentra necesidad que vayan los dos, que él tampoco podría ir porque lo desespera estar yendo, y que su esposa es más paciente al estar continuamente llevándolo a terapia.

Observación de la conducta de los padres y del hijo

Cuando se le pregunta la ocupación a H., éste responde que es comerciante; se le pregunta a T., si ella también lo es, el padre responde por ella que no, que ella es ama de casa; ella lo acepta. Se observaron continuas interrupciones del padre a la madre, además de que los cónyuges hablaban en voz alta para poderse interrumpir, en especial el padre; T. se callaba ante estas interrupciones. He. iba de un lado a otro, jugaba con sus hermanos, y gritaba junto con ellos. Fue reprendido por su padre, quien le decía que se quedara quieto. Después fue con su madre, quien lo cargó. Se aproximaba a la entrevistadora tocando su libreta o tocándola, queriendo que le hiciera caso.

Como podrá verse más adelante, el médico les echa la culpa por consentirlo, la terapeuta por descuidarlo y la psicóloga por no dejarlo hacer nada y por no haberlo motivado. No hay un acuerdo bien establecido sobre cuál fue la causa del retardo, además de la falta de explicaciones (el descuidarlo significa falta de estimulación y el hacer todo por él, también); y charlatanerías (el médico le quita lo que no debe que no tiene relación con el problema de lenguaje; la cuestión del frenillo queda dudosa).

Desde el comienzo de la sesión el padre comenzó a culpar a la madre, aprovechando la cuestión de la operación del niño, además por no haberlo motivado lo suficiente, o porque ella le daba todo. La madre aceptaba la culpa, diciendo que había sido por ignorancia o porque había confiado en los doctores para hacerle bien al niño. El que He. sea el consentido de la madre, marca también una diferencia con sus hermanos, que a H. le da coraje. Parece que T. está usando al niño para encelar al padre, y el padre aprovecha al niño para culparla. H. no acepta problemas, y si lo hace lo hace a instancias de la madre a quien sigue llamando “necia”, sin embargo, “para complacerla”, cede ante algunos de sus pedidos. La diferencia de edad y el trato parecería caracterizar una relación padre-hija (por ejemplo, él la llama “hija”).

Parecería que el padre debe tomar una de dos opciones, inclinándose por la segunda aunque concediendo una aceptación mínima a la primera: a. aceptar que el niño tiene un problema, y de ahí el preocuparse por el niño; o b. no aceptar el problema porque le da coraje que la madre ponga tanta atención al niño lo que hace que aparente no conceder así atención al niño.

CASO # 9

Sra. M., secretaria de 37 años, y Sr. E., cartero de 40 años; D. tiene 4 años y fue diagnosticada con retardo del lenguaje de patogenia anártrica; es la 2a. y hasta ahora última hija. Tiene un hermano mayor diagnosticado con el mismo retardo, y su padre y madre, abuelo paterno, tío abuelo paterno y 2 tíos maternos tienen secuelas de tartamudez.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR ANTES DEL PROBLEMA**Aspectos fundamentales sobre el niño anártrico**

D. nació con "un soplo" en el corazón (el corazón, según explican los padres, a veces no latía ¿?) por lo que permaneció bajo observación por 3 días. Su padre dice que esa es una hipótesis "para explicar la dificultad para respirar y la afección de las cuerdas". El padre había acudido al instituto, por su tartamudez, pero ahí le dijeron que "estaba bien".

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE LOS PROBLEMAS

Es el padre quien comienza a comparar a su hija con otros niños de su edad. Lo platica a su esposa, pero pasa un año y no hacen nada, dice el padre: "por flojera". Es hasta que el tío materno saca la cita, que llevan tanto a la niña como al hijo mayor al instituto. Casi desde el principio el padre comenzó a decir, al preguntar cómo se había sentido al detectar el problema: "le dije a ella (a su esposa): es por tu familia."

