

728053



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

✓  
**“ ESTUDIO COMPARATIVO DE LA RELACION DE PAREJA Y ACTITUD HACIA LA CONDICION INCAPACITANTE DE SUS HIJOS, DE PADRES (PADRE-MADRE) DE NIÑOS FISICA Y-O MENTALMENTE INCAPACITADOS Y PADRES (PADRE-MADRE) DE NIÑOS NO INCAPACITADOS ”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N  
MA. DE LOURDES DE GANTE MONTIEL  
ISABEL HERNANDEZ RUBIO  
MARTHA ARACELI VILLAGOMEZ MARTINEZ

DR. JAVIER URBINA SORIA  
DIRECTOR DE LA FACULTAD  
DE PSICOLOGIA

DR. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO  
A S E S O R

MEXICO. D. F.

1989

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Z5053.08  
UNAM. 112  
1989



RECIBO  
UNAM

TPs-5007.

Nuestro agradecimiento a:

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

CENTRO DE REHABILITACION DEL SISTEMA NACIONAL PARA  
EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (D.I.F.)

CONFEDERACION MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO  
DEL DEFICIENTE MENTAL A.C.

A los PADRES DE LOS NIÑOS MINUSVALIDOS,  
por amar a quienes la sociedad se empeña en rechazar  
y sin cuya ayuda no hubiera podido realizarse este trabajo.

Con especial cariño a:

DR. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO

ING. JOSE FRANCISCO CORTES SOTRES

por su apoyo en la dirección y elaboración de esta tesis.

A los Psicólogos

LIC. ROBERTO GARCIA PLAZA

LIC. LUIS TAMES CONTRERAS

por su colaboración e interés en esta investigación.

L. PS. 5007

*A MIS PADRES, MI MADRINA Y HERMANO*

*que siempre fueron el espejo de mis esperanzas  
y el pilar de mi educación y felicidad.*

*A MI NOVIO ALFREDO*

*quien con especial cariño, apoyo y comprensión  
siempre me alentó y motivó para seguir adelante.*

*A MI FAMILIA Y AMIGOS*

*quienes con tanto cariño me estimularon para que no olvidara  
las metas que me propuse y cumpliera los anhelos por los  
que tanto luche.*

*Para todos ellos mi gratitud y amor eterno.*

*MARTHA ARACELI VILLAGOMEZ MARTINEZ.*

*A DIOS*

*amorosamente a MI PADRE, MADRE, ELIZABETH Y SARAY  
por su comprensión y mucho amor.*

*MA. DE LOURDES DE GANTE MONTIEL.*

*A MIS PADRES, HERMANOS Y AMIGOS*

*por su apoyo y cariño.*

*ISABEL HERNANDEZ RUBIO.*

## INDICE

|   | PAGINA |
|---|--------|
| RESUMEN .....   | 1      |
| INTRODUCCION .....  | 2      |
| CAPITULO 1. "GENERALIDADES DE LA MINUSVALIA"                            |        |
| 1.1 Aspectos generales de la Minusvalía o Deficiencia. ...              | 3      |
| 1.2 Definiciones de Minusvalia o Deficiencia. ....                      | 5      |
| 1.3 Clasificación de Minusvalía o Deficiencia. ....                     | 6      |
| 1.4 Epidemiología. ....   | 7      |
| CAPITULO 2. "DEFICIENCIA MENTAL".                                       |        |
| 2.1 Definiciones. ....  | 8      |
| 2.2 Clasificación. ....   | 9      |
| 2.3 Etiología. ....   | 10     |
| 2.4 Deficiencia Mental Profunda. ....                                   | 11     |
| CAPITULO 3. "DEFICIENCIA FISICA".                                       |        |
| 3.1 Definiciones. ....  | 13     |
| 3.2 Clasificación. ....   | 13     |
| 3.3 Mielomeningocele. ....  | 14     |
| CAPITULO 4. "FAMILIA Y MINUSVALIA".                                     |        |
| 4.1 Generalidades de la Familia. ....                                   | 19     |
| 4.2 Ciclo Vital Familiar. ....  | 20     |
| 4.3 Impacto familiar ante el nacimiento de un niño<br>minusválido. .... | 21     |
| 4.4 Estrategias de Afrontamiento. ....                                  | 28     |
| 4.5 Etapas de Aceptación o Ajuste. ....                                 | 33     |
| 4.6 Actitudes de padres, hacia sus hijos minusválidos. ...              | 36     |
| 4.7 Relación de pareja de padres de hijos minusválidos. ...             | 38     |
| 4.8 Servicios de asistencia. ....                                       | 39     |
| CAPITULO 5. "ACTITUDES".  |        |
| 5.1 Definiciones. ....  | 45     |
| 5.2 Características. ....   | 46     |
| 5.3 Propiedades. ....   | 47     |
| 5.4 Componentes. ....   | 48     |
| 5.5 Funciones. ....   | 49     |
| 5.6 Adquisición. ....   | 50     |
| 5.7 Medición. ....  | 52     |
| 5.7.1. Instrumentos de Medición. ....                                   | 54     |
| CAPITULO 6. "DIFERENCIAL SEMANTICO".                                    |        |
| 6.1 El Diferencial Semántico como técnica de medida. ....               | 57     |
| 6.2 Análisis de datos. ....   | 66     |
| 6.3 Aplicación. ....  | 69     |

CAPITULO 7. "METODO".

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 7.1 Tipo de investigación. ....     | 71 |
| 7.2 Problema de investigación. .... | 71 |
| 7.3 Hipótesis de Trabajo. ....      | 71 |
| 7.4 Variables. ....                 | 72 |
| 7.5 Instrumentos. ....              | 73 |
| 7.6 Sujetos. ....                   | 74 |
| 7.7 Muestreo. ....                  | 75 |
| 7.8 Diseño Estadístico. ....        | 75 |
| 7.9 Procedimiento. ....             | 75 |

CAPITULO 8. "RESULTADOS".

|   |     |
|---|-----|
| 8.1 Primera Hipótesis. ....                               | 78  |
| 8.1.1 Diferencias en la variable Actitud. ....            | 79  |
| 8.2 Segunda Hipótesis. ....                               | 130 |
| 8.2.1 Diferencias en la variable Relación de Pareja. .... | 132 |

CAPITULO 9. "DISCUSION". .... 133

CAPITULO 10. "CONCLUSIONES". .... 138

|                    |     |
|--------------------|-----|
| LIMITACIONES ..... | 140 |
| SUGERENCIAS .....  | 141 |
| APENDICES .....    | 142 |
| BIBLIOGRAFIA ..... | 157 |

## RESUMEN

El presente, es un estudio comparativo en el que se investigó las actitudes hacia la condición de incapacidad de sus hijos, en padres de niños incapacitados física y mentalmente, y no incapacitados; así como la relación de pareja existente entre ellos.

La evaluación de tales aspectos, se obtuvo a través de sujetos que fueran padres (21 parejas) de niños diagnosticados con Mielomeningocele; padres (21 parejas) de niños con un diagnóstico de Deficiencia Mental Profunda, y padres (21 parejas) de niños que no presentaran ningún tipo de incapacidad.

El rango de edad de los niños osciló entre 6 y 12 años.

Para la investigación de las actitudes, se utilizó una escala de Diferencial Semántico de Osgood, con 10 estímulos y 10 escalas. En lo que respecta a la relación de pareja, el instrumento manejado fué la Escala de Satisfacción Marital de García Y., la cual fue adaptada al tipo de sujetos manejados en la investigación, y que consta de 69 reactivos.

Los resultados mostraron, que en general, existen diferencias significativas entregrupos e intragrupos. Esto es, existieron diferencias significativas entre los tres grupos de padres, siendo los padres de niños incapacitados físicamente los que muestran una actitud más favorable hacia la incapacidad de sus hijos. En las diferencias intragrupo (padre-madre), sobresale la correspondiente a la pareja de padres de niños incapacitados mentales.



## **INTRODUCCION**

La problemática de la dinámica familiar, resultante de las necesidades, cuidados y educación especial, requeridas en los niños minusválidos, pone de relieve el hecho, de que no se trata solamente de un problema individual, sino que involucra e influye tanto en la vida familiar, como en todo el contexto que la rodea.

Sin embargo, y aunque los autores expertos en la materia señalan la importancia de involucrar a la familia en el proceso rehabilitatorio de sus hijos, la generalidad de las veces, son únicamente los niños quienes, en forma individual, son incluidos en programas de tratamiento, sin tomar en cuenta que la evolución de éste, va a estar determinada en gran parte por la participación y estabilidad emocional de los demás miembros de la familia.

La investigación realizada en el área de actitudes parentales, tiene muchas inconsistencias y resultados contradictorios, debido a que el enfoque que guía a estos estudios es parcial, al tomar a un solo miembro de la familia, usualmente la madre, como agente exclusivo de investigación.

Dado que el cuidado de un niño minusválido, implica cambios en la vida diaria de una familia, la relación de pareja de los padres, puede verse afectada. Sin embargo, se ha realizado poco esfuerzo directo, en la investigación sobre la relación marital en parejas con niños minusválidos.

Bajo esta perspectiva, el propósito del presente estudio, es describir las actitudes, y relaciones conyugales de padres de hijos incapacitados física y mentalmente, como resultado del impacto experimentado ante la presencia de este niño, en comparación a las relaciones conyugales y actitudes de padres de hijos no incapacitados.

Las incapacidades que se incluyen en esta investigación son, por un lado, la Deficiencia Mental Profunda, que es el grado más severo de Deficiencia Mental; y por el otro, la afección medular denominada Mielomeningocele, o más conocida con el nombre de Espina Bífida. Este tipo de incapacidades se eligieron, dado que las personas que las padecen, muestran serias deficiencias en su funcionamiento individual, lo cual determina el que requieran de cuidados, atención y vigilancia constante.

Por otra parte, debido a la carencia de literatura que incluya tanto al padre como a la madre, se consideró pertinente involucrar a ambos padres como sujetos de investigación para así, poder observar el papel que juega la figura paterna en la problemática que representa tener un hijo minusválido.

## CAPITULO 1

### GENERALIDADES

#### 1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA MINUSVALIA O DEFICIENCIA.

El minusválido como cualquier otra persona sujeta a limitaciones y carencias está sufriendo las consecuencias de una serie de deficiencias colectivas (25). Dichas dificultades parten desde la definición misma del término de "normalidad", del cual mucho se ha hablado y escrito.

El concepto ha evolucionado a lo largo de todos estos años y poco a poco se ha ido incorporando a las distintas áreas del individuo "diferente".

La mayoría dentro de una sociedad, está representada por un conjunto de individuos que aún siendo diferentes entre sí, muestran una serie superior de semejanzas que de diferencias en cuanto a su forma de comportarse, vivir, actuar y funcionar en los diferentes niveles de su existencia dentro del contexto social al que pertenecen.

Esta mayoría será, la que establezca los baremos o normas con los que serán contrastados cada uno de los componentes de dicha sociedad, según un criterio cuantitativo de aproximación estadística que identificaría "norma" con "frecuencia". Lo normal sería aquello que se observa con más frecuencia, y los individuos quedarán clasificados (o etiquetados) a partir de estos contrastes comparativos en normales y anormales. Pero el dicotomizar la comunidad humana de una sociedad en normalidad-anormalidad parece tan peligroso como arbitrario, ya que no existe un concepto adecuado, rigurosamente científico de lo normal humano y tampoco por lo tanto, de lo anormal.

Estas consideraciones nos llevan a concluir que los conceptos de norma y normalidad son conceptos relativos y socialmente establecidos.

Hemos de señalar que en este contexto, no es la diferencia en sí lo que crea la desviación, sino la diferencia valorada como negativa; puesto que la normalidad y, por lo tanto, la desviación de dicha norma se define de forma social, subjetiva y variable según los diferentes contextos culturales e históricos y que no se haya en modo alguno inscrito en la persona, sino fuera de ella. (16)

Como puede advertirse, existe una variedad importante de limitaciones y/o dificultades, que en los diversos grupos y en cada caso, tienen distintas manifestaciones que responden a etiologías diversas. Sin embargo, se unifican en el mismo grupo, ya que presentan problemas en su rendimiento, en su

estabilidad emocional, así como en su capacidad para relacionarse con su medio y participar en el mismo.

Además de ser diferentes por su naturaleza, las limitaciones suelen ser diversas por su grado, que en algunos casos, cuando es leve, no permite describir fácilmente el límite que los diferencia de aquéllos que se consideran como "promedio".

Un sujeto con necesidades especiales, es una persona que por alguna de sus características físicas o psíquicas, puede presentar dificultad de diferente naturaleza y grado, para progresar en condiciones y situaciones regulares.

La terminología aplicada a estos sujetos ha sido muy diversa. Al principio se les llamó "anormales" bajo la influencia de la clínica psiquiátrica y más tarde, de la psicometría. Posteriormente, se ensayaron otros términos menos peyorativos tales como "incapacitados, disminuidos, impedidos, atípicos, inadaptados, diferenciados, excepcionales y otros".

En algunos casos, estas denominaciones recibieron fundamentos estadísticos, sociales o psicológicos, que generalmente implican juicios de valor. Dados los problemas psicológicos que conlleva etiquetar a estas personas, se ha propuesto recientemente llamarlos "personas en dificultad" o bien con "necesidades especiales".

Canguhem (1971), distinguió lo normal de lo patológico al señalar "...no todas las anormalidades son patológicas, así como lo normal no siempre es equivalente a saludable...".

Lo anormal es una desviación de la norma biológica. Hay anomalías que no tienen ningún efecto sobre la competencia social del individuo, es más, en el límite pueden no ser advertidos. Pero evidentemente hay anomalías que disminuyen o anulan el ejercicio de una actividad motora, sensorial o intelectual, que tiene un valor social.

El valor social de una actividad está determinada por el sistema de valores de cada sociedad. Sólo cuando una anomalía coarta o anula una actividad socialmente valiosa, se transforma en patología.

Conforme a lo anterior, lo patológico resulta de la convergencia de dos sistemas referenciales: el biológico y el social. Por lo tanto lo patológico no es una categoría estática, sino eminentemente dinámica, que se transforma en consonancia con el devenir del individuo y su contexto social. (11)

De acuerdo a lo anterior, hay dos entidades sociales que fundamentalmente determinan el valor social de una actividad: el trabajo y la escuela.

A fin de cuentas, las definiciones de los términos que implican una incapacidad son criticables, ya que solamente acentúan el aspecto deficitario, sin tomar en cuenta todo lo que está intacto, y las posibilidades de compensación. (87)

Para la clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías, publicada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), "una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica". Aunque bajo otras denominaciones, la O.M.S. abarca en el epígrafe de las deficiencias lo que tradicionalmente se venía denominando en castellano como minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales.

Así, las pérdidas o anormalidades orgánicas (temporales o permanentes) constituyen el ámbito de las deficiencias o exteriorizaciones de un estado patológico, en principio a nivel de tejido, órgano, miembro o estructura del cuerpo y funciones específicas (incluida la función mental). Esas definiciones promovidas por la O.M.S., aunque experimentales en su propósito, ofrecen ya una orientación sólida sobre todo en lo que se refiere a la diferenciación de los tres niveles de deficiencia, discapacidad y minusvalía. En el interior de estos niveles, se ofrecen una serie de divisiones y subdivisiones que seguramente sufrirán revisiones en el futuro, aunque hoy por hoy es la clasificación más rigurosa de que se dispone.

#### 1.2 DEFINICIONES DE MINUSVALIA O DEFICIENCIA.

Dentro de la experiencia de la salud, para la O.M.S., minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales). (88)

La U.N.E.S.C.O. (1977), denomina minusválido a aquel individuo que por razones psicológicas o fisiológicas tiene necesidad de una ayuda especial para adaptarse a la existencia, a falta de esta ayuda, no podrá alcanzar el nivel de sus posibilidades reales. (130)

En el artículo séptimo de la Ley Española de Integración Social de los Minusválidos (1982), toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral, o social se hallan disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales, será denominado minusválido. (37)

En el reglamento de Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos (1976), se entiende por invalidez la limitación del individuo para desempeñar alguna actividad necesaria para su desarrollo, como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social. (93)

### 1.3 CLASIFICACION DE MINUSVALIAS O DEFICIENCIAS.

Dentro de las deficiencias, la O.M.S. distingue las siguientes:

- a) Deficiencias intelectuales (entre las cuales se incluye la deficiencia mental), que afectan a la inteligencia, la memoria y al pensamiento.
- b) Deficiencias psicológicas que incluyen las que afectan a las funciones del "estado mental" y otras funciones más complejas de carácter emocional y de contacto con la realidad.
- c) Deficiencias del lenguaje; las que afectan a la comprensión y utilización de lenguaje y a sus funciones asociadas, incluido el aprendizaje
- d) Deficiencias del órgano de la audición; que engloba toda etiología y grados de déficits en la audición.
- e) Deficiencias del órgano de la visión; que es una disminución grave de la visión en los dos ojos.
- f) Deficiencias viscerales; se incluyen entre ellas las que se refieren a los órganos internos y a otras funciones especiales (órganos sexuales, masticación, deglución, olfato).
- g) Deficiencias músculo esqueléticas; afectan a cabeza, cuello, tronco y extremidades en forma de deficiencias mecánicas o matrices y de defectos (estos últimos con el sentido de carencias de partes).
- h) Deficiencias desfiguradoras; se presentan como defectos (carencias), deformidades, malformaciones, indiferenciaciones y orificios anormales, englobados bajo la denominación genérica de "desfiguramiento". Como su nombre indica, tiene que ver con una conformación anormal de la figura orgánica del sujeto.
- i) Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras; se incluyen aquí problemas de sensibilidad, deficiencias metabólicas, susceptibilidad al tramautismo, ciertas incontinencias graves, fatigas, deficiencias múltiples, etc. (37)

Ahora bien, de acuerdo a los propósitos del presente estudio y dada la amplia gama de definiciones existentes a las minusvalias mental y física se tomaron en cuenta aquéllas dadas por organismos internacionales así como por asociaciones avocadas a las minusvalias que aquí se tratan.

#### 1.4 EPIDEMIOLOGIA.

-En 1984, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial señaló que 1 de cada 10 personas de la población mundial sufre alguna incapacidad física o mental. En el Tercer Mundo 2 de cada 3 países carecen de los servicios básicos de rehabilitación, debido principalmente a que el mundo invierte anualmente un centavo por cada persona minusválida, mientras que se destinan millones de dólares en armamento. (28)

-De acuerdo con los índices establecidos por la O.M.S., únicamente por lo que se refiere a causas de carácter físico o mental, de la población general en México, más del 7% sufren de secuelas invalidantes. Destacando dentro de estas causas los problemas derivados de la deficiencia mental, de las alteraciones de la comunicación humana, los problemas de ceguera y las alteraciones del Sistema Músculo Esquelético. (86)

-Plan Nacional de la Salud; se encuentra en la población 12 deficientes mentales por cada 1000 habitantes. (48)

-En 1980, el Instituto Nacional de Rehabilitación señaló que un 10% corresponde a lesiones cerebrales de diversos tipos en consulta externa. (48)

-En 1980, el Departamento de Contraloría del I.S.S.S.T.E., detectó el 1% de deficiencia mental. (48)

-En 1981, la Dirección de Bioestadística de la S.S.A. señaló, que de 2'000,000 de niños nacidos en ese año, 154,000 nacieron con encefalopatías y, de éstos 40,000 con deficiencia mental, 20,000 con epilepsia, 14,000 con parálisis cerebral y 80,000 con malformaciones congénitas. (48)

-En 1981, el Instituto Mexicano de Psiquiatría detectó que el 3% de todos los niños sufren algún grado de deficiencia mental, el 2.5% corresponde a los educables, el 0.4% a los entrenables y el 0.1% a los que exigen un cuidado total. (70)

-En 1982, la Dirección de Salud Mental de la S.S.A. detectó el 31.51% de deficientes mentales. (48)

-En 1983, dentro de las primeras causas de invalidéz, la deficiencia mental ocupa el quinto lugar en la República Mexicana. (48)

-En 1984, de cada 10 recién nacidos, 7 presentaron encefalopatías según la Academia Nacional de Medicina. (48)

## CAPITULO 2

### DEFICIENCIA MENTAL

#### 2.1 DEFINICIONES DE DEFICIENCIA MENTAL.

De acuerdo a la O.M.S. el concepto de Deficiencia Mental se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que tiene su origen durante el período de desarrollo y que se asocia a la alteración de la adaptación, de la maduración o de ambos en el aprendizaje y la socialización. (33)

La Dirección General de Educación Especial, determina que un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa. (119)

La American Association for Mental Deficiency (A.A.M.D.) señala, que la deficiencia mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media, que se origina en el período de desarrollo y existe conjuntamente con un déficit de la conducta adaptativa. (43)

Para Henri Ey (1980), la deficiencia mental como toda insuficiencia del desarrollo intelectual puede definirse de varias maneras que, por otra parte, se complementan. Se refiere como la mayoría de los autores a 3 criterios principales:

- a) Un criterio psicométrico: se designan con el nombre de deficiencia mental a los estados de retraso cuya edad mental está comprendida entre 7 y 10 años según la escala de Binet y Simon, y cuyo Coeficiente Intelectual se sitúa entre 65 y 80 (Terman-Merrill).
- b) Un criterio escolar: es deficiente mental todo sujeto incapáz de seguir la escolaridad de los niños de su edad: retraso escolar de 2 años si tiene menos de 9 años; de 3 años si tiene más de 9 años, con la condición de que este retraso no sea debido a una insuficiencia de escolaridad (Binet y Simon).
- c) Un criterio social: es deficiente mental todo sujeto incapáz, en razón de su insuficiencia mental, de llevar una existencia independiente, y de llegar a su "autonomía económica".

Pero si bien el criterio social es en el fondo el único valedero, depende de 2 factores eminentemente variables:

- la complejidad de la vida social y,
- la tolerancia de la colectividad considerada. (47)

Como se ha podido notar la definición de deficiencia mental ha ido evolucionando a través del tiempo y aún hoy en día no ha quedado totalmente estructurada, de tal forma que encierre las alteraciones que un individuo con requerimientos especiales puede presentar. (22)

## 2.2 CLASIFICACION DE DEFICIENCIA MENTAL.

Existen numerosos modelos de clasificación de la deficiencia mental, los cuales son tan diversos, como autores han abordado el tema. Los conceptos utilizados cambian según las técnicas evaluativas, que a su vez, vienen determinadas por la interpretación dada a la deficiencia. Los diferentes criterios utilizados quedan agrupados en los cuatro enfoques siguientes:

- a) Etiológico; basado en las causas de la deficiencia y con un carácter predominantemente médico-biológico.
- b) Psicométrico; que partiendo del diagnóstico realizado con pruebas, aporta un Coeficiente Intelectual (C.I.) que se sitúa en un continuo cuantitativo. El punto en que este continuo se corta para establecer grupos homogéneos depende del criterio del autor de la clasificación.
- c) Adaptativo; considera las conductas que las personas afectadas por la deficiencia pueden desarrollar de una manera autónoma, y que permite diversos grados de integración en la sociedad.
- d) Estructural; referido a las capacidades y procesos psíquicos afectados, y con la indicación de aquellos aspectos que han cursado con un desarrollo normal. Los criterios educativos, que predicen los niveles de conocimientos escolares que son capaces de adquirir según las capacidades afectadas, se podrían integrar en este grupo.

Cabe destacar, que los distintos enfoques clasificatorios no se excluyen entre sí. En los casos individualizados, pueden reunirse varios criterios y diagnosticarse así el proceso etiológico, a la vez que se evalúa el CI, indicando un nivel de adaptación (frecuentemente a través de un cociente social) y el nivel pedagógico (indicando los años de retraso respecto a su edad) y completándolo con una descripción de los procesos cognitivos afectados. (37)

Entre los modelos de clasificación mayormente aceptados se encuentran: Estadística Internacional, O.M.S., y las clasificaciones Americana, Británica, Soviética, etc. Nosotros tomaremos en cuenta una clasificación recomendada por la A.A.M.D. y O.M.S. que distinguen cuatro niveles de deficiencia.



- 1.- Deficiencia Ligera con un C.I. entre 50 y 70
- 2.- Deficiencia Moderada con un C.I. entre 35 y 50
- 3.- Deficiencia Severa o Grave con un C.I. entre 20 y 35
- 4.- Deficiencia Profunda con un C.I. inferior a 20

El CI se considera como la razón entre edad mental sobre edad cronológica. (37,33,47)

Habitualmente, la estimación de las potencialidades intelectuales y de la actividad mental, se sirve de indicadores indirectos, más o menos confiables. A.L. Kushlick (1973), ha propuesto varios tipos de criterios:

- 1.- Test psicométricos y C.I.
- 2.- Características socioculturales, y
- 3.- Características clínicas.

Manciaux (1986), señala "sólo la observación de situaciones naturalmente contrastadas es éticamente defendible". (87)

Henri Ey (1980), expone que un retraso sigue estando caracterizado, y a pesar de todas las críticas del C.I., por su nivel determinado por la clínica y cifrado por los test. (47)

### 2.3 ETIOLOGIA.

Al ser la Deficiencia Mental la expresión clínica de una anomalía del sistema nervioso, el estudio etiológico preciso y la comprobación objetiva de las secuelas, deben ser tomadas en cuenta como fin prioritario en orden a un pronóstico, tratamiento y, consecuentemente, una adecuada prevención.

Los factores causantes de la Deficiencia Mental son muy variados (se han comprobado científicamente más de 200), y de múltiples naturalezas, agrupándose de la siguiente forma:

- a) Hereditarias (genético-metabólicas)
- b) Infecciosas y parasitarias
- c) Tóxicas
- d) Traumáticas
- e) Ambientales.

De acuerdo a esta clasificación, suelen distinguirse dos tipos de causas:

#### I Causas primarias:

- a) Hereditarias.- Se refieren a aquellas causas donde se observa la ascendencia.
- b) Cromosómicas.- Causas de mutaciones genéticas que provocan cuadros de síndromes genéticos con genotipo y fenotipo alterados.

## II Causas secundarias:

- a) Prenatales o actuantes entre el momento de la concepción y el nacimiento como: infecciones de virus durante el primer trimestre de embarazo, ingestión de drogas, exagerada dosis de antibióticos durante el primer trimestre de embarazo, amenazas de aborto, desnutrición, preclancia, radiaciones, traumatismos, trastornos endócrinos de la madre, hipoxia intrauterina, entre otras.
- b) Perinatales, producidas en ocasión del nacimiento (parto): trabajo de parto distócico (presentación no encefálica), placenta previa, circular del cordón, hipoxia neonatal, anoxia, mala aplicación de forceps, eclampsia, anestesia general, parto prolongado (después de 12 horas), prematuridad, estrechez pélvica.
- c) Postnatales: infecciones y traumatismos después del nacimiento, infecciones meningoencefalíticas, desequilibrio hidroelectrolítico (deshidratación), hipertermias (temperaturas arriba de 40 grados centígrados), traumatismos craneoencefálicos, crisis convulsivas febriles, desnutrición, etc.
- d) Predisponentes: edad de la madre (menores de 18 o mayores de 35 años), factor RH, número de embarazos y abortos previos. (48)

### 2.4 DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA.

De acuerdo a los fines de la presente investigación, solamente se hará referencia a las características del Deficiente Mental Profundo (DMP de aquí en adelante).

Se considera DMP a todo individuo que presenta características tales como:

- **Funcionamiento Individual:** necesita de cuidados, atención y vigilancia constante para sobrevivir. No pueden protegerse a sí mismos contra peligros físicos corrientes. Generalmente están institucionalizados. A través de cierto entrenamiento constante pueden llegar a comer solos, utilizando la cuchara y raras veces el tenedor aunque con ciertas deficiencias (derraman el alimento), así como intentar su aseo personal parcialmente como bañarse, vestirse, secarse las manos y controlar esfínteres.
- **Funcionamiento Físico:** fisiológicamente tienen un defecto orgánico y pueden observarse otros defectos serios en cualquier parte del cuerpo. Su coordinación física y el desarrollo de los sentidos son muy pobres. Tardan en llevar a cabo movimientos primarios, caminan con irregularidad y tienen inhabilidad manual. Las lesiones anatómicas mayormente observadas son de carácter degenerativo o de restos de encefalopatías, prenatales o postnatales. Como resultado de estimulación

pueden llegar a bailar, saltar, subir escalones alternando los pies, montar un triciclo o bicicleta, trepar árboles y lanzar pelotas.

- **Comunicación:** puede llegar a tener cierto vocabulario y usar frases gramaticales simples correctamente, sin embargo, la mayoría no habla y expresan sus necesidades a través de gestos o sonidos guturales. Puede llegar a entender comunicaciones simples.

- **Adaptación Social:** participa e interactúa con otros en juegos y actividades expresivas.

- **Conciencia:** tiene conciencia de su existencia y la de algunos seres aislados de sí, de sus necesidades y de los que las satisfacen .

- **Inteligencia:** tienen un C.I. entre 0-20, ausencia de respuestas específicas (no conocen las cosas), ausencia de pensamiento. No pueden razonar y carecen de responsabilidad moral, tienen una edad mental de tres años o menos cuando llegan a ser adultos.

- **Afectividad:** risa y llanto inmotivados, humor variable y explosivo, oscilando su comportamiento desde la inhibición hasta la exhuberancia.

- **Voluntad:** deseos primarios sin dirección, negativismo.

- **Conducta:** son distraídos, intranquilos, no pueden adaptarse a nada monótono, les caracterizan las mentiras, tienden a extraviarse, tienen movimientos iterativos, conducta glotona y negativista, presentan coprofagia y geofagia, muy frecuentemente tienen apariencia desaliñada y sucia.

- **Aprendizaje y Educación:** son incapaces de concentrarse en una tarea, no aprenden a leer y escribir, tienen incapacidad de aprendizaje que les permita adquirir autonomía. Necesitan un diseño ambiental muy estructurado. En los años preescolares apenas exhiben habilidades sensoriomotrices, avanzan algo en el desarrollo motor si se les estimula y algunos responden a entrenamientos simples de autocuidado.

- **Actividad Económica:** son económicamente dependientes. (37)

Debido a la complejidad de los cuadros de trastorno, la detección temprana y el diagnóstico son de especial importancia para el caso de los Deficientes Mentales Profundos. (130)

Siendo así, que cuantos más daños graves tenga un niño, tanto más ayuda y asesoramiento hay que proporcionar a la familia; bien sea, mediante estimulación temprana dada por la misma familia o bien, mediante cuidados de más alcance.

Conviene que estos niños adquieran el mínimo de autonomía, especialmente en la marcha, la alimentación y el control de esfínteres. (47)

## CAPITULO 3

### DEFICIENCIA FISICA

#### 3.1 DEFINICION DE DEFICIENCIA FISICA.

A causa de que no se encontró una definición específica sobre deficiencia física, no se elaboró un apartado para este punto, ya que en su mayoría se hace referencia a deficiencia en forma general siendo ya mencionada anteriormente.

#### 3.2 CLASIFICACION DE DEFICIENCIA FISICA.

La motricidad humana, funciona según un modelo de autoregulación que debe constar de los siguientes requerimientos mínimos: un mecanismo receptor; un mecanismo de control, que recibe información de la acción del efector; un mecanismo efector; y un sistema comparador que percibe la correlación o diferencia entre el mecanismo efector y el programa de acción motora prevista.

Salvo el mecanismo efector propiamente dicho, que en el caso de la motricidad, está encomendado a los músculos, huesos y articulaciones (aparato locomotor), los otros mecanismos son función del Sistema Nervioso Central y Periférico, con sus órganos receptores y transmisores de las órdenes motoras.

Teniendo en cuenta éstos parámetros, pueden producirse deficiencias motoras como consecuencia de alteraciones en el mecanismo efector o como consecuencia de alteraciones en el Sistema Nervioso.

Las principales alteraciones del mecanismo efector pueden agruparse en:

##### 1.- Malformaciones congénitas

- a) Luxación congénita de cadera
- b) Malformaciones congénitas de los miembros
- c) Malformaciones congénitas de la columna vertebral
- d) Artrogriposis

##### 2.- Afecciones sistémicas o generalizadas del esqueleto. Se incluyen aquí las congénitas y las adquiridas por alteraciones del metabolismo o la dieta.

Entre las congénitas se pueden citar:

- a) La Osteogénesis imperfecta
- b) Acondroplasia
- c) Discondroplasia - Osteocondromatosis múltiple
- d) Exostosis múltiples
- e) Osteocondrodistrófias.

Entre las adquiridas se pueden mencionar:

- a) Osteoporosis
- b) Raquitismo
- c) Hiperparatiroidismo.

### 3.- Osteocondrosis

- a) Enfermedad de Perthes u Osteocondrosis de la cabeza del fémur
- b) Enfermedad de Scheurman
- c) Enfermedad de Kohler
- d) Enfermedad de Kiembock.

