



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU RELACIÓN
CON RENDIMIENTO ESCOLAR, ADAPTACIÓN
PSICOSOCIAL Y PSICOPATOLOGÍA EN
ADOLESCENTES MAYORES**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

Dr. Miguel Ángel López Peña

TUTOR TEÓRICO:

Dr. Juan Manuel Saucedo García

TUTOR METODOLÓGICO:

Dra. María Luisa Cuevas Urióstegui



MÉXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Justificación	5
Antecedentes	6
Metodología	18
Tipo de Investigación.....	19
Tipo de diseño.....	19
Limitaciones del estudio.....	19
Objetivos.....	20
Hipótesis.....	20
Definición de términos.....	21
Definición de variables.....	21
Operalización de variables.....	22
Muestra y población.....	23
Sujetos.....	23
Escenario.....	23
Instrumentos.....	24
Procedimiento.....	27
Análisis Estadístico.....	28
Nivel de significancia.....	28
Resultados	29
Discusión	36
Conclusiones	39
Referencias	40

RESUMEN

Se ha reportado en diversas investigaciones^{7,11,26} la posible existencia de una relación entre el funcionamiento familiar con el rendimiento escolar, adaptación psicosocial y la psicopatología en los adolescentes, basándose en el hecho de que el funcionamiento familiar repercute en los diversos aspectos de la funcionalidad global de los adolescentes. El principal objetivo del presente trabajo fue comprobar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y el rendimiento escolar, la adaptación psicosocial y la psicopatología en los adolescentes, para lo cual se aplicaron las escalas de Apreciación del Funcionamiento General de la Familia de McMaster (FAM), la Escala de Incapacidad Funcionalidad de Columbia (CIS) y el Cuestionario sobre el Comportamiento del Niño-Adolescente (CBCL), todas ellas validadas y con buen índice de sensibilidad y confiabilidad incluso en países latinoamericanos y aplicadas en estudios en población mexicana. Fueron aplicadas a 60 estudiantes de bachillerato, así como a sus respectivos padres (N=60) y maestros (N= 2). El estudio es correlacional de tipo no experimental, prospectivo y transversal. Para el análisis estadístico se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, el coeficiente de contingencia y la prueba t para muestras independientes. Se encontró la existencia de una relación entre el funcionamiento familiar y el psicosocial del adolescente ($r_s=.473$, $p=.000$), así como también existe relación entre el funcionamiento familiar y el rendimiento escolar de los adolescentes ($r_s=.553$, $p=.000$); no así con la psicopatología de los adolescentes en donde se encontró que no existe relación con el funcionamiento familiar ($r_s=.254$, $p=.050$). Por lo que se concluye que no existe relación entre el funcionamiento familiar y la psicopatología del adolescente. Se observó también una relación escasa entre el funcionamiento familiar y la adaptación psicosocial y una relación moderada entre el funcionamiento familiar y el bajo rendimiento escolar ($r_s =.553$, $p=.000$). Sin embargo esta relación tiende a incrementarse cuando el adolescente presenta más de una materia reprobada ($r_s=.582$, $p=.000$).

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se desarrolló con un grupo de adolescentes a fin de identificar la relación que pudiera existir entre el funcionamiento familiar y tres variables distintas: rendimiento escolar, adaptación psicosocial y psicopatología.

Lo anterior procede de la experiencia y observación habitual en el medio docente, de una correlación importante entre la disfunción familiar y el bajo rendimiento escolar (principalmente), en los adolescentes. Las otras dos variables incluidas podrían complementar una visión más amplia de algunas consecuencias probables de disfunción familiar en los sujetos de estudio.

Para ello se revisó material bibliográfico diverso, sin tener éxito en encontrar la posible existencia del fenómeno descrito, aunque de manera empírica, ya que no se cuenta con reportes de investigación que corroboren o refuten lo antedicho.

El material del presente trabajo se encuentra organizado en partes, abarcando aspectos teóricos en los que se establecen las relaciones a estudiar, los antecedentes encontrados, las ideas que han analizado o intentado explicar, la importancia del estudio, sus limitaciones, la forma en que se llevó a cabo (metodología), los resultados obtenidos y su correlación con los fundamentos teóricos revisados, la discusión de los datos encontrados y las conclusiones y propuestas para estudios posteriores.

JUSTIFICACIÓN

Son muchos los factores que influyen en la salud mental de los adolescentes, como por ejemplo la situación sociopolítica, económica, regional, familiar y de diversos grupos donde se desenvuelven; sin dejar de lado por supuesto, el tipo de escuela, la relación existente con sus maestros y compañeros y muchos otros aspectos. Dentro de este universo de influencias, ciertamente la familia es una estructura que sustenta, organiza y dirige en muchos sentidos, la personalidad y conducta del sujeto.¹⁶

Es posible que las anomalías de este núcleo primario de desarrollo, ocasione diversos grados de psicopatología, problemas en la adaptación psicosocial o fracaso escolar.

Las desviaciones mencionadas a su vez, ocasionan ciertamente pérdidas económicas y laborales a futuro en los estudiantes y afectan en el presente a los padres, al tener éstos que acudir a la Escuela para atender los problemas del hijo; repercutiendo notablemente en la propia familia y la sociedad.⁸

El beneficio que la presente investigación aporta, consiste en que fundamentándose en los resultados obtenidos en la antes dicha, se podrían implementar programas preventivos, de diagnóstico y tratamiento adecuados y más eficientes. Con esto se podría lograr la optimización de recursos, mejorar la calidad de vida y la sensación de bienestar del adolescente y sus parientes cercanos, considerándose la familia y la escuela como dos de los principales núcleos de apoyo de los individuos en desarrollo.

ANTECEDENTES

Al realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema, se encontraron algunas investigaciones que abordan diversos aspectos de esta problemática (a continuación se presenta por orden cronológico).

Woods en 1972, citado por Lowe y Ramanan²¹, halla que en comparación con los niños supervisados después del colegio por los padres, los que no eran vigilados tenían bajos logros académicos y malas relaciones en la escuela. Concluye que la atención no supervisada está asociada con problemas de conducta por lo que los niños son hiperactivos y tercos, según lo reportaron sus padres. Ante esto, Lowe y Ramanan²¹ señalan que las experiencias del adolescente dentro de la familia, son factores que contribuyen críticamente a su desarrollo. Asimismo citan a Vandell y Corasaniti quienes sostienen que en ciertas familias de madres solteras, el “estrés” que ellas padecen las hace sufrir indisponibilidad psicológica hacia sus hijos. Con base en estas observaciones señalan que las percepciones de los adolescentes sobre sus padres y madres, en cuanto al apoyo que les brindan para el aprendizaje, tienen asociaciones fuertes a moderadas con las aspiraciones educacionales.

Por su parte, Coleman, citado por Marjoribanks²³, observa que los adolescentes de grupos sociales definidos por antecedentes étnicos, “status” social y sexo, tienen percepciones variables de sus ambientes de aprendizaje y expresan diferentes aspiraciones; piensa que la educación resulta de la interacción entre las cualidades que trae de su hogar y que pueden estar caracterizadas por actitudes, esfuerzos para alcanzar metas, la concepción del yo y las cualidades de la escuela. Agrega que, en ciertos grupos sociales, los adolescentes tienen percepciones positivas de su familia y de los ambientes de aprendizaje social y escolar, lo que a su vez se asocia con fuertes aspiraciones personales.

Dubois, Eitel y Felner⁷ citan diversas investigaciones en las que se ha encontrado que en un ambiente familiar adecuado se exhiben correlaciones sustanciales con un buen rendimiento escolar. Agregan que al evaluar las relaciones de los jóvenes con sus padres, así como la percepción que los jóvenes tienen sobre el grado en el que reciben un apoyo familiar adecuado, los que llevan una relación positiva y una buena percepción de apoyo llegan a desarrollar un buen desempeño escolar a comparación con los que llevan una mala relación con sus padres. También agregan que los niveles de desacuerdo marital y familiar se correlacionan también con el desempeño académico y que esta correlación también incluye diversas dimensiones del clima familiar como la calidad y apoyo de las relaciones entre los miembros de la familia.