Reacciones:**Padre:**

- tristeza, preocupación

Madre:

- no se siente mal, ella creció sin atención
- tristeza

La madre expresa que cuando le dieron el diagnóstico se sintió muy contenta, pues ahora ella podría ocuparse más de sus hijos al llevarlos a su terapia; no le notificó el diagnóstico al padre, pero ambos quedaron en llevar a sus hijos a las terapias. El padre expresa que se tranquilizó más.

Atribuciones:**Padre:**

- al soplo que tuvo cuando nació: causa externa
- por culpa de ella: la culpa, y de su familia materna, que son tartamudos: causa externa
- por su culpa
- no se quiere culpar, y dice: "por herencia de ella y mía... salió a tu raza,... es cotorreo"
- por defectos al nacer

Madre:

- por floja: causa externa
- no se culpa: ella creció sin atención
- es culpa de los dos, dice, cuando el padre la culpa y le dice que es broma: es por consentimiento, que ahora ya sabe que no debe consentirla: por causa de los dos que la consintieron.
- por la falta de dedicación de los dos: culpa a ambos.
- se culpa: por mi falta de tiempo, por flojera, por el trabajo

Ambos padres están contentos con el progreso de su hija

Observación de la conducta de los padres y del hijo

La niña jugaba con su hermano y en algunas ocasiones se acercó curiosa. Si se observó timidez e inseguridad en el hablar de los cónyuges por su consciencia de resagos de tartamudez. Aceptaban el hecho, y justificaban el problema de la niña, el padre al decir que ha intentado superar su problema de acuerdo a muchos medios y que no ha podido, y la madre por el abandono en que creció cuando era niña al “crecer como arbolitos, porque crecimos sin atención” (es de notar que ambos fueron casi los últimos hijos de una familia numerosa).

Parecería que es normal que el padre culpe a la madre y que la madre lo acepte, justificándolo. El padre y la madre si se hacen responsables de llevar a terapia al niño, aun cuando hay señales de que no sabían con certeza que era muy probable que sus hijos presentarían tartamudez, y que mientras más chicos llevaran a atender a sus hijos, mejor; pero “por flojera”, no lo hicieron hasta que el tío sacó la cita. Otra posibilidad es que en realidad sí existió cierta percepción del problema por el padre y luego negación de los problemas de sus hijos. A diferencia de casi la mayoría de las madres, M. no fue la que detectó el problema, ¿está relacionado con que ella también es casi la única que trabaja (a excepción de la pedagoga quien sí tiene conocimientos de la edad de aparición del lenguaje en los niños), la señora del caso #3, quien trabaja ocasionalmente, y la operadora de teléfono?: todas las madres que trabajaban no fueron las que detectaron el problema, a excepción de la maestra y la señora del caso #5.

CASO # 10

Sra. M.A. de 37 años, operadora de teléfono y segunda esposa de F.; F. de 37 años, es desempleado y está a prueba como técnico en comunicación. M., de 6 años 3 meses, es el primer hijo de M.A. y F., y fue diagnosticado con anartria. Tiene dos hermanastros mayores de 13 y veintitantos años.

Su hermanastro, su padre, su abuela paterna, dos tíos paternos, 5 primos paternos y una nieta paterna, tienen en el presente problemas de lenguaje, y que al parecer, en el 2o., 3era, y cuartos, se trata de tartamudez. Un primo y una sobrina materna también tienen problema de lenguaje, según la madre.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR ANTES DEL PROBLEMA.

F. mencionó que su madre tuvo el problema de lenguaje, y que todas las personas le decían “la periquita”, pues hablaba muy rápido y casi no se le entendía. Al tratar de solucionar las dudas que los padres tuvieron sobre la causa del problema, se mencionó que en general eran los padres los que tenían los problemas de lenguaje, y que los hijos tendían a imitarlos, aparte de que en realidad se trataba de un problema genético, y que en su caso, siendo la madre la que había tenido el problema, entonces dependía de qué tanto estaban sus hermanos y él ligados a la madre (porque sus hermanos también tuvieron el problema). F. dijo que, como todos sus hermanos fueron hombres, a todos la madre les enseñó a barrer y a bastarse por sí mismos.