### 4.- Afecciones inflamatorias de los huesos y articulaciones. Suelen ser de origen infeccioso, las más conocidas son:

- a) Osteomielitis prógena
- b) Artritis prógena
- c) Tuberculosis osteoarticular.

### 5.- Fracturas.

Las fracturas producidas por traumatismos pueden producir deficiencias motoras importantes, en particular si son múltiples, complicadas y no han podido ser convenientemente reducidas.

### 6.-Afecciones neuromusculares.

Las más importantes en los niños son:

- a) Parálisis cerebral
- b) Espina bífida con afectación medular
- c) Múltiples afecciones de los nervios periféricos
- d) Parálisis obstétrica
- e) Distrofias musculares. (37)

## 3.3 MIELOMENINGOCELE.

Después de haber esquematizado las diferentes deficiencias motóricas, y de acuerdo a los propósitos de la presente investigación, a continuación se expondrá más detalladamente una afección neuromuscular denominada Espina Bífida.

En la Espina Bífida, hay un defecto del normal cierre del canal óseo de la columna vertebral que puede acompañarse eventualmente de anomalías de estructuras nerviosas subyacentes.

Producido en la época embrionaria, puede localizarse en cualquier nivel del neuroeje, pero más habitualmente en la región lumbo-sacra.

Existen dos tipos de Espina Bífida: Espina Bífida oculta y la Espina Bífida manifiesta.

-Espina Bífida Oculta: este defecto se limita al cierre incompleto de uno o más arcos vertebrales. Habitualmente esta malformación no tiene expresividad clínica y es un hallazgo radiológico en exploraciones no motivadas por su búsqueda. Se estima que un 30% de todos los nacimientos presentan defectos del normal cierre en el arco posterior de la quinta vértebra lumbar o de la primera sacra, sin presentar síntomas ni signos en la exploración.

Este anormal desarrollo puede acompañarse de leves malformaciones de las estructuras subyacentes: médula espinal, raíces nerviosas y tejido conjuntivo, que consisten en bandas fibrosas, lipomas intraespinales y distorsiones mecánicas de los elementos nerviosos. Su existencia suele sospecharse por alteraciones morfológicas en la piel de la zona lesional: hoyuelos, mechones de pelo, y cambios en la coloración cutánea. La radiografía de columna confirma la anomalía. No es habitual la existencia de síntomas pero pueden presentarse alteraciones en la marcha, pequeñas deformidades articulares en rodillas y pies, infecciones urinarias y enuresis nocturna, dependiendo de la importancia de las malformaciones acompañantes, obligando ocasionalmente a exámenes clínicos y radiológicos más completos para valorar la importancia de la alteración. Puede acompañarse también, de otras malformaciones somáticas y tener un carácter familiar. No se excluyen posibles causas teratógenas.

-Espina Bífida Manifiesta o Quística: En ésta, no sólo las vértebras dejaron de desarrollarse totalmente, sino que la médula espinal dejó de finalizar su formación y no envió suficientes fibras nerviosas a los músculos. En esta condición la médula es como una placa lisa que sobresale de la superficie del cuerpo, cubierta no por vértebras, sino por membranas que normalmente envuelven la médula (las meninges).

Cuando la espina bífida quística está constituida exclusivamente por un saco de cubiertas meníngicas, se llama meningocele. Esta malformación se presenta, como una masa fluctuante cubierta de piel que se localiza habitualmente en la región sacra y menos frecuentemente en la cervical. Por definición, no debe contener estructuras nerviosas en su interior y por tanto resulta asintomática, a excepción de las molestias puramente locales. Así sucede en el 60% de los casos pero, como en la espina bífida oculta, puede acompañarse de malformaciones del tejido neural subyacente, produciendo síntomas como alteraciones en la marcha, disfunciones esfinterianas, pie equino varo, etc. Cuando se localizan en la región cervical alta suelen acompañarse de hidrocefalia.

Si el saco meningeo herniado lleva en su interior estructuras nerviosas, constituye un mielomeningocele, que representa la forma más compleja de espina bífida, con defectos en el canal óseo espinal, meninges, nervios espinales y la propia medula espinal que adquiere una forma aplanada en vez de la cilíndrica normal.

El mielomeningocele se suele encontrar recubierto de una fina membrana epitelioide, que puede romperse con facilidad y ser, desde el momento del nacimiento una fuente de infección del sistema nervioso.

Su incidencia está calculada en 2-3 casos por cada 1000 nacidos vivos y su mortalidad estimada en el 50% en relación directa con incidencia de complicaciones, especialmente con meningitis, sepsis, hidrocefalia progresiva y fracaso renal por reiteradas infecciones urinarias; la transmisión es por herencia recesiva, siendo la historia familiar positiva en un 8% de los casos.

Los mielomeningoceles pueden localizarse a cualquier nivel del neuroeje, pero son más frecuentes en las regiones lumbar y sacra. En la dorsal, suelen ser más extensos acarreado mayor número de complicaciones.

En el niño con espina bífida, los nervios que se extienden de la médula espinal a otras partes del cuerpo -a los músculos y a la piel- son mucho más pequeños y delgados.

Estos nervios delgados podrían tener tan solo un 10% del total normal de fibras nerviosas; por esta misma razón, el niño es incapáz de mover los músculos de sus piernas como un niño normal. Resultando de ello, el que sus extremidades inferiores sean insensibles a la presión, fricción, pinchazos, y al calor o frío. Pero la falta de sensación en la piel y la falta de fuerza muscular, sólo se presentan en las partes del cuerpo situadas por debajo del mielocelo. La parte superior del abdomen, el tórax, y los brazos son normales en fuerza, destreza, y sensibilidad dérmica.

La deficiencia de las fibras nerviosas que afectan la debilidad muscular y la pérdida de sensaciones, altera también la vejiga y el intestino. La mayoría de los niños con mielomeningocele, no se dan cuenta cuando la vejiga del intestino se han llenado, ni tampoco pueden vaciarlos normalmente porque igual a la musculatura de las piernas, los músculos de la vejiga e intestino no tienen suficientes fibras nerviosas para producir la evacuación. Los riñones continúan eliminando orina, la cual pasa a la vejiga, aumentando su replecio y presión de tal forma que se elimina por medio de rebozamiento y sin intervención voluntaria alguna.

No hay dos mielomeningoceles exactamente iguales en apariencia. El que sea de gran tamaño, puede impedir que el niño se tienda de espaldas y la membrana delicada que lo cubre podría dejar escapar el líquido cefalorraquídeo.

El enfoque del mielomeningocele conlleva el tratamiento cooperativo entre neurocirujanos, neurólogos, internistas, pediatras, urólogos, ortopedas y psicólogos puesto que, el tratamiento no sólo consiste en la intervención quirúrgica, sino en un plan que debe establecerse desde el momento del nacimiento y orientado hacia los siguientes problemas:

- 1.- La oclusión operatoria de la espina bífida
- 2.- La operación derivativa del hidrocéfalo
- 3.- Prevención y tratamiento de los problemas urológicos
- 4.- Tratamiento de una eventual meningitis o sépsis
- 5.- Tratamiento ortopédico
- 6.- Vigilancia del desarrollo intelectual y preparación para una habilitación y educación especial

Es aconsejable practicar una intervención quirúrgica para ocultar la médula espinal defectuosa bajo de la superficie de la piel, permitiendo que el niño pueda extenderse de espaldas. Algunos neurocirujanos prefieren hacer esta operación durante el primer o segundo día de vida; otros hasta la primera o segunda semana, a menos que existan razones especiales para una cirugía inmediata o posterior.

El neurocirujano también estará atento a cualquier obstrucción en la circulación de líquido cefaloraquídeo, observando cuidadosamente todo crecimiento anormal de la cabeza. Un poco más tarde o aun antes de ocultar la médula defectuosa, podría recomendar un procedimiento de derivación ("Shunt"), para evitar la aparición de la hidrocefalia. La hidrocefalia es una emergencia neuroquirúrgica grave. Si el cirujano no puede disminuir esta presión en el cerebro, el niño puede morir o sufrir un daño cerebral que reduzca permanentemente su capacidad intelectual.

La incontinencia del intestino y vejiga del niño con espina bífida no preocupa al principio, porque durante su primer año de vida no es diferente de otros niños en este sentido. El problema llega a ser importante, cuando esta falta de control persiste en un tiempo que ya no es normal.

La vejiga funciona automáticamente y se vacía por completo mediante una acción refleja siempre que se llena, hasta un cierto punto; la mayoría de los niños con espina bífida no tienen esta acción refleja. Como resultado, la orina simplemente se derrama cuando se llena la vejiga, y se sale constantemente sin que se vacíe la vejiga.

La falta de cuidado del sistema urinario, da como resultado, que la presión constante de la vejiga abra por fuerza la vejiga y los uréteres, dilatando tremendamente estos tubos. Pero aún más importante, la presión urinaria comprime a tal grado el tejido urenal que se destruye la mayor parte del riñón, con lo que éste no puede filtrar más producto de desecho de la sangre. Por ésto, es necesario mantener una estrecha vigilancia sobre el sistema urinario.



El intestino inferior y el músculo esfínter del ano son también, aparentemente, deficientes en la provisión de nervios y por ello, no pueden funcionar con fuerza normal. La mayoría de esos niños no pueden evacuar los intestinos sin alguna asistencia. Generalmente evacúan una vez al día o cada dos días, utilizando un supositorio o alguna otra medicación.

Finalmente, y debido a que no todos los músculos del niño tienen el mismo grado de debilidad pueden, llegar a tener deformidades y por ello, en muchos casos, es necesario la utilización de aparatos ortopédicos o, ya en casos más delicados, la cirugía ortopédica.

Los factores causales de la espina bífida parecen ser una combinación de factores genéticos y de medio ambiente. No se conocen por ahora los factores ambientales.

Las familias pueden correr el riesgo de tener otro niño afectado. Este factor de riesgo (de 3 a 5%) cuestiona la posibilidad del descubrimiento prenatal de espina bífida.

La investigación durante los últimos años ha aclarado que la presencia de una concentración aumentada de una proteína en el líquido amniótico, llamada alfa-fetoproteína, puede ser utilizada para descubrir lesiones abiertas de espina bífida en etapas tempranas del embarazo (de 14 a 16 semanas).

## CAPITULO 4

### FAMILIA Y MINUSVALIA.

#### 4.1 GENERALIDADES DE LA FAMILIA.

Teniendo presente que en todo momento el individuo es el depositario de una experiencia de grupo y que su identidad es al mismo tiempo individual y social, la salud mental logra una concepción significativa cuando relacionamos el funcionamiento del individuo con las pautas de relación humana de su grupo primario. Los criterios para enfermedad y salud emocional no pueden restringirse al individuo, sino que deben abarcar a éste dentro del grupo y también al grupo.

Siendo la familia la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera.(1)

Considerada desde el punto de vista Psicológico-Social, la familia es una especie de unidad de intercambio, en donde hay una interacción de personalidades, que operan para tratar de mantener un balance y continuidad en su vida familiar, desarrollando patrones de interacción que son la clave de su funcionamiento. El funcionamiento familiar depende en gran parte de la satisfacción de las necesidades biológicas y sociales, aunada a los valores de amor y bienestar material como son:

- 1.- *Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.*
- 2.- *Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.*
- 3.- *Oportunidad para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la identidad y fuerzas psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.*
- 4.- *El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y la 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.

El proceso íntegro de distribución de satisfacciones en la familia, está dirigido por los padres, quienes además van a conformar el núcleo de la identidad que se desarrolla en la nueva familia; es decir, cada cónyuge llega a la unión con una identidad personal ya formada, sin embargo, es incompleta. El hombre y la mujer se acercan por un proceso de atracción empática, anhelando cada uno complementarse a través de su unión con el otro. La identidad psíquica de la pareja matrimonial deriva de esta unión. Así, lo que moldea la identidad de la nueva familia es la interacción, fusión y rediferenciación de las individualidades de las partes de esta pareja matrimonial.

#### 4.2 CICLO VITAL FAMILIAR.

Para lograr comprender la naturaleza de la vida de la familia, es útil tener una estructura conceptual del desarrollo familiar. West en 1978, explica "...hay un cierto factor que se puede predecir acerca de éste desarrollo y que nos ayuda a saber qué se puede esperar de cualquier familia en una etapa determinada, no importa quién sea o dónde se encuentre...". Las referencias al Ciclo Vital Familiar se basan sobre el reconocimiento de los patrones exitosos dentro de la continuidad de la vida familiar a través de los años.

Duvall (1962), describe los siguientes estados del desarrollo familiar:

- I.- Establecimiento (recién casados sin hijos)
- II.- Nuevos padres (infante tres años)
- III.- Familia preescolar (niño entre 3-6 años y tal vez hermanos menores)
- IV.- Familia de la edad escolar (hijo mayor 6-12 años, tal vez otros menores)
- V.- Familia con adolescentes (hijo mayor 13-19 años, tal vez otros menores)
- VI.- Familia con joven adulto (hijo mayor 20 años, hasta el abandono del hogar por éste)
- VII.- Familia como "centro de lanzamiento" (desde el abandono del hogar por el último)
- VIII.- Familia postparental, los años intermedios (desde el abandono del hogar por el último hijo hasta que se jubila el padre)
- IX.- Familia que envejece (después de la jubilación del padre)

Dicho autor señaló, "...el enfoque del Ciclo Vital Familiar enfatiza la dinámica de la interacción familiar, la cual se mueve y cambia de un período a otro de la experiencia familiar...".

El contenido de las actividades familiares durante las diversas etapas del Ciclo Vital, están sólo parcialmente determinadas por los estados evolutivos de los miembros de la familia. Las relaciones familiares de padres a hijos y entre iguales, así como también, las actividades diarias varían enormemente de una familia a otra.

Estas variaciones están influenciadas por la incorporación que hace la familia a su estilo de vida, de costumbres, valores y prácticas de la vida diaria sacadas de la cultura en la cual viven. (137)

A medida que cambia la composición de la familia según las edades, cambian también las expectativas vinculadas con los roles de edad de quienes ocupan las distintas posiciones dentro de la familia y la calidad de la interacción entre los miembros. De tal forma, cuando la pareja matrimonial llega a la paternidad, los problemas de responsabilidad materna compartida agregan otro nivel de complejidad a las relaciones familiares.

#### 4.3 IMPACTO FAMILIAR ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO MINUSVALIDO.

El significado del nacimiento de un hijo varía notablemente de un matrimonio a otro, ya que cada familia tiene su propia historia, un sistema de valores personal, modos de relación únicos con lo que le rodea, sus vinculaciones religiosas y sus tradiciones, aspectos que hacen de ella una microsociedad original; sin embargo, algunas de las necesidades y expectativas de los padres que esperan un hijo son tan comunes que puede decirse casi universales.

Cuando se espera la llegada de un hijo, los futuros padres, durante el tiempo que dura la gestación, empiezan a formar un mundo imaginario donde se formulan infinidad de preguntas referentes a lo que esperan de ese hijo, un hijo que deberá cumplir unos deseos, unas expectativas, que llegará a ser lo que ellos no fueron, o a satisfacer unos deseos que en ellos no se cumplieron.

Stephen Ken (1978), mencionó lo siguiente al respecto:

- 1.- Los padres esperan un hijo normal. La imagen que la pareja se forma de un hijo es siempre ideal: un niño sin defectos, normal y sano; basan sus planes en dicho ideal. Tales expectativas inevitablemente se modifican cuando la imagen mental se transforma en realidad.
- 2.- Los padres quieren realizarse creativamente; el nacimiento de un niño no sólo es la creación de un nuevo ser, sino que puede decirse en un sentido muy real, que los padres se "reproducen" a sí mismos cuando traen un hijo al mundo. El tener un hijo sano inspira un sentimiento de virilidad en el hombre; el

padre piensa en él como un ser en el que pudiera reflejarse, pero a la vez dotado de lo que él tiene conciencia de que carece. En la mujer significa un sentido de plenitud experimentando toda una variedad de sentimientos y motivaciones, con ideas de tenerlo por el niño mismo o si resulta de la necesidad de utilizarlo como un medio de mantener la unión de la familia y su estatus "de madre de familia", tan gratificado por la sociedad.

- 3.- Los padres esperan descendencia. El sentimiento de continuidad personal y orgullo que éste produce, contribuyen a configurar el significado del nacimiento que esperan. (69, 105, 89, 34, 61, 35, 111, 65, 142)

Quando esto no sucede, no importa porqué razón, se experimenta un sentimiento de pérdida de las expectativas tanto de la familia como tal, como de aquéllas deseadas y esperadas para el niño, situación que interrumpe el Ciclo Vital Normal Familiar; llevándose a cabo una modificación profunda de toda la estructura de la familia, transformación que a su vez influye en el equilibrio psíquico y emocional de todos los miembros del grupo, repercute en la persona minusválida y modifica igualmente las relaciones entre la familia y el resto del mundo; y por consiguiente la guía a la crisis enfrentándola a situaciones diversas de gran tensión, influyendo en su conducta y actividades, modificando sus patrones de interacción, percepción y adaptación; aspectos que están determinados por la presencia estos tres factores:

- 1.- La severidad de la incapacidad
- 2.- La cantidad y calidad del apoyo dentro de la familia nuclear y,
- 3.- El apoyo recibido de fuentes externas. (28, 7, 137, 112, 94, 114, 79, 26, 41, 83, 21, 57)

La Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C. señala que, en muchas ocasiones el peso de la realidad es grave, ya que los padres de niños minusválidos no tienen una conciencia disminuida u obnubilada, sino más bien, tienen unas cuantas certezas y una cantidad considerable de interrogantes.

#### Las Certezas:

- El hecho de tener un hijo minusválido que constituye un problema familiar;
- En la pareja: puede ser la fuente de su problema;
- En la familia: es un condicionante;
- El hecho de que la vida media del hombre se alarga y por tanto, la de los minusválidos también y que muchos de ellos llegan a la edad adulta siendo minusválidos y hasta ahora la situación de estos individuos ha sido precaria y el trato que han recibido de la sociedad puede clasificarse como cruel.

*Las Interrogantes:*

- *Respecto al diagnóstico y a las motivaciones de la invalidéz;*
- *Respecto a las actitudes personales: qué hacer ? ;*
- *Sobre todo, respecto al futuro de su hijo. (62)*

*Meenolassino y Wolffensberger (citado en Luna,1983), opinan que hay tres razones por las que el ciclo vital familiar se ve alterado ante el nacimiento de un niño minusválido:*

- a) La crisis de lo inesperado,*
- b) La crisis de los valores inesperados, y*
- c) La crisis de la realidad.*

*a) El nacimiento de un niño minusválido es un cambio sustancial, no previsto en la propia vida y en el concepto de sí mismo, por lo que, no es tanto el rechazo al problema, sino al cambio que produce en la propia vida y en el concepto que se tiene de sí mismo.*

*b) Los seres humanos se han desarrollado con la idea de que la competencia y el triunfo son esenciales en la vida; por consiguiente los padres se ven obligados a querer y a aceptar a una persona que no reúne estos valores y ocasionalmente percibiéndolo como un sujeto gravemente dañado, apático y dócil, siendo insensiblemente apartado de la realidad tratando de no compararlo con otros niños pero haciendo de él una persona aparte, un espécimen humano que no tiene puntos comunes con sus semejantes y marginándolo, por lo tanto, de la independencia que merece y puede alcanzar, lo que limita sus posibilidades de desarrollo.*

*c) A los padres del niño minusválido se les presentan problemas psicológicos y emocionales que antes no tenían y que son la respuesta interna a los cambios de la vida diaria, tales como: un aumento en las exigencias financieras; cambios en los patrones habituales de sueño, comidas, actividades de la vida diaria, sociales y recreativas alteradas; y exigencias mayores de tiempo que pueden reducir la extensión y alterar la calidad de tiempo disponible para relacionarse y educar a los otros hijos de la familia; así como la necesidad de buscar y algunas veces de emigrar a lugares donde se les brinden servicios de atención especializada. (137, 111, 65, 112, 84, 138, 54, 82)*

*El impacto sobre la dinámica familiar de un amplio rango de condiciones incapacitantes, han sido examinados por diversos autores, quienes han vislumbrado el efecto de las incapacidades específicas. Sin embargo, la investigación concerniente a familias con niños minusválidos a menudo ha producido inconsistencias, y a su vez, hallazgos contradictorios. Por ello, no se puede abordar este problema en forma válida sin una metodología estricta, la cual desgraciadamente está ausente de muchos estudios, puesto que*

han manejado un enfoque estrecho, situación que resulta en estudios unidimensionales (enfocándose sobre un miembro específico de la familia y/o una variable específica) y unimodales (usando solamente un tipo de medición: cuestionario, entrevista, escalas de clasificación u observaciones conductuales).

La tendencia a aislar conceptualmente al individuo de su familia torna virtualmente imposible la predicción del curso de la enfermedad. La unidad de predicción adecuada no puede ser la persona sola, sino que debe ser la persona y el ambiente familiar como una unidad integrada.

El equilibrio dinámico del individuo y el grupo influye en la precipitación de la enfermedad, su curso, la posibilidad de la rehabilitación y el riesgo de recaída. Y sin embargo, la gran importancia de la experiencia familiar cotidiana es ignorada en la práctica corriente.

La naturaleza unidimensional de la investigación, es caracterizada en su mayoría por enfocarse sobre un miembro individual de la familia, usualmente las madres, olvidando que la familia es un sistema o unidad y por lo tanto, la principal fuente y fuerza para el desarrollo del niño.

Hill (1949), Farber (1959), Begab (1968), Schonell y Walts (1957), Hewet (1970), Rutter et. al. (1971), Lawrence (1975), Cleveland (1977), Siegel (1978), Johnston (1978), Nihira et. al. (1981), Schell (1981), Friedrich (1981), Bardie (1981), Wickler (1981), Mc Cubbin (1982), Crnic (1983), Trout (1983), Sargent (1983) y Mölsa (1985) concuerdan en que el nacimiento de un niño minusválido irrumpe el ciclo normal del funcionamiento psicológico y emocional de la familia; en contraposición a esta postura Dunlap et. al. (1977), Wishart et. al. (1981) y Watson (1979), sugieren que la presencia de un niño minusválido en la unidad familiar no tiene un efecto sustancial sobre la vida en familia. (7, 137, 94, 114, 57, 138, 82, 29, 71, 27, 117, 136, 58, 115, 129)

Bardie (1981), explica que la irrupción del ciclo vital familiar es debida a que el nacimiento de un niño en estas condiciones, significa un sentimiento de pérdida de las expectativas familiares tanto individuales como de grupo.

Farber (1959), Erickson (1969), Holroyd y Mc Arthur (1976), Cummings (1976), Miller y Keirn (1978), Siegel et. al. (1978), Johnston (1978), Bristoll (1979), Folkman et. al. (1979), Lazarus et. al. (1980), Bekman-Bell (1981), Friedrich y Friedrich (1981), Bardie (1981), Pearlim et. al. (1981), Murphy (1982), Beckman (1983), Crnic (1983), Longo (1984), Kazak (1984), Cavanagh (1985), Chatwynd (1985), Cunningham (1985), Levy-Shiff (1986), y Eden-Piercy (1986), encontraron la presencia de gran tensión asociada a diversas crisis en la interacción diaria con el niño minusválido, así como que la transición de la vida inherente al proceso de desarrollo, conlleva a la consideración de una hipótesis de reacción de estrés. (7, 79, 41, 83, 21, 57, 29, 71, 27, 58, 25, 96, 74, 18)

Schonell y Watts (1957), Farber (1959), Zuk (1959), Zuk et. al. (1961), Tizard y Grad (1961), Cargie (1964), Cummings (1966), Erickson (1968,1969), Mc Michel (1971), Holroyd (1974), Holroyd et. al. (1975), Tew y Lawrence (1975), Rabkin y Streuning (1976), Cummings (1976), Levinson (1976), Oltsman (1977), Coleman (1978), Miller y Keirn (1978), Friedrich (1981), Crnic (1983), Cavanagh (1985) y Gallardo (1986), percibieron que cada tensión de vida y sus consiguientes cambios se relacionan significativamente con problemas en el funcionamiento emocional y de personalidad de los padres.

Wright (1985) en contraste, refiere que los padres de niños minusválidos no están más propensos a tener problemas que aquellos padres que no tienen un niño en estas condiciones. (61, 21, 57, 138, 29, 100, 140)

Las irregularidades encontradas en los estudios de familias con niños minusválidos no solamente reflejan la variabilidad en la cualidad del trabajo, sino posiblemente, considera también variaciones individuales entre las respuestas familiares.

Farber (1959,1970), Burke (1973), Ward y Bower (1978), Sarason et. al. (1978), Friedrich (1979), Nihira et. al. (1980), Bardie (1981), Beckman (1983), Crnic (1983) y Cunningham (1985), señalan que la respuesta familiar varía enormemente de acuerdo a las formas en que manejan su problemática. (7, 29, 18)

Los patrones de interacción son importantes para poder llegar a comprender el funcionamiento familiar; dichos patrones son frecuentemente intensificados ante situaciones tensionantes. Los estudios realizados al respecto se han enfocado hacia la interacción madre-hijo y pueden categorizarse como sigue:

- a) Análisis de los patrones lingüísticos de madre-hijo.
- b) Estilos de responsabilidad y comunicación en la interacción madre-hijo.

Kogan et. al. (1969), Jackson (1970), Ende y Brown (1970), Marshall et. al. (1973), Gachetti et. al. (1976), Ferdal et. al. (1976), Thoman et. al. (1978), Vietze et. al. (1981), Bardie (1981), Bremer y Forehand (1982), Ehear (1982), Blacher y Mellers (1983), Crnic (1983), Levy-Shiff (1986), encontraron una asincronía general en la conducta interactiva mostrada en su mayoría entre madres y sus hijos minusválidos, afectando ésto todos los aspectos del sistema de interacción familiar. Sin embargo, Burskhalt et. al. (1978), Rondal (1978), Gutman y Rondal (1979), Mackey (1983) y Arrieta (1986), hallaron que por el problema detectado en el niño existen o se desarrollan relaciones más estrechas entre las madres y sus hijos. (7, 26, 9, 29, 18)



Por otro lado, el primer derecho en cuanto a la información es, naturalmente, el derecho a saber y comprender lo que pasa en la propia familia. Al principio la mayoría de los padres con niños minusválidos no saben nada sobre dicha condición, por ello, el impacto, el choque emocional que reciben los padres del minusválido al saber la noticia por boca del médico, acerca de la condición incapacitante de su hijo es un sacudimiento total que tiene en ese momento (y después), profundas y a veces definitivas consecuencias. Es por ello, que reviste importancia fundamental la forma y el fondo, la manera de proporcionar a los padres, las tristes nuevas sobre la condición de su hijo.

Son habitualmente los médicos y personal que atiende tanto a la madre como al niño después del nacimiento quienes son los transmisores de la noticia, y cuya carencia de información e ignorancia los lleva a proporcionar la noticia en forma pesimista.

Teniendo en cuenta la situación emocional de los padres, es de vital importancia que el informador prepare psicológicamente a los padres tomando en cuenta lo siguiente:

- El diagnóstico debe ser realista, sin perder de vista las condiciones emocionales de la pareja, así como sus posibles reacciones positivas y negativas.
- Los padres deben saber que es tiempo de luchar incansablemente y de trabajar por ese ser, ya que el tiempo es corto y limitado, y el desarrollo evolutivo del niño se pone en marcha.
- El apoyo y orientación es indispensable para preservar su salud física y mental, así como, la de los demás miembros de la familia.
- Cada niño requiere un programa adecuado a su edad y condiciones específicas. Programa que debe ser aplicado en el hogar, siendo supervisado periódicamente por personal especializado.
- Utilizar lenguaje sencillo y claro .
- Hacer incapié en que el progreso y logro son lentos, de aquí la importancia de que sean atendidos lo más pronto posible y de que los padres se preparen para ello.
- Señalar a los padres lo importante y determinante de la constancia en el tratamiento, para el logro de una mejor evolución.
- Hacer ver la responsabilidad e importancia del trato adecuado que deben dar a su hijo, ya que la afectividad juega en los primeros años del niño un papel esencial en su desarrollo.

A este respecto conviene distinguir responsabilidad y dedicación, conceptos que en la práctica se confunden a menudo. Un padre no es más responsable porque dedique más tiempo a su hijo o porque lo proteja en exceso. Un proteccionismo mal entendido puede ser, en sus consecuencias, casi tan irresponsable como el abandono.

- Los padres deberán buscar la experiencia de otros con problemas semejantes y aprovecharlos para evitar recorrer caminos inútiles .

- No crear expectativas basadas en optimismos desafortunados que van a provocar posteriormente angustia y frustración.

- Señalar que en muchas ocasiones se producen rechazos familiares hacia el minusválido porque no existen las soluciones necesarias. Otras veces esa misma falta de soluciones hace que toda la familia esté centrada en el miembro minusválido, siendo por ello preciso conseguir una postura intermedia que evite el que la familia se ubique en uno u otro sentido.

- Percatarse de los mecanismos de defensa que se están utilizando y juzgar si realmente están sirviendo o sólo los están desviando de la realidad.

- Nunca debe acercarse un profesional con prejuicios a una familia con un miembro minusválido, siendo indispensable el que reúna el mayor número de datos que le conciernen. Aparte del diagnóstico médico el profesional debe conocer los siguientes elementos:

- i. situación familiar
- ii. origen social de los padres
- iii. edades
- iv. esperanzas e ilusiones antes del nacimiento
- v. hábitos de vida
- vi. tipo de hábitat, etc.

Estas referencias deben ser completadas posteriormente por los profesionales a cargo del caso, a través de observaciones del comportamiento del niño en diversas circunstancias, por ejemplo juegos, cuando hay cambios de ambiente, de costumbres, etc. (69, 89, 65, 73, 14, 20, 51, 134, 55, 50, 52, 102, 136, 126)

Como es comprensible, el informador inicial influye determinantemente en las reacciones tomadas por la familia, las cuales dependerán de su preparación, la manera como lo informa y qué esperanzas futuras les manifiesta acerca de las posibilidades de su hijo. Por lo tanto, parte de la aceptación familiar dependerá :

- a) del informador,
- b) del manejo de la información, y

c) de la orientación sobre el trato y atención adecuados que deben dar a su hijo minusválido. (105)

Es por esto, que los padres poco preparados y mal informados tendrán más dificultades para aceptar el hecho de tener un hijo minusválido y tratarán de negar esta realidad. (69)

Dado que los miembros de la familia están interrelacionados en forma recíproca y directa, cualquier conducta o cambio en uno de los miembros reverbera en todos y afecta el sistema tanto a nivel individual como a nivel grupal. Por ello, cualquier cambio sea positivo o negativo es siempre una fuente de tensión que irrumpe los patrones de interacción y confronta por consecuencia, la homeostásis familiar, cuya finalidad de operación es el tratar de dar un sentido de orden, balance y continuidad a la vida familiar.

Dicha tendencia parece estar arraigada en la necesidad humana para controlar el impacto del ambiente en las vidas de sus miembros.

#### 4.4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Para mantener o restablecer la homeostásis, las familias desarrollan mecanismos de afrontamiento o estrategias de protección familiar que logren mantener el control (Ackerman, 1958; Jackson, 1957, 1970; Hess y Hendel, 1967; Minuchin, 1974; Nohrenwend, 1974; Bardie, 1981).

El afrontamiento es un proceso que ha sido definido operacionalmente de acuerdo a: su forma (buscando información - actuando), su función (resolviendo el problema - reduciendo la tensión) y, sus resultados (adaptación).

El concepto de recursos o estrategias de afrontamiento presentado por Folkman et. al. (1979), brinda bases útiles para entender dicho proceso y los resultados subsecuentes en la familia.

Es evidente que una enfermedad incapacitante es un acontecimiento estresante que se haya fuera de control del individuo; Lazarus (1986), nos refiere que para que un acontecimiento se considere estresante va a depender del sujeto y del entorno, esto es, que el individuo evalúe el acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Mediante los procesos de evaluación cognitiva, el individuo evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar.

Se han identificado tres clases de evaluación cognitiva:

- a) **Primaria:** la cual consiste en la valoración de una situación como relevante, benigno-positivo o estresante. Las valoraciones estresantes pueden tomar tres formas:

-daño o pérdida.- cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien haber perdido algún ser querido.

-la amenaza.- se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se preveen. Aún cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo. La importancia adaptativa primaria de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite el afrontamiento anticipativo. En la medida en que el futuro es previsible, el ser humano puede planear y tratar por anticipado algunas de las dificultades que espera encontrar.

-el desafío.- en éste hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como excitación y regocijo.

- b) **Secundaria:** es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas.

- c) **Reevaluación:** se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno.

Por otro lado, los factores situacionales que ejercen influencia sobre la evaluación son:

- a) **Novedad:** una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza sólo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño.