Con relación a la conformación del núcleo familiar con un solo padre o con ambos, diversas investigaciones, citadas por Entwistle y Alexander⁸, coinciden en señalar que los adolescentes de familias de un solo padre se desempeñan igual que los de familias con los dos padres, en pruebas estandarizadas; sin embargo, en mediciones más subjetivas, tales como calificaciones obtenidas o una mala adaptación psicosocial, no resultan tan bien evaluados, por lo que los autores consideran que los hogares de madres solteras pueden reducir el rendimiento escolar de los estudiantes. Una posible explicación para esto se basa en los mecanismos psicológicos: se enfatiza la importancia del padre como modelo a seguir y establecen que su ausencia tiene una influencia negativa en la motivación y en los logros de los adolescentes. Muchos más hogares de madres solteras, en comparación con los que tienen a los dos padres, están en condiciones de extrema pobreza. El bajo nivel económico hace que los adolescentes tengan menos libros y oportunidades de actividades estimulantes en el hogar, menos actividades recreativas y viajes y más presiones diarias que pueden ser la causa de una pobre interacción con ellos. Los mayores ingresos se traducen por lo tanto en actividades que pueden apoyar el aprendizaje.⁸

Kearney y Silverman citan a Bernstein y Garfinquel², quienes proponen una estructura de diagnóstico para organizar un subgrupo de ausentismo escolar y establecieron que los adolescentes con este problema podrían ser categorizados como portadores de un desorden de ansiedad, afectivo o ambos. Los mismos autores, junto con Esvingen⁹, encuentran que las dificultades de comunicación dentro de la familia eran peores en adolescentes con ansiedad y depresión. Finalmente mencionan a Last y colaboradores²⁰, quienes hallan tasas moderadas de ansiedad y desórdenes depresivos en los padres de niños con ausentismo, lo cual sugiere que la psicopatología paternal mixta está relacionada con las dificultades para ir a la escuela, debido posiblemente a la mala comunicación junto con la sobreprotección de los padres.

La adolescencia y el sistema familiar

La adolescencia es considerada una fase del desarrollo humano importante y crítica, supone el final de la infancia y el inicio de la vida adulta, lo que implica transformaciones de diversos procesos psicológicos y reorganización de su personalidad. Los fuertes cambios biológicos y las influencias socio-ambientales, que determinan demandas y limitaciones específicas, en cada cultura facilitan o dificultan la estabilidad psicológica de los jóvenes.

Los desórdenes mentales de la salud en niños y adolescentes son causados por razones biológicas, del ambiente, o la mezcla de ambos. Ejemplos de factores biológicos son causas genéticas, desequilibrios de químicos en el cuerpo, y daños al sistema nervioso central. Existen muchos factores del ambiente que rodea una persona joven que pueden afectar su salud mental; tales como la exposición a la violencia, la tensión extrema y la pérdida de una persona importante o tal vez desajustes en el ambiente familiar.²⁶

Existen factores cotidianos en la vida familiar, que no permiten un desarrollo equilibrado del niño y del adolescente, privándole la seguridad y confianza

necesaria para afrontar las dificultades, que en su lugar conduce a conformar una personalidad refractaria al afecto, temerosa a sufrir nuevas decepciones adoptando actitudes defensivas.

El principal motivo de trastorno de conducta del adolescente es la crisis familiar, Cevallos citado en Pinto y Col.²⁶ considera la inadaptación social del adolescente como el resultado del fracaso en el proceso de socialización entendiendo por tal el aprendizaje de pautas que permitan una adecuada y gratificante adaptación al medio. La familia viene a ser el principal contexto donde se desarrollara las posibilidades del adolescente, en consecuencia son los padres los responsables de tal practica, por que como menciona Shek²⁹ en su estudio, aquellos adolescentes que experimentan una buena función familiar generalmente tienden a presentar menos problemas de tipo conductuales así como una buena adaptación psicosocial. Por otro lado existen investigaciones que sugieren que el funcionamiento familiar no se encuentra relacionado a algunos aspectos conductuales de los adolescentes.^{15,31}

Por otro lado en el grupo familiar surgen conflictos entre padres e hijos por el control de los recursos que el joven quiere o considera suyos. Con una autonomía e independencia cada vez mayores. En cierto sentido el papel del adolescente resulta ser conflictivo, a veces se espera que adopte un papel adulto y otras veces un papel infantil, su papel subordinado lo hace responder en ocasiones con agresividad abierta y a veces encubierta. Esta situación produce un alejamiento de sus padres y toma a sus compañeros como marco de referencia y tiende a adoptar las normas y criterios de sus compañeros. Forma grupos que le ofrecen seguridad y satisfacen alguna necesidad de modo que pueda participar sin una tensión indebida⁷.

La familia como sistema

La familia es un sistema abierto, constituido por varias unidades, ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, en constante interacción recíproca e intercambio con el exterior. Dicho en otros términos, la familia es un sistema relacional. No es posible observarlo como la suma de una serie de comportamientos separados, sino como algo que, aún incluyendo esto, de alguna manera lo supera y lo articula en un conjunto funcional²⁴.

El modelo conceptual de Salvador Minuchin²⁴ sobre la estructura familiar, plantea que el desarrollo del niño depende del sistema social primario: *la familia*, donde el niño va adquiriendo un sentido de pertenencia, al mismo tiempo que el sentido de separación e individuación.

La familia es conceptualizada como un grupo que tiene dos objetivos fundamentales:

- La protección psicosocial de sus miembros
- La colaboración en el proceso de acomodación a una cultura y la transmisión de ésta.

Minuchin ve a la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos y tiene tres componentes:

- Su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, en proceso de transformación.
- Se desarrolla desplazándose a través de cierto número de etapas que le exigen una reestructuración (ciclo vital).
- Se adapta a las circunstancias cambiantes.

Esto se produce mediante el proceso doble de continuidad y crecimiento que permite que la familia se desarrolle en su conjunto y al mismo tiempo asegura la diferenciación de sus miembros fomentando su crecimiento psicosocial.

La estructura familiar

El sistema familiar está compuesto por subsistemas que le permiten diferenciarse y desempeñar sus funciones. Estos se pueden formar por generación, sexo, interés o función. Cada persona pertenece a diferentes subsistemas, en los cuales se tiene distintos niveles de poder y se aprenden diversas habilidades. Sin embargo, más importante que la composición de los subsistemas, es la claridad de los límites. Las familias pueden ubicarse en algún lugar entre dos extremos: de límites difusos o familias amalgamadas y de límites rígidos o familias desarticuladas y ubicadas hacia el centro. Los límites claros son propios de las familias funcionales. La familia amalgamada se ha volcado hacia adentro y la autonomía individual puede ser severamente coartada. A nivel individual, la diferencia interpersonal es pobre, el individuo se pierde en el sistema. En el sistema desarticulado los problemas individuales no afectan a los otros miembros y se necesita una tensión muy fuerte para obtener apoyo de los demás. Los dos tipos extremos de la relación pueden causar problemas, pues implican rigidez entre las dimensiones de autonomía y dependencia²⁴.

Adaptabilidad de la familia

La familia es un sistema abierto, es decir, que tiene un intercambio con el medio que la rodea y que está en un continuo proceso de transformación, esto implica que la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias internas o externas cambien. La flexibilidad del sistema familiar está dada por su capacidad para integrar las tendencias a la estabilidad y al cambio, encontrando nuevas alternativas de adaptación a las circunstancias cambiantes (intra y extra familiares), manteniendo al mismo tiempo una cierta continuidad que protege el sentido de pertenencia de sus miembros. La rigidez implica un estancamiento, una incapacidad para evolucionar a etapas superiores de desarrollo. Sus miembros se cierran al aprendizaje y enfrentan los problemas de la manera consabida, aunque esto ya no funcione. En estas familias uno o varios de los miembros pueden presentar sintomatología, como uno de los medios para

ayudar a estabilizar a la familia, pero al mismo tiempo, puede ser la manera en que se identifica en la misma la necesidad de ayuda y por lo tanto, le permite salir del estancamiento. La manera en que la familia responde a las demandas internas y externas proporciona elementos para evaluarla³¹.