Algunos aspectos fundamentales sobre el niño anártrico

El niño comienza a sentirse inseguro a medida que pasa el tiempo: ya no quiere hablar, cuando antes hablaba “como periquito” (aunque no se le entendía), y ya no quiere ir a la casa de su abuela paterna, donde “la familia” se burla de él. No se tienen más datos del niño.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DURANTE LOS PROBLEMAS

Situación general de la familia ante la detección de algún problema

Lo que sí fue además muy interesante, fueron los continuos desencantos y sospechas en estos padres. Cuando se comienza a sospechar un problema, la madre se angustia y el padre se molesta. Ella le pregunta a una amiga psicóloga sobre el posible problema de su hijo, y esta le dice que no tiene nada, que había que esperar para evaluarlo cuando fuera más grande. Ambos se tranquilizan, pero tanto la familia paterna, como los propios hermanos y otros niños vuelven a reafirmarles que tiene un problema. Surgen entonces las molestias, los enojos contra las personas; para el padre, esto significa burla, recordando que él también tiene "un problema de lengua". Es entonces la opinión de los profesionistas contra la opinión de la gente la que se está discutiendo.

Reacciones:

Madre:

- angustia de que no pudiera hablar
- molestia

Padre:

- molestia por la burla, angustia ante el no saber qué era

Ambos se tranquilizan cuando les informan qué tiene el niño: ahora los profesionales les dicen que sí tiene un problema.

Atribuciones:

Padre:

- por la familia de parte suya; el 90% de los hombres tienen "esa enfermedad", aunque se vió que también las mujeres (su madre), pero en menor grado, tenían el problema.
- por su herencia: por su culpa

Madre:

- por herencia del padre
- tal vez por consentimiento,... pero no, le adivinaban

ALGUNOS ASPECTOS DE LA VIDA FAMILIAR DESPUÉS DEL PROBLEMA

Ambos cónyuges tuvieron que esperar 2 años a que el niño entrara a terapia, porque no había lugar en el instituto. Es desde octubre que el niño entró a terapia y que "están contentos porque el niño ha evolucionado muy bien desde entonces".

Observación de la conducta de los padres y del hijo

Desafortunadamente no pudo observarse al niño, ya que éste estaba en su terapia de lenguaje. El padre tomaba la palabra, hablaba en voz alta y reiteraba varias veces algunos de los temas tratados. Cuando la madre hablaba, el padre trataba de aclarar más lo que ella decía.

Ambos padres se defendían de la culpa, incluso bromeando. Ambos aceptaron el problema, pero sí tuvieron dudas sobre qué era lo que ocasionaba el problema, independientemente de lo que ellos habían opinado. Parecía que el padre compensaba su ligeramente perceptible problema de tartamudez por medio de su carrera, y al tomar la palabra en la entrevista.

M.A. aceptaba esto, y tomaba su lugar, relegándose un tanto pero participando en la conversación en los temas más importantes. El que él, otros familiares, y el hermanastro de Marco tuvieran un problema de lenguaje, fue fuente de molestia para F. ante la burla que también su hijo pudiera sufrir. Ello también los predispuso a aceptar un posible problema, y para ello acudieron a los conocedores, quienes les decían que se tranquilizaran. Lo hicieron en sucesivas ocasiones y sobre todo después del diagnóstico.

APENDICE II

Este apéndice tiene como propósito rescatar algunos de los hallazgos no bien fundamentados sino más bien observados al respecto del retardo de lenguaje, su caracterización por los padres y los antecedentes de éstos se refiere.