- b) *Incertidumbre del acontecimiento*: esta introduce la noción de probabilidad. En los acontecimientos de la vida, la incertidumbre máxima suele ser estresante ya que puede tener un efecto inmovilizador sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento, pudiendo provocar confusión mental.

Asimismo, han sido considerados tres factores situacionales temporales:

- a) *Inminencia*: es un concepto que hace referencia al tiempo que transcurre antes de que ocurra un acontecimiento; es el intervalo durante el que éste se anticipa.
- b) *Duración*: hace referencia al tiempo que persiste un acontecimiento estresante. Gran parte de la investigación desarrollada sobre este parámetro ha estado influida por el concepto de Selye del Síndrome General de Adaptación que incluye la reacción de alarma, la fase de resistencia y la de agotamiento. No todos los estresantes prolongados conducen forzosamente al agotamiento. La habituación emocional puede ser también una consecuencia del afrontamiento especialmente cognitivo. La persistencia de un estresante crónico puede dar al individuo la oportunidad de aprender a afrontar sus demandas o a evitar o distanciar el agente estresante. De esta manera, se desarrollan nuevos recursos, se reordenan los compromisos contraídos, se abandonan viejos objetivos y se buscan otros nuevos. La evaluación de un acontecimiento crónico persistente no es estática, la amenaza fluctuará durante el curso del acontecimiento en función de los procesos de afrontamiento y de reevaluación y, también, en función de los cambios producidos en el entorno.
- c) *Incertidumbre temporal*: se refiere al desconocimiento del momento en que un acontecimiento ocurrirá, la incertidumbre temporal genera una actividad de afrontamiento que reduce las reacciones al estrés.

Cuando la información necesaria para la evaluación de una situación es poco clara o insuficiente, decimos que la configuración del entorno es ambigua. Cuando existe ambigüedad en el entorno, no es posible sentir confianza con respecto a la forma en cómo hay que actuar. Esto puede ocurrir cuando el individuo resuelve de forma arbitraria la ambigüedad de la situación eligiendo una interpretación de ella que le sirva de base para actuar, renunciando a su conocimiento exacto y sin atender a la falta de exactitud de la información de la que dispone. La ambigüedad puede aumentar la amenaza, si existe la predisposición a ella; o bien, si existen otras señales que indican daño. La ambigüedad también puede reducir esta

sensación permitiendo interpretaciones alternativas del significado de la situación.

Es posible que en el caso en que dos o más acontecimientos ocurran simultáneamente no sumen sus efectos y lo que realmente hagan sea combinarlos sutilmente para reducir con ellos el estrés.

Los factores individuales y situacionales son siempre interdependientes y su importancia en el estrés y en el afrontamiento deriva de los procesos cognitivos que los soportan.

En otras palabras, los recursos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un proceso y no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia.

El afrontamiento cumple dos funciones primordiales:

- a) **Afrontamiento dirigido a la emoción:** dirigido a regular la respuesta emocional al que el problema da lugar; esta forma, en general tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Una gama de estas formas de afrontamiento está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo incluye estrategias cognitivas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional. Ciertas formas cognitivas modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente, éstas equivalen a la reevaluación.
- b) **Afrontamiento dirigido al problema:** dirigido a manipular o alterar el problema, es más susceptible de aparecer cuando las condiciones lesivas y amenazantes del entorno resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Folkman & Lazarus 1980, en preparación). La definición de estrategia de afrontamiento al problema es en cierta medida dependiente de los tipos de problemas a afrontar, esto significa, que las comparaciones transituacionales de tales tipos de estrategias son más difíciles de realizar que las comparaciones transituacionales de las estrategias dirigidas a la emoción.

Estos dos tipos de afrontamiento se influyen mutuamente y ambos pueden potenciarse o interferirse. Cuanto mayor es el grado de amenaza, más primitivos, desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitados en la gama de las formas de afrontamiento dirigido al problema.

Folkman et.al.(1979), delinearon cinco tipos de recursos de afrontamiento, cada uno de los cuales es asumido para moderar los efectos adversos de la tensión y como evaluadores de la estructura individual y cognitiva.

Dichas categorías incluyen:

- a) Recursos utilitarios (estatus socioeconómico, ingresos, disponibilidad para obtener los programas comunitarios, etc.);
- b) Salud-Energía-Estado de ánimo (depresión, preexistencia de problemas físicos y psicopatológicos, estado emocional);
- c) Redes sociales (relaciones interpersonales positivas y cercanas);
- d) Creencias generales y específicas (existencia de sistemas de creencias, variables personales, sentimientos individuales de autoestima, control interno, fé religiosa, etc.);
- e) Habilidad para resolver problemas (destreza generalizada y abstracta que faciliten analizar la información y generar varios recursos de acción).

Lipowski (1970-71), en su discusión sobre los estilos y estrategias de afrontamiento en relación con la enfermedad, hace la siguiente observación "...las estrategias de afrontamiento están relacionadas directamente con las actitudes y con los significados que la enfermedad, la lesión o la incapacidad tienen para el sujeto..., el significado funciona como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad, y por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento..." (citado en Lazarus & Folkman, 1986).

Por tanto, la combinación de las estrategias involucradas en el proceso de afrontamiento y la tensión que significa el tener un niño minusválido, revelará el proceso, así como que determinará el resultado de la adaptación familiar. (7, 29, 58)

Farber (1959), Zuk (1959), Zuk et.al. (1961), Doheenwend (1974), Lawrence (1975), Tew y Lawrence (1975), Levinson (1976), Friedrich (1977), Bower (1978), Johnson y Sarason (1978), Lazarus et.al. (1979), Drotar (1981), Wickler et. al. (1981), Friedrich y Friedrich (1981), Bardie (1981), Meyer et.al. (1981), Lazarus (1981), Strom et.al. (1981), Crnic (1983), Friedrich (1983), Blacher (1983), Fairfield (1983), Kazak (1984), Friedrich et.al. (1985), Lazarus y Folkman (1986), hacen referencia al concepto de mecanismos o estrategias de afrontamiento, los cuales son asumidos (utilizados) para moderar los efectos adversos de la tensión, estando determinados por un patrón de variables, los cuales incluyen: la flexibilidad familiar, estilo de resolución de problemas, significado del cambio ocurrido, grado de individualidad, apoyo del exterior, recursos económicos, control interno, creencias, etc.; y argumentan que de éstas dependerá la direccionalidad del proceso de adaptación de la familia. (7, 57, 9, 29, 52, 58, 74)

#### 4.5 ETAPAS DE ACEPTACION O AJUSTE.

Como puede evidenciarse se ha escrito mucho acerca de lo que esta experiencia de pérdida significa para los familiares, incluyendo escritos de profesionales que describen el proceso que se cree atraviesan las familias para adaptarse a esta situación y libros autobiográficos de padres que describen sus propias experiencias.

En estos intentos de describir el proceso experiencial de los padres para llegar a adaptarse a la presencia de un hijo minusválido, la estructura o marco de referencia que se utiliza con frecuencia es el de las "etapas de aceptación" el cual se ha derivado del trabajo de Elizabeth Kubler - Ross en 1969.

Ira, depresión, angustia y negación son términos que se usan muy a menudo para hacer referencia a las respuestas emocionales que se puede decir, ocurren en una progresión y que sufren los padres en su lucha y búsqueda para adaptarse y lograr comprender los impedimentos de su hijo y la pérdida del hijo normal idealizado. (137)

La mayoría de los investigadores han identificado una diversidad de etapas que representan las reacciones que los padres experimentan ante el nacimiento de un niño minusválido.

En un reciente artículo Blacher (1984), se avocó a revisar la literatura sobre estas etapas observando que la mayoría de las taxonomías que aparecen describen 3 períodos:

- a) Describe un período de crisis inicial, en el cual las reacciones de los padres que predominan son el shock, la negación y la incredulidad. El shock inicial que se da al tener un niño minusválido puede ser abrumador e irresistible, a veces, precedido de intuiciones o percepciones



inconscientes de que algo no va bien. La ansiedad es intensa, llegando a la angustia, la cual les hace todavía más difícil entender y asimilar la información que se les brinda, ante lo que responden con posturas de reto y enfrentamiento a los profesionales, negando la validez de sus opiniones y disyuntivas, buscando otras o nuevas "curas", haciendo repetidas visitas a diferentes especialistas o clínicos, de tal manera que una sigue a otra, sin poder dilucidar ninguna solución viable al problema. (28, 7, 137, 69, 111, 65, 142, 94, 41, 62, 84, 54, 82, 5, 14, 9, 4, 29, 123, 106, 104, 71, 110, 108)

- b) Un período de "desorganización emocional", caracterizado por enojo, decepción, disminución de la autoestima y culpa. Esto es, los padres, pueden tornarse tristes y retraídos al saber de la condición de su hijo. Estas reacciones pueden estar encubiertas o a la vista. La madre inicialmente capáz y deseosa de querer a su hijo, experimenta una dolorosa decepción. Lo anterior, hace que ella genere tensiones psíquicas como: fracaso, vergüenza, culpa, rechazo, etc.. Por su parte el padre se siente fracasado, inseguro, herido en su virilidad, y con un oscuro sentimiento de culpabilidad. Las reacciones emocionales al fracaso como hombre de la familia se pueden dar en una gran variedad de direcciones; una de ellas es la de tratar de negar el fracaso, de justificarse en alguna forma y culpar a la madre; otra reacción puede ser retirarse del escenario familiar, distanciándose del centro de la familia, encontrando un refugio consolador concentrando todos sus esfuerzos en el trabajo, buscando aventuras fuera del hogar, o bien, fomentar la agresión física y el rechazo psicológico y afectivo hacia el hijo. Asimismo, pueden surgir pensamientos de negación y miedo a tener más hijos.
- c) Finalmente se presenta una etapa de ajuste o aceptación. La aceptación es un término que se utiliza para describir lo que se consideraría una reacción positiva, ante el hecho de tener un hijo minusválido. Esta incluye 2 vertientes: cognitiva y emocional.

En la adaptación cognitiva, los padres están perfectamente conscientes de la condición de su hijo. Se dan cuenta de lo perjudicial y aceptan el diagnóstico. En cuanto a la adaptación emocional, cuando los servicios especiales son recomendados, los padres son incapaces de aceptar y apoyar esta indicación. Pueden estar de acuerdo de que los servicios podrían ser útiles en el futuro, pero no en ese momento. Una encuentra con estos padres toda clase de excusas algunas lógicas y otras no, para no acudir a los servicios especiales recomendados, aunque entienden que hay un problema y que la

invalidéz existe, ésto es, rechazan la minusvalía emocionalmente.

Afortunadamente, hay muchos padres que llegan a aceptar cognitiva y emocionalmente la minusvalía de sus hijos y hacen todo lo posible porque alcancen el desarrollo máximo del que puedan ser capaces. Su actitud es realista porque no esperan milagros y saben que en las condiciones más favorables el niño tiene la probabilidad de sobrepasar cierto nivel, de hecho evitar por otra parte, tormentos inútiles, intentos desesperados de transformaciones posibles y así, crean en torno a su hijo un ambiente favorable y estimulante.

La profundidad y lo nocivo del fracaso en la adaptación familiar puede graduarse de acuerdo con el nivel en el que la familia maneja sus problemas:

- La familia enfrenta sus problemas, los delimita correctamente y logra una solución realista para ellos.
- Aunque incapacitada para lograr una solución realista, la familia puede sin embargo, contener el problema y controlar los efectos potencialmente nocivos, mientras que se otorga a sí misma un período más largo para encontrar una solución.
- Incapáz de encontrar una solución eficaz o de contener los efectos destructivos del conflicto, la familia reacciona a la tensión del fracaso con una conducta impulsiva, inadecuada, autodestructiva, dañina, de tipo "acting-out". A veces, la familia como grupo busca un chivo emisario dentro o fuera de ella. En esta condición la familia como tal no puede mantener sus defensas por mucho tiempo.
- Con fracasos persistentes en los 3 niveles precedentes, la familia muestra síntomas progresivos de desintegración emocional, que en algunas circunstancias pueden culminar en la desorganización de los lazos familiares.

Pero sea como fuere la estructura, es útil en un sentido básico pensar en la familia como una especie de conductor de elementos que predisponen tanto a la salud como a la enfermedad mental. Los grados de éxito o fracaso adaptativo en los roles familiares de marido y mujer, padre y madre, padre e hijo, se relacionan directamente con la cuestión de permanecer bien o de enfermarse. Esto en función del individuo y del ambiente familiar y no del individuo solo. (27, 52, 117, 102, 136, 58, 68, 2, 1)

Ciertamente la idea de que los padres experimentan algunas "etapas de ajuste" al enfrentarse con el nacimiento de un niño minusválido no es nueva, ya que ha aparecido intermitentemente en la literatura profesional desde mediados de los 50's.

Este cuerpo de literatura sugiere, que una gran diversidad de autores se interesan y están trabajando para describir el mismo o similar fenómeno usando una terminología diferente. (Boyd (1951); Kanner (1953); Rosen (1955); Blodgett (1957); Bowlby (1960); Farber (1960); Stark (1961); Solnit (1964); Michaels (1962); Spock (1962); Grays (1963); Ross (1964); Meenolassino (1968); Miller (1969); Ledof (1969); Kubler-Ross (1969); Kennedy (1970); Howell (1973); Love (1973); Mckeith (1973); Jackson (1974); Mercer (1974); Drotar (1975); Nichols (1975); Wright (1976); Stigen (1976); Young (1977); Cleveland (1977); Parks (1977); Wondt (1977); Cunninham et al (1977); Emde (1978); Thomas (1978); Johnston (1978); Seiffert (1978); Huber (1979); Watson (1979); Bardie (1981); Stein (1981); Ress (1982); Fairfield (1983); Crnic (1983); Wason et. al. (1983); Molsa (1985); Cavanagh (1985); Affleck et. al. (1985); Kornblatt (1985); Eden-Piercy (1986)).

Algunos autores no aceptan la idea de que los padres con hijos minusválidos pasan a través de una progresión secuencial y ordenada de "etapas de ajuste o aceptación", esto es, que ellos no pueden llegar a alcanzar una etapa final de aceptación. (Lowson (1976); Searl (1978); Silver & Worthman (1980); Feartherstone (1980); Wicker et al (1981); Affleck et. al. (1982)).

En congruencia con la propuesta de "etapas de ajuste o aceptación" se han desarrollado modelos en los cuales los recursos de afrontamiento se dice, son mediados por los sistemas psicológicos, en los cuales la familia actúa y que determinarán su proceso de adaptación (Farber, 1959; Goffman, 1963; Farber, 1970; Rowitz, 1974; Broenfennbrenner, 1977, 1979; Watson & Midlarsky, 1979; Friedrich, 1979; Bressard, 1979; Powell, 1979; Ferrara, 1979; Schogger & Schogger, 1981; Duchram & Schogger, 1981; Friedrich & Friedrich, 1981; Nihira et. al., 1981; Suelzley & Keeman, 1981). (137, 65, 94, 41, 21, 9, 4, 29, 27, 110, 52, 117, 102, 136, 58, 68, 3)

#### 4.6 ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA SUS HIJOS MINUSVALIDOS.

Las actitudes de los padres de niños minusválidos han recibido un razonable monto de atención en la investigación, pero la falta de grupos control apropiados, inadecuaciones en la medición, manejo de muestras reducidas y la inconsistencia en los resultados, limitan la utilidad y generalización de mucho de este trabajo.

Las actitudes parentales pueden ser un concepto inadecuado, ya que las madres y muy raramente los padres son incluidos como agentes exclusivos de muchas de estas investigaciones, lo cual, es resultado de la sobredependencia de la información materna (Emde & Brown, 1978; Wolfensberger, 1967; Marsha et. al., 1980; Crnic et. al., 1983). (9, 29, 133)

Cook, 1963; Ross, 1964; Ricci, 1970; Ruíz, 1975; Olendick, 1978; Landman, 1979; Watson, 1979; Watson & Midlasky, 1979; Marsha, 1980; Antúnez, 1980; Waisbren, 1980; Rastogi, 1981; Strong et. al., 1981; Sargent, 1983; Camejo, 1983; Lewis, 1985; Gallardo, 1986; Hernández, 1986 y Fuentes, 1986, encontraron que las actitudes de los padres de estos niños pueden caracterizarse como ambivalentes, inclinándose hacia los extremos de rechazo o sobreprotección, en función del grado de severidad de la incapacidad, manifestando actitudes más favorables hacia aquellos niños que estén menos inhabilitados.

Dichas tendencias actitudinales están en función del grado de severidad de la incapacidad, manifestándose actitudes más favorables hacia aquéllos que presentan una condición menos incapacitante (Cook, 1970; Ferrara, 1978; Wishart, 1980; Rastogi, 1981; Sechehadry, 1983).

Otros autores no han encontrado relación entre el grado de retardo y las actitudes de los padres (Dingman et.al., 1963; Caldwell & Guze, 1966; Bentoulm, 1972; Nihira et.al., 1980; Ress, 1983; Channabasavanna, 1985).

Por otro lado, se ha señalado que la madre es más directiva, ya que percibe deficiencias, vulnerabilidad y falta de igualdad de su hijo, así como que sus actitudes y conducta están determinadas tanto por la propia experiencia de tener un niño minusválido como por variables socioculturales: edad, nivel socioeconómico, nivel de educación; así como también, por factores ecológicos: pobres relaciones, actitudes socioculturales, relación con los servicios de asistencia y profesionales (Schaeffery & Bell, 1958; Dingma et.al., 1963; Freedman & Simons, 1963; Bentick, 1967; Ferrara, 1979; Landman, 1979; Marsha et.al., 1980; Strong et.al., 1981; Seshadri, 1983; Mckey, 1983). En contraposición Channavasanna, 1985 y Nogues, 1985, no encontraron correlación entre estas variables y la actitud de los padres.

Watson, 1979; Wishart, 1980 y Rastogui, 1981; encontraron que las madres mostraron actitudes más positivas hacia las condiciones incapacitantes de sus hijos que las madres de niños no incapacitados. Resultados opuestos fueron señalados por Cook, 1963; Ricci, 1970; Oltsman, 1977; Kavacs & Beek, 1978; Cross, 1979; Watson, 1979; Rastogui, 1981; Krupinski, 1983; Seshadri, 1983; Ochoa, 1984 y Fuentes, 1986, quienes indican que un niño minusválido representa una carga que varía de ser moderada a severamente molesta, así como una tendencia a demostrar actitudes y expectativas más negativas acerca de sus niños minusválidos. (34, 61, 65, 114, 21, 57, 138, 29, 136, 113, 115, 68, 74, 133, 23, 120, 30, 109, 99, 103, 97, 98, 128)

Culpar y culpa a menudo ocurren, porque no hay explicaciones aceptables, o verdaderamente en algunas instancias ninguna explicación. Frecuentemente, emerge una necesidad de encontrar la causa. El culpar y la culpa pueden ser volcados al interior o contra el compañero.

Una gran parte, del culpar y la culpa parece caer sobre la madre que es quien llevó, nutrió y dió nacimiento al niño. Si el niño no es perfecto, ella puede verlo como el reflejo de sí misma "ella ha creado un ser defectuoso". Pero este problema no es único de la madre, ya que el niño es producto de ambos padres y refleja sus expectativas.

La búsqueda de la respuesta del porqué de la invalidéz, puede ser casi una infinita batalla; ésto es, un camino de un enfrentamiento con culpa. Cuando la explicación no puede ser encontrada en términos de herencia, de la conducta de los padres, o de su estilo de vida, muchos padres sienten que ellos de una manera u otra son culpables.

Una diferente forma de culpa puede venir de sentimientos negativos experimentados por ser los padres de un niño minusválido. Los padres tienen emociones negativas acerca de su pequeño, siendo extremadamente difícil de aceptar. Este niño es a menudo dejado en el descuido por largos períodos. Los padres sienten culpa al pensar que el niño es un agobio o bien una amenaza a su matrimonio.

La culpa se compone de esta respuesta, llevándolos a mantener un ciclo vicioso de retroalimentación circular. Muchos consideran o definen a esta período como el de la más grande depresión o fatiga.

Esta es una de las etapas más difíciles y que rara vez es completamente superada. (22, 7, 65, 142, 114, 83, 57, 115, 60, 129, 78, 100, 56, 42)

#### 4.7 RELACION DE PAREJA DE PADRES DE HIJOS MINUSVALIDOS.

La relación marital en las parejas con hijos minusválidos, ha sido objeto de interés clínico; sin embargo, se ha realizado poco esfuerzo directo en la investigación.

Farber, 1959; Locke & Wallace, 1959; Gath, 1977; Oltsman, 1977; Broderick, 1977; O'leary, 1977; Lonsdale, 1978; Friedrich, 1979; Nihira et.al., 1980; Friedrich & Friedrich, 1981; Schell, 1981; Sargent, 1983; Crnic, 1983; Gallagher, 1983; Ochoa, 1984; Friedrich & Wright, 1985, han estudiado los efectos de tener un niño minusválido, sobre la integración marital, encontrando que dicha situación, los lleva a mantener patrones de interacción disfuncional, incapacidad para la resolución afectiva de conflictos, división en el matrimonio, inestabilidad e insatisfacción de la relación conyugal, deterioro de vínculos recíprocos de comunicación, desinterés por el cónyuge, recargo de la autoridad en uno de ellos, situaciones que muy a menudo los llevan a la separación o divorcio, o bien al abandono del hogar.

En algunos estudios, se ha percibido una unión entre los cónyuges y apoyo mutuo. (Antúnez, 1980; Waisbren, 1980; Schell, 1981 y Fuentes, 1986).

Por otro lado, se ha observado que la relación marital, puede estar influenciada por el grado de severidad de la invalidéz, edad y sexo del niño, y la calidad de la relación matrimonial anterior a la presencia del niño; así como también, por los estilos individuales de afrontamiento, relaciones comunitarias, servicios de apoyo y otras características ecológicas (29, 137, 34, 142, 57, 138, 29, 117, 115, 60, 100, 140, 98, 107, 6)

El impacto potencialmente detrimento de los problemas conyugales en los niños, se ha convertido en un foco de interés de diversos teóricos de la literatura profesional.

Rutter, 1971; Patterson et.al., 1973; Ross, 1974; Ferguson et.al., 1974; Rutter et.al., 1975, 1976; O'leary et. al., 1976; Oltsman, 1977; Ferguson y Allen, 1978; Coleman, 1978; Kavack, 1978; Beck, 1978; Ponter y O'leary, 1980; Rutter, 1980; Gurman & Kniskren, 1981; Christensen et.al., 1981; Rutter, 1981; Block et.al, 1981; Emery, 1982; Emery et. al., 1983; Camejo, 1983; Lahey et.al, 1984; Forehand, 1986 y Hernández, 1986; han investigado las asociaciones entre problemas conyugales y su relación con los trastornos de conducta en el niño.

Miller, 1977; Oltsman et.al., 1977; Robinson & Anderson, 1981; Emery et.al., 1982; Emery, 1984, reportaron que los problemas conyugales no son una condición necesaria para el desarrollo de trastornos de conducta en los niños. (68, 56, 42, 100 19, 116)

#### 4.8 SERVICIOS DE APOYO O ASISTENCIA.

En todos los casos, cualquiera que sea la forma imperante de minusvalía, el individuo se ve afectado en la totalidad de su persona, y en el entorno en el que ha de desenvolverse.

De aquí se deduce, que hay que atender simultáneamente los problemas del individuo, de la pareja, de la familia y los del entorno en general, efectuando acciones terapéuticas en cada uno de los momentos evolutivos, lo cual es válido no sólo en medicina rehabilitatoria, sino también, en el resto de especialidades cuyo conjunto integran el proceso rehabilitador.

Desgraciadamente, la calidad global de los servicios para las personas con mayores necesidades, no toman en cuenta los niveles antes mencionados, teniendo una probabilidad alta de vivir, lo que se ha denominado "un ciclo de desesperación" el cual implica mayores necesidades, menor apoyo, y abandono o castigo. Este ciclo se desarrolla por alguna de las dos razones siguientes:

- 1) La comunidad es incapáz o renuente a proveer o movilizar para integrarlos en la confluencia de la vida familiar o comunitaria y, por lo tanto, los aleja de sí.
- 2) Los valores de la comunidad están basados en la sumisión humana, en lugar de la participación humana.

El retraso en el que se encuentran todavía muchos países en relación con la rehabilitación de los minusválidos, propician que éstos mismos sean catalogados como inhabilitados para el trabajo, y para cualquier actividad cotidiana, marginándolos de la sociedad. Ante tal frustración, no es extraño, el constatar que algunos padres, ateniéndose a móviles egoístas, se deslinden, abandonen y hasta desprecien a sus propios hijos.

Pero esta es la cara sombría del problema, debemos examinar la otra, que tiene menos sombras y muchas luces, evitando la unilateralidad deformante del "dolorismo" y asumiendo una actitud positiva y optimista.

Impedido, física y/o mentalmente, el hombre tiene derecho a una vida digna y a una realización, que en cierto sentido, podría decirse planificante. Esto mismo hace suponer, que el minusválido debe ser impulsado a realizarse en el aprendizaje, en el trabajo, en la sociedad, en el deporte, en la diversión, en la cultura y en la totalidad de su dimensión vital.

Esto evidencía que la minusvalía no es sólo un problema gubernamental o privado, de padres, maestros o profesionales, sino que es un problema que involucra a todos los sectores de la sociedad ya que, no se puede separar el concepto de minusvalía del de familia y sociedad, cuya aceptación y apoyo con todos sus recursos se reflejará en la sociedad mostrando así lo que se espera de ellos.

La escuela de padres y asociaciones para minusválidos representan, un medio de orientación, de apoyo, de guía e información que junto con el equipo multidisciplinario ayudan a la integración de estas personas. Estas asociaciones, en la mayoría de los países no se formaron sino hasta los últimos 30 años, agrupaciones que se integraron al percibir que: un número considerable de niños minusválidos quedaban fuera de los servicios escolares; que sólo se atendía una etapa de la vida, como máximo desde los 3 hasta los 14 años y en aquellas partes en donde había escuelas laborales especiales hasta los 18 o 22 años; y que no se atendía la totalidad de la problemática que se plantea ante la presencia de estas personas desde su nacimiento y a todo lo largo de su vida .

El problema que plantea a la sociedad la persona minusválida, requiere que los servicios sean permanentes, esto es, que deban abarcar toda su vida:

- *detección y diagnóstico*
- *prevención*
- *atención temprana*
- *educación integral: escolaridad obligatoria*  
*formación profesional*  
*educación permanente*
- *trabajo y talleres protegidos*
- *familia y vida afectiva*
- *residencias*
- *seguridad social*
- *tutela y protección integral*
- *clubes de recreación y tiempo libre*

*Cada uno de estos aspectos vienen siendo estudiados y discutidos en jornadas y congresos nacionales e internacionales de profesionales y padres fortaleciéndose, la certeza de que es preciso encarar todos y cada uno de los problemas en programas de acción sistemática y graduada para lograr hacer realidad los objetivos de integración. Esto es, con los propios padres para brindarles información y capacitación acerca de la problemática que los afecta, y para concientizarlos sobre la responsabilidad indelegable de luchar por la asistencia y educación de sus hijos, lo antes posible, y que asuman la misión de ser sus representantes ante la sociedad, siendo de esta manera los portavoces de sus derechos.*

*En el Primer Encuentro Nacional de Padres de Familia de Personas Deficientes Mentales en 1983, se llegaron a las siguientes conclusiones:*

- 1) Los padres para que realicen la parte fundamental que les corresponde en la habilitación de sus hijos, declaran que sienten necesidad de información y tomar conciencia de las dificultades que obstaculizan su crecimiento y desarrollo.*
- 2) Los padres solicitan que los pediatras, ginecólogos, obstetras y neurólogos tengan una información más adecuada, para que al emitir un diagnóstico sean menos lesionantes, más comprensivos y orientadores.*
- 3) Los padres comunican, que una vez aceptado el problema del hijo, se descubre que éste también brinda amor y que debe ser factor en la unión familiar.*
- 4) Los padres estiman que lo más agobiante para ellos es el futuro de sus hijos y lo más importante su presente.*
- 5) Los padres sienten la necesidad de valorar los aspectos positivos de sus hijos y las alegrías que proporcionan, y que deben ser los primeros en obrar en conformidad a ello.*
- 6) Los padres reconocen, que la ayuda recibida de otros padres afectados con el mismo problema ha sido lo más gratificante para ellos.*



- 7) Los padres destacan la importancia de que se elabore un programa para ellos con información y estrategias serias sobre el desarrollo y conducta sexual de sus hijos.
- 8) Los padres desean una colaboración más directa y más armónica con los profesionistas y afirman la necesidad que tienen tanto ellos como sus hijos de dichos profesionistas.
- 9) Los padres reconocen lo benéfico de la permanencia del hijo en la casa, de no retirarlo a una vida institucional porque lo daña y aleja del afecto familiar.
- 10) Los padres requieren, se profundice sobre el problema de la sexualidad, de forma tal, que puedan tomar soluciones oportunas, responsables y adecuadas.
- 11) Los padres de limitada capacidad económica, lamentan no haber recibido información temprana.
- 12) Los padres están conscientes de la necesidad de familiarizarse con los programas que se están realizando.
- 13) Los padres aceptan que "como grupo aislado" no han podido actuar en forma organizada y específica en favor de un programa que integre a sus hijos a la sociedad.
- 14) Los padres dan su voto de confianza a los profesionistas en el área de la deficiencia mental.

Conclusiones similares, a las descritas anteriormente se han obtenido en Congresos y Mesas Redondas posteriores al encuentro citado. (24, 137, 91, 67, 45, 49, 59, 81, 141, 12, 46, 131, 15)

Numerosos autores, han exaltado la gran necesidad de servicios de asistencia especializada, que faciliten la satisfacción de las demandas de educación, así como de asistencia médica y tratamiento, tanto para los niños como para su familia, ya que, de su apoyo dependerá el desarrollo de expectativas realistas sobre la evolución o estancamiento del niño; el reconocimiento del nivel de su fuerza familiar, con la que llegarán a una reorganización conjunta alrededor de la condición incapacitante y, por tanto, a la incorporación y manejo de patrones de afrontamiento, que facilitarán su adaptación al trastorno tanto dentro de la familia como frente a la sociedad. (7, 61, 94, 114, 21, 57, 20, 134, 29, 27, 52, 117, 136, 58, 115, 78, 56, 74, 18, 6, 121, 40, 85)

Ferguson, 1978; Perosa, 1982; Harvey, 1982 y Channabasavanna, 1985; evaluaron a los padres de niños minusválidos después de haber sido informados, orientados y entrenados sobre la invalidéz de su hijo, mostrando en sus resultados cambios en las actitudes y estrategias de afrontamiento de la familia, logrando una mejor adaptación.

Sin embargo, Waisbren, 1980 y Witaker, 1984, señalaron que la disponibilidad de servicios de apoyo no necesariamente disminuyen la tensión experimentada por los padres, ni cambian sus actitudes hacia sus hijos minusválidos. (136, 23, 139)

El manejo integral del niño y su familia, debe abarcar las medidas terapéuticas específicas para cada caso en particular.

En las dos últimas décadas han surgido 3 enfoques básicos para tratar a las personas con algún tipo de invalidez:

#### MODELO EDUCATIVO

Enfoque: adquisición de habilidades funcionales

Características: enseñanza programada y planes individuales de estudio.

Procesos: motivación a través del funcionamiento independiente

Meta: adquirir habilidades para poder alcanzar independencia funcional

#### MODELO CONDUCTUAL

Enfoque: eliminar los problemas de conducta

Características: el uso de consecuencias contingentes

Proceso: cambio de conducta a través del poder de las consecuencias

Meta: supresión de conductas negativas

#### MODELO MEDICO

Enfoque: tratamiento de los trastornos orgánicos

Características: el diagnóstico de los patrones de conducta, uso de medicamentos psicoactivos, consultas, asesoramiento, etc.

Proceso: cuidado intensivo en un cuadro hospitalario, uso de drogas a largo plazo, etc.

Meta: controlar los trastornos orgánicos .

Para llevar a cabo la valoración de la educabilidad del niño, deben ser tomadas en cuenta las observaciones hechas por Brauner (citado en escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C.), quien señaló "...ni la mayoría de estas malformaciones, ni el aspecto desagradable de un niño deficiente, permiten pronunciarse sobre su educabilidad, ya que no se debe juzgar el caso a simple vista; por otro lado, y subrayando esta afirmación, la fisonomía y el aspecto general evolucionan favorablemente en los sujetos sometidos a una reeducación. No existe un pronóstico para las diferentes clases de deficientes; en realidad, las posibilidades de reeducación varían de un niño a otro. Es necesario comprobar las posibilidades de adaptación mental de cada niño, y ésto sin recurrir perezosamente a las técnicas psicológicas elaboradas para los niños normales..."