La familia del individuo con problemas de aprendizaje

La gran magnitud de bibliografía existente acerca de los trastornos de aprendizaje, es contrastante con la escasa bibliografía e investigación empírica en lo que se refiere a la familia del hijo con trastornos de aprendizaje. Esto es especialmente cierto para los países de habla hispana. Las evaluaciones se localizan en identificar la causa de la conducta del estudiante. Se habla de causas intrapsíquicas y externas; las intervenciones apuntan a modificar las causas en alguna forma. Si se usa un enfoque de sistemas se incluye no solamente al hijo, sino también a la familia, la escuela y las interacciones entre ellas. Desde este enfoque se tiene que cualquier tipo de disfunción, fisiológica o neurológica en un individuo, creará una tensión extra en un sistema que requiere cambios. La respuesta del sistema familiar a la persona con trastornos de aprendizaje puede facilitar el sano funcionamiento o intensificar el problema y lo mismo ocurre con la respuesta del sistema escolar. Lo anterior plantea la posibilidad de encontrar alumnos con trastornos de aprendizaje, donde la problemática se debe fundamentalmente al medio ambiente familiar y/o escolar¹⁶.

Klein y colaboradores¹⁸ estudian las actitudes paternas que pueden ocasionar y/o exacerbar los problemas de aprendizaje y de conducta en la escuela, o simplemente interferir el proceso de aprendizaje. Encontraron que los padres pueden tener actitudes disfuncionales similares, o bien tenerlas uno solo de ellos y estas, ser saboteadas o diluidas por el otro padre. Las actitudes paternas disfuncionales que los autores encontraron con mayor frecuencia son con relación a:

1. *La autoridad.* Incluyen la insatisfacción paterna con respecto al sistema educativo. Critican al profesor, al rector, la orientación de la escuela, etc., evitando de esta manera enfrentar su propia responsabilidad y el confrontar al hijo con las responsabilidades en cuanto a su comportamiento y aprendizaje. Esta actitud evita conflictos familiares, pero facilita el hecho de que el joven se sienta cómodo con respecto a su fracaso escolar.

También puede verse la autoridad como algo poderoso que debe ser apaciguado, aunque esa autoridad sea injusta. Los padres pueden respaldar abiertamente la posición de la escuela y pueden incluso decir al hijo: “haz lo que diga el profesor”. Sin embargo, el mensaje subyacente es el de que las autoridades actúan de manera injusta y la resistencia entonces se convierte en virtud. Se observa entonces cómo los padres pueden confundir un comportamiento independiente con un comportamiento disruptivo.

En conclusión, en la escuela los chicos manifiestan con frecuencia y en forma abierta los problemas no resueltos de sus padres, con respecto a la autoridad.

2. *La responsabilidad en el aprendizaje.* En este caso las actitudes disfuncionales tienden a ubicarse en los dos extremos. En uno están aquellos padres que consideran que no es necesario preocuparse por el escaso rendimiento académico y por lo tanto no infunden en el hijo el sentido de responsabilidad para ello. Sus actitudes con respecto a la escuela pueden estar fuertemente influenciadas por sus propias experiencias escolares no exitosas. Estos padres, además de no descargar en el hijo la responsabilidad de su aprendizaje, niegan la gravedad de la dificultad de aprendizaje en él y pueden adoptar la posición de que el proceso no es importante. Su mensaje es: “si yo lo logré, él también lo hará” o “aprender fue tan difícil para mí, como lo es para tí, simplemente no lo puedes llevar a cabo y no se debería esperar que lo logres”.

En el otro están aquellos padres que asumen la actitud de que un alto rendimiento académico es crucial para la sobrevivencia y que se debe presionar constantemente al hijo para garantizar el éxito. Esto puede responder a la necesidad de reducir la ansiedad de los propios padres, que no han satisfecho sus necesidades de ascenso en la escala social y las proyectan en el hijo. Cuando este tipo de padres sienten que las autoridades escolares son incompetentes, pueden adoptar actitudes exageradas e intentar unilateralmente el cambio de las políticas de la escuela, saltándose los canales regulares.

Este comportamiento ocasiona conflictos entre el hogar y la escuela, en los cuales las necesidades del hijo pasan a ser secundarias, ya que los padres están convencidos de que la escuela existe para resolver las necesidades de los progenitores. El hijo cae así, inevitablemente, en un conflicto entre la escuela y la casa.

3. *Actitudes disfuncionales hacia el hijo.* Estas pueden incluir actitudes negativas, tales como la creencia de los padres de que su hijo es intelectualmente limitado y en consecuencia, incapaz de responder a las expectativas según su edad. Cuando esta impresión es contradicha por evidencia objetiva, la resistencia de los padres para cambiar de actitud puede convertirse en una barrera para el rendimiento adecuado del hijo.

En algunas de estas situaciones, el desarrollo previamente satisfactorio del estudiante puede haber sido interrumpido por un evento que produjo regresión o fijación en el desarrollo. En otras circunstancias, un hermano mayor puede haber tenido limitaciones intelectuales y esto bajará las expectativas sobre otro hermano con inteligencia normal.

Otros padres pueden asumir una actitud de desinterés en el rendimiento de su hijo y considerarlo como un problema de él y no de ellos. Los padres se resistirán a involucrarse en el tratamiento, planteando que, como ellos no contribuyen al

trastorno de aprendizaje, el hijo debe cargar, él sólo, con la responsabilidad de resolverlo.

De naturaleza más seria son aquellas situaciones en que, aunque la familia está involucrada en el tratamiento, los padres tienen mucho miedo de que, si el hijo con trastorno de aprendizaje mejora, la unidad familiar se derrumbe. Estos padres requieren la certeza de que el síntoma proviene del hijo. Un vínculo simbiótico existe entre los dos padres o uno de ellos con el hijo, y el problema de aprendizaje es esencial para mantener la homeostasis familiar. En el proceso de tratamiento, estos padres pueden competir con el hijo por celos inmaduros, argumentando que él o ella deben recibir ayuda antes que su hijo. Todo esto lleva a que éste se encuentre en una situación muy difícil pues por una parte se le pide que supere su trastorno de aprendizaje y por la otra debe mantenerlo para seguir recibiendo el apoyo y el amor de sus padres.

4. *Actitudes disfuncionales basadas en factores culturales.* En algunas subculturas, a los niños se les permite posponer el comienzo de la madurez intelectual hasta la pubertad, en vez de iniciar temprano un proceso de crecimiento que se desarrolle gradualmente.

Esta actitud entra en conflicto con las expectativas de la cultura dominante de una realización académica temprana.

En contraste, otros padres pueden identificarse con una subcultura que enfatiza el estudio y el esforzarse tempranamente y convertirse en un erudito. Se da mucho énfasis al trabajo y al estudio y muy poca importancia al juego. Los padres con este tipo de actitudes presionan demasiado al niño y pueden conducirlo a rebelarse contra las normas parentales que lo separan de sus padres.

Por su parte, Fowler y Cross¹² llevan a cabo un análisis combinado de factores médicos, conductuales, de lenguaje y familiares, con lo cual corroboraron que las variables sociales, familiares y de desarrollo están significativamente correlacionadas con el rendimiento escolar. Resultan relevantes los siguientes hallazgos:

- 1) Los reportes de los padres, concernientes a la conducta del hijo, no estuvieron relacionados significativamente con el logro escolar temprano.
- 2) Los factores médicos no estuvieron significativamente relacionados con el resultado académico en la pre-primaria.

Una posible razón para esta pérdida de correlación, es la baja frecuencia de estas condiciones en su grupo de estudio, con relación a la relativa amplitud de las variables de educación de los padres, historia familiar de problemas de aprendizaje, etc.