Antes de iniciar el presente estudio se decidió aceptar el origen del problema del lenguaje como neurológico, ya que el diagnóstico médico así lo consideraba, e investigar su efecto en la pareja. Sin embargo, al analizar las relaciones de los padres, se pensó que podían conocerse algunas de las condiciones del ambiente en que el hijo se desarrollaba. Y así fue, puesto que se encontraron varios casos reportados y observados como de "sobrepotección": al parecer el ambiente limitaba al niño a desarrollarse, con el consecuente enlentecimiento y problemática del lenguaje, ya que la conducta sobrepoteccionadora de los padres hace que los niños dependan más de ellos que de su propia capacidad.

Fueron cuatro los casos detectados como de sobrepotección (casos # 1, 2, 5, y 6; véanse tabla #1, p. 81 y el apéndice I). Sólo en el caso número 2 existe antecedente de retardo, en los demás casos los niños no tienen padres con retardo, sino familiares, y en uno de ellos no existe antecedente de retardo en el padre o la familia. Con ello no se concluye que el retardo en estos casos es debido a la sobrepotección, pero es un indicio probable.

Recuérdese que no se analizó directamente a los niños; la "sobrepotección" fue observada en conductas que las madres hacían por los niños (amarrarles las agujetas, hacerles el rompecabezas), y en los casos en que las madres informaron que las terapistas les dijeron que debían quitar el biberón y el pañal a sus niños.

La sobrepotección sólo puede definirse con un estudio minucioso en la casa de los padres. Sería útil analizar, posteriormente en otro estudio, si existe alguna diferencia lingüística entre los niños con sobrepotección y los que sí tienen antecedentes directos (en sus padres) de retardo. El problema es que tampoco se pudo saber qué presentaron los padres exactamente, y si en verdad fue retardo o tartamudez.

Además, se observaron distintas formas en que los padres definían el "retardo de lenguaje", y distintas causas: una hereditaria en que el niño hablaba rápida e incomprensiblemente; y otra debida a la falta de estimulación (por sobrepotección, abandono o falta de atención, en que los niños retrasan su habla).

A pesar de ello, se tiene alguna información sobre el hijo y los padres. Es de notar que, aun siendo el diagnóstico de los médicos el mismo, en los casos estudiados se observa que en el caso #1, el retardo parece haber sido causado por la niña al querer llamar la atención de sus padres ante el nacimiento de sus hermanas, no existiendo antecedente en el padre ni en la familia de retardo alguno. En el caso # 9, # 2 y 10 existen antecedentes en ambos o alguno de los padres de tartamudez, respectivamente (pudiendo sólo ser constatada la tartamudez en el caso #9, ya que los padres aun la presentan, y mínimamente en el caso # 10). Sobre los parientes con problema o sin él, véase la gráfica #12, p.92.

Esto lleva a pensar que diferentes afecciones con sus diferentes causas están siendo llamadas por un mismo nombre, lo que no es nada recomendable para esclarecer qué es exactamente el retardo. El ejemplo que se acaba de decir es ilustrativo: se están confundiendo a las dislalias educativas como dislalias anártricas, y a una posible tartamudez, con anartria (véanse en la tabla #1, p. 81 y en el apéndice I el caso #1 y el caso #10).

Es importante exponer que otras dislalias adicionales a las anártricas que son consideradas por Azcoaga como "alteraciones del lenguaje de causas psicógenas" (p. 103, 1981), (que no son las del

retardo anártrico pero que se consideran porque algunos médicos, terapistas o psicólogas les dijeron a los padres que la causa era de origen educativo), pueden clasificarse según Azcoaga en:

-dislalias psicógenas porque se desprenden de la dependencia familiar. Se les denomina así por la naturaleza reaccional y porque derivan de influencias ambientales y educativas... "el niño no habla bien en relación con su edad y su nivel intelectual, por...exceso de protección o la prolongada aplicación de hábitos y pautas educativas correspondientes a una edad anterior, no reemplazadas adecuadamente".

También se consideran así cuando reaparecen luego de que el niño había alcanzado un desarrollo óptimo (p. 129, *ibid.*); se podrían incluir en este rubro a las dislalias funcionales causadas por la succión del dedo que origina deformaciones anatómicas y por ser un mal hábito educativo que para las edades comprendidas en este estudio no debería presentarse (p. 144, *ibid.*).