*Es por todo esto, que la integración presupone un cambio profundo, previendo y creando independencia social colmada de contactos afectuosos en la vida diaria. Los programas y servicios deben verse solamente, como instrumentos necesarios para crear la integración de todas las personas con necesidades especiales. (62, 104, 91)*

## CAPITULO 5

### ACTITUDES

#### 5.1 DEFINICIONES.

La actitud que una comunidad adopte respecto a un problema, influye irremediamente para que éste se resuelva o no, es por ello, que el análisis de las actitudes es un tema indispensable al hablar de personas incapacitadas.

Quizás no existe un tópico de la Psicología Social, que haya causado tantas discusiones y debates como la naturaleza de las actitudes, cuyo concepto se ha examinado en todos sus aspectos, siendo definido y redefinido como muchas otras variables psicológicas. Dicha dificultad es debida, a que la actitud es una variable hipotética o latente más que una variable inmediatamente observable.

Etimológicamente hablando, el término actitud se deriva del latín *actus* y significa conveniencia o adaptabilidad y por tanto cognota un estado mental de preparación para la acción.

Thomas & Znaniecki (1918), utilizaron como concepto central de la Psicología a las actitudes, definiéndolas como "...un estado de ánimo del individuo hacia un valor...", esto es, "...un proceso de la conciencia individual que determina una actitud real o posible por parte del individuo en el mundo social...".

Gordon W. Allport (1935), define a la actitud como "...un estado mental o neural de disposición, organizada a través de la experiencia que ejerce una influencia directa o dinámica en la relación del individuo ante todos los objetos y todas las situaciones con que se encuentra relacionado, y que cognota un estado neuropsíquico de disposición para emprender una actividad mental y física; es decir, la presencia de una actitud prepara al individuo para cierta reacción...".

Borgadus (1931), manifestó que "...una actitud es una tendencia a actuar hacia o en contra de algo en el medio ambiente, que viene a ser un valor positivo o negativo...".

Thurstone (1946), define a la actitud como "...el grado de afecto positivo o negativo que está asociado con algún objeto psicológico. Un objeto psicológico es algún símbolo, eslogan, persona, institución, idea, ideal, hacia el cual la gente puede diferir con respecto al afecto; es decir, teniendo una predisposición de acercamiento (afectividad positiva) o de alejamiento (afectividad negativa) hacia ciertas clases de objetos...".

Krech & Crutfield (1948), examinaron la actitud como "...una organización perdurable de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales y cognitivos respecto a algún aspecto del mundo del individuo. Una organización perdurable de procesos psicológicos parece implicar una consistencia de patrones de respuesta..."

Katz (1960), propuso la siguiente definición "...la actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo. Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos..."

Newcomb (1965), señala que "...desde el punto de vista cognoscitivo, la actitud representa una organización de cogniciones poseedoras de valencias. Desde el punto de vista de la motivación, la actitud representa un estado de disposición para despertar un motivo, de forma tal que la actitud del individuo hacia algo será su predisposición para realizar, percibir, pensar y sentir en relación con ello..."

Como puede notarse, las diversas definiciones sobre el concepto de actitud ponen de relieve, sus componentes cognitivos y afectivos, su disposición a conducir, su persistencia, su consistencia en las manifestaciones conductuales (verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimientos acerca del objeto) y su característica motivacional. Por tanto, el concepto de actitud no se refiere a cualquier acto específico, sino que es una abstracción de un gran número de actos relacionados o de respuestas probables. (122, 72, 31, 64, 80, 32, 125, 95)

## 5.2 CARACTERÍSTICAS.

El concepto de actitud tiene varias características que lo distinguen de otros conceptos que se refieren a estados internos del individuo:

- 1) Las actitudes no son innatas, se forman básicamente a través de procesos de socialización, perteneciendo por ello, al dominio de la motivación humana. Estas han sido estudiadas en formas diversas con los nombres de "pulsiones sociales", "necesidades sociales", "orientaciones sociales" y demás. Se admite ordinariamente que la aparición de una actitud depende del aprendizaje, esto es, se adquieren por medio de la experiencia.
- 2) Las actitudes no son temporales, sino más o menos persistentes una vez formadas. Si bien es cierto que las actitudes cambian, una vez formadas adquieren una función reguladora y en consecuencia, dentro de

ciertos límites, no están sujetas a cambios en relación con los ascensos o descensos del funcionamiento del organismo, o a variaciones apenas perceptibles en las condiciones del estímulo.

- 3) Las actitudes siempre implican una relación entre sujeto-objeto, es decir, las actitudes no se autogeneran psicológicamente sino que se aprenden en relación con referentes identificables; éstos pueden ser personas, instituciones, grupos, valores, objetos, ideologías, etc.
- 4) Las actitudes pueden ser consideradas como motivadores de la conducta. Esto es derivado, de que las actitudes se forman en un contexto de interacción social y objetos, personas o instituciones, etc, y que adquieren un afecto ya sea positivo o negativo y rara vez, estos objetos psicológicos resultan neutrales.
- 5) Las actitudes son evaluaciones comparativas. Se dan a través de la comparación de estímulos, en términos de un criterio predeterminado (p.e., favorable - desfavorable) (90, 125)

### 5.3 PROPIEDADES.

Como una estructura hipotética, una actitud es definida por las propiedades asignadas a sus formulaciones teóricas, estas propiedades se pueden tratar como dimensiones que pueden ser conceptualizadas y medidas en varios grados:

- 1) Dirección.- Las actitudes generalmente son concebidas como un enfrentamiento de la representación de componentes favorables o desfavorables. De un lado los sentimientos, apreciaciones o tendencias positivas para la aprobación, aproximación o apoyo del objeto y en el otro lado, los sentimientos, apreciaciones y tendencias negativas para evitar el objeto.
- 2) Magnitud.- La magnitud o extremo de una actitud se refiere, a su grado de favorabilidad o desfavorabilidad.
- 3) Intensidad.- Se refiere a la "fuerza de los sentimientos" asociados con una actitud.
- 4) Ambivalencia.- Se relaciona con la concepción de dirección en términos bipolares y la observación empírica de que ambos componentes favorable y desfavorable pueden estar presentes en la composición de una actitud.

- 5) *Diferenciación.*- Es la característica distintiva de una actitud o la disponibilidad con la cual la persona lo expresa. Está estrechamente relacionada con la propiedad de centralización la cual es la importancia del objeto focal de la persona.
- 6) *Diferenciación Afectiva.*- El grado de contribución de cada uno de los componentes de la actitud (afectiva, cognitiva y conductual). Pueden ser por sí mismos considerados como una propiedad. El término diferenciación afectiva ha sido usado para referirse al grado en el que el punto de vista de la persona hacia el objeto está dominado por el contenido afectivo.
- 7) *Complejidad Cognitiva.*- Se refiere a la elaboración del componente cognitivo de una actitud, la riqueza del contenido ideacional o del número de ideas que la persona tiene acerca del objeto.
- 8) *Externalización.*- Es la característica del componente conductual. Puede ser designado, como el grado de la manifestación de la actitud.
- 9) *Aislamiento.*- Se ha dicho que una actitud puede existir en relativo aislamiento de otros elementos cognitivos (valores, creencias), o pueden estar relacionadas con tales elementos a través de asociaciones, clasificaciones, racionalizaciones, etc. El grado de aislamiento versus conexión, está referido por el término aislamiento.
- 10) *Flexibilidad.*- Es la facilidad con la cual, una actitud puede ser modificada por una gran variedad de presiones. Frecuentemente esta propiedad ha sido considerada como una característica propia de algunas personas, antes que como una actitud en sí.
- 11) *Conciencia.*- Algunos escritores como French, Horland, Janis y Kelo, admiten la posibilidad de que existan las actitudes inconscientes, éstas serían, la tendencia de la conducta sin el complemento fenomenológico directo, que es la actitud en la cual, los componentes cognitivo y afectivo están ausentes o no son verbalizados por la persona. (31, 80)

#### 5.4 COMPONENTES.

Según Katz & Stotland (1959), y Krech (1962), una actitud se conforma de tres componentes:

- 1) *Cognoscitivo.*- Cuando hay una actitud hacia algún objeto, es necesario que exista un previo conocimiento de dicho objeto; implica siempre

juicios de valor: deseable/indeseable, aceptable/inaceptable. Este componente consiste en las percepciones del sujeto, estereotipos y creencias que se tienen acerca de un objeto. El número de elementos varía de una persona a otra. En todas las creencias que tenga una persona acerca de un objeto se incluyen las evaluativas, que son las más importantes para la actitud como concepto de disposición.

- 2) *Emocional o Afectivo.* - Este componente es el sentimiento en favor o en contra de un objeto, es lo realmente característico de las actitudes. El componente afectivo se refiere a los sentimientos o emociones ligados con el objeto actitudinal. Cuando un sujeto verbaliza estos sentimientos o emociones, resulta que éstos son algo más que meramente emociones o sentimientos, también son cogniciones de sentimientos o emociones, pero son significativamente diferentes del componente cognoscitivo.

Las cogniciones de sentimientos y emociones no se refieren al objeto, sino al conocimiento del individuo que está respondiendo al objeto.

- 3) *Reactivo, Conductual o Tendencia de Acción.* - Incorpora la disposición a actuar de una manera dada ante el objeto de la actitud, que puede ser de acercamiento o de alejamiento. Las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las cogniciones y afectos relativos a los objetos actitudinales.

Se ha aceptado generalmente que hay un lazo entre los componentes cognoscitivos, particularmente las creencias evaluativas y la disposición a responder al objeto. Además existe la noción general de que estas creencias y la dirección de la disposición de respuestas tienden a ser compatibles.

Lo que se requiere como base de inferencia con respecto a la actitud, son muestras de conductas que revelan las creencias, sentimientos y tendencias de acción propias del individuo con relación al objeto en cuestión. (125, 92, 30)

## 5.5 FUNCIONES.

Las actitudes se mantienen, debido a que cumplen ciertas funciones. Su aparición, fuerza y posibilidad de cambio dependen del tipo de función que desempeñan.

McGuire (1969), indica las siguientes funciones:

- 1) *De ajuste.* - Al permitir que el sujeto logre las metas deseadas.



- 2) Ego defensivas.- Por medio de la actitud, el individuo tiene una idea más clara de la realidad y con ello se protege de situaciones desagradables .
- 3) De autorealización.- Libera las tensiones acumuladas y permite que el individuo exprese sus valores en forma catártica.
- 4) De conocimiento.- Permite que el sujeto establezca ciertas reacciones frente al objeto. Organizando el significado del ambiente y dándole consistencia.

Jones & Gerard (1967), señalan que las actitudes deben cumplir una función, la cual clasifican en dos puntos principales:

- 1) En cuanto a que son disposiciones hacia los objetos que pertenecen a ciertas categorías cognitivas y promuevan una economía ajustable, al proveer al individuo de una base para hacer juicios y tomar decisiones, y
- 2) Las actitudes conceden al individuo una mayor estabilidad y predictibilidad social, haciendo posibles las interacciones humanas. (80, 97)

## 5.6 ADQUISICION.

Varios autores, están de acuerdo en que las actitudes se forman básicamente mediante un proceso de socialización (Holander, Linton, Rodriguez, Salazar y Triandis). Otros, analizan su formación en términos de la teoría del aprendizaje (Lott, 1955; Staats, 1958) y de la formación de conceptos (Rhine, 1958). (132, 73)

### -Proceso de Socialización

Holander (1967), estimó que "...la socialización es el proceso mediante el cual se introduce a un individuo a las formas propias de una sociedad, sin embargo éste proceso hace referencia, más que a la conducta, a la adquisición de disposiciones para concebir al mundo de ciertos modos particulares y para sentirse en armonía con algunas de las satisfacciones que brinda...". Esta nos indica que las actitudes "se adoptan" básicamente a través de:

La Cultura.-Es un determinante, ya que es en ella donde se manifiestan patrones conductuales característicos que son transmitidos por los miembros de la sociedad. El antropólogo Ralph Linton (1945), nos explica que "...la cultura de una sociedad constituye la herencia social del individuo, entendiéndose ésto último, como las pautas conductuales que son socialmente aprobadas; es decir, que los individuos que

componen un grupo, una sociedad, una cultura, manifestarán determinados modos de reacción que no se darán fuera de estos contextos..".

*La Familia.*-Esta es (generalmente) el primer grupo al que pertenece un individuo. Murphy considera que "...la familia es un agente de la sociedad y que como tal, es capaz de modelar los procesos perceptuales y cognitivos de sus miembros, de tal modo, que aprendan a pensar en concordancia con las normas vigentes en su ámbito y tiendan por lo tanto, a adquirir actitudes y sentimientos comunes...".

*Los Grupos de Referencia.*-Siegel & Siegel afirman que "...la cantidad como la dirección del cambio de actitud de una persona, dependen de las normas de actitud de su grupo de membresía (escoja él o no dicho grupo), y de las normas de actitud de su grupo de referencia...".

*El Concepto de Si Mismo.*-Este actuará como agente facilitador de la interacción social, es decir, el sujeto aprenderá cuál es su lugar en el mundo y el de los demás, permitiéndose así su relación.

*Contacto con el Objeto de Actitud.*-Esto se refiere a la relación directa que mantiene el sujeto con el objeto psicológico; es difícil pensar que un individuo mantenga una actitud hacia algo si no esta implicado con ella.

#### -Teoría del Aprendizaje

Staats (1967), integra los principios básicos del aprendizaje, los datos experimentales y la observación de las ciencias sociales y conductuales para constituir así una teoría del aprendizaje.

Una actitud es una respuesta "emocional" a un estímulo generalmente social o de significancia social, estas respuestas emocionales evocadas por muchos estímulos sociales o de otra clase, es un proceso de condicionamiento clásico. Así, siguiendo el paradigma del condicionamiento clásico, si un nuevo estímulo es apareado con un estímulo que evoca una respuesta emocional, el nuevo estímulo también lo evocará. Esto ocurrirá de igual forma, con respuestas emocionalmente negativas evocadas por estímulos aversivos y con respuestas emocionalmente positivas evocadas por estímulos positivos.

Una vez que la respuesta emocional ha sido instalada por medio de condicionamiento clásico, la respuesta se puede transferir a un nuevo estímulo, a este procedimiento se le denomina condicionamiento de orden superior.

Lott (1955), intentó demostrar experimentalmente la formación de las actitudes en base a la teoría del aprendizaje. Establece que se pueden desarrollar a través de la generalización de una preferencia positiva o actitud hacia un objeto con el cual un individuo ha desarrollado una experiencia neutral, es decir, si a un individuo se le pide que etiquete a dos estímulos que difieren ampliamente, si el individuo experimenta reforzamiento con alguno de estos estímulos entonces, una preferencia positiva se creará para el otro estímulo.

-Formación de Conceptos.

Rhin trata de explicar la formación de actitudes en base a la teoría estímulo-respuesta mediacional de Osgood (1953). Esta nos dice, que un concepto se puede definir como la asociación entre una respuesta común (generalmente verbal) y un grupo de estímulos.

La respuesta mediacional (para Hull, el acto de estímulo puro) puede ser cualquier fracción de un patrón de respuesta debido a la capacidad de discriminación de los sujetos.

El modelo general para un concepto de primer orden se basa en los mediadores verbales y no verbales. Muchos estímulos son condicionados hacia una respuesta mediadora común; es a través del mediador, que los estímulos se organizan en el sistema. Es este sistema de asociaciones entre estímulos y proceso mediador común lo que forma un concepto; un concepto de segundo orden es un grupo de estímulos con sus mediadores asociados (conceptos de primer orden).

En un concepto de segundo orden, el estímulo producido por los mediadores de primer orden se asocia con un mediador común. Un concepto de segundo orden no es aún una actitud pues todavía no incluye una evaluación. (90)

## 5.7 MEDICION.

Antes de continuar, debido a la estrecha relación que guardan las actitudes y las opiniones, es indispensable clarificar su diferencia y su significado en Psicología.

El concepto de actitud, denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones que tiene un individuo acerca de cualquier objeto psicológico, es decir, la predisposición para reaccionar, en tanto que el concepto de opinión, representa lo que se cree o considera que es cierto. Esto es, las opiniones son las verbalizaciones de las actitudes y son usadas como un medio para medirlas. El utilizar una opinión como índice de actitud trae incertidumbre, ya que el individuo puede falsear su respuesta, aunque no de forma intencionada y especialmente en situaciones donde la expresión franca de la actitud puede no

ser recibida. El objeto de la actitud es por tanto, un valor, y siempre se habla de actitudes sociales, en cuanto a que están ligadas a valores culturales, es decir, se les debe dar siempre una clara connotación social, tomando en cuenta la situación social.

El contenido de una actitud está determinado por las respuestas que la constituyen. El conjunto de conductas que comprende una actitud se designa como universo de actitudes, en donde los elementos de este universo son variables manifiestas y la actitud es la variable latente, cuyo significado se deriva de la covariación de las respuestas de algún universo de actitudes.

Una muestra de estos elementos, es usada para medir la actitud; de esta muestra de conductas puede ser hecha una inferencia con respecto al universo completo.

Lo que se requiere como base de inferencia con respecto a la actitud, son muestras de conducta que revelan las creencias, sentimientos y tendencias de acción propias del individuo, en relación al objeto en cuestión.

Tomando en cuenta los tres componentes principales de la actitud, y logrando consistencia entre ellos, una proposición básica de la teoría dirige la atención hacia los tipos de conducta que pueden servir como bases legítimas de inferencia, esto sugiere que cualquier expresión de conducta que refleje o manifieste las cogniciones del individuo, particularmente sus creencias evaluativas con respecto a un objeto, puede servir como base de inferencia. De forma análoga, cualquier expresión conductual que manifieste una emoción, ya sea en forma verbal o psicológica, puede ser importante para hacer inferencias.

Las manifestaciones conductuales que revelan la disposición del individuo a actuar hacia algún objeto, ya sea positiva o negativamente, pueden usarse como bases provisionales de inferencia con respecto a la actitud, sin embargo, no se ha desarrollado una tipología sistemática de las bases de inferencia que se fundamenten directamente en la conceptualización de la actitud. Katz & Stotland identificaron cinco bases de inferencia:

- a) Informes de uno mismo sobre creencias, sentimientos y conductas.
- b) Observación de conductas manifiestas.
- c) Reacción a estímulos parcialmente estructurados o interpretación de ellos, cuando implican al objeto de la actitud.
- d) Realización de tareas objetivas en que intervenga el objeto de actitud y.
- e) Reacciones fisiológicas al objeto de actitud o a representaciones de él.

Existe una doble ventaja en la identificación de las bases de inferencia. Por una parte proporciona un medio para organizar la multitud de métodos de recolección de muestras conductuales y técnicas para tratar esas muestras. Dicho ordenamiento conduce a otra ventaja importante. Se dirige la atención a las debilidades de los procedimientos existentes pudiéndose así sugerir, una reformulación de la estrategia de investigación, que en caso de hacerse, podrá conducir a adelantos importantes en la comprensión de las actitudes.

## 5.8 INSTRUMENTOS DE MEDICION.

El problema de la medición de actitudes, es el de seleccionar un modelo escalar por medio del cual, los datos de la respuesta pueden ser relacionados con la variable actitud.

La cuantificación de atributos psicológicos, han sido tema de muchos debates. Algunos científicos han argumentado que mucha medición psicológica no es verdadera medición, ya que no se avoca a los métodos y definiciones usadas en las mediciones físicas, señalando que la mayoría de las escalas físicas tienen la propiedad de la adición y que esta propiedad puede ser demostrada experimentalmente.

Cuando usamos números para distinguir los objetos o sucesos, estamos usando una escala, por ello la psicofísica puede ser usada como una técnica de elaboración de escalas.

En la psicofísica, se intenta representar por medio de números, los fenómenos de la conducta que resultan de percibir algunos estímulos y que trata de correlacionar la escala física del estímulo con la percepción o valor psicológico del estímulo.

Una de las principales contribuciones de Thurstone a la medición de actitudes, fue la demostración de que los supuestos y técnicas de elaboración de escalas psicofísicas, podían aplicarse a la medición de actitudes. Después del trabajo de Thurstone, en las décadas de los veinte y los treinta, ha habido un progreso considerable en el desarrollo de técnicas de elaboración de escalas de actitudes.

Las técnicas de elaboración de escalas, nos permiten asignar números a las percepciones de los estímulos. Estas técnicas pueden ser divididas en dos grandes grupos, que son:

- I.- *Medición Representativa.* Exige la determinación biunívoca de correspondencia entre: alguna propiedad de los objetos o sucesos que se miden y alguna propiedad de la escala de medición. La correspondencia es biunívoca, si la propiedad de los objetos o sucesos sometidos a medición determinan su valor o posición sobre la escala métrica y, si esos valores o posiciones se pueden emplear a su vez para realizar inferencias respecto de la propiedad de los objetos o sucesos medidos.

Dentro de esta medición encontramos cuatro técnicas que son:

1.- Magnitud

- a) Métodos de confusión: ...leyes del juicio comparativo
- b) Intervalos aparentemente iguales
- c) Escala de Licker
- d) Métodos de investigación directa
- e) Métodos de fraccionamiento: bisección o equisección

2.- Proximidad

- a) Escalas métricas
- b) Técnicas no métricas

3.- Entrelazamiento

- a) Escalas multidimensionales
- b) Escalas unidimensionales ... escalograma de Guttman

4.- Despliegue

- a) Técnica de Coombs

II.- *Medición de Índice.*-es de carácter biunívoco, tiene lugar siempre que exista una regla específica que permita la distribución de valores en una escala métrica. No es preciso que tal regla sea consistente, en el sentido de que los valores de la escala métrica impliquen a su vez ciertas propiedades de los objetos; así también existen un número infinito de sistemas de medición de índice.

Dentro de la medición de índice se tienen dos técnicas que son:

1.-*Escalas de clasificación:* miden la actitud de un sujeto pidiéndole que exprese su actitud mediante una clasificación numérica o categórica, éstas últimas constan de números, líneas y algunas veces son combinaciones de categorías, números y líneas.

- a) *Diferencial Semántico*

2.-*Escalas de evaluación indirecta:* son técnicas que impiden que el sujeto se de cuenta que se está midiendo su actitud.

a) Técnicas en las que el sujeto no se da cuenta que está siendo observado ni de que se evalúa su actitud...respuestas fisiológicas y galvánicas.

b) Técnicas en las que el sujeto sabe que está siendo observado.

## CAPITULO 6

### DIFERENCIAL SEMANTICO

El estudio científico del lenguaje, ha sido desarrollado con rapidéz particular durante la pasada década. Un aspecto significativo de gran parte de este desarrollo, ha sido el elaborar y aplicar nuevas técnicas cuantitativas de medida. Sin embargo, existen contados estudios sistemáticos en los que se ha intentado someter el significado a medición cuantitativa, ya que al parecer, el término "significado" parece cognotar algunas aspectos inherentemente no materiales, más que estímulos y respuestas observables; así como, procesos o estados implícitos en los cuales mucho es inferido a través de la observación. Aunada a estas dos limitantes, habría que agregar la indudable complejidad que implica el que el significado sea excepcional e infinitamente variable y por tanto, difícil de ser definido y sometido a medición. Es por ello, que la teoría y el proceso de implementación que fundamentan el desarrollo del diferencial son, en conjunto una de las contribuciones de la psicolinguística al problema.

El significado de los estímulos -palabras, frases, objetos, etc.- como fenómeno, ha venido ocupando de tiempo atrás a los filósofos y a los lingüistas; sin embargo, los psicólogos a pesar de su tradicional interés por desentrañar la naturaleza del lenguaje y de los procesos de comunicación, sólo hasta muy recientemente, han incursionado sistemáticamente en la elaboración del significado y en la investigación empírica del fenómeno.

#### 6.1 EL DIFERENCIAL SEMANTICO COMO TECNICA DE MEDIDA

A continuación nos referiremos al estudio del diferencial semántico como instrumento de medida del significado cognotativo, también llamado, significado afectivo o subjetivo, por Osgood y colaboradores, y a los principales postulados teóricos en los cuales se basa.

La técnica del diferencial semántico fué desarrollada por Osgood & col. de 1952-1958, con el propósito de medir los significados cognotativos de los conceptos como puntos de lo que llamó "espacio semántico".

Para ello, formularon tres proposiciones que enmarcan la lógica del método que proponen: la primera se refiere a que el resultado del proceso de calificación o juicio puede ser concebido como el lugar que ocupa un concepto dentro de un continuo experiencial definido por dos términos polares. La segunda afirmación se refiere a la característica del lenguaje y del pensamiento que permite instrumentar un método objetivo de medida del significado, puesto que supone la equivalencia de los continuos experienciales superficialmente diferentes y, por tanto, la posibilidad de representarlos por medio de dimensiones únicas.



La tercera proposición sostiene que un número limitado de los continuos puede ser utilizado para definir el espacio semántico dentro del cual cualquier concepto o estímulo será especificado. Esta se fundamenta en la comprobación, por medio del análisis factorial, de la existencia de un número limitado de dimensiones o factores suficiente para diferenciar los conceptos o estímulos escogidos al azar.

La revisión sistemática de las teorías del significado condujeron a Osgood a la búsqueda de un marco teórico sustentado sobre la evidencia experimental, que permitiera el desarrollo de técnicas adecuadas de medida del significado. Fundándose en las teorías de Hull, propuso la hipótesis de la mediación, planteando el problema de la siguiente manera "... un patrón de estimulación que no es el objeto, es signo de éste si produce en el organismo una reacción mediadora, que:

- a) es una parte o fracción del comportamiento total evocado por el objeto, y
- b) produce autoestimulaciones distintivas que mediatizan respuestas, que no ocurrirán sin la asociación previa entre los patrones de estimulación del objeto y los del no-objeto (signo).

De esta manera, el proceso inducido por el estímulo es representacional, en la medida en que representa parte de la conducta producida por la percepción del objeto y mediatorio, en tanto que la autoestimulación produce conductas relacionadas con el objeto.

De los planteamientos sintetizados anteriormente se puede concluir, que los significados que diferentes personas tienen para los mismos signos o palabras, son distintos en la medida que varíen:

- a) sus conductas hacia los objetos que representa,
- b) la frecuencia con la que el objeto y el signo se asocien, y
- c) la frecuencia de la asociación de un signo con otro signo.

La variación de las conductas hacia los objetos representados por el signo, se debe al proceso de mediación que es, en otras palabras, el significado de aquél. El proceso mediatorio es totalmente dependiente de la composición de la conducta total que ocurre mientras el proceso mediatorio del signo se está estableciendo y de la repetición de esta conducta. A partir de estas conclusiones surgen innumerables alternativas, tanto desde el punto de vista de la mediación del significado como de la utilización de éste.

Así, si se pueden determinar las diferencias del significado entre personas, grupos, culturas, etc, se podrán hacer inferencias y pronósticos respecto a las conductas de los individuos o grupos frente a los objetos representados por los signos. De esta manera, la medida del significado, sería una forma de medir las actitudes.

La medición de cualquier objeto de significado necesita usar alguna respuesta observable de ésta como un indicador. Es por ello, que la función básica del lenguaje, es la comunicación del significado, que a menudo es definido como "la expresión de ideas".

Para usar un código lingüístico como un índice de significado, se necesita una cuidadosa muestra de respuestas alternativas, las cuales puedan ser estandarizadas y sean representativas de la variabilidad del significado. Por ello, y de acuerdo a esto, las palabras (signos) representan objetos de significado puesto que producen en los organismos alguna réplica de la conducta actual hacia ese objeto, como un proceso de mediación; esto es, debido a que sus significados son literalmente atribuidos a ellos, por medio de la asociación con otros signos, más bien que por vía de la asociación directa con los objetos de significado.

De acuerdo a esto, el diferencial semántico relaciona el funcionamiento del proceso representacional y la conducta del lenguaje y por tanto, puede servir como un indicador de éste proceso.

La noción del uso de adjetivos polares para definir el término de noción semántica, afloró de la investigación sobre cinestecia de Theodore Karwaski & Herry Odbert (1964), quienes determinaron que la estimulación de alguna modalidad ya sea visual, auditiva, emocional y verbal, pueden compartirse significativamente a través de modalidades de estímulos equivalentes. Por su parte Osgood (1942), indicó que cada equivalencia a través de las modalidades muestra continuidad a lo largo de las dimensiones experienciales.

Stager & Osgood (1946), adoptaron este método para medir estereotipos sociales llegando a la conclusión de que existía la noción de un continuo entre los términos polares, usando tales términos para definir la escala de siete puntos. Dichos autores en sus trabajos de medición semántica, lo mismo que en sus estudios de estereotipos determinan qué es lo que se debe llamar "estilos personales", al marcar las escalas del diferencial semántico.

Ahora bien, retomando el hecho de que el significado de un signo ha sido definido como un proceso de mediación representacional; esto es, una reacción compleja divisible en numerosos componentes desconocidos pero finitos. Dicho constructo extraído de la teoría del aprendizaje, ha sido tentativamente coordinada con las operaciones de medida, para identificar estas reacciones mediadoras complejas con un punto en un espacio multidimensional, el cual ha sido denominado como espacio semántico.

El espacio semántico, es una región de dimensión desconocida y euclidiana en carácter. En él, cada escala semántica, definida por un par de adjetivos polares (opuestos en significado), es asumida para representar una función en línea recta, la cual, pasa por el origen de este espacio, y una muestra de cada una de las escalas entonces, representa un espacio multidimensional. El origen de este espacio representa la neutralidad en las tres dimensiones.

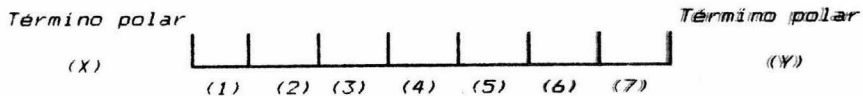
El punto en el espacio tiene dos propiedades esenciales: la dirección desde su origen y la distancia al mismo. Las proyecciones de este punto dentro de varias dimensiones del espacio semántico son asumidas para corresponder a qué componentes median las reacciones que están asociadas con el signo y con qué grados de intensidad. La operación esencial de medida, es la localización sucesiva de un concepto hacia una serie de escalas descriptivas, definidas como adjetivos polares; las cuales son representativas de las principales dimensiones a lo largo del cual, el proceso varía significativamente.

De tal forma que:

-el signo es representado como un punto en un espacio dimensional (tres dimensiones). Como un punto en el espacio, el signo tiene proyecciones dentro de cada una de las dimensiones. La magnitud y dirección de las coordenadas para cada N dimensión son, por otro lado, estimadas por la dirección y extremos de los juicios de los sujetos, en contraposición con aquellas escalas del diferencial que representan esta dimensión.

Para poder expresar el comportamiento actual de un sujeto, tomando el diferencial semántico en términos de modelo teórico del aprendizaje, cada ítem presenta la siguiente situación:

(CONCEPTO)



En la cual la escala de posiciones ha sido definida como:

- |                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| 1) extremadamente X            | 5) ligeramente Y    |
| 2) completamente X             | 6) completamente Y  |
| 3) ligeramente X               | 7) extremadamente Y |
| 4) ni X ni Y; igualmente X y Y |                     |

De acuerdo a esto, las posiciones confrontadas de las escalas constituyen las coordenadas de la localización de los conceptos en el espacio semántico ya que, si se identifican la dirección y la distancia del origen con la cualidad y la intensidad, la dirección desde el origen depende de los términos de acciones polares seleccionados y, la distancia dependerá de los extremos de las posiciones escalares marcadas.

La diferenciación semántica significa, la localización sucesiva de un concepto como un punto en el espacio semántico multidimensional. La diferencia en el significado entre dos conceptos es entonces, simplemente una función de las diferencias en sus respectivas localizaciones dentro del mismo espacio; esto es, es una función de la distancia multidimensional entre los dos puntos.

La dirección de un punto en el espacio semántico corresponde a las reacciones que son producidas por el signo, y la distancia desde el origen corresponde a la intensidad de las reacciones, siendo entonces ésta una reacción por la cual, el diferencial semántico como una técnica de medición, puede ser considerada como un índice de significado.

Desde los primeros esbozos del diferencial semántico, se consideró que aquéllo que se había denominado espacio semántico, estaba necesariamente compuesto por un número determinado, pero desconocido, de factores o de dimensiones del significado; por otra parte, a partir de las hipótesis que enmarcaron la lógica del método, surgió el análisis factorial como el procedimiento más indicado para aislar e identificar dichas dimensiones. Dicha determinación, fué realizada a través de tres formas diferentes de análisis factorial: método Thurstone de factorización centroide o método gráfico; factorización D o método de elección forzada; y muestreo Thesaurus, cuyos resultados concordaron en la identificación de tres factores principales o dominantes:

-Factor evaluativo: el cual obtuvo el más alto peso puesto que las escalas que lo constituían eran adjetivos que implicaban una valoración del concepto.