- 3) La medición hecha acerca de la capacidad de atención del preescolar, estuvo significativamente correlacionada con el logro posterior en matemáticas y lectura.
- 4) La presencia de dificultades de aprendizaje en algún(os) miembro(s) de la familia, está directamente relacionada con el fracaso escolar, pues una tercera parte de los niños con esta historia familiar, reprobaron uno de los tres primeros grados.

Los autores subrayan que la información debe ser usada de manera cautelosa y no clasificar - rotular al niño prematuramente, pues esto puede crear propensión a fallar.

En términos generales, las diversas investigaciones plantean que los sentimientos de tensión, dolor, confusión, etc. creados por el descubrimiento del trastorno de aprendizaje en un hijo, pueden ser manejados adecuadamente por la familia, si ella tiene un funcionamiento emocional adecuado. Sin embargo, si existen problemas familiares, estos pueden agudizarse con el descubrimiento y a su vez, exacerbar el trastorno del hijo.

En resumen, podemos concluir que la influencia de la familia es fundamental para un buen aprovechamiento escolar y para una adecuada funcionalidad psico-social.

METODOLOGÍA

Planteamiento del Problema

La asociación entre la funcionalidad familiar, los problemas en la adaptación psicosocial, la psicopatología y el bajo rendimiento escolar en los adolescentes, propuesta en esta investigación, es conocida empíricamente entre quienes ejercen la docencia. Sin embargo, en una revisión de diez años atrás en la literatura médica internacional, se encontró muy escasa información y solamente algunas referencias generales, poco específica sobre los aspectos señalados. Al parecer, este problema no ha sido suficientemente estudiado desde el punto de vista psiquiátrico, quizá porque involucra aspectos medio-ambientales y sociales, mucho más complejos, además de los biológico-orgánicos, por los cuales el psiquiatra (por ser médico) tiene mayor inclinación. En otros campos, los expertos en las áreas de pedagogía, psicología del aprendizaje y sociología han corroborado (al solicitar su opinión-orientación), la escasez de investigación al respecto.

Así mismo, los esfuerzos para comprender las necesidades de salud mental de los adolescentes han sido impedidos por limitaciones metodológicas de diversa índole. Muchos estudios se han basado en reportes del comportamiento de los adolescentes que hacen los padres en papel y lápiz, debido a que estas mediciones son fáciles de administrar y evaluar y porque muchos investigadores y médicos consideran que la información obtenida de los padres es válida y confiable para obtener un rango de percepciones generales, por ejemplo, adaptación, psicopatología y pobre funcionamiento general.

Debido a esto y a la formación marcadamente humanista del psiquiatra, se considera conveniente retomar la visión bio-psico-social del problema, para ocuparse más integralmente de él; pese a las dificultades y mayor complejidad que esto conlleva.

Ante ello se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Puede la disfunción familiar favorecer determinados tipos de psicopatología, problemas de conducta y bajo rendimiento escolar en el adolescente?

Tipo de Investigación

Se trata de una investigación de tipo correlacional ya que tiene como propósito medir el grado de relación o asociación que existe entre dos o más variables.

Tipo de diseño

Se trata de un estudio observacional, ya que su propósito consiste en describir el comportamiento del objeto o fenómeno que se analiza; prospectivo ya que toda la información se recogerá de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación y transversal, ya que se realiza una medición en un momento específico y no en un tiempo continuo.

Limitaciones del Estudio

La presente investigación se llevó a cabo con un grupo de adolescentes con características socioeconómicas y demográficas particulares y no con una muestra representativa de esta población, por lo que los resultados solo podrán extrapolarse a grupos con características similares a las de la muestra.

Por otra parte, este estudio es de tipo transversal lo cual significa que las medidas se tomaron una sola vez, sin embargo abre la posibilidad de que posteriormente se hagan estudios de tipo transaccionales con más de una medida en un tiempo determinado.

Objetivos

General:

Comprobar si la funcionalidad familiar está asociada con la psicopatología, los problemas de conducta y el bajo rendimiento escolar, en un grupo de adolescentes.

Específicos:

1. Asociar el grado de funcionalidad familiar con la psicopatología de un grupo de adolescentes.
2. Relacionar el grado de funcionalidad familiar con la adaptación psicosocial de un grupo de adolescentes.
3. Asociar el grado de funcionalidad familiar con el bajo rendimiento escolar de un grupo de adolescentes.
4. Identificar diferencias en las percepciones hechas sobre los sujetos de estudio, entre ellos mismos, los padres y los maestros.
5. Identificar la psicopatología más frecuente en un grupo de adolescentes.

Hipótesis

Ho1: No existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el rendimiento escolar de los adolescentes.

Ht1: Existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el rendimiento escolar de los adolescentes.

Ho2: No Existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y la adaptación psicosocial de los adolescentes.

Ht2: Existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y la adaptación psicosocial de los adolescentes.

Ho3: No existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y la psicopatología de los adolescentes.

Ht3: Existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y la psicopatología de los adolescentes.

Tipo de variables

Las variables predictoras es la funcionalidad familiar, la cual consiste en el grado de salud-enfermedad psicológica que presenta dicho núcleo social.

Las variables desenlace son: la psicopatología (síntomas y comportamientos que demandan atención clínica de los profesionales), adaptación psicosocial (la cual puede manifestarse a través de conductas que difieren de la norma y que ocasionan malestar al individuo o al entorno) y el bajo rendimiento escolar (reprobación de materias).

Definición de Variables

Funcionalidad familiar: Consiste en el grado de salud – enfermedad que presentan las familias, las cuales son vistas como un sistema en interacción cuya estructura, organización y patrones de transición, determinan y moldean el comportamiento de sus integrantes.

Adaptación psicosocial: Se refiere al desempeño del sujeto en cuanto a sus relaciones interpersonales, funcionamiento escolar, uso del tiempo libre y grado de síntomas ansiosos, si existe una mala adaptación psicosocial, esta puede manifestarse a través de conductas poco usuales en el individuo.

Psicopatología: Síntomas y comportamientos que demandan atención clínica de los profesionales de la salud mental ya que llevan al individuo hacia una incapacidad para reconocer la realidad, lo hacen pensar y actuar de forma distinta a como lo hace la mayoría de las personas, siendo ésto indeseable, ocasionándole desadaptación en las áreas básicas de su vida y provocando que su humor no se relacione con las circunstancias que vive.

Rendimiento escolar en adolescentes: El criterio para determinar el rendimiento en un curso escolar difiere del utilizado para el mismo fin pero referido a una etapa escolar completa, por lo que el criterio más utilizado para medir el rendimiento durante todo un curso (1 semestre) es el número de materias aprobadas que, en

términos de bajo rendimiento consiste en la reprobación de materias a lo largo de un periodo escolar de 6 meses, en estudiantes de bachillerato²⁵.

Familia: Grupo de personas unidas por un compromiso de afecto, con apoyo, convivencia y cuidados recíprocos (sin que necesariamente existan lazos sanguíneos).

Adolescente: Individuo que se encuentra cursando un periodo de transición entre la infancia y la vida adulta.

Síntomas internalizantes: Se refieren a las sensaciones subjetivas del sujeto, como ansiedad o depresión.

Síntomas externalizantes: Consisten en datos observables como una conducta indeseable por las personas que rodean o conviven con el sujeto afectado.

Operacionalización de Variables

Funcionalidad familiar: Consiste en el grado de salud – enfermedad psicológica que presentan las familias, el cual se define según el valor obtenido en la escala de McMaster, cuyo punto de corte es de 2.17, por lo que valores superiores, son indicadores de patología en el núcleo familiar.

Adaptación Psicosocial: Se evalúan según el valor de la escala CIS (Columbia Impairment Scale) en la cual se encuentra una relación directa con mayor disfunción si el número es mayor de 14.