-dislalias de algunas de las psicosis y neurosis.- las de las neurosis infantiles "suelen caracterizarse por una sistematización de tipo fóbico con respecto a determinados puntos de articulación. Los malos hábitos respiratorios y deglutorios también generan dislalias" (p. 144, *ibid.*).

Otro punto a recalcar es que puede verse que en la tabla #1, y según lo que los padres reportaron del problema de su hijo, hay niños en que el "retardo" consistía en el hablar rápido e incomprensible, en tanto que en otros, se informó que los niños no hablaban, no "platicaban ni preguntaban como periquitos, como los otros niños".

Nótese que el habla rápida está presente en los casos #3, 4, y 10 y todos estos niños tienen antecedente en los padres de retardo. Ello es diferente al retroceso de la aparición del habla, en los casos 1, ¿2?, 5, 6, 7, y 8, en que sólo el caso dos presenta antecedente de "tartamudez" (en el 2 y en el 8 se dijo que el hijo era tranquilo o que estaba cansado, además de que "dormía mucho").

¿Son dos afecciones diferentes en que únicamente la primera sí es producto hereditario? si es así, en una afección podría hablarse de retardo del lenguaje debida a causa hereditaria, mientras que en el otro, de retardo del habla (como la falta de emisión de sonidos), debida a la falta de estimulación ("sobrepotección" o abandono) o de atención (caso #1 ante el nacimiento de las hermanas).

REFERENCIAS

1. Ackerman, N. W. (1966) *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires, Paidós.
2. _____ y otros. (1976) *Familia y conflicto mental*. Buenos Aires, Ediciones Hormé.
3. Alexander, F., French, T. M. (1965) *Terapéutica psicoanalítica. Principios y aplicación*. Buenos Aires, Paidós.
4. Ander-Egg, E. (1960) *Técnicas de investigación social*. México, D.F., El Ateneo, 1990.
5. Azcoaga, J.E., et al. (1985) *Alteraciones del aprendizaje escolar. Diagnóstico, fisiopatología, tratamiento*. Barcelona, Neuropsicología Paidós.
6. _____, (1981) *Los retardos del lenguaje en el niño*. Barcelona, Neuropsicología Paidós.
7. Bleger, J. (1978) *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires, Nueva Visión.
8. Bunge, M. (1980) *The mind-body problem. A psychobiological approach*. GB, Pergamon Press.
9. Corredor, B. (1962) *La familia en América Latina*. Madrid, Estudios Sociológicos Latino-americanos.
10. Curiel López, O. (1992) *Propuesta de un programa de afectividad como factor importante dentro de la rehabilitación de los niños de 4 a 6 años que presentan retardo del lenguaje de patogenia anártrica*. Tesis Profesional para obtener el título de Lic. Terapeuta en Comunicación Humana. Biblioteca del I.N.C.H.
11. Eco, U. (1977) *Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*. México, D.F. Gedisa, 1991.
12. Fenichel, O. (1964) *Teoría general y especial de la neurosis*. Buenos Aires, Paidós.
13. Freud, S. (1909) *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. En Obras Completas, vol. X. Buenos Aires, Amorrortu, 1990.
14. _____, (1901-1905) *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En Obras Completas, vol. VII. Buenos Aires, Amorrortu, 1990.
15. _____, (1911-1913) *Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. En Obras Completas, vol. XII. Buenos Aires, Amorrortu, 1990.
16. Fromm, E. (1956) *El arte de amar. Una investigación sobre la naturaleza del amor*. México. Paidós, 1991.
17. _____, (1970) *La crisis del psicoanálisis en la vida contemporánea*. Barcelona, Paidós, 1993.
18. _____, (1951) *El lenguaje olvidado. Introducción a la comprensión de los sueños, mitos y cuentos de hadas*. Buenos Aires, Hachette, 1972.