-Factor de potencia: está constituido por escalas de adjetivos con énfasis en el vigor, la tenacidad y el poder.

-Factor de actividad: está formado por escalas adjetivales que denotan movimiento, mostrando cierto nivel de dependencia de los factores anteriores.

Dicha estructura EPA, se ha obtenido a través de variedades amplias de muestras de sujetos, conceptos y escalas.

Recientemente, un programa de investigación ha aceptado la validéz del diferencial semántico en 24 idiomas diferentes (Osgood 1964; Jakobovits, 1966), incluyendo el castellano.

Quando se consideran las dimensiones EPA como coordenadas, ello permite situar al estímulo como un punto en el espacio, representando gráficamente dicho punto, la respuesta afectiva del estímulo.

Con respecto a las dimensiones EPA se puede resumir:

- 1) Los significados varían multidimensionalmente, esto indica que el espacio semántico de los conceptos tienen un gran número de dimensiones.
- 2) Existen tres factores dominantes, aunque no exhaustivos, lo cual subraya el hecho de la estabilidad de las dimensiones EPA.
- 3) No obstante, estas tres dimensiones no son todas las que definen el espacio semántico, lo cual, deja abierta la posibilidad de identificar nuevos factores a partir de la identificación de nuevos conceptos, escalas y jueces.

Por otro lado, hay casos en que las dimensiones EPA separadas no son tan interesantes como algunas combinaciones de las mismas. Esto es verdad, cuando hay un tipo particular de reacciones de afectividad que reviste especial interés.

Ahora bien, y de acuerdo a lo anteriormente citado, el diferencial semántico como técnica de medida cumple con las características psicométricas de:

-Objetividad: en éste contexto, puede ser considerado el diferencial semántico como una técnica objetiva, al permitir que cualquier investigador pueda utilizar las escalas bipolares de siete intervalos y obtener los mismos resultados en la evaluación de los conceptos.

-Confiabilidad: Osgood (1957), para el caso del diferencial semántico distingue tres aspectos de la confiabilidad:

- a) confiabilidad del ítem
- b) confiabilidad del puntaje de factor, y
- c) confiabilidad del significado del concepto.

En el caso del diferencial semántico, la medida básica, es la que está representada por la calificación que el sujeto hace en una escala de siete intervalos (de 1 a 7 o de +3 a -3).

- a) Confiabilidad del ítem: Esta se refiere a la posibilidad de reproducir las medidas básicas (test-retest: coeficientes de confiabilidad). Osgood y cols. (1957), encontraron un nivel de confiabilidad de 0.85 y concluyeron que una diferencia de tres unidades escalares o más entre dos estimaciones en la misma escala deberá considerarse estadísticamente significativa al nivel .05 en una prueba de colas.

- b) *Confiabilidad de la puntuación de factor: se denomina a la agrupación de los puntajes en factores (evaluación, potencia, actividad) y la posibilidad de reproducirlos bajo condiciones de retest. Las puntuaciones de factor de un concepto sirven, tanto para localizar a un concepto como un punto en el espacio semántico, el cual define el significado del concepto, así como para determinar la distancia semántica entre los conceptos.*
- c) *Confiabilidad del significado del concepto: es la reproducción de la localización de un concepto en el espacio semántico.*

*-Validez: En el caso del diferencial semántico se hablaría de validez, si los resultados del diferencial se correlacionaran significativamente con un criterio externo del significado, los que en su mayoría, sólo se refieren al factor evaluativo, arrojando resultados consistentes elevados y proporcionándole al diferencial semántico un amplio margen de garantía en lo que se refiere a la validez.*

*Debido a que en el caso específico del significado es difícil encontrar criterios externos con los cuales se puedan comparar los resultados obtenidos en un diferencial semántico, ha sido necesario aproximarse al problema de la validez, utilizando la validez de facie, la validez de los factores semánticos, la validez de los supuestos escalares y, la validez como índice de los procesos mediadores.*

*Messeck (1957), realizó una investigación con el propósito de poner a prueba éstos supuestos, concluyendo en su análisis que:*

- a) *los intervalos extremos de cada escala (1 y 7 ó -3 y +3) son un poco mayores que los centrales;*
- b) *la magnitud interescalar de los intervalos es bastante consistente, y*
- c) *el origen de la escala o punto cero, cae aproximadamente en el mismo lugar en todas las escalas aunque se encuentra ligeramente desplazado hacia el lado negativo*

*Estos resultados sugieren, una mayor similitud interescalar que intraescalar de los intervalos; es decir, que los límites de las categorías, están ubicados en lugares similares en todas las escalas, pero no exactamente en posiciones tales que permitan hablar de intervalos iguales.*

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la diferencia puede ser atribuida al error esperado del instrumento o al azar, además que casi las tres cuartas partes de los conceptos fueron calificados en el lado positivo de las escalas, lo que puede explicar que el origen escalar se encuentre ligeramente desplazado hacia el lado negativo; asimismo se observó una tendencia a utilizar más los extremos de las escalas que los intervalos centrales, lo que hace aparecer a los intervalos extremos como mayores que los centrales (efecto terminal) y finalmente siendo necesario considerar la posible distorsión que se puede producir al utilizar enteros sucesivos y no los puntos medios de las escalas.

A pesar de todas estas consideraciones, los resultados de Messeck indican que la distorsión es tan pequeña que no modifica las cualidades básicas de las escalas.

-Sensibilidad: la sensibilidad del diferencial semántico, está representada por la detección que hacen las escalas de pequeñas diferencias de significado. Los estudios realizados al respecto, proporcionan evidencia suficiente sobre la capacidad del diferencial semántico para hacer discriminaciones precisas de significado y además, tienden a comprobar que dichas discriminaciones son congruentes con las que la gente utiliza generalmente en la elaboración de sus juicios.

-Comparabilidad: esta característica es una extensión de la noción de validez. En el diferencial semántico, dos formas de comparación están suficientemente apoyados: las comparaciones entre sujetos y las comparaciones entre conceptos (estímulos). La primera se ha realizado con mayor frecuencia, utilizando grupos con características comunes, siendo en el área transcultural donde el diferencial semántico ha alcanzado su mayor aplicación y en donde se utiliza posiblemente en mayor intensidad. La comparabilidad entre conceptos no está tan sólidamente apoyada como la primera. Obtener escalas paralelas en las cuales se logre el mismo significado independientemente del concepto juzgado es, hasta el momento, una de las mayores dificultades del diferencial semántico. Esto confirma el hecho, de que el diferencial semántico no es una prueba psicológica en el sentido generalizado del término; es decir, un instrumento con un número definido de reactivos, calificaciones y baremos específicos; sino que por el contrario, es una técnica de medida muy generalizable que exige adaptación de su forma y contenido según el tipo de problemas que se quiere investigar ya que, ni los conceptos que se evalúan ni las escalas bipolares que se utilizan, pueden considerarse típicos, puesto que unos y otros dependerán de los propósitos y necesidades específicos de la investigación.

De acuerdo a las características psicométricas antes descritas, que cumple la técnica del diferencial semántico es obvio que, los pasos para la construcción, aplicación y análisis del diferencial semántico deben ser llevados a cabo con el mayor cuidado posible.

Dichos pasos son:

-Seleccionar los conceptos o estímulos: éstos han de guardar relación con el problema de investigación, pudiendo ser, una palabra simple o frase, cuyo tipo depende principalmente del interés del investigador. Usualmente, las limitaciones de tiempo y sujetos, no permite incluir todos los conceptos relevantes en un área determinada impidiendo, llevar a cabo el muestreo y optando por el "buen juicio".

-Seleccionar las escalas: El procedimiento más útil, es seleccionar escalas que se basen en los análisis factoriales publicados y apegarse a los informes disponibles que indiquen la composición factorial de las escalas del diferencial semántico. Los estudios de Osgood y cols., son una fuente estándar de la información analítica factorial sobre escalas del diferencial semántico.

Es conveniente usar más de una escala para cada dimensión, mejorándose así, la confiabilidad de las puntuaciones factoriales; por otra parte, las características de confiabilidad de las escalas son tales, que rara vez serían útiles más de diez escalas para medir una dimensión, y hablando en general, cuatro escalas por dimensión dan una sensibilidad adecuada para la mayoría de los propósitos. Se pueden usar escalas de siete, tres, cinco e incluso de nueve puntos. Osgood descubrió que la de siete puntos es la más eficaz.

-Seleccionar el formato del diferencial semántico: Hay dos tipos de formatos para representar gráficamente las escalas y los conceptos que se van a evaluar; los cuales son aplicables a grupos de cualquier tamaño, difiriendo principalmente en la forma en la que los conceptos son apareados con las escalas. En la forma I, cada concepto en mayúsculas aparece en la primera línea, así como la escala que está siendo juzgada, la forma II usa una hoja de papel para cada concepto con todos los juicios puestos sucesivamente.

El formato tipo II, es el más frecuentemente usado, dado que agrupa los datos de un solo concepto, facilitando el análisis estadístico al tener un ejemplo en el que el objeto presentado producirá la misma respuesta de todos los sujetos.

-Administración: El diferencial semántico se aplica fácilmente a grupos, constituyendo ésta la manera más eficiente de obtener datos. Sin embargo, también puede aplicarse satisfactoriamente en forma individual. Las instrucciones para los sujetos incluyen:

- 1) Orientación a la naturaleza general de la tarea;
- 2) la significancia de las posiciones escalares y como deben de marcar, y



- 3) la actitud que será tomada hacia la tarea (velocidad, primera impresión), con tener un ejemplo en el que el concepto presentado producirá la misma respuesta de todos los sujetos. Ciertos detalles de instrucción varían la forma de experimento a experimento.

## 6.2 ANALISIS DE LOS DATOS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

El diferencial semántico aporta gran cantidad de datos, de modo que es posible efectuar numerosos análisis. Los datos crudos obtenidos, son una colección de marcas en las escalas bipolares. Las puntuaciones pueden comprender dígitos del 1 al 7 o bien, es posible aplicar el sistema numérico de +3 a -3, pues ofrece la ventaja de tener un cero en el punto neutral (un origen en el centro del espacio semántico), reflejando la naturaleza bipolar de las escalas; pero esta ventaja es contrarrestada con creces por el inconveniente de tener que trabajar con cantidades negativas. De esta manera, una puntuación personal en un ítem, es el dígito correspondiente a la posición de la escala marcada. Si hay K escalas y M conceptos, cada sujeto genera una matriz  $K \times M$ , y la matriz generada por el total de sujetos que se representará por N será:  $K \times M \times N$ .

Considerados en términos de varianza y conjuntos, existen tres causas principales de varianza, o una partición cruzada tridireccional de la muestra total de puntuaciones. Las causas son: conceptos, escalas y sujetos (y el error naturalmente). Dicho de otra manera, las puntuaciones pueden analizarse para hallar las diferencias que existen entre conceptos, escalas, sujetos o cualquier combinación de ellos. (125, 95, 76, 36, 101)

### Medidas descriptivas y procedimientos del Diferencial Semántico.

La puntuación que brinda el diferencial semántico es peculiar, en el sentido de que se pueden analizar los datos de un individuo y también los de grupos de individuos, utilizando estadísticas y procedimientos para sintetizar los datos a un conjunto razonable de medidas.

Ahora bien, dado que el propósito del instrumento es la diferenciación en términos de escalas, nunca se suman completamente sobre las K escalas, sino que se lleva a cabo una sumatoria parcial sobre las dimensiones utilizadas, ésto es, obteniendo puntajes de factor.

-Puntajes de factor: el primer paso en la reducción de datos consiste en combinar las calificaciones de las escalas separadas dentro de los puntajes de factor. Esto implica en primer lugar, la asignación de valores numéricos a las posiciones escalares (de 1 a 7 ó de +3 a -3). Las respuestas así obtenidas se codifican, y luego se promedian todas las calificaciones del sujeto sobre la totalidad de las escalas que representan a una sola dimensión. El producto es un sólo número que representa la reacción de un sujeto a un concepto en una de las dimensiones del diferencial semántico.

Un segundo paso, es el de encontrar las medias de los grupos para los puntajes de factor correspondientes a diferentes conceptos. Esto es, lo que interesa aquí, es la calificación promedio de cierto grupo, más que la calificación correspondiente a cualquier sujeto en forma individual.

-Medias de grupo: Estas en el diferencial semántico tienden a ser extremadamente estables, o sea que la confiabilidad es alta.

Ya que en muchos de los problemas de investigación el objetivo principal es determinar cuáles son las similitudes y diferencias (entre e intra) de los conceptos en los cuales se está interesado, ahora nos avocamos a tratar las medidas descriptivas por medio de las cuales se puede llegar a conclusiones sobre estos aspectos.

El significado de un concepto para un sujeto o grupo, es definido operacionalmente como el conjunto (set) o perfil de puntuaciones factor; sin embargo, también puede ser definido, más útil y eficientemente, como aquél punto en el espacio semántico identificado por las coordenadas de sus factores. En esta representación, se puede ver la similitud entre varios conceptos sobre todos los factores simultáneamente en términos de aproximación o cercanía en el espacio (método o modelo gráfico).

De esta manera, si dos conceptos se encuentran próximos en el espacio semántico, su significado será similar para el individuo o grupo que emiten los juicios. Y a la inversa, si están separados diferirán en significado. En este modelo gráfico, la consistencia del significado cultural de un concepto podría estar representado por la disposición de los puntos de los sujetos con respecto a su tendencia central.

Lo anteriormente citado, subraya por tanto la necesidad de tener una medida que determine la distancia entre dos conceptos cualesquiera. El coeficiente usual de la correlación producto momento, no se considera adecuado como medida de relación entre conceptos, porque prescinde de las distancias absolutas.

Osgood y cols., se valieron de la llamada *D* estadística, medida que se define en los siguientes términos:

$$D_{ij} = d_{ij}^2$$

donde *D* es la distancia lineal que existe entre dos conceptos cualesquiera, *i* y *j*; *d* es la diferencia algebraica de las coordenadas de *i* y *j* en el mismo factor (EPA).

Para calcular *D*, se resta de los valores asignados a un concepto los valores asignados a otro, se elevan al cuadrado las diferencias y se suman:

$$\sum d_{ij}^2 = (\sum X_i - X_j)^2$$

Posteriormente, se extrae la raíz cuadrada de la suma:

$$D_{ij} = (\sum X_i - X_j)^2$$

El número de las *D* en cualquier matriz es:

$$n(n-1)/2$$

donde *n* representa el número de conceptos.

La matriz *D* puede ser analizada de dos o tres maneras, pero el fundamento es siempre el mismo: buscar conceptos que se puedan unir en un mismo grupo. Mientras menor sea una *D* entre dos conceptos más similar será su significado y viceversa, cuando mayor sea una *D* más distinto será su significado.

Aunque la *D* es a menudo utilizada para indicar la distancia (y por ende la similaridad o diferencia) entre los conceptos juzgados por un individuo o grupo, ésta también se ha aplicado a la comparación de dos sujetos o grupos de sujetos, o en que tan similarmente perciben el mismo concepto.

Por otro lado, la clase de medida, o sea la emocionalidad o reacción afectiva hacia el concepto es dada por la medida de la polarización, ésto es, la distancia entre el punto neutral u origen en el espacio tridimensional del Diferencial Semántico y el concepto particular bajo consideración.

La polarización se calcula simplemente, elevando al cuadrado los puntajes de factor de cada dimensión, sumando éstos y tomando la raíz cuadrada de la suma; ésto es:

$$P = e^2 + p^2 + a^2$$

donde *e*, *p*, y *a* son medidas del puntaje de factor de un concepto dado en base a las tres dimensiones principales.

### 6.3 APLICACION DEL DIFERENCIAL SEMANTICO.

La naturaleza del diferencial semántico, ha permitido que su campo de aplicación se haya multiplicado notablemente a través del tiempo. Por ser más una técnica general de medición que un test específico, por su flexibilidad y adaptabilidad a diversos problemas, y por el hecho mismo de ser el significado cognotativo una característica subyacente en muchos fenómenos psicológicos, el diferencial semántico se ha convertido en un arma profesional y en un instrumento de utilización frecuente en la exploración e implementación de diversos problemas de investigación del comportamiento como lo son entre otros:

- a) la medición de las actitudes,
- b) investigación transcultural,
- c) rama clínica, y
- d) rama social.

Las actitudes pueden adscribirse a un continuo básico bipolar, con un punto neutral de referencia a cero, lo que implica que tiene dirección e intensidad y a la vez, proporciona una base para obtener índices cuantitativos de ellas; o bien, para usar una nomenclatura algo diferente.

Las actitudes son procesos implícitos que tienen propiedades recíprocamente antagónicas y varían en intensidad.

Esta caracterización de la actitud como un proceso implícito aprendido, que es potencialmente bipolar, que varía en su intensidad, y media la conducta adaptativa, sugiere que la actitud es parte de la actividad interna mediadora y opera entre estímulos y patrones de respuesta.

Las escalas de actitudes del diferencial semántico, están compuestas normalmente por cuatro a doce escalas bipolares; en general, se utilizan sólo escalas de la dimensión E, pero en ocasiones es conveniente utilizar escalas de las otras dos dimensiones.

La dirección de la actitud, favorable o desfavorable, es simplemente indicado por la selección de términos polares; si la puntuación cae más cerca de los polos favorables, entonces se considera favorable la actitud y viceversa. Una puntuación que cae en el origen (0 ó 4) de las escalas, se considera un índice de neutralidad de la actitud.

La intensidad de la actitud se indica, por la distancia al origen de la puntuación de actitud. Aunque en una escala existan solamente tres niveles de intensidad: "ligeramente, bastante y extremadamente", en cualquier dirección, la suma en varias escalas evaluativas produce grados más afinados de intensidad. Y una puntuación neutral es de intensidad mínima en cuanto a actitud. Por lo tanto, la actitud hacia un concepto, es la proyección de este punto dentro de la dimensión evaluativa de dicho espacio.

Obviamente, cada punto en el espacio semántico tiene un componente evaluativo y por consiguiente, cada concepto involucra un componente actitudinal como parte de su significado total. Esto no implica que la dimensión evaluativa o actitudinal sea necesaria (estable en orientación con respecto a otras dimensiones del espacio). En otras palabras, el tipo de evaluación puede cambiar con el marco de referencia determinado por los conceptos.

Quizá la contribución de mayor importancia general del diferencial semántico es, que éste provee de un solo espacio de actitud para todos los estímulos, situación que permite análisis, comparaciones e insight que son virtualmente imposibles con los instrumentos tradicionales.

Existen pruebas de que el diferencial semántico puede utilizarse, como escala de actitud generalizada, ya que se ha observado que al utilizar exactamente el mismo conjunto de escalas evaluativas, la correlación entre muestras de calificaciones obtenidas con escalas específicas de actitud, son igualmente altas para diversos objetos de actitud.

## CAPITULO 7

### METODO

#### 7.1 TIPO DE INVESTIGACION.

Estudio comparativo de campo ex post facto.

#### 7.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION.

-¿Qué relación existe entre las actitudes de los padres hacia la condición incapacitante de sus hijos y el tipo de incapacidad que padecen estos?

-¿Habrá diferencias entre las actitudes hacia la condición de incapacidad de padres de niños incapacitados y las actitudes de padres de niños no incapacitados?

-¿Como influye el tipo de incapacidad de los niños en la relación de pareja de sus padres?

-¿Habrá diferencia entre la relación de pareja de padres de niños incapacitados y la relación de pareja de padres de niños no incapacitados?

#### 7.3 HIPOTESIS DE TRABAJO.

-Existen diferencias entre la media del puntaje de actitud de los padres de niños mentalmente incapacitados, la media del puntaje de actitud de padres de niños físicamente incapacitados y la media del puntaje de actitud de padres de niños no incapacitados.

-Existen diferencias entre la media de las puntuaciones de relación de pareja de padres de niños físicamente incapacitados, la media de las puntuaciones de relación de pareja de padres de niños mentalmente incapacitados y la media de las puntuaciones de relación de pareja de padres de niños no incapacitados.

-Existen diferencias en la media de puntaje de actitud entre los padres (padre-madre) de niños mentalmente incapacitados, la media del puntaje de actitud entre los padres (padre-madre) de niños físicamente incapacitados y la media del puntaje de actitud entre los padres (padre-madre) de niños no incapacitados.

-Existen diferencias en la media de las puntuaciones de la relación de pareja entre padres (padre-madre) de niños físicamente incapacitados, la media de las puntuaciones de la relación de pareja entre padres (padre-madre) de niños mentalmente incapacitados y la media de las puntuaciones de relación de pareja entre padres (padre-madre) de niños no incapacitados.

#### 7.4 VARIABLES.

-Variable Dependiente:

I.- Actitud de los padres hacia la condición de incapacidad de sus hijos.

a) Definición conceptual: "Actitud, es aquella tendencia a producir respuestas de naturaleza emotiva, ya sea de acercamiento o de evitación de algún objeto o clases de objetos, y se derivan mediante una estructura que contiene una creencia y un valor" (Jones & Gerard, 1980).

b) Definición operacional: Actitud; puntaje obtenido a través de una escala de diferencial semántico de Osgood, que mide las actitudes hacia la condición de incapacidad de un niño minusválido y cuyos estímulos se relacionan a la condición de éste.

II.- Relación de pareja.

a) Definición conceptual: "Es un proceso cuyo resultado está determinado por el grado de:

- 1) problema de diferencias en la pareja;
- 2) tensiones interpersonales y ansiedad personal;
- 3) satisfacción de la pareja;
- 4) cohesión de la pareja y
- 5) consenso en las cuestiones de importancia para el funcionamiento de la pareja" (Spanier, 1976).

b) Definición operacional: Puntaje obtenido a través de la escala de Satisfacción Marital.

-Variable Independiente:

1.- Retraso Mental Profundo: Es el caso más grave de retraso mental. Se considera un sujeto retrasado mental profundo, cuando presenta una disminución significativa y permanente de su desarrollo intelectual, caracterizado por un Coeficiente intelectual inferior a 20 ( $CI = (EM/EC)100$ ), sin habla o lenguaje rudimentario, que necesita de cuidados, atención, vigilancia y asistencia permanente (Henry Ey, 1980).

2.- Mielomeningocele: Es un tipo de afección neuromuscular, caracterizado por una malformación de la médula espinal; esta malformación se presenta como una masa que sobresale de la superficie del cuerpo y que está recubierta no por vértebras

sino por membranas que normalmente envuelven la medula (meninges).

3.- Padre-Madre: Aplicación de los instrumentos tanto al padre como a la madre de los niños en estudio.

#### 7.5 INSTRUMENTOS.

Se optó por la técnica del Diferencial Semántico de Osgood, debido a que es un instrumento de medición altamente generalizable, puesto que puede ser adaptada a los requerimientos y propósitos de cada problema de investigación.

La elaboración de la escala de diferencial semántico se realizó de la siguiente manera:

- 1.- Selección de los estímulos. En base a la literatura revisada previamente, se eligieron aquellas palabras que estuvieran relacionadas con la variable a tratar, la condición incapacitante del niño, integrándose así una lista de 120 palabras. Este banco de estímulos fue presentado en forma impresa a un grupo de 30 personas de diferente edad, sexo y nivel cultural, pidiéndoles señalaran de la lista de palabras las 10 que a su juicio tuvieran mayor relación con los conceptos de incapacidad física y mental. A través de un análisis de frecuencia de los resultados se obtuvo una segunda lista de 22 palabras. Dadas las limitaciones de tiempo y sujetos, así como la posibilidad de automatización y aburrimiento en éstos, no se incluyeron todos los conceptos de esta segunda lista, optándose por incluir aquellos que a nuestro juicio resultarían ser los más relevantes, quedando de esta manera integrados los 10 estímulos a evaluar. Cabe hacer mención, que seis de estos estímulos se redactaron en forma de frase, anteponiéndoles adjetivos posesivos y/o artículos determinados, con el propósito de que los sujetos se sintieran involucrados en forma más personal.
- 2.- Selección de las escalas. El objetivo básico en un estudio de diferencial semántico, es obtener medidas en las dimensiones de Evaluación, Potencia y Actividad; y puesto que los análisis factoriales muestran que estas dimensiones son independientes, también se buscan medidas que sean independientes.

Las escalas bipolares se eligieron con base en el estudio realizado por Diaz Guerrero (1975), sobre el diferencial semántico en el idioma español, seleccionándose aquéllos con mayor peso factorial, quedando clasificados 5 pares para la escala de evaluación y 5 pares para la escala de potencia.

| EVALUACION             | PESO FACTORIAL | POTENCIA         | PESO FACTORIAL |
|------------------------|----------------|------------------|----------------|
| Bueno-Malo             | 0.95           | Gigante-Enano    | 0.80           |
| Odioso-Amoroso         | 0.95           | Menor-Mayor      | 0.78           |
| Admirable-Despreciable | 0.95           | Grande-Chico     | 0.76           |
| Simpático-Antipático   | 0.95           | Inmenso-Diminuto | 0.71           |
| Maravilloso-Espantoso  | 0.94           | Débil-Fuerte     | 0.66           |



3.- Selección del formato. Se optó por el formato tipo II, dado que en este se agrupan los datos de un solo concepto, facilitando la ejecución y el análisis estadístico de los resultados, además de ser la forma más frecuentemente usada a nivel experimental. (ver Anexo)

El procedimiento empleado en el desarrollo de la escala de Satisfacción Marital, es una extensión de aquella utilizada por Spanier (1976), y adaptada a nuestra población por García, Y. en su trabajo de investigación (en preparación) titulado "Relación entre el ciclo vital, la interacción y algunas variables sociodemográficas en la satisfacción marital."

La presente escala sin embargo, es el producto de una readaptación, de acuerdo a las características de la población a evaluar; las modificaciones hechas a dicha escala consistieron en:

- 1.- Se cambió la naturaleza de los reactivos de cierto-falso a si-no.
- 2.- Se cambió la estructura de algunos reactivos que implicaban una respuesta de doble negación.
- 3.- Se modificaron aquellas expresiones que pudieran implicar una dificultad en la comprensión de los sujetos, optándose por palabras de uso común.
- 4.- Se elaboró una versión para cada sexo, dado que la versión original consta sólo de un formato para hombres y mujeres.
- 5.- El reactivo 13, cuyo enunciado comprendía dos preguntas, fue dividido en dos.

La escala final, quedó constituida por 69 reactivos de respuesta dicotómica (ver Anexo).

#### 7.6 SUJETOS.

La muestra total de sujetos estuvo constituida por 63 parejas (padre-madre), divididas en tres grupos:

GRUPO 1: Formado por 21 parejas de padres de niños con diagnóstico de Deficiencia Mental Profunda y con edades comprendidas entre los 6 y 12 años, que asisten a consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y cuya residencia es en el mismo domicilio.

GRUPO 2: Constituido por 21 parejas de padres de niños diagnosticados con Mielomeningocele, con edades entre 6 y 12 años, atendidos en el Centro de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y que residían en el mismo domicilio.

GRUPO 3: Formado por 21 pareja de padres de niños sin diagnóstico de enfermedad física y/o mental, con edades entre 6 y 12 años, y cuyas madres asisten a centros recreativos y culturales, y que residen en el mismo domicilio.

#### 7.7 MUESTREO.

La muestra elegida fué no probabilística, por autoselección e intencional. con el fin de tener un control sobre las variables.

#### 7.8 DISEÑO ESTADISTICO.

En esta investigación, se analizaron los datos como dos investigaciones ajenas; una relativa a la actitud de los padres hacia la condición de incapacidad de sus hijos y la otra, la relación de pareja entre los padres de los grupos en estudio. Para ambos casos, el análisis utilizado fue una prueba ANOVA para un diseño factorial 2 X 3; es decir, dos grupos padre-madre (variable intrasujeto), y tres grupos: mentalmente incapacitados, físicamente incapacitados y no incapacitados (variable intragrupo).

#### 7.9 PROCEDIMIENTO.

Se acudió a las Instituciones antes mencionadas, para solicitar el acceso al archivo y seleccionar aquellos casos que reunieran las características definidas para los sujetos.

Con respecto al grupo de niños no incapacitados, se acudió a centros recreativos y culturales en donde se solicitó la participación de aquellas personas que cumplieran con los requisitos de la investigación.

Una vez identificada la muestra, para los grupos 1 y 2, se procedió de la siguiente manera:

- 1.- Se envió un citatorio a los padres solicitando su presencia en la institución correspondiente, para tratar asuntos relacionados con su hijo .
- 2.- En esta cita, se pidió a los padres su colaboración para participar en una investigación cuya finalidad era resaltar la importancia de una atención en forma integral (niño-padres); así como brindarles una plática sobre "La Familia del Niño Incapacitado", en la cual, se recalcó la importancia de la estabilidad emocional de la pareja como factor determinante en la rehabilitación del niño. Cabe hacer mención, que dicha plática sólo se dió a petición de las autoridades en el Centro de Rehabilitación del DIF, teniendo la opción de que aquellas parejas que manifestaran algún tipo de problemática, tuvieran la oportunidad de recibir atención fungiendo nosotras como intermediarias.

- 3.- Debido a la dificultad de la presencia de ambos padres, se concertó una cita para acudir a su domicilio en la fecha que ellos consideraran conveniente.
- 4.- En la visita domiciliaria, se consideró pertinente hacer un pequeño rapport, aclarando algunas dudas sobre el motivo de la investigación.
- 5.- Una vez aclaradas las dudas, se les presentaba el material a contestar, indicándoles que constaba de una sección de datos personales, otra en la cual tenían que hacer un juicio sobre cinco palabras y cinco frases de acuerdo a diez pares de adjetivos y, finalmente un cuestionario de relación de pareja. Por otro lado se les indicó que cada uno tenía que llenar el cuadernillo en forma individual con la mayor sinceridad posible, teniendo la seguridad de que sus respuestas serían anónimas y no serían juzgadas como buenas o malas.
- 6.- Debido a la presencia de dificultades de comprensión y en algunos casos de analfabetismo, fue necesario que la aplicación fuera dirigida y en forma individual (investigador-sujeto). Cabe hacer mención, que solamente el material correspondiente al diferencial semántico carecía de las instrucciones impresas, las cuales eran dadas en forma verbal a los sujetos, debido a dificultades para su comprensión en forma escrita, manejando siempre el mismo patrón para todos los sujetos, y sólo en caso de persistir las dificultades de comprensión, el lenguaje se adecuaba a cada tipo de persona.

El patrón de instrucciones para el diferencial semántico fue el siguiente:

"A continuación se les presentarán una serie de cuatro palabras y seis frases, sobre las que usted tiene que hacer un juicio de acuerdo a los adjetivos que se encuentran en la parte inferior a la palabra o frase. Entre cada par de adjetivos hay una serie de siete espacios en blanco, los cuales determinan la intensidad de su respuesta. Los primeros tres espacios corresponden al adjetivo de la izquierda, el espacio central (4) es un punto neutro, y los tres siguientes corresponden a la palabra de la derecha. El significado de cada espacio de izquierda a derecha es el siguiente: MUY : BASTANTE : LIGERAMENTE : IGUALMENTE : LIGERAMENTE : BASTANTE : MUY. Su contestación debe darla sin pensarlo mucho, poniendo una cruz en el espacio que elija ".

Posteriormente, se daba un ejemplo para aclarar las instrucciones y a la gran mayoría de los sujetos, se les iba dirigiendo palabra por palabra, hasta donde ellos indicaran que no era necesaria ya nuestra supervisión.

7.- Al término de la aplicación, se asegura que todas las preguntas fueran contestadas, y en caso contrario se pedía a los sujetos completaran el material en su totalidad. Finalmente se agradecía su colaboración y se ponía a su disposición los servicios de la Institución.

## CAPITULO 8

### RESULTADOS

#### 1.- Primera Hipótesis:

- Existen diferencias en actitud hacia condiciones relacionadas con la incapacidad entre diferentes grupos de padres de niños incapacitados (mental y físicamente). Así como entre conyuges (padre-madre).

Para probar esta hipótesis se establecen las siguientes hipótesis estadísticas:

$H_0: \mu_{\text{mental}} = \mu_{\text{físico}} = \mu_{\text{normal}}$

$H_a: \text{Al menos existen diferencias entre dos grupos.}$

$H_0: \mu_{\text{padre}} = \mu_{\text{madre}}$

$H_a: \mu_{\text{padre}} \neq \mu_{\text{madre}}$

$H_0: \mu_{\text{padre-mental}} = \mu_{\text{madre-mental}} =$

$\mu_{\text{padre-físico}} = \mu_{\text{madre-físico}} =$

$\mu_{\text{padre-normal}} = \mu_{\text{madre-normal}}$

$H_a: \text{Al menos existen diferencias entre dos grupos.}$

Estas hipótesis se establecieron para cada uno de los diez estímulos del Diferencial Semántico y para cada una de las dos dimensiones del Diferencial Semántico (Evaluación y Potencia).