Psicopatología: Síntomas y comportamientos identificados por medio de la CBCL (Child Behavior Checklist) en la que el valor de 63 o más indica Psicopatología.

Rendimiento escolar en adolescentes: Consiste en la reprobación de materias a lo largo de un período escolar de 6 meses, en los sujetos de estudio, a mayor número de materias reprobadas, menor rendimiento escolar durante el semestre.

Muestra y población

El estudio se efectuó con los integrantes de dos grupos de tercer grado de bachillerato. La muestra estuvo conformada por 68 sujetos a los cuales se les aplicaron los siguientes criterios:

1. Criterios de inclusión. Adolescentes de 16 a 18 años, sin enfermedad médica (especialmente neurológica, psiquiátrica o endocrinológica,) esto mediante la entrega de un examen medico, de ambos sexos.
2. Criterios de exclusión. Tener menos de 16 o más de 18 años cumplidos, o padecer enfermedad médica importante.
3. Criterios de eliminación. Que el sujeto enferme seriamente durante el estudio o lo abandone.

Sujetos

Se obtuvo una muestra final de 60 sujetos, 38 son mujeres y 22 hombres; el rango de edad abarcó de los 16 a los 18 años, con una media de 17.18 años, integrantes del tercer grado de bachillerato, 60 padres de familia, 45 del sexo femenino y 15 del masculino y finalmente dos profesores, ambos del sexo masculino.

Escenario

El estudio se efectuó en el Colegio “Amauta” (nivel bachillerato), en un horario de trabajo matutino, dentro del tiempo de clases regulares y en días hábiles; los alumnos respondieron los instrumentos en su salón de clases. El profesor titular o coordinador del grupo, contestó los cuestionarios sobre los estudiantes a su cargo, por ser entre los maestros, quien mejor los conoce. En el caso de los padres, se utilizó el mismo espacio, en dos reuniones consecutivas celebradas durante la noche.

Instrumentos

Se utilizaron las siguientes escalas:

- 1) Escala de Apreciación del Funcionamiento General de la Familia de McMaster (FAM).
- 2) Columbia Impairment Scale (CIS – Escala de Incapacidad Funcional de Columbia).
- 3) Child Behavior Check List (CBCL – Cuestionario sobre el Comportamiento del Niño-Adolescente).

La escala CIS cuenta con la versión CIS-A la cual es contestada por uno de los padres del sujeto y la CIS-N contestada por el sujeto en estudio; la escala CBCL cuenta con la versión CBCL-A la cual es contestada por el padre o el tutor del sujeto, la CBCL-Y la cual se le aplica al sujeto de estudio y la CBCL-T la cual es llenada por el maestro del sujeto.

La escala FAM cuenta con solo una versión la cual es contestada por el sujeto de estudio, en este caso por los alumnos.

Escala de Apreciación del Funcionamiento General de la Familia de McMaster (FAM).

La Escala de Apreciación del Funcionamiento General de la Familia de McMaster (FAM), que incorpora seis áreas del funcionamiento de la familia: resolución de problemas, comunicación, papeles (“roles”), respuestas afectivas, compromiso emocional y control de conducta. Las categorías se evalúan del 1 al 4 (1 muy de acuerdo, 4 mucho desacuerdo), según la percepción del sujeto con el reactivo propuesto. La suma de los valores es dividida entre doce para obtener la puntuación total de uno a cuatro. El puntaje mayor indica una familia más patológica.

La confiabilidad y validez de la Subescala del Funcionamiento General de la Familia de McMaster (FAM) fue evaluada durante el Estudio de Salud Infantil de Ontario, Canadá (Ontario Child Health Study). En él se reporta que la confiabilidad fue calificada por el alfa de Chronbach y por la correlación de mitades separadas (“split half correlation”) mientras que la validez se evaluó al hipotetizar la relación esperada entre los puntajes del instrumento y otras variables evaluadas en el ámbito familiar por medio de instrumentos muy utilizados en este campo tales como FUI 16 y FACES II. La correlación entre ellos se presentó en la dirección predicha (arriba de 50). Los resultados indican un buen nivel de confiabilidad y todas las hipótesis de validez fueron sustentadas.

Columbia Impairment Scale (CIS – Escala de Incapacidad Funcional de Columbia).

La Escala de Incapacidad Funcional de Columbia (COLUMBIA IMPAIRMENT SCALE - CIS) consiste en una entrevista estructurada de trece preguntas que exploran cuatro áreas del funcionamiento infantil o del adolescente: relaciones interpersonales, psicopatología (por ejemplo ansiedad, depresión o problemas de conducta), funcionamiento laboral y/o escolar y uso del tiempo libre.

El instrumento fue desarrollado en dos versiones casi idénticas, la que puede aplicarse directamente al niño o adolescente y la propia de los padres o de otro informante que conozca bien al individuo. La escala proporciona una estimación basada en el informante, la cual es independiente del juicio clínico de la persona que aplica el instrumento. Las puntuaciones de las preguntas van de “cero” (ningún problema) a “cuatro” (problema bastante grave) y los valores obtenidos pueden ir desde cero hasta 52; el punto de corte está en 14 y por debajo del valor citado, el sujeto será más funcional. Al alejarse del 14 (incrementándose) será más disfuncional. Esta escala cuenta con dos versiones, una que contesta el progenitor (CIS – A) y otra que contesta el menor (CIS – N).

Para establecer la confiabilidad y validez de la Escala de Incapacidad Psicosocial de Columbia (CIS) se efectuó un estudio en la ciudad de Nueva York, en una región con población heterogénea, donde conviven diversos grupos étnicos minoritarios (incluido el hispano), enriqueciendo la muestra con una proporción de sujetos clínicos, tomados de parámetros de estratificación similares. La muestra fue compuesta por 182 sujetos entre 9 y 17 años. El estudio se llevó a cabo en dos aplicaciones, con un diseño de test – retest. En el tiempo 1, los sujetos y los padres fueron vistos conjuntamente por diferentes entrevistadores; en el tiempo 2 fueron atendidos por un par distinto de entrevistadores. Más de 93% de los sujetos fueron vistos en el momento 2 dentro de los primeros 30 días de la primera aplicación. El número medio de días entre las aplicaciones del tiempo 1 y tiempo 2 para la muestra clínica fue de 14.7 días (DS 8.4, mediana 12.5), mientras que la media equivalente para los sujetos de la comunidad fue de 19.0 días (DS 13.5, mediana 14.0). Los entrevistadores legos calificaron los puntos del CIS basándose en las respuestas dadas por el adolescente e independientemente por sus padres tanto en el tiempo 1 como en el tiempo 2. La confiabilidad del test – retest fue evaluada para los 182 adolescentes y los padres que terminaron ambas entrevistas. En cuanto a la confiabilidad, ésta se evaluó comparando las calificaciones medias y medianas del tiempo 1 y el tiempo 2, utilizando pruebas de T pareada y correlaciones interclase del tiempo 1 Vs tiempo 2 (n=182) para las respuestas de los padres y los adolescentes. Se estimó la consistencia interna de la escala usando el alfa de Cronbach.

El Cuestionario sobre el comportamiento del niño (CHILD BEHAVIOR CHECK LIST - CBCL) tiene un uso amplio debido a la facilidad de administración y a sus fundamentos teórico-prácticos. Consiste en un reporte que se basa en la información que proporcionan los padres, el maestro del alumno y este mismo (sujeto de estudio) acerca de 113 problemas de conducta. - Produce una puntuación total que queda graficada con base en un programa computarizado con algoritmos, que muestran la psicopatología encontrada en el sujeto cuando el

valor encontrado se localiza sobre la línea base (promedio normal) del síntoma. El valor de 63 ó más indica psicopatología.

En estudios anteriores donde se han aplicado ambos instrumentos (CBCL y CIS), las mediciones estuvieron altamente correlacionadas, lo cual indica que estas escalas están evaluando percepciones similares de la muestra (confiabilidad). Las mediciones han identificado correctamente (corroborándose con entrevista clínica) al menos 86% de los sujetos que, al responder, alcanzaron un índice suficiente para establecer un diagnóstico psiquiátrico. La CBCL tiene mayor grado de sensibilidad y la CIS mayor especificidad por lo que ambas se complementan satisfactoriamente.