19. _____, Horkheimer, Parsons y otros (1970) *La familia*. Barcelona, Ediciones Península, 1978.
20. _____, Maccoby, M. (1970) *Sociopsicoanálisis del campesino mexicano. Estudio de la economía y la psicología de una comunidad rural*. México. Fondo de Cultura Económica, 1995.
21. Fromm-Reichmann, Frieda. *Principles of Intensive Psychotherapy*. U.S.A., Phoenix Books, 1967.
22. Grinberg, L. (1950) *Culpa y depresión*. Buenos Aires, Paidós, 1978.
23. Hernández López, V. (1984) *Readaptación de niños con trastornos emocionales por medio de cambios de actitudes en las madres*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
24. Hoffman, L. (1981) *Foundations of Family Therapy. A Conceptual Framework for Systems Change*. New York, Basic Books.
25. Launay, C., Borel-Maisonny, S. et. al. (1975) *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona, Toray-Masson.
26. Lavrin, A. Gruzinski, S., y cols. (1989) *Sexualidad y matrimonio en la América hispánica. Siglos XVI-XVIII*. Colección Los Noventa, Grijalbo, 1991.
27. López Austin, A. (1985) *La educación de los antiguos nahuas*. Dos tomos. México, D.F. Ediciones El Caballito.
28. Love, R. J., Webb, W. G.. (1988) *Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje*. Buenos Aires, Panamericana. p. 230.
29. Luterman, D. (1985) *El niño sordo. Cómo orientar a sus padres*. México, D.F. La Prensa Médica Mexicana.
30. Marchesi, A. (1991) *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos*. Madrid. Alianza Psicología.
31. Martínez Guzmán, J. (1989) *Estudios exploratorios de los principales conflictos de las parejas de clase media en México*. Tesis Profesional, Facultad de Psicología, UNAM.
32. Minuchin, S. (1974) *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa, 1994.
33. _____, Nichols, M.P. (1994) *Family Healing. Strategies for Hope and Understanding*. New York, Touchstone.
34. Olmos Ríos, S.R. (1996) *Historia natural de la enfermedad en pacientes anártricos en el Hospital General feb.-ago. 1995*. Tesis Profesional para obtener el título de Lic. Terapeuta en Comunicación Humana. Biblioteca del I.N.C.H.

35. Ortiz Acosta, M. E., Rivera Tejeida, M.B. (1992) *Importancia de los padres ante el problema de comunicación humana de su hijo*. Tesis Profesional para obtener el título de Lic. Terapeuta en Comunicación Humana. Biblioteca del I.N.C.H.
36. Russell, B. (1979) *Matrimonio y moral*. Buenos Aires, Ediciones Siglo Veinte.
37. Sagan, C. (1974) *El cerebro de Broca. Reflexiones sobre el apasionante mundo de la ciencia*. México. Grijalbo, 1984.
38. Samperio Hernández M. C. (1993) *La represión familiar y su relación con patrones socioculturales estereotipados en problemas de rendimiento escolar y de interacción social*. Tesis Profesional, Facultad de Psicología, UNAM.
39. Santillana Macedo, R. M. (1995) *Influencia del ambiente familiar en la adquisición del lenguaje en el niño de 0-4 años de edad*. Tesis Profesional para obtener el título de Lic. Terapeuta en Comunicación Humana. Biblioteca del I.N.C.H.
40. Sullivan, H.S. *La entrevista psiquiátrica*. México, Editorial Patria, 1992.
41. Zavala, S. Macías, R. Staples, A. et. al. *La nación mexicana. Retrato de familia*. Saber Ver. Junio, 1994, número especial.
42. Circular "Requisitos para solicitar la valoración psicológica de los pacientes que ingresan al Servicio de Lenguaje", emitida por el Depto. de Psicología matutino, aproximadamente entre mayo y julio de 1995.
43. Warren, Howard (editor) *Diccionario de Psicología 9a.* reimpresión, México, FCE. 1974.