Se procesó un análisis de varianza factorial  $2 \times 3$  con una variable intra-sujeto y otra entre-grupo

A continuación se presentan los resultados de estos análisis.

Cabe hacer mención, que los datos marcados con un asterisco indican una significancia estadística al .05, y los marcados con dos asteriscos indican una significancia estadística al .01.

DIMENSION: EVALUACION  
ESTIMULO: MI SUERTE

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 24.67    | 26.95    | 22.33  | 23.79 |
|       | s | 4.20     | 4.14     | 4.06   | 5.92  |
| PADRE | x | 23.57    | 27.86    | 19.95  | 24.65 |
|       | s | 4.64     | 5.41     | 4.80   | 4.54  |
| TOTAL | x | 24.12    | 27.40    | 21.14  |       |
|       | s | 4.46     | 4.84     | 4.60   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION   | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|-----------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| <u>ENTRE FAMILIAS</u> | 2003.78           | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS          | 824.12            | 2   | 412.06           | 20.96 ** |
| INT. FAMILIA/GRUPO    | 1179.66           | 60  | 19.66            |          |
| <u>INTRASUJETO</u>    | 1532.00           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES          | 23.15             | 1   | 23.15            | 2.30     |
| INT. GRUPO/PADRES     | 904.83            | 2   | 452.41           | 44.94 ** |
| ERROR INTRASUJETO     | 604.02            | 60  | 10.07            |          |
| <u>TOTAL</u>          | 3535.78           | 125 |                  |          |



Se encontraron diferencias entre grupos [F(2,60)=20.96;p<.01], resultando también significativa la interacción grupo/padres [F(2,60)=44.94;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|  | MI    | PI    | PR    | MR    | PN    | MN    |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 27.86 | 26.95 | 24.67 | 23.57 | 22.33 | 19.95 |

|    |       |         |         |         |         |      |
|----|-------|---------|---------|---------|---------|------|
| MI | 27.86 | -       |         |         |         |      |
| PI | 26.95 | 0.91    | -       |         |         |      |
| PR | 24.67 | 3.19 *  | 2.28    | -       |         |      |
| MR | 23.57 | 4.29 ** | 3.38 *  | 1.10    | -       |      |
| PN | 22.33 | 5.53 ** | 4.62 ** | 2.34    | 1.24    | -    |
| MN | 19.95 | 7.91 ** | 7.00 ** | 4.72 ** | 3.62 ** | 2.38 |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(10.61/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(10.61/21)}$$

|  | I     | R     | N     |
|--|-------|-------|-------|
|  | 27.40 | 24.11 | 21.14 |

|   |       |         |         |
|---|-------|---------|---------|
| I | 27.40 | -       |         |
| R | 24.11 | 3.29 ** | -       |
| N | 21.14 | 6.26 ** | 2.97 ** |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(19.66/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(19.66/42)}$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: MI SUERTE

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 21.90     | 24.62    | 20.29  | 22.44 |
|       | s | 4.95      | 4.96     | 2.72   | 5.04  |
| PADRE | x | 21.43     | 25.52    | 20.38  | 22.27 |
|       | s | 3.52      | 5.57     | 4.26   | 4.69  |
| TOTAL | x | 21.67     | 25.07    | 20.33  |       |
|       | s | 4.30      | 5.30     | 3.58   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION   | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|-----------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| <u>ENTRE FAMILIAS</u> | 1846.43           | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS          | 501.48            | 2   | 250.74           | 11.19 ** |
| INT. FAMILIA/GRUPO    | 1344.95           | 60  | 22.42            |          |
| <u>INTRASUJETO</u>    | 1150.50           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES          | 0.96              | 1   | 0.96             | 0.009    |
| INT. GRUPO/PADRES     | 512.55            | 2   | 256.27           | 24.14 ** |
| ERROR INTRASUJETO     | 636.99            | 60  | 10.62            |          |
| <u>TOTAL</u>          | 2996.93           | 125 |                  |          |



Se encontraron diferencias entre grupos [F(2,60)=11.19;p<.01], resultando también significativa la interacción grupo\padres [F(2,60)=24.14;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación

Diferencias entre grupos:

|  | MI    | PI    | PR    | MR    | MN    | PN    |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 25.52 | 24.62 | 21.90 | 21.43 | 20.38 | 20.29 |

|    |       |         |         |      |      |      |
|----|-------|---------|---------|------|------|------|
| MI | 25.52 | -       |         |      |      |      |
| PI | 24.62 | 0.90    | -       |      |      |      |
| PR | 21.90 | 3.62 ** | 2.72    | -    |      |      |
| MR | 21.43 | 4.09 ** | 3.19 *  | 0.47 | -    |      |
| MN | 20.38 | 5.14 ** | 4.24 ** | 1.52 | 1.05 | -    |
| PN | 20.29 | 5.23 ** | 4.33 ** | 1.61 | 1.14 | 0.09 |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(10.61/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(10.61/21)}$$

|  | I     | R     | N     |
|--|-------|-------|-------|
|  | 25.07 | 21.67 | 20.33 |

|   |       |         |      |
|---|-------|---------|------|
| I | 25.07 | -       |      |
| R | 21.67 | 3.40 *  | -    |
| N | 20.33 | 4.74 ** | 1.34 |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(22.42/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(22.42/42)}$$

DIMENSION: EVALUACION  
ESTIMULO: DECEPCION

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 18.81     | 19.67    | 18.67  | 17.68 |
|       | s | 6.50      | 5.90     | 5.93   | 6.07  |
| PADRE | x | 15.86     | 18.00    | 19.19  | 19.05 |
|       | s | 5.51      | 7.21     | 4.71   | 6.13  |
| TOTAL | x | 17.33     | 18.33    | 18.93  |       |
|       | s | 6.20      | 6.64     | 5.36   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F      |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|--------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2696.21           | 62  |                  |        |
| ENTRE GRUPOS        | 67.25             | 2   | 33.63            | 0.77   |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2628.95           | 60  | 43.82            |        |
| INTRASUJETO         | 2051.00           | 63  |                  |        |
| ENTRE PADRES        | 58.70             | 1   | 58.70            | 1.96   |
| INT. GRUPO/PADRES   | 190.83            | 2   | 95.41            | 3.18 * |
| ERROR INTRASUJETO   | 1801.47           | 60  | 30.02            |        |
| TOTAL               | 4747.21           | 125 |                  |        |

Se encontraron diferencias significativas en la interacción grupo\padres [ $F(2,60)=3.18; p<.05$ ], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | PI    | MN    | PR    | PN    | MI    | MR    |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|    | 19.67 | 19.19 | 18.81 | 18.67 | 18.00 | 15.86 |
| PI | 19.67 | -     |       |       |       |       |
| MN | 19.19 | 0.48  | -     |       |       |       |
| PR | 18.81 | 0.86  | 0.38  | -     |       |       |
| PN | 18.67 | 1.00  | 0.52  | 0.14  | -     |       |
| MI | 18.00 | 1.67  | 1.19  | 0.81  | 0.67  | -     |
| MR | 15.86 | 3.81  | 3.33  | 2.95  | 2.81  | 2.14  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(30.02/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(30.02/21)}$$

|   | N     | I     | R     |
|---|-------|-------|-------|
|   | 18.93 | 18.83 | 17.33 |
| N | 18.93 | -     |       |
| I | 18.83 | 0.10  | -     |
| R | 17.33 | 1.60  | 1.50  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(43.82/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(43.82/42)}$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: DECEPCION

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 18.00     | 17.14    | 21.10  | 20.32 |
|       | s | 6.65      | 6.04     | 4.71   | 6.38  |
| PADRE | x | 21.81     | 17.67    | 21.48  | 18.75 |
|       | s | 6.48      | 6.52     | 5.18   | 6.10  |
| TOTAL | x | 19.90     | 17.40    | 21.29  |       |
|       | s | 6.84      | 6.30     | 4.95   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION   | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|-----------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| <u>ENTRE FAMILIAS</u> | 3087.87           | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS          | 325.06            | 2   | 162.53           | 3.53 *   |
| INT. FAMILIA/GRUPO    | 2762.81           | 60  | 46.05            |          |
| <u>INTRASUJETO</u>    | 1895.50           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES          | 77.79             | 1   | 77.79            | 3.49     |
| INT. GRUPO/PADRES     | 481.85            | 2   | 240.92           | 10.82 ** |
| ERROR INTRASUJETO     | 1375.87           | 60  | 22.26            |          |
| <u>TOTAL</u>          | 4983.37           | 125 |                  |          |

Se encontraron diferencias entre grupos [ $F(2,60)=3.53; p<.05$ ], resultando también significativa la interacción grupo\padres [ $F(2,60)=10.82; p<.01$ ], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | MR    | MN     | PN     | PR    | MI    | PI    |
|----|-------|--------|--------|-------|-------|-------|
|    | 21.81 | 21.48  | 21.10  | 18.00 | 17.67 | 17.14 |
| MR | 21.81 | -      |        |       |       |       |
| MN | 21.48 | 0.33   | -      |       |       |       |
| PN | 21.10 | 0.71   | 0.38   | -     |       |       |
| PR | 18.00 | 3.81   | 3.48   | 3.10  | -     |       |
| MI | 17.67 | 4.14   | 3.81   | 3.43  | 0.33  | -     |
| PI | 17.14 | 4.67 * | 4.33 * | 3.96  | 0.86  | 0.53  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(22.26/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(22.26/21)}$$

|   | N     | R      | I     |
|---|-------|--------|-------|
|   | 21.29 | 19.90  | 17.40 |
| N | 21.29 | -      |       |
| R | 19.90 | 1.39   | -     |
| I | 17.40 | 3.89 * | 2.50  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(46.05/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(46.05/42)}$$

**DIMENSION: EVALUACION**  
**ESTIMULO: LA FELICIDAD**

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 26.81     | 29.24    | 24.90  | 26.48 |
|       | s | 5.56      | 4.24     | 6.92   | 6.44  |
| PADRE | x | 26.19     | 30.62    | 22.62  | 26.98 |
|       | s | 5.12      | 6.03     | 5.46   | 5.95  |
| TOTAL | x | 26.50     | 29.93    | 23.76  |       |
|       | s | 5.35      | 5.26     | 6.33   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION   | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|-----------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| <u>ENTRE FAMILIAS</u> | 2869.83           | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS          | 801.93            | 2   | 400.96           | 11.63 ** |
| INT. FAMILIA/GRUPO    | 2067.90           | 60  | 34.46            |          |
| <u>INTRASUJETO</u>    | 1985.00           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES          | 8.13              | 1   | 8.13             | 0.44     |
| INT. GRUPO/PADRES     | 880.83            | 2   | 440.41           | 24.11 ** |
| ERROR INTRASUJETO     | 1096.05           | 60  | 18.27            |          |
| <u>TOTAL</u>          | 4854.83           | 125 |                  |          |

Se encontraron diferencias entre grupos [F(2,60)=11.63;p<.01], resultando también significativa la interacción grupo\padres [F(2,60)=24.11;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | MI    | PI      | PR      | MR    | PN    | MN    |
|----|-------|---------|---------|-------|-------|-------|
|    | 30.62 | 29.24   | 26.81   | 26.19 | 24.90 | 22.62 |
| MI | 30.62 | -       |         |       |       |       |
| PI | 29.24 | 1.38    | -       |       |       |       |
| PR | 26.81 | 3.81    | 2.43    | -     |       |       |
| MR | 26.19 | 4.43 *  | 3.05    | 0.62  | -     |       |
| PN | 24.90 | 5.72 ** | 4.34 *  | 1.91  | 1.29  | -     |
| MN | 22.62 | 8.00 ** | 6.62 ** | 4.19  | 3.57  | 2.28  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(18.27/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.16 \times \sqrt{(18.27/21)}$$

|   | I     | R       | N     |
|---|-------|---------|-------|
|   | 29.93 | 26.50   | 23.76 |
| I | 29.93 | -       |       |
| R | 26.50 | 3.43 *  | -     |
| N | 23.76 | 6.17 ** | 2.74  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(34.46/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(34.46/42)}$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: LA FELICIDAD

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 25.52     | 29.52    | 22.90  | 24.92 |
|       | s | 5.95      | 4.19     | 7.40   | 6.96  |
| PADRE | x | 23.29     | 29.57    | 21.90  | 25.98 |
|       | s | 7.04      | 6.14     | 4.99   | 6.58  |
| TOTAL | x | 24.40     | 29.55    | 22.40  |       |
|       | s | 6.61      | 5.26     | 6.33   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 4100.71           | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS        | 1140.57           | 2   | 570.29           | 11.56 ** |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2960.14           | 60  | 49.34            |          |
| INTRASUJETO         | 1720.50           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES        | 35.63             | 1   | 35.63            | 4.44 *   |
| INT. GRUPO/PADRES   | 1203.69           | 2   | 601.84           | 75.04 ** |
| ERROR INTRASUJETO   | 481.19            | 60  | 8.02             |          |
| TOTAL               | 5821.21           | 125 |                  |          |



Se encontraron diferencias entre grupos [F(2,60)=11.56;p<.01]; entre padres [F(1,60)=4.44;p<.05], resultando también significativa la interacción grupo\padres [F(2,60)=75.04;p<.01]. por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

**Diferencias entre grupos:**

|    | MI    | PI      | PR      | MR      | PN    | MN    |
|----|-------|---------|---------|---------|-------|-------|
|    | 29.57 | 29.52   | 25.52   | 23.29   | 22.90 | 21.90 |
| MI | 29.57 | -       |         |         |       |       |
| PI | 29.52 | 0.05    | -       |         |       |       |
| PR | 25.52 | 4.05 ** | 4.00 ** | -       |       |       |
| MR | 23.29 | 6.28 ** | 6.23 ** | 2.23    | -     |       |
| PN | 22.90 | 6.67 ** | 6.62 ** | 2.62 *  | 0.39  | -     |
| MN | 21.90 | 7.67 ** | 7.62 ** | 3.62 ** | 1.39  | 1.00  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times J(8.02/21)$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times J(8.02/21)$$

|   | I     | R       | N     |
|---|-------|---------|-------|
|   | 29.55 | 24.40   | 22.40 |
| I | 29.55 | -       |       |
| R | 24.40 | 5.15 ** | -     |
| N | 22.40 | 7.15 ** | 2.00  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times J(49.34/42)$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times J(49.34/42)$$

*DIMENSION: EVALUACION  
ESTIMULO: DINERO*

*Los resultados obtenidos son los siguientes:*

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 23.62     | 24.52    | 23.90  | 23.60 |
|       | s | 5.95      | 3.00     | 6.05   | 5.08  |
| PADRE | x | 25.67     | 22.33    | 22.81  | 24.02 |
|       | s | 5.55      | 4.30     | 4.68   | 5.21  |
| TOTAL | x | 24.64     | 23.43    | 23.36  |       |
|       | s | 5.85      | 3.86     | 5.44   |       |

*El análisis de varianza resultó como sigue:*

| FUENTE DE VARIACION   | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F      |
|-----------------------|-------------------|-----|------------------|--------|
| <u>ENTRE FAMILIAS</u> | 2099.43           | 62  |                  |        |
| ENTRE GRUPOS          | 43.86             | 2   | 21.93            | 0.64   |
| INT. FAMILIA/GRUPO    | 2055.57           | 60  | 34.26            |        |
| <u>INTRASUJETO</u>    | 1248.00           | 63  |                  |        |
| ENTRE PADRES          | 5.37              | 1   | 5.37             | 0.29   |
| INT. GRUPO/PADRES     | 150.86            | 2   | 75.43            | 4.15 * |
| ERROR INTRASUJETO     | 1091.78           | 60  | 18.20            |        |
| <u>TOTAL</u>          | 3347.43           | 125 |                  |        |

Se encontraron diferencias en la interacción grupo\padres [ $F(2,60)=4.15; p<.05$ ], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|  | MR    | PI    | PN    | PR    | MN    | MI    |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 25.67 | 24.52 | 23.90 | 23.62 | 22.81 | 22.33 |

|    |       |      |      |      |      |      |
|----|-------|------|------|------|------|------|
| MR | 25.67 | -    |      |      |      |      |
| PI | 24.52 | 1.15 | -    |      |      |      |
| PN | 23.90 | 1.77 | 0.62 | -    |      |      |
| PR | 23.62 | 2.05 | 0.90 | 0.28 | -    |      |
| MN | 22.81 | 2.86 | 1.71 | 1.09 | 0.81 | -    |
| MI | 22.33 | 3.34 | 2.19 | 1.57 | 1.29 | 0.48 |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(18.20/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(18.20/21)}$$

|  | R     | I     | N     |
|--|-------|-------|-------|
|  | 24.64 | 23.43 | 23.36 |

|   |       |      |      |
|---|-------|------|------|
| R | 24.64 | -    |      |
| I | 23.43 | 1.21 | -    |
| N | 23.36 | 1.28 | 0.07 |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(34.26/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(34.26/42)}$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: DINERO

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 21.43     | 23.86    | 23.86  | 20.75 |
|       | s | 6.91      | 5.79     | 6.00   | 5.88  |
| PADRE | x | 18.86     | 22.38    | 21.00  | 23.05 |
|       | s | 7.26      | 5.37     | 3.99   | 6.36  |
| TOTAL | x | 20.14     | 23.12    | 22.43  |       |
|       | s | 7.21      | 5.63     | 5.29   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F       |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|---------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2724.16           | 62  |                  |         |
| ENTRE GRUPOS        | 203.83            | 2   | 101.91           | 2.43    |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2520.33           | 60  | 42.00            |         |
| INTRASUJETO         | 2169.50           | 63  |                  |         |
| ENTRE PADRES        | 166.87            | 1   | 166.87           | 6.18 ** |
| INT. GRUPO/PADRES   | 381.85            | 2   | 190.93           | 7.07 ** |
| ERROR INTRASUJETO   | 1620.78           | 60  | 27.01            |         |
| TOTAL               | 4893.67           | 125 |                  |         |

Se encontraron diferencias entre padres [F(1,60)=6.18;p<.01], resultando también significativa la interacción grupo\padres [F(2,60)=7.07;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | PI    | PN     | MI     | PR    | MN    | MR    |
|----|-------|--------|--------|-------|-------|-------|
|    | 23.86 | 23.86  | 22.38  | 21.43 | 21.00 | 18.86 |
| PI | 23.86 | -      |        |       |       |       |
| PN | 23.86 | 0.00   | -      |       |       |       |
| MI | 22.38 | 1.48   | 1.48   | -     |       |       |
| PR | 21.43 | 2.40   | 2.40   | 0.95  | -     |       |
| MN | 21.00 | 2.86   | 2.86   | 1.38  | 0.43  | -     |
| MR | 18.86 | 5.00 * | 5.00 * | 3.52  | 2.57  | 2.14  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(27.01/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(27.01/21)}$$

|   | I     | N     | R     |
|---|-------|-------|-------|
|   | 23.12 | 22.43 | 20.14 |
| I | 23.12 | -     |       |
| N | 22.43 | 0.69  | -     |
| R | 20.14 | 2.98  | 2.29  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(42.00/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(42.00/42)}$$

DIMENSION: EVALUACION  
 ESTIMULO: MI RESPONSABILIDAD

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 27.86    | 29.52    | 25.38  | 26.65 |
|       | s | 6.39     | 3.76     | 4.96   | 5.88  |
| PADRE | x | 26.43    | 29.05    | 24.48  | 27.59 |
|       | s | 4.80     | 5.83     | 6.01   | 5.43  |
| TOTAL | x | 27.14    | 29.29    | 24.93  |       |
|       | s | 5.70     | 4.91     | 5.53   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F       |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|---------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2316.71           | 62  |                  |         |
| ENTRE GRUPOS        | 398.71            | 2   | 199.36           | 6.24 ** |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 1918.00           | 60  | 31.97            |         |
| INTRASUJETO         | 1744.50           | 63  |                  |         |
| ENTRE PADRES        | 27.63             | 1   | 27.63            | 1.29    |
| INT. GRUPO/PADRES   | 431.12            | 2   | 215.56           |         |
| ERROR INTRASUJETO   | 1285.76           | 60  | 21.43            | 10.06   |
| TOTAL               | 4061.21           | 125 |                  |         |

Se encontraron diferencias entre grupos [ $F(2,60)=6.24; p<.01$ ], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | PI    | MI      | PR     | MR    | PN    | MN    |
|----|-------|---------|--------|-------|-------|-------|
|    | 29.52 | 29.05   | 27.86  | 26.43 | 25.38 | 24.48 |
| PI | 29.52 | -       |        |       |       |       |
| MI | 29.05 | 0.47    | -      |       |       |       |
| PR | 27.86 | 1.66    | 1.19   | -     |       |       |
| MR | 26.43 | 3.12    | 2.62   | 1.43  | -     |       |
| PN | 25.38 | 4.14    | 3.67   | 2.48  | 1.05  | -     |
| MN | 24.48 | 5.04 ** | 4.57 * | 3.38  | 1.95  | 0.90  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times J(21.43/21)$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times J(21.43/21)$$

|   | I     | R       | N     |
|---|-------|---------|-------|
|   | 29.29 | 27.14   | 24.93 |
| I | 29.29 | -       |       |
| R | 27.14 | 2.15    | -     |
| N | 24.93 | 4.36 ** | 2.21  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times J(31.97/42)$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times J(31.97/42)$$

**DIMENSION: POTENCIA**  
**ESTIMULO: MI RESPONSABILIDAD**

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 26.81     | 29.76    | 26.67  | 26.94 |
|       | s | 6.37      | 4.17     | 5.23   | 6.13  |
| PADRE | x | 26.10     | 28.71    | 26.00  | 27.75 |
|       | s | 6.49      | 6.43     | 4.96   | 5.52  |
| TOTAL | x | 26.45     | 29.24    | 26.33  |       |
|       | s | 6.44      | 5.44     | 5.11   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F      |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|--------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2475.83           | 62  |                  |        |
| ENTRE GRUPOS        | 226.97            | 2   | 113.48           | 3.03   |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2248.86           | 60  | 37.48            |        |
| INTRASUJETO         | 1834.50           | 63  |                  |        |
| ENTRE PADRES        | 20.64             | 1   | 20.64            | 0.79   |
| INT. GRUPO/PADRES   | 248.52            | 2   | 124.26           | 4.76 * |
| ERROR INTRASUJETO   | 1565.34           | 60  | 26.09            |        |
| TOTAL               | 4310.33           | 125 |                  |        |



Se encontraron diferencias en la interacción grupo/padres ( $F(2,60)=4.76; p<.05$ ), por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | PI    | MI    | PR    | PN    | MR    | MN    |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|    | 29.76 | 28.71 | 26.81 | 26.67 | 26.10 | 26.00 |
| PI | 29.76 | -     |       |       |       |       |
| MI | 28.71 | 1.05  | -     |       |       |       |
| PR | 26.81 | 2.95  | 1.90  | -     |       |       |
| PN | 26.67 | 3.09  | 2.04  | 0.14  | -     |       |
| MR | 26.10 | 3.66  | 2.61  | 0.71  | 0.57  | -     |
| MN | 26.00 | 3.76  | 2.71  | 0.81  | 0.67  | 0.10  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times J(26.09/21)$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times J(26.09/21)$$

|   | I     | R     | N     |
|---|-------|-------|-------|
|   | 29.24 | 26.45 | 26.33 |
| I | 29.24 | -     |       |
| R | 26.45 | 2.79  | -     |
| N | 26.33 | 2.91  | 0.12  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times J(37.48/42)$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times J(37.48/42)$$

DIMENSION: EVALUACION  
ESTIMULO: NUESTRO FUTURO

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 27.43     | 29.62    | 23.19  | 25.75 |
|       | s | 5.10      | 4.87     | 6.97   | 5.97  |
| PADRE | x | 24.10     | 29.76    | 23.38  | 26.75 |
|       | s | 5.62      | 4.93     | 5.17   | 6.32  |
| TOTAL | x | 25.76     | 29.69    | 23.29  |       |
|       | s | 5.62      | 4.90     | 6.14   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 3223.88           | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS        | 886.21            | 2   | 438.11           | 11.20 ** |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2347.66           | 60  | 39.13            |          |
| INTRASUJETO         | 1571.50           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES        | 31.50             | 1   | 31.50            | 3.46     |
| INT. GRUPO/PADRES   | 993.47            | 2   | 496.73           | 54.53 ** |
| ERROR INTRASUJETO   | 546.53            | 60  | 9.11             |          |
| TOTAL               | 4795.38           | 125 |                  |          |

Se encontraron diferencias entre grupos [ $F(2,60)=11.20;p<.01$ ], resultando también significativa la interacción grupo/padres [ $F(2,60)=54.33;p<.01$ ], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | MI    | PI      | PR      | MR      | MN    | PN    |
|----|-------|---------|---------|---------|-------|-------|
|    | 29.76 | 26.62   | 27.43   | 24.10   | 23.38 | 23.19 |
| MI | 29.76 | -       |         |         |       |       |
| PI | 29.62 | 0.14    | -       |         |       |       |
| PR | 27.43 | 2.33    | 2.19    | -       |       |       |
| MR | 24.10 | 5.66 ** | 5.52 ** | 3.33 ** | -     |       |
| MN | 23.38 | 6.38 ** | 6.24 ** | 4.05 ** | 0.72  | -     |
| PN | 23.19 | 6.57 ** | 6.43 ** | 4.24 ** | 0.91  | 0.19  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times J(9.11/21)$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times J(9.11/21)$$

|   | I     | R       | N     |
|---|-------|---------|-------|
|   | 29.69 | 25.76   | 23.29 |
| I | 29.69 | -       |       |
| R | 25.76 | 3.86 *  | -     |
| N | 23.29 | 6.33 ** | 2.47  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times J(39.13/42)$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times J(39.13/42)$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: NUESTRO FUTURO

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 25.52     | 28.90    | 22.29  | 25.35 |
|       | s | 5.90      | 5.97     | 6.58   | 5.53  |
| PADRE | x | 23.90     | 28.71    | 23.43  | 25.57 |
|       | s | 5.21      | 5.99     | 3.43   | 6.73  |
| TOTAL | x | 24.71     | 28.81    | 22.86  |       |
|       | s | 5.62      | 5.98     | 5.28   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION   | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|-----------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| <u>ENTRE FAMILIAS</u> | 3531.31           | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS          | 779.12            | 2   | 389.56           | 8.49 **  |
| INT. FAMILIA/GRUPO    | 2752.19           | 60  | 45.87            |          |
| <u>INTRASUJETO</u>    | 1252.00           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES          | 1.55              | 1   | 1.55             | 0.22     |
| INT. GRUPO/PADRES     | 820.73            | 2   | 410.37           | 57.30 ** |
| ERROR INTRASUJETO     | 429.71            | 60  | 7.16             |          |
| <u>TOTAL</u>          | 4783.31           | 125 |                  |          |

Se encontraron diferencias entre grupos [F(2,60)=8.49;p<.01], resultando también significativa la interacción grupo/padres [F(2,60)=57.30;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | PI    | MI      | PR      | MR      | MN    | PN    |
|----|-------|---------|---------|---------|-------|-------|
|    | 28.90 | 28.71   | 25.52   | 23.90   | 23.43 | 22.29 |
| PI | 28.90 | -       |         |         |       |       |
| MI | 28.71 | 0.19    | -       |         |       |       |
| PR | 25.52 | 3.38 ** | 3.19 ** | -       |       |       |
| MR | 23.90 | 5.00 ** | 4.81 ** | 1.62    | -     |       |
| MN | 23.43 | 5.47 ** | 5.28 ** | 2.09    | 0.47  | -     |
| PN | 22.29 | 6.61 ** | 6.42 ** | 3.23 ** | 1.61  | 1.14  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(7.16/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(7.16/21)}$$

|   | I     | R       | N     |
|---|-------|---------|-------|
|   | 28.81 | 24.71   | 22.86 |
| I | 28.81 | -       |       |
| R | 24.71 | 4.10 *  | -     |
| N | 22.86 | 5.95 ** | 1.85  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(45.87/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(45.87/42)}$$

**DIMENSION: EVALUACION**  
**ESTIMULO: MI FAMILIA**

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 28.29    | 31.76    | 23.90  | 27.51 |
|       | s | 5.73     | 3.17     | 5.24   | 5.83  |
| PADRE | x | 26.86    | 30.67    | 25.00  | 27.98 |
|       | s | 6.54     | 3.85     | 5.28   | 5.81  |
| TOTAL | x | 27.57    | 31.21    | 24.45  |       |
|       | s | 6.19     | 3.57     | 5.29   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2945.88           | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS        | 962.11            | 2   | 481.05           | 14.55 ** |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 1983.77           | 60  | 33.06            |          |
| INTRASUJETO         | 1336.00           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES        | 7.14              | 1   | 7.14             | 1.34     |
| INT. GRUPO/PADRES   | 1008.73           | 2   | 504.37           | 94.53 ** |
| ERROR INTRASUJETO   | 320.13            | 60  | 5.34             |          |
| TOTAL               | 4281.88           | 125 |                  |          |

Se encontraron diferencias entre grupos [F(2,60)=14.55;p<.01], resultando también significativa la interacción grupo/padres [F(2,60)=94.53;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    | PI    | MI      | PR      | MR      | MN      | PN    |
|----|-------|---------|---------|---------|---------|-------|
|    | 31.76 | 30.67   | 28.29   | 26.86   | 25.00   | 23.90 |
| PI | 31.76 | -       |         |         |         |       |
| MI | 30.67 | 1.09    | -       |         |         |       |
| PR | 28.29 | 3.47 ** | 2.38 *  | -       |         |       |
| MR | 26.86 | 4.90 ** | 3.81 ** | 1.43    | -       |       |
| MN | 25.00 | 6.76 ** | 5.67 ** | 3.29 ** | 1.86    | -     |
| PN | 23.90 | 7.86 ** | 6.77 ** | 4.39 ** | 2.96 ** | 1.10  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(5.33/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(5.33/21)}$$

|   | I     | R       | N      |
|---|-------|---------|--------|
|   | 31.21 | 27.57   | 24.45  |
| I | 31.21 | -       |        |
| R | 27.57 | 3.64 *  | -      |
| N | 24.45 | 6.76 ** | 3.12 * |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(33.06/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(33.06/42)}$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: MI FAMILIA

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 26.10    | 29.86    | 23.43  | 26.08 |
|       | s | 6.49     | 4.22     | 5.01   | 6.01  |
| PADRE | x | 26.90    | 29.33    | 22.00  | 26.46 |
|       | s | 5.72     | 4.62     | 5.14   | 5.94  |
| TOTAL | x | 26.50    | 29.60    | 22.71  |       |
|       | s | 6.13     | 4.43     | 5.13   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F         |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|-----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 3283.83           | 62  |                  |           |
| ENTRE GRUPOS        | 997.64            | 2   | 498.82           | 13.09 **  |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2286.19           | 60  | 38.10            |           |
| INTRASUJETO         | 1223.00           | 63  |                  |           |
| ENTRE PADRES        | 4.58              | 1   | 4.58             | 1.45      |
| INT. GRUPO/PADRES   | 1028.83           | 2   | 514.41           | 162.79 ** |
| ERROR INTRASUJETO   | 189.59            | 60  | 3.16             |           |
| TOTAL               | 4506.83           | 125 |                  |           |



Se encontraron diferencias entre grupos [F(2,60)=13.09;p<.01], resultando también significativa la interacción grupo/padres [F(2,60)=162.79;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|  | PI    | MI    | MR    | PR    | PN    | MN    |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 29.86 | 29.33 | 26.90 | 26.10 | 23.43 | 22.00 |

|    |       |         |         |         |         |      |
|----|-------|---------|---------|---------|---------|------|
| PI | 29.86 | -       |         |         |         |      |
| MI | 29.33 | 0.53    | -       |         |         |      |
| MR | 26.90 | 2.96 ** | 2.43 ** | -       |         |      |
| PR | 26.10 | 3.76 ** | 3.23 ** | 0.80    | -       |      |
| PN | 23.43 | 6.43 ** | 5.90 ** | 3.47 ** | 2.67 ** | -    |
| MN | 22.00 | 7.86 ** | 7.33 ** | 4.90 ** | 4.10 ** | 1.43 |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(3.16/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(3.16/21)}$$

|  | I     | R     | N     |
|--|-------|-------|-------|
|  | 29.60 | 26.50 | 22.71 |

|   |       |         |        |
|---|-------|---------|--------|
| I | 29.60 | -       |        |
| R | 26.50 | 3.10    | -      |
| N | 22.71 | 6.89 ** | 3.79 * |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(38.10/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(38.10/42)}$$

DIMENSION: EVALUACION  
 ESTIMULO: RECHAZO

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 17.62     | 15.86    | 17.05  | 16.83 |
|       | s | 6.59      | 6.39     | 4.99   | 6.82  |
| PADRE | x | 15.24     | 17.29    | 17.95  | 16.84 |
|       | s | 5.77      | 7.68     | 6.57   | 6.08  |
| TOTAL | x | 16.43     | 16.57    | 17.50  |       |
|       | s | 6.31      | 7.10     | 5.85   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F         |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|-----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 3291.00           | 62  |                  |           |
| ENTRE GRUPOS        | 28.43             | 2   | 14.21            | 0.26      |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 3262.57           | 60  | 54.38            |           |
| INTRASUJETO         | 1964.50           | 63  |                  |           |
| ENTRE PADRES        | 0.00              | 1   | 0.00             | 2.54 E-04 |
| INT. GRUPO/PADRES   | 117.98            | 2   | 58.99            | 1.92      |
| ERROR INTRASUJETO   | 1846.51           | 60  | 30.78            |           |
| TOTAL               | 5255.50           | 125 |                  |           |

No se encontraron diferencias significativas en esta dimensión.