Las tres escalas anteriores han sido aplicadas a población mexicana con grandes resultados en estudios anteriores y han sido validadas en poblaciones latinoamericanas con Chile y Argentina²⁷.

Procedimiento

Previo al inicio de la aplicación de las escalas, se efectuó una sensibilización con los participantes, la cual consistió en pláticas informativas acerca del llenado de las escalas así como despejar las dudas que los participantes pudieran tener acerca del estudio en el cual irían a participar y una capacitación a los maestros a los que se les aplicaron la escala. Se solicitó una carta de aceptación voluntaria del estudio y en caso de que el participante fuera menor de edad, de sus padres o tutores.

El momento elegido para la aplicación de las escalas fue al finalizar un período semestral - fin de año escolar, de 1998. El estudio se llevó a cabo con la totalidad de la población estudiantil de dos grupos, a nivel preparatoria (tercero de bachillerato), en un colegio privado ("Colegio Amauta"), a quienes se les aplicaron los instrumentos en días hábiles. Las encuestas que respondieron los padres o tutores (CIS-A y CBCL-A) fue durante la noche, en reuniones celebradas en dos

días consecutivos; en los casos en que los padres no asistieron, se usó al estudiante como correo. Los alumnos contestaron las encuestas (CIS-N, CBCL-Y y FAM), siempre con relación a los últimos seis meses, al igual que los maestros (quienes respondieron la CBCL-T). Se realizó una recopilación de las calificaciones reprobatorias de cada alumno. Al archivar las encuestas se trabajó sin nombre; para la identificación y archivo de datos, se asignó una clave que corresponde a la identidad del sujeto, con lo cual se garantiza la confidencialidad de la información.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico se llevo a cabo en el programa estadístico SPSS versión 11. Se ocupó el coeficiente de correlación de Spearman, para relacionar el funcionamiento familiar con la psicopatología y la adaptación psicosocial así como el coeficiente de contingencia para relacionar el funcionamiento familiar con el rendimiento escolar. Para la comparación adicional de los grupos (Maestros, Padres y Alumnos) se utilizó la diferencia entre medias mediante la prueba “t” de Student para muestras Independientes.

Nivel de Significancia

Se trabajo con un nivel de significancia de Alfa = 0.05, por lo que cualquier resultado que obtenga una significancia < 0.05 se tomara como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra final de 60 sujetos los cuales, como se puede observar en el cuadro 1 el 63.3% pertenecen al sexo femenino y el 36.7% al masculino, cuya edad va de los 16 a los 18 años.

Cuadro 1. Características de la muestra

N = 60	
Edad	17 ± .75
Sexo	
Femenino	38 (63.3%)
Masculino	22 (36.7%)

En el cuadro 2 se presenta el porcentaje de materias reprobadas por los alumnos, del total que cursan durante el ciclo escolar (se empleó el porcentaje, debido a que no todos los participantes llevan el mismo número de materias en el período evaluado) en donde se puede observar que el mayor valor corresponde a aquéllos que no han reprobado y a quienes sólo han reprobado del 1 al 25% de sus materias.

Cuadro 2. Porcentaje de materias reprobadas
N= 60

% de Materias	Sujetos	% de Sujetos
0	27	45%
1-25	27	45%
26-50	4	6.7%
51-75	1	1.7%
76-100	1	1.7%

Cuadro3. Resultados de la Escala de Apreciación del Funcionamiento General de la Familia de McMaster (FAM)

Puntaje	Sujetos	Porcentaje	Interpretación
0 – 2.16	39	65%	Funcional
2.17 – 4	21	35%	Disfuncional

El cuadro 3 contiene los resultados de la evaluación del nivel de funcionalidad familiar realizado por medio del FAM (Dispositivo de Apreciación de Funcionamiento General de la Familia de McMaster); en él se puede apreciar que en 39 casos (65%) éste se encuentra dentro de parámetros de funcionalidad, mientras que el resto de los sujetos, 21 casos (35%), reportan disfuncionalidad (con puntuaciones de 2.17 en adelante).

Cuadro 4. Resultados generales del Cuestionario Sobre el Comportamiento del Niño-Adolescente Child Behavior Checklist (CBCL)

	Padres N= 60		Adolescentes N= 60		Maestros N=2	
	N	P	N	P	N	P
Internalizantes	53	7	50	10	55	5
Externalizantes	42	18	47	13	47	13
Global	46	14	48	12	50	10

N= Normal, P= Patológico

En el cuadro 4 se incluyen los resultados generales de la aplicación de la CBCL, divididos en síntomas internalizantes, síntomas externalizantes y evaluación global, para cada uno de los grupos encuestados (padres, sujetos de estudio y maestros). En cada grupo se incluyen los resultados considerados dentro de parámetros normales (“N”) y los patológicos (“P”), quienes requieren de intervención de profesionales en el campo de la salud mental.

Cuadro 5. Resultados específicos del Cuestionario Sobre el Comportamiento del Niño-Adolescente Child Behavior Checklist (CBCL)

	Padres N= 60		Sujetos N= 60		Maestros N= 2	
	N	%	N	%	N	%
Aislamiento	9	15	7	11.66	3	5
Quejas somáticas	15	25	6	10	11	18.33
Ansiedad/depresión	6	10	9	15	9	15
Problemas sociales	5	8.33	11	18.33	5	8.33
Problemas de pens.	6	10	4	6.6	12	20
Problemas de atención	4	6.66	8	13.3	1	1.66
Conducta delictiva	5	8.33	4	6.66	3	5
Conducta agresiva	5	8.33	5	8.33	1	1.66
Sin sintomatología	5	8.33	6	10	5	8.33
TOTAL	60	100	60	100	60	100

En el cuadro anterior se presentan los distintos aspectos psicopatológicos identificados por la CBCL en cada uno de los informantes (padres, sujetos de estudio y maestros). En él se observa que, en el caso de los padres, señalan las “quejas somáticas” como la problemática más frecuente (25%); mientras que los sujetos de estudio hacen referencia a los “problemas sociales” (18%). Para los maestros prevalecen los problemas de pensamiento (20%).

Cuadro 6. Resultados de la Escala de Incapacidad Funcional de Columbia CIS-A (padres) y CIS-N (adolescentes)

Puntaje	Padres		Adolescentes		Interpretación
	N	%	N	%	
0 - 13	35	58.3%	47	78.3%	Normal
14 ó >	25	41.7%	13	21.7%	Patológico
TOTAL	60	100	60	100	

El cuadro 6 contiene la información obtenida por medio de la aplicación de la Escala de Incapacidad Funcional de Columbia, en sus dos versiones (CIS-A y CIS-N) a los sujetos de estudio (adolescentes y padres). Se observa que el 58.3% de los padres y el 78.3% de los adolescentes, considera que no presenta dificultades psicosociales, mientras que el 41.7% de los padres y el 21.7% de los adolescentes identifica algún tipo de patología, en el caso de los primeros y en sí mismo, en el segundo grupo. Observándose una diferencia significativa entre ellos ($t= 2.248, p= 0.026$).