Diferencias entre grupos:

|  | MN    | PR    | MI    | PN    | PI    | MR    |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 17.95 | 17.62 | 17.29 | 17.05 | 15.86 | 15.24 |

|    |       |      |      |      |      |      |
|----|-------|------|------|------|------|------|
| MN | 17.95 | -    |      |      |      |      |
| PR | 17.62 | 0.33 | -    |      |      |      |
| MI | 17.29 | 0.66 | 0.33 | -    |      |      |
| PN | 17.05 | 0.90 | 0.57 | 0.24 | -    |      |
| PI | 15.86 | 2.09 | 1.76 | 1.43 | 1.19 | -    |
| MR | 15.24 | 2.71 | 2.38 | 2.05 | 1.81 | 0.62 |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(30.77/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(30.77/21)}$$

|  | N     | I     | R     |
|--|-------|-------|-------|
|  | 17.50 | 16.57 | 16.43 |

|   |       |      |      |
|---|-------|------|------|
| N | 17.50 | -    |      |
| I | 16.57 | 0.93 | -    |
| R | 16.43 | 1.07 | 0.14 |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(54.38/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(54.38/42)}$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: RECHAZO

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 18.00    | 15.19    | 20.67  | 17.83 |
|       | s | 6.02     | 5.50     | 4.83   | 5.77  |
| PADRE | x | 17.00    | 18.48    | 18.00  | 17.95 |
|       | s | 5.73     | 6.51     | 4.85   | 5.91  |
| TOTAL | x | 17.50    | 16.83    | 19.33  |       |
|       | s | 5.90     | 6.25     | 5.02   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F         |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|-----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2608.45           | 62  |                  |           |
| ENTRE GRUPOS        | 140.78            | 2   | 70.39            | 1.71      |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2467.66           | 60  | 41.13            |           |
| INTRASUJETO         | 1694.00           | 63  |                  |           |
| ENTRE PADRES        | 0.51              | 1   | 0.51             | 2.25 E-02 |
| INT. GRUPO/PADRES   | 339.30            | 2   | 169.65           | 7.52 **   |
| ERROR INTRASUJETO   | 1354.19           | 60  | 22.57            |           |
| TOTAL               | 4302.45           | 125 |                  |           |

Se encontraron diferencias en la interacción grupo/padres [F(2,60)=7.52;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    |       | PN      | MI    | PR    | MN    | MR    | PI    |
|----|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
|    |       | 20.67   | 18.48 | 18.00 | 18.00 | 17.00 | 15.19 |
| PN | 20.67 | -       |       |       |       |       |       |
| MI | 18.48 | 2.19    | -     |       |       |       |       |
| PR | 18.00 | 2.67    | 0.48  | -     |       |       |       |
| MN | 18.00 | 2.67    | 0.48  | 0.00  | -     |       |       |
| MR | 17.00 | 3.67    | 1.48  | 1.00  | 1.00  | -     |       |
| PI | 15.19 | 5.48 ** | 3.29  | 2.81  | 2.81  | 1.81  | -     |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(22.57/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(22.57/21)}$$

|   |       | N     | R     | I     |
|---|-------|-------|-------|-------|
|   |       | 19.33 | 17.50 | 16.83 |
| N | 19.33 | -     |       |       |
| R | 17.50 | 1.83  | -     |       |
| I | 16.83 | 2.50  | 0.67  | -     |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(41.13/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(41.13/42)}$$

DIMENSION: EVALUACION  
 ESTIMULO: ENFERMEDAD

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 16.00     | 15.00    | 16.19  | 14.11 |
|       | s | 7.23      | 6.47     | 6.18   | 6.17  |
| PADRE | x | 14.05     | 14.71    | 13.57  | 15.73 |
|       | s | 5.97      | 6.06     | 6.42   | 6.66  |
| TOTAL | x | 15.02     | 14.86    | 14.88  |       |
|       | s | 6.70      | 6.27     | 6.44   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F         |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|-----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 3121.21           | 62  |                  |           |
| ENTRE GRUPOS        | 0.68              | 2   | 0.34             | 6.57 E-03 |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 3120.52           | 60  | 52.00            |           |
| INTRASUJETO         | 2156.00           | 63  |                  |           |
| ENTRE PADRES        | 82.57             | 1   | 82.57            | 2.53      |
| INT. GRUPO/PADRES   | 113.59            | 2   | 56.79            | 1.74      |
| ERROR INTRASUJETO   | 1959.84           | 60  | 32.66            |           |
| TOTAL               | 5277.21           | 125 |                  |           |

No se encontraron diferencias significativas en esta dimensión.

Diferencias entre grupos:

|    | PN    | PR    | PI    | MI    | MR    | MN    |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|    | 16.19 | 16.00 | 15.00 | 14.71 | 14.05 | 13.57 |
| PN | 16.19 | -     |       |       |       |       |
| PR | 16.00 | 0.19  | -     |       |       |       |
| PI | 15.00 | 1.19  | 1.00  | -     |       |       |
| MI | 14.71 | 1.48  | 1.29  | 0.29  | -     |       |
| MR | 14.05 | 2.14  | 1.95  | 0.95  | 0.66  | -     |
| MN | 13.57 | 2.62  | 2.43  | 1.43  | 1.14  | 0.48  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times J(32.66/21)$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times J(32.66/21)$$

|   | R     | N     | I     |
|---|-------|-------|-------|
|   | 15.02 | 14.88 | 14.86 |
| R | 15.02 | -     |       |
| N | 14.88 | 0.14  | -     |
| I | 14.86 | 0.16  | 0.02  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times J(52.00/42)$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times J(52.00/42)$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: ENFERMEDAD

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 20.48     | 19.95    | 18.29  | 21.81 |
|       | s | 6.28      | 6.73     | 5.73   | 6.93  |
| PADRE | x | 22.76     | 19.81    | 22.86  | 19.57 |
|       | s | 6.14      | 6.88     | 7.29   | 6.33  |
| TOTAL | x | 21.62     | 19.88    | 20.57  |       |
|       | s | 6.31      | 6.81     | 6.94   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F      |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|--------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2909.43           | 62  |                  |        |
| ENTRE GRUPOS        | 64.34             | 2   | 32.17            | 0.68   |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2845.09           | 60  | 47.42            |        |
| INTRASUJETO         | 2801.50           | 63  |                  |        |
| ENTRE PADRES        | 157.79            | 1   | 157.79           | 4.11 * |
| INT. GRUPO/PADRES   | 338.84            | 2   | 169.42           | 4.41 * |
| ERROR INTRASUJETO   | 2304.88           | 60  | 38.41            |        |
| TOTAL               | 5710.73           | 125 |                  |        |



Se encontraron diferencias entre padres ( $F(1,60)=4.11; p<.05$ ), resultando también significativa la interacción grupo/padres [ $F(2,60)=4.41; p<.05$ ], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|    |       | MN    | MR    | PR    | PI    | MI    | PN    |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|    |       | 22.86 | 22.76 | 20.48 | 19.95 | 19.81 | 18.29 |
| MN | 22.86 | -     |       |       |       |       |       |
| MR | 22.76 | 0.10  | -     |       |       |       |       |
| PR | 20.48 | 2.38  | 2.28  | -     |       |       |       |
| PI | 19.95 | 2.91  | 2.81  | 0.53  | -     |       |       |
| MI | 19.81 | 3.05  | 2.95  | 0.67  | 0.14  | -     |       |
| PN | 18.29 | 4.57  | 4.47  | 2.19  | 1.66  | 1.52  | -     |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(38.41/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(38.41/21)}$$

|   |       | R     | N     | I     |
|---|-------|-------|-------|-------|
|   |       | 21.62 | 20.57 | 19.88 |
| R | 21.62 | -     |       |       |
| N | 20.57 | 1.05  | -     |       |
| I | 19.88 | 1.74  | 0.69  | -     |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(47.42/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(47.42/42)}$$

**DIMENSION: EVALUACION**  
**ESTIMULO: SER PADRES**

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 27.90     | 32.52    | 28.19  | 29.60 |
|       | s | 5.80      | 2.82     | 5.51   | 5.89  |
| PADRE | x | 30.14     | 31.71    | 26.95  | 29.54 |
|       | s | 5.16      | 5.06     | 6.34   | 5.33  |
| TOTAL | x | 29.02     | 32.12    | 27.57  |       |
|       | s | 5.60      | 4.12     | 5.97   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F         |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|-----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2367.86           | 62  |                  |           |
| ENTRE GRUPOS        | 453.19            | 2   | 226.59           | 7.10 **   |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 1914.67           | 60  | 31.91            |           |
| INTRASUJETO         | 1615.00           | 63  |                  |           |
| ENTRE PADRES        | 0.13              | 1   | 0.13             | 6.91 E-05 |
| INT. GRUPO/PADRES   | 528.77            | 2   | 264.38           | 14.61 **  |
| ERROR INTRASUJETO   | 1086.11           | 60  | 18.10            |           |
| TOTAL               | 3982.86           | 125 |                  |           |

Se encontraron diferencias entre grupos [F(2,60)=7.10;p<.01], resultando también significativa la interacción grupo/padres [F(2,60)=14.61;p<.01], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos

|    | PI    | MI      | MR      | PN    | PR    | MN    |
|----|-------|---------|---------|-------|-------|-------|
|    | 32.52 | 31.71   | 30.14   | 28.19 | 27.90 | 26.95 |
| PI | 32.52 | -       |         |       |       |       |
| MI | 31.71 | 0.81    | -       |       |       |       |
| MR | 30.14 | 2.38    | 1.57    | -     |       |       |
| PN | 28.19 | 4.33 *  | 3.52    | 1.95  | -     |       |
| PR | 27.90 | 4.62 *  | 3.81    | 2.24  | 0.29  | -     |
| MN | 26.95 | 5.57 ** | 4.76 ** | 3.19  | 1.24  | 0.95  |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(18.10/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(18.10/21)}$$

|   | I     | R       | N     |
|---|-------|---------|-------|
|   | 32.12 | 29.02   | 27.57 |
| I | 32.12 | -       |       |
| R | 29.02 | 3.10 *  | -     |
| N | 27.57 | 4.55 ** | 1.45  |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(31.91/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(31.91/42)}$$

DIMENSION: POTENCIA  
ESTIMULO: SER PADRES

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 27.81     | 32.05    | 27.43  | 29.00 |
|       | s | 6.69      | 3.27     | 5.28   | 5.91  |
| PADRE | x | 28.86     | 31.05    | 27.10  | 29.10 |
|       | s | 5.26      | 5.94     | 5.84   | 5.67  |
| TOTAL | x | 28.33     | 31.55    | 27.26  |       |
|       | s | 6.04      | 4.82     | 5.57   |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F         |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|-----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 2755.71           | 62  |                  |           |
| ENTRE GRUPOS        | 417.86            | 2   | 208.93           | 5.33 **   |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 2337.85           | 60  | 38.96            |           |
| INTRASUJETO         | 1472.00           | 63  |                  |           |
| ENTRE PADRES        | 0.28              | 1   | 0.28             | 1.64 E-02 |
| INT. GRUPO/PADRES   | 441.04            | 2   | 220.52           | 12.84 **  |
| ERROR INTRASUJETO   | 1030.68           | 60  | 17.18            |           |
| TOTAL               | 4227.71           | 125 |                  |           |

Se encontraron diferencias entre grupos [ $F(2,60)=5.36; p<.01$ ], resultando también significativa la interacción grupo/padres [ $F(2,60)=12.84; p<.01$ ], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|  | PI    | MI    | MR    | PR    | PN    | MN    |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 32.05 | 31.05 | 28.86 | 27.81 | 27.43 | 27.10 |

|    |       |         |        |      |      |      |
|----|-------|---------|--------|------|------|------|
| PI | 32.05 | -       |        |      |      |      |
| MI | 31.05 | 1.00    | -      |      |      |      |
| MR | 28.86 | 3.19    | 2.19   | -    |      |      |
| PR | 27.81 | 4.24 *  | 3.24   | 1.05 | -    |      |
| PN | 27.43 | 4.62 ** | 3.62   | 1.43 | 0.38 | -    |
| MN | 27.10 | 4.95 ** | 3.95 * | 1.76 | 0.71 | 0.33 |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(17.18/21)}$$

$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(17.18/21)}$$

|  | I     | R     | N     |
|--|-------|-------|-------|
|  | 31.55 | 28.33 | 27.26 |

|   |       |         |   |
|---|-------|---------|---|
| I | 31.55 | -       |   |
| R | 28.33 | 3.22    | - |
| N | 27.26 | 4.29 ** | - |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(38.96/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(38.96/42)}$$

2.- Segunda Hipótesis:

- Existen diferencias en la relación de pareja entre diferentes grupos de padres de niños incapacitados (mental y físicamente). Así como entre cónyuges (padre-madre).

Para probar esta hipótesis se establecen las siguientes hipótesis estadísticas:

$H_0: \mu_{\text{mental}} = \mu_{\text{físico}} = \mu_{\text{normal}}$

$H_a$ : Al menos existen diferencias entre dos grupos.

$H_0: \mu_{\text{padre}} = \mu_{\text{madre}}$

$H_a: \mu_{\text{padre}} \neq \mu_{\text{madre}}$

$H_0: \mu_{\text{padre-mental}} = \mu_{\text{madre-mental}} =$

$\mu_{\text{padre-físico}} = \mu_{\text{madre-físico}} =$

$\mu_{\text{padre-normal}} = \mu_{\text{madre-normal}}$

$H_a$ : Al menos existen diferencias entre dos grupos.

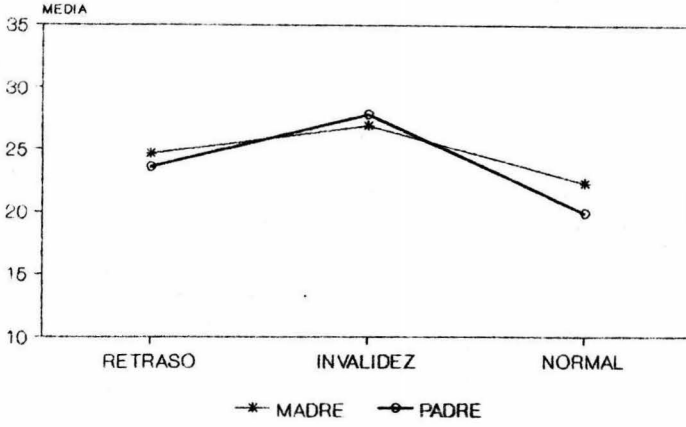
Estas hipótesis se contrastaron utilizando 67 ítems del cuestionario de relación de pareja, debido a que después de un análisis de discriminación de ítem se encontró, que dos de los ítems no discriminaron. A esta versión del cuestionario se le calculó el coeficiente de confiabilidad según la fórmula 20 de Kuder-Richardson, obteniéndose un valor de 0.9389. También se calculó un análisis factorial donde se encontró que el primer factor no rotado según el método de componentes principales explica el 25.38% de la varianza del instrumento, este valor se puede considerar como una estimación del coeficiente de validez.

Se procesó un análisis de varianza factorial 2 x 3 con una variable intra-sujeto y otra entre-grupo.

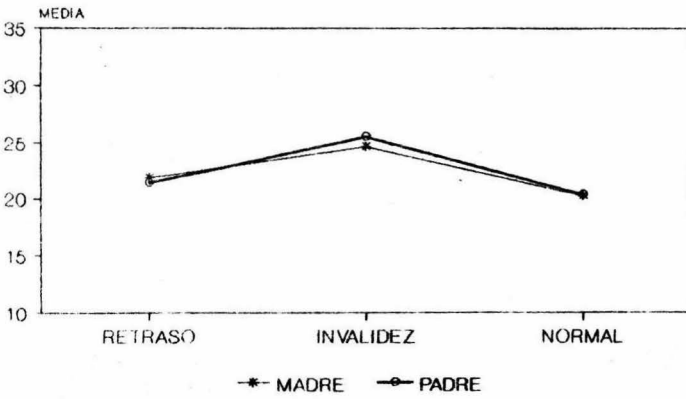
A continuación se presentan los resultados de estos análisis.

## MI SUERTE

### EVALUACION



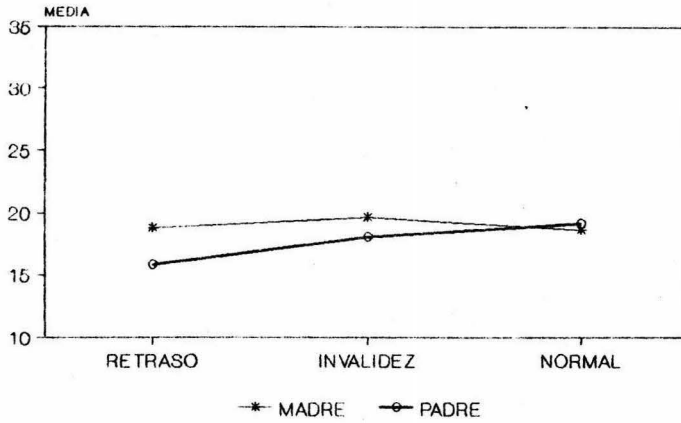
## POTENCIA



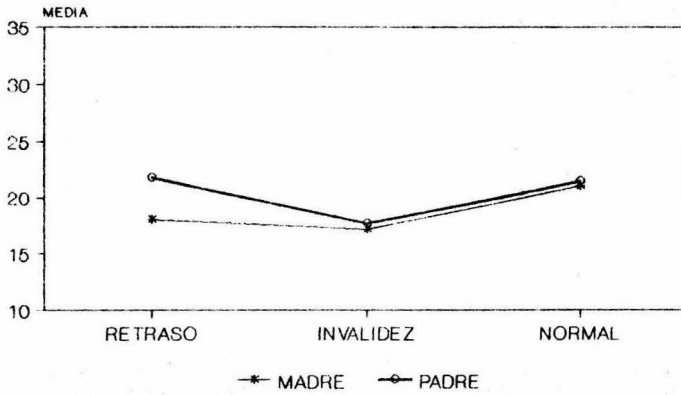
MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

## DECEPCION

### EVALUACION



## POTENCIA

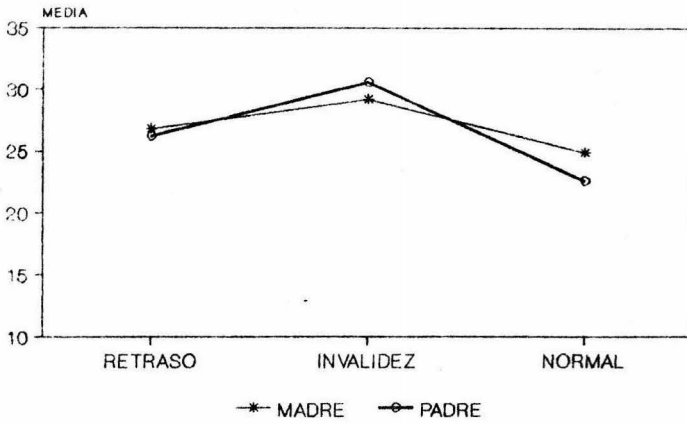


MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

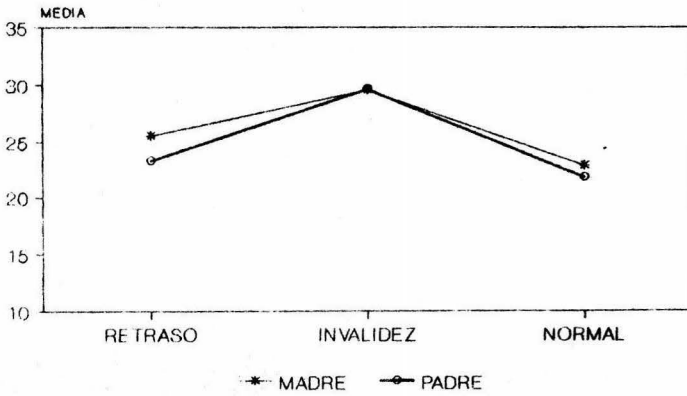


# LA FELICIDAD

## EVALUACION



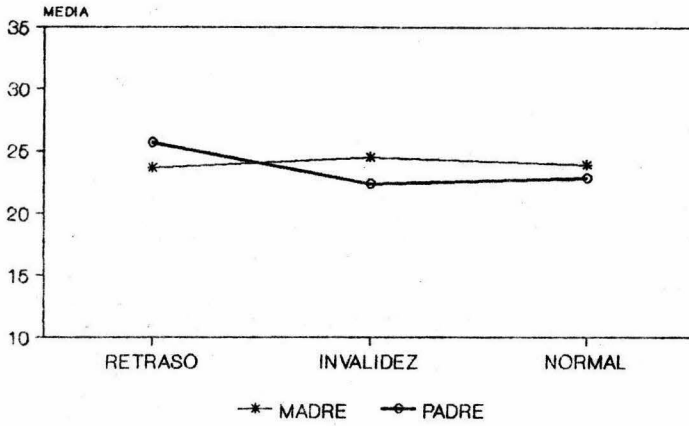
## POTENCIA



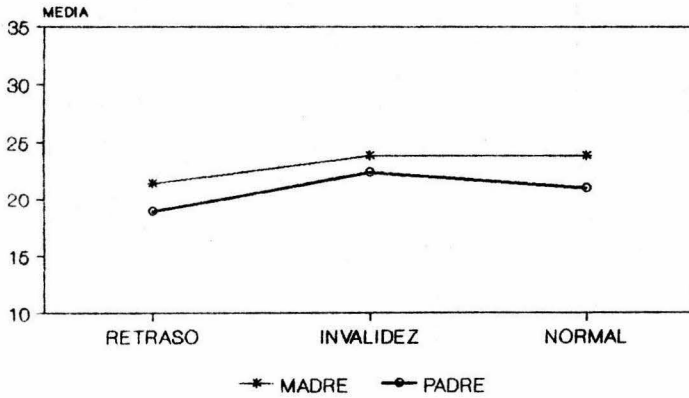
MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

## DINERO

### EVALUACION



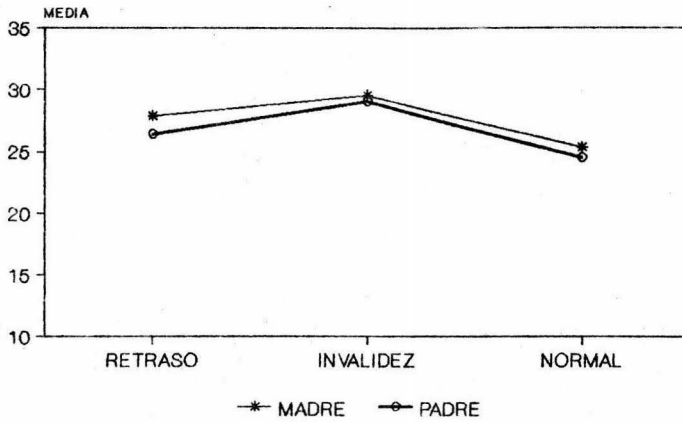
## POTENCIA



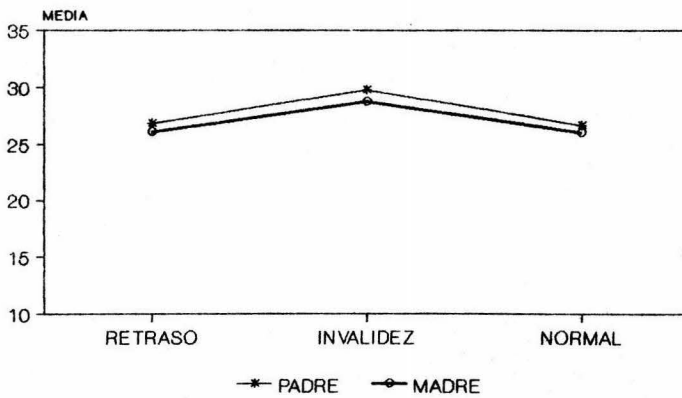
MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

## MI RESPONSABILIDAD

### EVALUACION



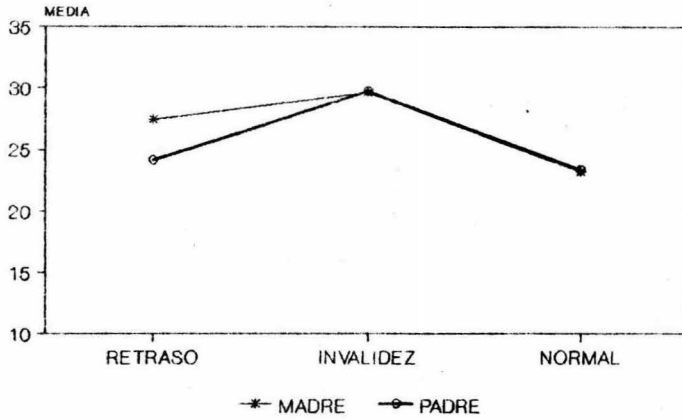
### POTENCIA



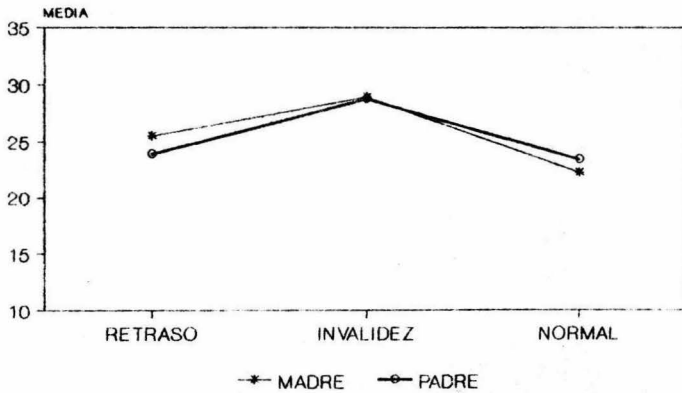
MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

# NUESTRO FUTURO

## EVALUACION



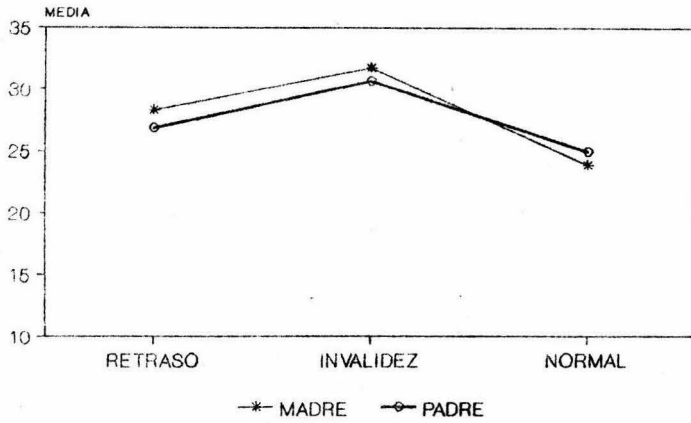
## POTENCIA



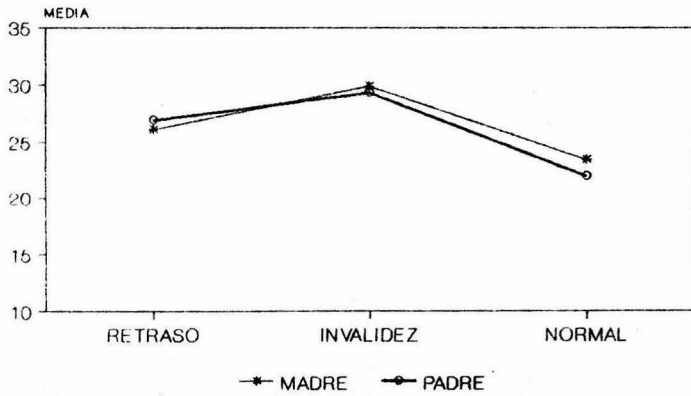
MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

## MI FAMILIA

### EVALUACION



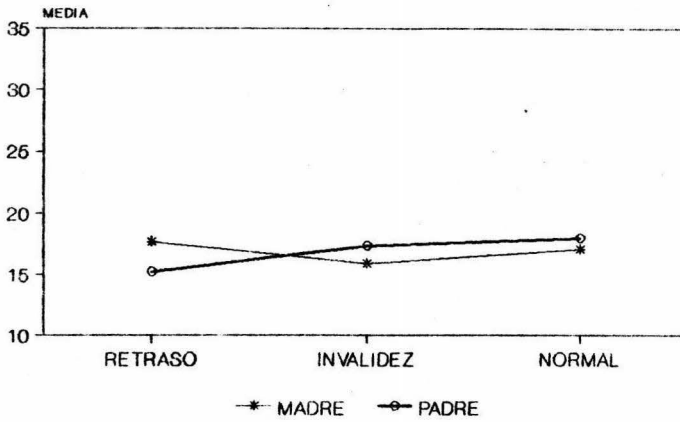
## POTENCIA



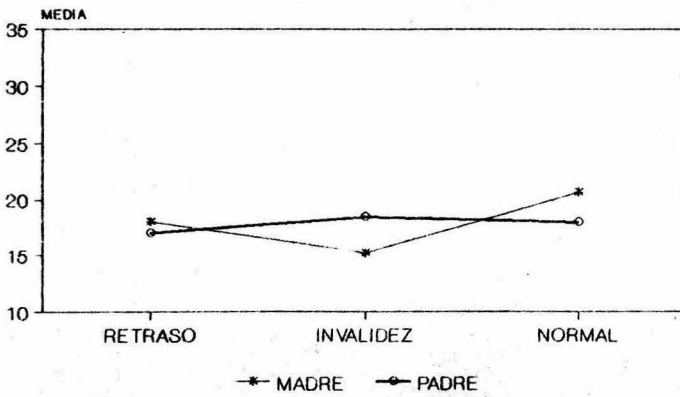
MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

## RECHAZO

### EVALUACION



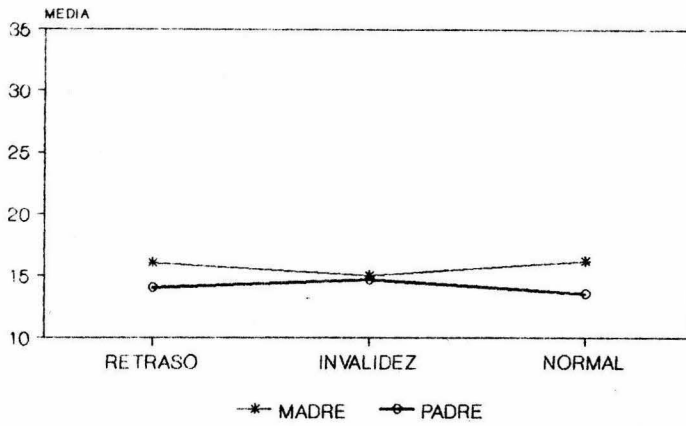
## POTENCIA



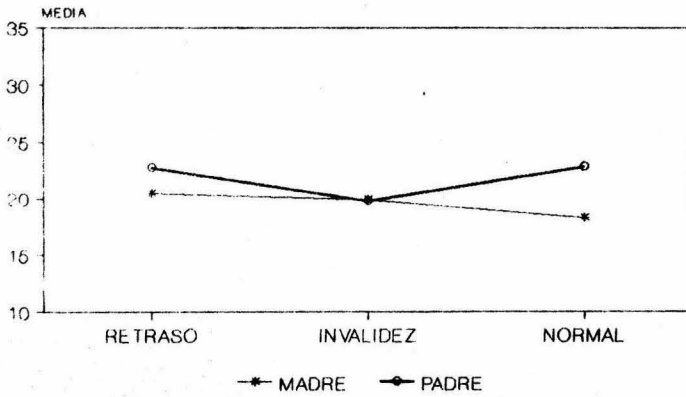
MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