Cuadro 7. Resultados de las cuatro variables analizadas (FAM, CIS-N y CIS-A, CBCL-Y y CBCL-T, materias reprobadas)

	FAM		CIS				CBCL				Mats. Reps.			
			P		A		A		M		P		Ni.	Al.
	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P		
S	42	18	35	25	47	13	48	12	50	10	46	14	27	33
%	70	30	58.3	41.7	78.3	21.7	80.0	20.0	83.3	16.7	76.7	23.3	45	55

El cuadro 7 incluye los resultados de las cuatro variables analizadas, a fin de comparar los resultados entre puntajes de normalidad (N) y de patología (P) obtenidos en cada grupo de participantes. Encontramos que el mayor porcentaje de los adolescentes no considera tener indicadores de patología en su ámbito familiar (70%); los padres reportan un mayor porcentaje de anormalidad en el funcionamiento psicosocial de sus hijos, en comparación con la autoevaluación del adolescente (41.7% y 21.7% respectivamente). Los padres identifican el mayor porcentaje de factores psicopatológicos (abarcando síntomas externalizantes, internalizantes y evaluación global, en un solo rubro) en los adolescentes (23.3%), seguido de los propios adolescentes (20.0%), quedando en tercer lugar el maestro (16.7%). El 45% de los adolescentes que participaron en la investigación no contaban con materias reprobadas (este valor fue considerado como normal, mientras que el tener desde una materia hasta 11 reprobadas, es considerado patológico, para efecto de la presente investigación).

Con base en los resultados obtenidos encontramos que:

1. La funcionalidad familiar se encuentra asociada con el rendimiento escolar de los adolescentes ($r_s=.553$, $p=.000$), con una correlación moderada; sin embargo se observó que dicha correlación aumentó en aquellos alumnos que habían reprobado más de una materia ($r_s=.582$, $p=.000$). Como se puede observar en el cuadro 8, aquellos sujetos con un funcionamiento familiar normal presentan un mejor rendimiento escolar (69.2%) que aquellos con bajo rendimiento escolar (30.8%). Así también aquellos que presentan un funcionamiento familiar disfuncional mostraron un bajo rendimiento escolar en un 100%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($X^2 = 26.434$, $p = .000$).

			Rendimiento escolar		
			Sin bajo rendimiento	Bajo rendimiento	Total
Funcionalidad familiar	Funcional	Numero	27	12	39
		Porcentajes	69.2%	30.8%	100.0%
	Disfuncional	Numero	0	21	21
		Porcentajes	0%	100.0%	100.0%
Total		Numero	27	33	60
		Porcentajes	45.0%	55.0%	100.0%

Cuadro 8. Relación entre el funcionamiento familiar y el rendimiento escolar.

2. Existe relación entre la funcionalidad familiar y la adaptación psicosocial de los adolescentes ($r_s=.473$, $p=.000$) con una correlación débil, como nos muestra el cuadro 9, aquellos sujetos con un funcionamiento familiar funcional mostraron una mayor adaptación psicosocial normal (89.7%) en comparación con los que presentaron una adaptación psicosocial patológica (10.3%), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($X^2 =8.548$, $p = .003$).

			Adaptación Psicosocial		
			Normal	Patológico	Total
Funcionalidad familiar	Funcional	Número	35	4	39
		Porcentajes	89.7%	10.3%	100.0%
	Disfuncional	Número	12	9	21
		Porcentajes	57.1%	42.9%	100.0%
Total		Número	47	13	60
		Porcentajes	78.3%	21.7%	100.0%

Cuadro.9 Relación entre el funcionamiento familiar y la adaptación psicosocial.

3. La funcionalidad familiar no se encuentra asociada con la psicopatología de los adolescentes ($r_s=.254$, $p=.050$). Como se puede observar en el cuadro 10 los sujetos que presentaron una funcionalidad familiar tanto funcional (84.6%) como disfuncional (71.4%) mostraron una psicopatología normal y solo pocos sujetos mostraron psicopatología anormal o patológica, en este caso no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 1.484$, $p = .223$).

			Psicopatología		
			Normal	patológico	Total
Funcionalidad familiar	Funcional	Numero	33	6	39
		Porcentajes	84.6%	15.4%	100.0%
	Disfuncional	Numero	15	6	21
		Porcentajes	71.4%	28.6%	100.0%
Total		Numero	48	12	60
		Porcentajes	80.0%	20.0%	100.0%

Cuadro 10. Relación entre el funcionamiento familiar y la psicopatología.

Para la comparación del CBCL de padres, adolescentes y maestros, las 3 muestras estuvieron compuestas por 60 escalas. Estas tres muestras estuvieron compuestas de la siguiente manera; la primera muestra conformada por los 60 alumnos del estudio los cuales contestaron el CBCL – Y, la segunda muestra por las 60 escalas contestadas por uno de los padres de los sujetos los cuales contestaron el CBCL – A y la ultima muestra compuesta por 60 escalas contestadas por el profesor, una escala por cada alumno. Las tres muestras mostrando una distribución normal por lo que se aplico la prueba “T” de Student para muestras independientes.

En una comparación de los puntajes obtenidos por el CBCL (Psicopatología) entre Padres – Maestros en síntomas internalizantes, se observó una diferencia significativa ($t=-2.189$, $p=0.031$), no así en los síntomas externalizantes ($t=-.262$, $p=.794$) y en el rubro total ($t=-.551$, $p=.583$), los cuales no mostraron una diferencia significativa.

En la comparación CBCL (Psicopatología) Padres – Adolescentes en síntomas externalizantes no se encuentran diferencias significativas ($t=1.147$, $p=.254$); al igual que en los síntomas internalizantes ($t=-.170$, $p=.865$). En el rubro global, los hijos que manifestaron datos de psicopatología, fueron percibidos de igual forma por sus padres ($t=.995$, $p=.322$).

En la Comparación CBCL (Psicopatología) Maestros – Adolescentes en síntomas internalizantes ($t=-1.637$, $p=.104$) no se encontró diferencia significativa alguna, al igual que en los síntomas externalizantes ($t=-1.649$, $p=.102$) y en el rubro global ($t=-1.611$, $p=.110$) por lo que los maestros percibieron lo mismo que los alumnos.

Conforme a una comparación entre el puntaje total del CIS de los padres y de los adolescentes se encontraron diferencias significativas ($t=2.248$, $p=.026$) en la forma de percibir la adaptación psicosocial de los sujetos en estudio.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados de la presente investigación, se observa que en las familias disfuncionales, la conducta de reprobación (más de una materia) está relacionada con una amplia variedad de problemas conductuales y/o emocionales (por ejemplo ansiedad, somatización, aislamiento, etc.), por ello se sugiere que para este tipo de familias se empleen técnicas terapéuticas para reducir tales conflictos, que incluyan una mejoría en la comunicación y la retribución entre los miembros que la constituyen.

Los datos de los estudios revisados aquí, pueden ser utilizados para formular recomendaciones con respecto a los esfuerzos del tratamiento para reducir el fracaso escolar en niños y adolescentes y mejorar su aprovechamiento. Específicamente se debe reconocer que el enfoque y la técnica de tratamientos estarán influenciados o mediados por las dinámicas familiares predominantes.

Para trabajar mejor con las variables que interactúan en la problemática propuesta, puede ser útil lograr un mayor grado de concientización en los padres, sobre los problemas de sus hijos; en particular en lo relativo a los síntomas internalizantes.

Esta falta de percepción de los padres en el aspecto mencionado necesita ser investigada con mayor determinación ya que podría ser ocasionada por problemas de comunicación y/o por falta de confianza suficiente. La falta de aceptación por parte de los padres sobre los problemas de sus hijos, dificulta aún más el reconocimiento de síntomas en estos últimos. Esto podría ser un mecanismo de defensa del propio padre, para no reconocer las fallas en sus deberes. Tener un hijo con problemas podría implicar errores en su educación y/o atención.

Por otro lado, el maestro tiende a percibir mejor al alumno debido a que se encuentra fuera de su sistema familiar, por lo que éste no tiende a presentar mecanismos de defensa como los padres y por lo tanto puede percibir más objetivamente al alumno. En los casos en que las observaciones se encuentran polarizadas, puede ser ocasionado por un probable esfuerzo del maestro por lograr mayor control sobre el alumno y el grupo, por un lado y por el otro, tal vez se trate de un intento del propio adolescente por no admitir sus fallas, tratando de mejorar su autoimagen.

Trabajar en estos aspectos y en particular proporcionar orientación adecuada al adolescente y/o su medio ambiente escolar y familiar, podría repercutir de una manera directa en el rendimiento escolar del mismo.

El principal enfoque del tratamiento en familias saludables puede centrarse en el adolescente, abordando los síntomas más frecuentemente observados, como somatización, ansiedad, problemas de socialización y de atención, por medio de procedimientos tales como el entrenamiento en la relajación, la desensibilización sistemática y las aproximaciones sucesivas en un programa de metas a corto plazo que podría ser muy útil; además se debe fomentar en los padres una conducta de recompensa hacia la asistencia a la escuela y el buen desempeño académico (ausencia de reprobaciones) de los hijos.

En familias poco saludables se recomienda que el enfoque del tratamiento se dirija a toda la familia. Se requiere que todos los miembros participen en el proceso de tratamiento al establecer sus inconformidades y proponer soluciones; el uso de contratos proporciona a la familia un vehículo para negociar eficientemente una resolución exitosa a los conflictos que se puedan identificar.

Para las familias separadas se recomienda un protocolo de tratamiento independiente para padres e hijos debido a que los niños y/o adolescentes que se rehúsan a ir a la escuela, o cumplir con sus deberes académicos (por negativa

propia, falta de motivación o incapacidad), podrían actuar así como una forma de escape ante situaciones aversivas o evaluativas. Como provienen de familias aisladas, es posible que no hayan podido interactuar con otros modelos de funcionamiento familiar; por lo tanto, una meta terapéutica podría ser el fomento de habilidades sociales.

Como la presente muestra no es representativa de la población general, puede existir un sesgo porque se estudiaron sujetos que han logrado llegar al último grado de bachillerato; pero en muchos casos, cuando las familias fuesen gravemente disfuncionales habrían abandonado los estudios anteriormente.

Sin embargo es válido trabajar con los resultados de la muestra estudiada y podrían existir datos parecidos en poblaciones con características similares.

CONCLUSIONES

1. No hay asociación entre disfunción familiar y psicopatología, pero sí entre la disfunción familiar y la adaptación psicosocial. También existe una relación entre la disfunción familiar y el bajo rendimiento escolar.
2. En alumnos con una materia reprobada se encontró una relación moderada, sin embargo esta relación aumenta en los alumnos con más de una materia reprobada.
3. Los maestros tienden a ser más estrictos que los padres en la evaluación de la conducta del adolescente.
4. Los padres tienen más dificultades para reconocer los problemas de sus hijos, en especial en cuanto a síntomas globales.
5. Los padres tienden a observar a sus hijos sin patología a nivel clínico, pero sí califican negativamente la adaptación psicosocial de éstos.
6. Los hijos tienden a calificar mejor que sus padres su adaptación psicosocial, dado que solo uno de cada cinco refiere desadaptación.

REFERENCIAS

1. Belle, D. & Burr, R. (1989). Alone and with others: The context of childrens after school experiences. Paper presented at the biennial meeting of the society for research in child development. Kansas City.
2. Bernstein G. & Garfinkel B. (1988), Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. The American Journal of Psychiatry. Jan;145(1):70-4.
3. Bird, H. et al. (1993). The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. International Journal of methods in psychiatric research. Vol. 3 pp. 167-176
4. Byles, J. et. al. (1988). Ontario Child Health Study: Reliability and Validity of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. Family Process, Inc. Vol. 27 pp. 97-104
5. Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology. Vol. 94 pp. 595-610
6. Dubow, E. F. et al. (1992). A two year longitudinal study of stressful life events, social support and social problem-solving skills: contributions to childrens bejavioral and academic adjustment. Child Development. Vol. 62 pp. 583-599
7. DuBois, D., Eitel, S. & Felner, R. (1994). Effects of Family Environment and Parent-Child Relationships on School Adjustment during the transition to early adolescence. Journal of Marriage and the Family. Vol. 56 pp. 405-414
8. Entwistle, D. & Alexander, K. (1995). A parent´s economic shadow: family structure versus family resources as influences on early school achievement. Journal of Marriage and the Family. Vol. 57 pp. 399-409
9. Esvingen P., Bernstein G. & Garfinkel B. (1990) School phobia: patterns of family functioning. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Jan;29(1):24-30.
10. Feshbach, N. D. & Feshbach, S. (1987). Affective processes and academic achievement. Child Development. Vol. 58 pp. 1335-1347
11. Forehand, R., Long, N., Brody, G. H. & Fauber, R. (1986). Home predictors of young adolescents school behaviour and academic performance. Child Development. Vol. 57 pp. 1528-1533

12. Fowler, M.G. & Cross, A. W. (1986). "Preschool risk factors as predictors of early school performance" Journal of development and behavioral pediatrics. August 43(8) 457-62.
13. Garfinkel, I. & McLanahan, S. (1986). Singles Mothers and their children. :Washington, D. C. Urban Institute.
14. Heyns, B. (1985). The influence of parental work on children´s school achievement. Families that work. Pp. 229-267
15. Hundert, J., Cassie, J. y Johnston, N. (1988). Characteristics of emotionally disturbed children referred to day – treatment, special – class outpatient and assessment service. Journal of clinical child psychology. 17 (2), 121 – 130.
16. Jadue T. (2002) Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. Estad. Pedagóg., no. 28, p. 193 – 204. ISSN 0718 – 0705.
17. Kearney, C. A. (1993). Measuring the function of school refusal behavior: the school refusal assesment scale. Journal of clinical child psychology. Vol. 22 pp. 85-96
18. Kearney, C. & Silverman, W. (1995). Family environment of youngsters with school refusal behavior: a synopsis with implications for assesment and treatment. The American Journal of Family Therapy. Vol. 23, No. 1 pp. 59-71
19. Klein, R. S., Altman, S. D., Dreizen, K., Friedman, R. & Powers, L. (1981) "Restructuring dysfunctional parental attitudes toward children´s learning and behavior in school: Family oriented psychoeducational therapy". Parts I & II. Journal of learning disabilities. January and February. 14 (1 y 2), 15-9 y 99-101
20. Last C., Strauss C. & Francis G. (1987), Comorbidity among childhood anxiety disorders. The Journal of Nervous and mental Disease. Dec;175(12):726-30.
21. Lowe, D. & Ramanan, J. (1991) Children of the National Longitudinal Survey of Youth: Choices in after-school care and child development. Developmental Psychology. Vol. 27, No. 4 pp. 637-643
22. Marjoribanks, K. (1990). The predictive validity of teacher´s support scale in relation to adolescent´s aspirations. Educational and Psychological Measurement. Vol. 50 pp. 647-651
23. Marjoribanks, K. (1991). Adolescent´s learning environments and aspirations: ethnic, gender and social-status group diferences. Perceptual and motor skills. Vol. 72 pp. 823-830
24. Minuchin, S. (1977). Familias y terapia familiar. :Garnica España

25. Oliveros L., De la Orden A., Mafokoz J. y Gonzáles C. (2001). Modelos de investigación del bajo rendimiento. Revista Complutense de Educación. Vol. 12. Núm. 1: 159 – 178.
26. Pinto y col. (2004). Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Umbrales de investigación UNFV. Vol. 1 – No 1 pag. 55.
27. Saucedo J. M., Ortiz L. T., Fajardo A. y Cárdenas J. A. (1999). La adaptación psicosocial en niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales. Gaceta Médica de México. Vol. 133. No. 3: 203 – 209.
28. Scarre, S., Lande, J. & McCarney, K. (1989). Child care and the family: cooperation and interaction. Caring for children: the future on child´s care in the United States. :Erlbaum Hillsdale, N. J.
29. Shek D. (1997) The relation of family functioning to adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior. Journal of Genetic Psychology. Dec;158(4):467-79.
30. Vandell, D. L. & Corasaniti, M. A. (1988). Child care and the family: complex contributors to child development. New directions in child development. :Jossey Bass San Francisco.
31. Walker, L. S., McLaughlin, F. y Greene, J. W. (1988). Functional illness and family functioning: A coparacion of healthy and somatieizong adolescents. Family Process. 27 (3), 317 – 325.