## ENFERMEDAD

### EVALUACION



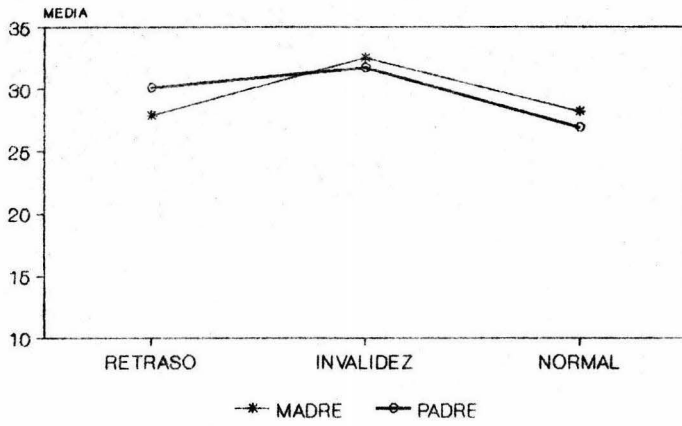
### POTENCIA



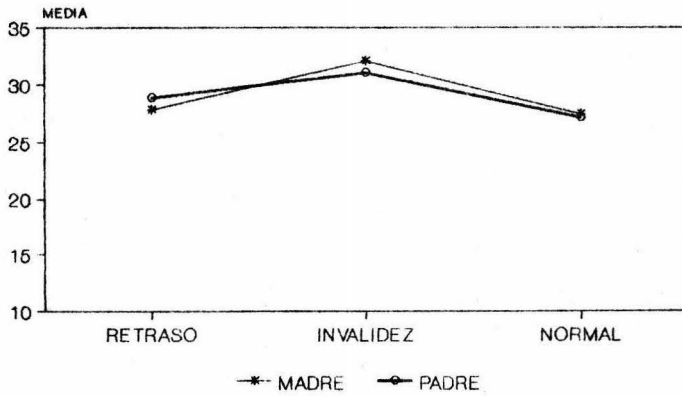
MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO

## SER PADRES

### EVALUACION



### POTENCIA



MEDIAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN  
DIFERENCIAL SEMANTICO



RELACION DE PAREJA

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|       |   | RETRASADO | INVALIDO | NORMAL | TOTAL |
|-------|---|-----------|----------|--------|-------|
| MADRE | x | 47.57     | 45.66    | 55.95  | 49.73 |
|       | s | 10.61     | 15.44    | 7.27   | 12.44 |
| PADRE | x | 41.38     | 42.23    | 49.85  | 44.49 |
|       | s | 12.60     | 13.29    | 11.94  | 13.18 |
| TOTAL | x | 44.48     | 43.95    | 52.90  |       |
|       | s | 12.05     | 14.51    |        |       |

El análisis de varianza resultó como sigue:

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GL  | CUADRADOS MEDIOS | F        |
|---------------------|-------------------|-----|------------------|----------|
| ENTRE FAMILIAS      | 14261.44          | 62  |                  |          |
| ENTRE GRUPOS        | 2120.44           | 2   | 1060.22          | 5.24 **  |
| INT. FAMILIA/GRUPO  | 12141.00          | 60  | 202.35           |          |
| INTRASUJETO         | 7297.00           | 63  |                  |          |
| ENTRE PADRES        | 864.28            | 1   | 864.28           | 15.26 ** |
| INT. GRUPO/PADRES   | 3036.34           | 2   | 1518.17          | 26.82 ** |
| ERROR INTRASUJETO   | 3396.37           | 60  | 56.60            |          |
| TOTAL               | 21558.44          | 125 |                  |          |

Se encontraron diferencias entre grupos [ $F(2,60)=5.24;p<.01$ ]; entre padres [ $F(1,60)=15.26;p<.01$ ], resultando también significativa la interacción grupo/padres [ $F(2,60)=26.82;p<.01$ ], por esta razón es necesario proceder con un análisis de comparaciones múltiples por el método de la Diferencia Honestamente Significativa (DHS) de Tukey; la significancia de estas diferencias se presentan a continuación:

Diferencias entre grupos:

|          | MN      | PN      | MR    | MI    | PI    | PR    |
|----------|---------|---------|-------|-------|-------|-------|
|          | 55.95   | 49.86   | 47.57 | 45.67 | 42.24 | 41.38 |
| MN 55.95 | -       |         |       |       |       |       |
| PN 49.86 | 6.09    | -       |       |       |       |       |
| MR 47.57 | 8.38 ** | 2.29    | -     |       |       |       |
| MI 45.67 | 10.28** | 4.19    | 1.90  | -     |       |       |
| PI 42.24 | 13.71** | 7.62 *  | 5.33  | 3.43  | -     |       |
| PR 41.38 | 14.57** | 8.48 ** | 6.19  | 4.29  | 0.86  | -     |

$$DHS (95\%) = 4.16 \times \sqrt{(56.60/21)}$$

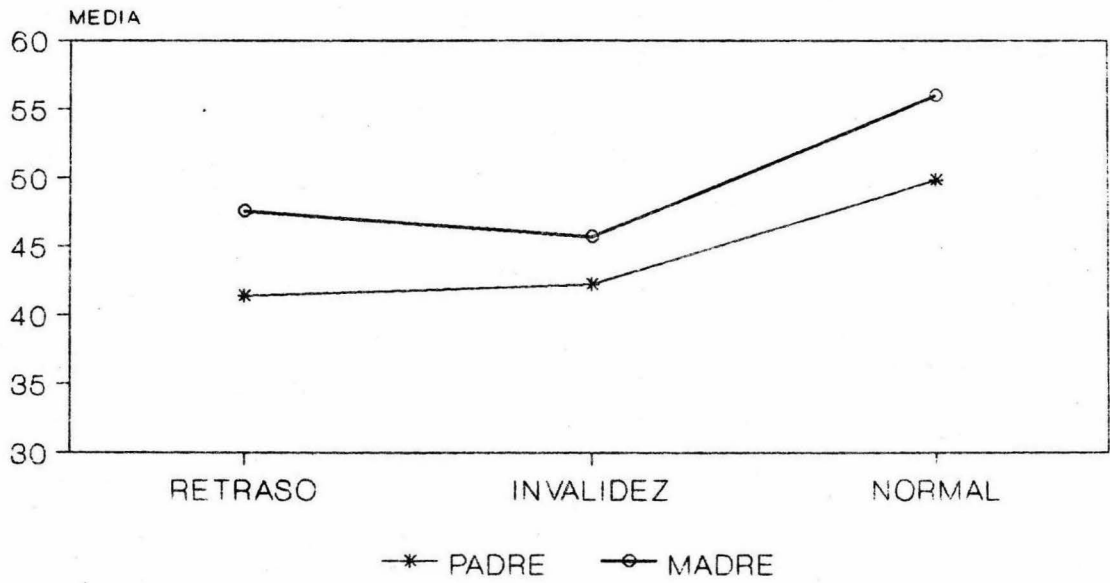
$$DHS (99\%) = 4.99 \times \sqrt{(56.60/21)}$$

|         | N     | R     | I     |
|---------|-------|-------|-------|
|         | 52.90 | 44.48 | 43.95 |
| N 52.90 | -     |       |       |
| R 44.48 | 8.42  | -     |       |
| I 43.95 | 8.95  | 0.53  | -     |

$$DHS (95\%) = 3.40 \times \sqrt{(202.35/42)}$$

$$DHS (99\%) = 4.28 \times \sqrt{(202.35/42)}$$

## RELACION DE PAREJA



MEDIA DEL PUNTAJE OBTENIDO POR  
LOS GRUPOS EN LA ESCALA DE  
RELACION DE PAREJA

## CAPITULO 9

### DISCUSION

Para la revisión y comparación de los resultados del presente trabajo, se escogieron aquellos estudios cuyos resultados y conclusiones tuvieron una relevancia específica con la presente investigación.

Es importante hacer mención, que en la literatura revisada, existe una carencia de investigaciones cuyo objetivo de estudio sean ambos padres, ya que en su gran mayoría se refieren a la figura materna.

Ahora bien, dado que el análisis estadístico de los resultados se manejó como dos entidades separadas; esto es, una en relación a la actitud de los padres (padre-madre) hacia la condición de sus hijos y la otra referente a la calidad de relación de pareja existente entre ellos, los datos obtenidos serán descritos en ese orden.

Los resultados confirmaron las hipótesis de trabajo referentes a la existencia de diferencias en cuanto a actitud y relación de pareja en los tres grupos manejados, encontrándose similitud con los resultados reportados por Ferrara (1979); Watson (1979) y Friedrich (1985).

Se encontraron diferencias significativas en los siguientes estímulos: MI SUERTE, FELICIDAD, MI RESPONSABILIDAD, NUESTRO FUTURO, MI FAMILIA y SER PADRES; no siendo así en los estímulos: DECEPCION, DINERO, RECHAZO y ENFERMEDAD. Esto es, fueron observadas diferencias estadísticamente significativas en aquellos estímulos que poseían una connotación positiva, siendo el padre y la madre de los niños físicamente incapacitados los que obtuvieron el puntaje más alto en las escalas de actitud manejadas.

De esta forma, el padre de los niños físicamente incapacitados otorga gran importancia al núcleo familiar, y muestra un sentimiento de mucha responsabilidad por ser padre de un niño en estas condiciones, lo cual le lleva a tener un nivel tensional importante, especialmente en el aspecto económico, ya que estos niños requieren de aparatos ortopédicos y frecuentes estudios especiales, lo cual crea en él una fuerte preocupación por su futuro como unidad familiar.

Un perfil y patrón de respuesta muy similar se encontró en la madre de los niños impedidos físicamente.

La circunstancia de estar tan preocupados e involucrados en la problemática de su hijo, va formando en ellos una idea sobrevalorada de la felicidad y la suerte, aspectos o situaciones que anhelan tener o recobrar.

El hecho, de que la edad de los niños abarcara un rango de seis a doce años, nos lleva a inferir que después de haber atravesado por un período crítico, resultado de la presencia de un niño incapacitado en la familia, ahora muestran estar en una etapa latente del proceso adaptativo a la condición y necesidades especiales que requiere su hijo, situación que por otro lado, los dirige a dar una cognotación neutral a aspectos como la ENFERMEDAD, DECEPCION y RECHAZO. Al respecto Kazak (1984) y Cleveland (1977), encontraron que a pesar de presentar altos niveles de tensión, estas familias han logrado estrategias de afrontamiento y fuerza en la unión familiar, que determina en gran parte el proceso adaptativo.

De acuerdo a lo anterior, se puede inferir que la actitud, de la pareja de padres de niños incapacitados físicamente, hacia la condición de sus hijos, es positiva (ya que obtuvieron puntajes similares en todos los estímulos), pero al mismo tiempo les es más agobiante, debido quizás, al corto período de vida que se les pronostica a los niños; así como que éstos se involucran afectivamente, responden a los estímulos de su medio y en general reaccionan como un niño normal.

Siguiendo la secuencia en puntuación descendente, corresponde analizar el grupo de las parejas de padres de niños retrasados mentales quienes, en comparación con el grupo de padres de niños físicamente incapacitados, difieren entre ellos (padre-madre) en su actitud con respecto a la condición incapacitante de su hijo. Aunque la diferencia entre ellos no es estadísticamente significativa, nos parece relevante hacer mención de ello, pues fué una de las principales causas por las que aparecieron interacciones entre grupo/sujeto altamente significativas a nivel estadístico.

El padre de los niños con retraso mental profundo da un alto valor a su familia, mostrando una gran responsabilidad y preocupación por el futuro, lo cual se deduce de las altas puntuaciones que da a los estímulos de MI FAMILIA, MI RESPONSABILIDAD y NUESTRO FUTURO, estando dicha preocupación más en función del aspecto económico, que de la propia problemática de su hijo. Esto se deriva con base en el hecho, de que a pesar de que su puntuación en estímulos negativos está dentro de un rango neutral, manifiesta cierta tendencia a minimizar todo aquéllo que se relacione a la enfermedad, aspecto ante el cual, se muestra indiferente y con actitudes con propensión al rechazo (Rastogi, 1981, confirma estos hechos).

Asímismo, dicha circunstancia lo lleva a idealizar los estímulos de FELICIDAD y MI SUERTE, aspectos que evalúa e intensifica con altas puntuaciones, lo que nos hace pensar, que aquéllo que no tiene lo anhela y por tanto, le otorga mucho valor e importancia.

Esto nos lleva a suponer, que el padre de los niños mentalmente incapacitados revela una actitud más negativa hacia la condición invalidante de su hijo, reflejándose a través de un no involucramiento hacia la problemática de éste, delegando toda responsabilidad de cuidado y atención en la madre, y fungiendo solamente como el proveedor económico de la familia.

En contraposición Rastogi (1981), señala que son las madres quienes exhiben actitudes más negativas hacia sus hijos minusválidos en comparación con los padres.

Los datos reportados por las madres de niños mentalmente retardados, muestran en los estímulos de cognotación positiva, un perfil similar al de su pareja; sin embargo, el deslindamiento de toda responsabilidad sobre ellas, les trae como consecuencia el que den al estímulo SER PADRES una significancia alta en valor y potencia, ya que muestran sentir que el tener un niño impedido es una carga muy intensa que conlleva una gran responsabilidad y crea en ellas intensa preocupación por el futuro.

El estudio de Hamilton (1977), apoya lo anterior al encontrar que las madres de niños incapacitados mentalmente, exhiben respuestas de gran tensión debido a los eventos diarios de su vida.

Por otro lado, ellas manifiestan tener una intensa decepción, la cual puede estar determinada tanto por el hecho de tener un hijo incapacitado, como por el no encontrar un apoyo por parte de su pareja.

Para el grupo de padres (padre-madre) de niños no incapacitados, se observó que a diferencia de las parejas de niños impedidos física o mentalmente, ellos no dan una cognotación sobrevalorada o minimizada a los estímulos presentados, sino que muestran un patrón de respuesta dentro de los límites esperados, esto es, dan valores positivos medios a los aspectos relacionados con lo que significa familia (MI RESPONSABILIDAD, NUESTRO FUTURO, SER PADRES y MI FAMILIA) y mantienen ante los estímulos con cognotación negativa una actitud neutral. Sin embargo, destaca la cognotación intensa que dan las madres al estímulo ENFERMEDAD, situación que puede explicarse debido a que es la mujer quien generalmente y ante la sociedad se encarga de las necesidades primarias de vigilancia y prevención de la enfermedad en la familia.

Asimismo, resalta el valor y la potencia que dan tanto la madre como el padre al estímulo DECEPCION, lo que puede deberse a que ellos piensan que el llegar a tener un hijo con necesidades especiales significaría una experiencia intensamente dolorosa, actitud quizás influenciada, por el conocimiento previo de saber que la presente investigación abordaba el papel de los padres de niños incapacitados.

Esta diferencia de actitudes entre los padres y las madres la encontraron también Eden-Piercy et.al. (1986), quienes afirman que las respuestas de los padres (padre-madre) hacia sus hijos incapacitados no deben ser necesariamente similares.

En suma, los padres (padre-madre) de niños incapacitados exhiben actitudes más positivas hacia la condición de incapacidad de sus hijos, que las parejas de padres de niños no incapacitados. Esto lo confirma los estudios realizados por Ferrara (1979) y Antúnez (1980).

La descripción anterior hizo referencia a una comparación de actitudes intra-sujeto (padre-madre), siendo el análisis intra-grupos el que se expondrá a continuación.

El análisis de los resultados, revela diferencias significativas entre los tres grupos manejados. En donde el grupo de padres (pareja) de niños no incapacitados, muestran las puntuaciones de actitud más bajas en todos los estímulos; sin embargo, estas se sitúan en un rango neutro. Ante los estímulos positivos, los padres (pareja) de los niños incapacitados físicos, son los que valoran e intensifican más altos estos aspectos, en comparación con los dos grupos restantes (retrasados/no incapacitados); es importante hacer notar, que las puntuaciones de actitud de los padres, y más específicamente del padre, de niños retrasados mentales configuran un perfil muy semejante al obtenido por el grupo de padres de niños no incapacitados.

Con respecto a los estímulos negativos, se denotó una disminución tanto en el puntaje de cada uno de los grupos como en la diferencia entre los grupos de investigación, decreciendo dichas puntuaciones hasta un nivel neutral; sin embargo, los padres (ambos) con niños retardados mentales, tienden a darles mayor intensidad, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

Una explicación tentativa a este hecho, podría estar fundada en las características incapacitantes de la condición de los niños (retrasado/inválido/normal), ya que los niños deficientes mentales presentan conductas disruptivas, y en general reacciones extremas a los estímulos del medio (esto concuerda con los resultados obtenidos por Beckman (1983).

Dichas características, provocan desagrado y marginación social, lo cual hace que las redes sociales de los padres se reduzcan o nulifiquen. Chetwynd (1985) y Cavanagh (1985) confirman estos resultados.

Hasta aquí, se presenta la descripción de las actitudes encontradas en los tres grupos manejados, a continuación se hará referencia a la variable dependiente, calidad de relación de pareja.

El análisis de los datos de los padres que conformaron nuestra muestra, apoyan las hipótesis propuestas, las cuales establecen diferencias significativas tanto a nivel intra-sujeto como a nivel intra-grupo.

La comparación de nuestros resultados, con los hallazgos reportados por Wishart (1981) y Antúnez (1980); muestran diferencias, puesto que en sus resultados no se percibe al miembro incapacitado como un factor que produzca un efecto sustancial sobre la vida familiar.

En forma específica, los padres (ambos) de niños incapacitados físicamente, perciben su relación de pareja como propensa a tener mayores dificultades, situación que es manejada y afrontada por ambos, esto es, tanto el padre como la madre están conscientes de cómo se está desarrollando la relación con su conyuge.

En contraste, la pareja de padres de niños retrasados mentales, perciben su relación de pareja como tendiente a lo conflictivo, siendo el padre, quien considera dicha relación como más problemática, debido quizás, a las viscosidades que le presenta la condición incapacitante de su hijo, reaccionando con actitudes de alejamiento y no involucramiento, dejando en manos de la madre todo aquello que se relacione con el niño.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Krupinski (1983) y Friedrich (1985); quienes encontraron cambios en la satisfacción marital, debidos a un incremento de los problemas en una muestra de padres (padres-madre) de niños mentalmente incapacitados.

A diferencia de los grupos antes mencionados, el grupo de padres (ambos) de niños no incapacitados, visualizan su relación conyugal como poco expuesta a sufrir conflictos de consideración, a pesar de haber entre ellos cierta divergencia en cuanto a algunos aspectos conyugales.

En resumen podemos suponer, que la pareja de padres de niños física y mentalmente incapacitados, mantienen y perciben una relación conyugal más propensa a experimentar conflictos, que en algunos casos, puede precipitar el abandono del hogar por uno de ellos, en comparación con los padres (padre-madre) de niños no incapacitados.

Dicha evidencia es apoyada por los hallazgos de Bardie (1981); Camejo (1983); Pérez (1983); Sargent (1983); Ochoa (1984); Wright (1985); Cervantes (1986) y De Fuentes (1986).



## CAPITULO 10

### CONCLUSIONES

Aunque nuestra sociedad proclama que todas las personas son creadas igualmente, no todas parecen ser valoradas de la misma manera. Entre los desfavorecidos, se encuentran los padres de los incapacitados, quienes a menudo comparten la estigmatización y marginación de sus hijos.

Es por dicha situación, que la finalidad del presente estudio fue dar énfasis al hecho, bien conocido, pero no siempre valorado en su debida magnitud, de que junto con el problema educativo y terapéutico del niño con necesidades especiales, existe el problema de la familia de este niño, que en forma favorable o desfavorable está actuando sobre él, de igual manera que él actúa sobre ella, transformándola en una familia especial que no tiene parecido psicológico con las demás.

El hecho de que la relación e influencia entre niños incapacitados y sus familias sean reciprocas y circulares, determina el que la familia, sea el grupo más importante en el desarrollo y la adaptación del niño minusválido, y por tanto exalta la necesidad de implemantar investigaciones que se avocuen al estudio de la pareja de padres de niños impedidos tomando en consideración:

- diferentes tipos de condición incapacitante,
- las características específicas de cada una de ellas, y
- el nivel funcional o calidad de la relación conyugal.

Va que los resultados del presente estudio sugieren que el tipo de incapacidad del niño, esta directamente relacionada a la clase y cantidad de problemas experimentados por la familia tanto a nivel individual, de pareja y grupal, es preciso subrayar la necesidad imperiosa de evaluar y desarrollar tanto los programas de intervención, como los servicios de asistencia especializada, los cuales sean dirigidos no solo hacia las necesidades específicas del niño, sino también a las de su grupo familiar; esto es, que los padres (ambos) tomen un rol en el que sean tanto partícipes como colaboradores activos del equipo de rehabilitación.

Esta postura de tomar al niño incapacitado como parte de un grupo familiar y no como un individuo aislado con problemas, determina el requerimiento de una evaluación que considere los siguientes aspectos:

- La calidad de las relaciones conyugales.
- El manejo de la realidad acerca de la incapacidad del niño, evaluado a través de las actitudes hacia la condición incapacitante.

De esta manera, intentamos proporcionar una guía para los profesionales que trabajan con niños incapacitados y sus familias, que les ayude a comprender el interjuego entre los patrones de funcionamiento familiar y las circunstancias especiales que frecuentemente ocurren en familias con un miembro minusválido.

De tal forma que esto pueda ser la base de un amplio rango de involucramiento por parte de los profesionales del área de la salud, con respecto a la crisis y sentimientos experimentados por el grupo familiar, incluyendo apreciaciones de funcionamiento y adaptación tanto individual, como de pareja y grupal; manejo del caso; tratamiento; desarrollo de recursos y programas específicos, y promoción de grupos educativos y de apoyo. Fomentándose así la inclusión de los padres a programas de entrenamiento, en los cuales tengan un papel más activo en la educación y desarrollo general de su hijo, y posiblemente promover una adaptación más rápida y adecuada a la situación.

## LIMITACIONES

Al abordar el problema en cuestión, y a lo largo de toda la investigación, nos enfrentamos a una serie de limitaciones que determinarán la utilidad de los resultados y conclusiones a los que se llegaron. Dicha limitaciones serán expuestas a continuación:

1) El tamaño de la muestra, se vió seriamente reducido debido a:

- Los niños no cumplían con la edad especificada.
- Gran incidencia de separación o divorcio entre los padres.
- El lugar de residencia de algunos de los padres, se localizaba fuera del área del Distrito Federal.

2) La fase de investigación de campo, se prolongó por las razones siguientes:

- Cambio de domicilio o errores en la dirección de los padres, no registrados en los archivos de las instituciones.
- El horario de trabajo de los padres (usualmente el padre), lo cual determinó repetidas visitas domiciliarias.
- Problemas de salud de algunos padres e hijos.

3) Problemas en la aplicación de los instrumentos:

- Incidencia alta de analfabetismo, situación que determinó que el tiempo de aplicación se prolongara.
- Dificultad de comprensión de los instrumentos, por lo que la aplicación se realizó de manera individual.
- Problemas para que los sujetos contestaran la totalidad de los reactivos de la Escala de Satisfacción Marital, específicamente aquéllos referentes a la sexualidad.

4) Carencia de investigaciones con las cuales comparar nuestros resultados:

- Las pocas investigaciones referidas al tema, sólo toman en cuenta a la figura materna.
- El Diferencial Semántico, no ha sido utilizado como técnica de medida en estudios relacionados con las personas minusválidas.

## **SUGERENCIAS**

- Para un conocimiento más amplio sobre Familia y Minusvalía, sugerimos para estudios posteriores, se tomen en cuenta al minusvalído y a todos los integrantes de su familia, ya que la unidad de predicción no puede ser la persona sola, sino que debe ser la persona y el ambiente familiar. Siendo esta unidad integrada la que determinará la precipitación de la enfermedad, su curso, la posibilidad de rehabilitación o el riesgo de recaída.
- En caso de utilizar la Escala de Satisfacción Marital se recomienda, respetar la naturaleza de los reactivos de cierto-falso, ya que se observó que la comprensión de los padres se vió entorpecida al manejar respuestas de sí-no; asimismo se recomienda conservar el formato de aplicación para cada sexo.
- Manejar otro tipo de variables sociodemográficas como son: edad, nivel socioeconómico y sexo de los niños, puesto que estas variables pueden determinar un sesgo en los resultados.
- Considerar otro tipo de incapacidad, debido a que se pueden suscitar diferencias dependiendo del tipo de características inhabilitantes.
- Necesidad de estructurar, experimentar y utilizar una escala de actitudes específica para los padres de niños incapacitados.
- Utilizar la escala del Diferencial Semántico de Osgood como medida de actitud, dadas sus características paramétricas que la hacen ser una herramienta de gran utilidad, al ofrecer un manejo rápido y específico de los resultados, además de ser un instrumento con consistencia experimental en México, situación que muchas otras escalas no tienen.

## APENDICES

### QUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

Este cuestionario es parte de un estudio que estamos realizando con el fin de conocer los aspectos vinculados con los niños minusválidos. Agradecemos su colaboración y le solicitamos contestar las siguientes preguntas. Marque con una X sobre la letra que corresponde. Sus respuestas serán anónimas.

- 1.- Sexo : - (1) M - (2) F
- 2.- ¿Qué edad tiene usted?
  - (a) 20 años o menos
  - (b) entre 21 - 25 años
  - (c) entre 26 - 30 años
  - (d) entre 31 - 35 años
  - (e) entre 36 - 40 años
  - (f) entre 41 - 45 años
  - (g) entre 46 - 49 años
- 3.- Religión.
  - (a) Católica
  - (b) Protestante
  - (c) Judía
  - (d) otra
- 4.- ¿Cuál es el grado de escolaridad obtenido?
  - (a) primaria
  - (b) secundaria incompleta
  - (c) secundaria completa
  - (d) preparatoria
  - (e) estudios técnicos
  - (f) universidad completa
- 5.- Experiencia anterior de pareja: - (1) Si - (2) No
- 6.- Tipo de unión actual.
  - (a) legal
  - (b) religiosa
  - (c) religiosa y legal
  - (d) unión libre
- 7.- ¿Cuánto tiene usted de haber conformado una pareja?
  - (a) menos de un año
  - (b) entre 2 - 4 años
  - (c) entre 5 - 8 años
  - (d) entre 9 - 11 años
  - (e) entre 12 - 15 años
  - (f) entre 16 - 19 años
  - (g) más de 20 años
- 8.- ¿Cuántos hijos tiene usted?
  - (a) ninguno
  - (b) 1
  - (c) 2
  - (d) 3
  - (e) 4
  - (f) 5
  - (g) más de 5 hijos

- 9.- ¿Cuáles son las edades de sus hijos?
- (a) menos de un año
  - (b) de 3 - 5 años
  - (c) de 6 - 8 años
  - (d) de 9 - 12 años
  - (e) de 13 - 18 años
  - (f) de 19 - 24 años
  - (g) 25 o más años
- 10.- ¿Trabaja usted?
- (1) Si      (2) No
- 11.- En caso de trabajar indique en qué actividad participa.
- (a) obrero
  - (b) obrero calificado
  - (c) burocrata
  - (d) comerciante
  - (e) empleado
  - (f) industrial
  - (g) profesional
  - (h) otro
- 12.- Si trabaja usted, indique qué tipo de horario tiene.
- (a) horario libre
  - (b) medio tiempo
  - (c) tiempo completo
- 13.- Indique si los mayores ingresos vienen de:
- (a) hombre
  - (b) mujer
  - (c) ambos

DIFERENCIAL SEMANTICO

---

MI SUERTE

---

Debil : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Fuerte

Buena : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Mala

Semantico : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Antipático

Gigante : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Enano

Imensa : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Diminuto

Maravilloso : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Espantoso

Grande : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Chico

Menor : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Mayor

Odioso : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Amoroso

Agradable : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : Despreciable

---

---

DECEPCION

---

|                    |   |                     |
|--------------------|---|---------------------|
| <i>Débil</i>       | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Fuerte</i>       |
| <i>Buena</i>       | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Mala</i>         |
| <i>Simpático</i>   | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Antipático</i>   |
| <i>Gigante</i>     | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Enano</i>        |
| <i>Inmenso</i>     | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Diminuto</i>     |
| <i>Maravilloso</i> | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Espantoso</i>    |
| <i>Grande</i>      | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Chico</i>        |
| <i>Menor</i>       | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Mayor</i>        |
| <i>Odioso</i>      | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Amoroso</i>      |
| <i>Admirable</i>   | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Despreciable</i> |

---



---

LA FELICIDAD

---

|                    |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |                     |
|--------------------|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|---------------------|
| <i>Débil</i>       | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Fuerte</i>       |
| <i>Buena</i>       | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Mala</i>         |
| <i>Simpatico</i>   | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Antipático</i>   |
| <i>Gigante</i>     | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Enano</i>        |
| <i>Imenso</i>      | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Diminuto</i>     |
| <i>Maravilloso</i> | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Espantoso</i>    |
| <i>Grande</i>      | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Chico</i>        |
| <i>Menor</i>       | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Mayor</i>        |
| <i>Amoroso</i>     | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Amoroso</i>      |
| <i>Admirable</i>   | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Despreciable</i> |

---

---

DINERO

---

|                    |   |                     |
|--------------------|---|---------------------|
| <i>Débil</i>       | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Fuerte</i>       |
| <i>Bueno</i>       | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Malo</i>         |
| <i>Simpático</i>   | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Antipático</i>   |
| <i>Gigante</i>     | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Enano</i>        |
| <i>Inmenso</i>     | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Diminuto</i>     |
| <i>Maravilloso</i> | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Espantoso</i>    |
| <i>Grande</i>      | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Chico</i>        |
| <i>Menor</i>       | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Mayor</i>        |
| <i>Odioso</i>      | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Amoroso</i>      |
| <i>Admirable</i>   | : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : | <i>Despreciable</i> |

---

---

MI RESPONSABILIDAD

---

*Débil* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Fuerte*

*Buena* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Malo*

*Simpático* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Antipático*

*Gigante* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Enano*

*Inmenso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Diminuto*

*Maravilloso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Espantoso*

*Grande* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Chico*

*Menor* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Mayor*

*Odioso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Amoroso*

*Admirable* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Despreciable*

---

---

NUESTRO FUTURO

---

*Débil* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Fuerte*

*Buena* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Malo*

*Simpático* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Antipático*

*Gigante* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Enano*

*Inmenso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Diminuto*

*Maravilloso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Espantoso*

*Grande* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Chico*

*Menor* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Mayor*

*Odioso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Amoroso*

*Admirable* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Despreciable*

---

---

MI FAMILIA

---

*Débil* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Fuerte*

*Bueno* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Malo*

*Simpático* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Antipático*

*Gigante* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Enano*

*Inmenso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Diminuto*

*Maravilloso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Espantoso*

*Grande* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Chico*

*Menor* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Mayor*

*Odioso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Amoroso*

*Admirable* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Despreciable*

---

---

RECHAZO

---

*Débil* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Fuerte*

*Bueno* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Malo*

*Simpático* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Antipático*

*Gigante* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Enano*

*Inmenso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Diminuto*

*Maravilloso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Espantoso*

*Grande* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Chico*

*Menor* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Mayor*

*Odioso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Amoroso*

*Admirable* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Despreciable*

---

---

ENFERMEDAD

---

|                    |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |                     |
|--------------------|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|---------------------|
| <i>Debil</i>       | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Fuerte</i>       |
| <i>Bueno</i>       | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Malo</i>         |
| <i>Simpatico</i>   | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Antipático</i>   |
| <i>Gigante</i>     | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Enano</i>        |
| <i>Inmenso</i>     | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Diminuto</i>     |
| <i>Maravilloso</i> | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Espantoso</i>    |
| <i>Grande</i>      | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Chico</i>        |
| <i>Menor</i>       | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Mayor</i>        |
| <i>Odioso</i>      | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Amoroso</i>      |
| <i>Admirable</i>   | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | ___ | : | <i>Despreciable</i> |

---

---

SER PADRES

---

*Débil* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Fuerte*

*Bueno* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Malo*

*Simpático* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Antipático*

*Gigante* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Enano*

*Inmenso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Diminuto*

*Maravilloso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Espantoso*

*Grande* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Chico*

*Menor* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Mayor*

*Odioso* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Amoroso*

*Admirable* : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_ : *Despreciable*

---



## ESCALA DE SATISFACCION MARITAL

Esta escala es parte de un estudio sobre relaciones matrimoniales.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones en las cuales usted debe indicar colocando una X sobre la respuesta que mejor describe su situación.

Ejemplo:

3.- Las decisiones sobre el manejo del gasto familiar son tomadas por mi esposo sin consultarme. si no

Si usted considera que en su caso, siempre o casi siempre esto sucede así, colocará una X sobre la respuesta si.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1.- Mi esposo comparte mis intereses.  | si | no |
| 2.- Procuro mantenerme unida a la familia de él.   | si | no |
| 3.- Las decisiones sobre el manejo del gasto familiar son tomadas por mi esposo sin consultarme. | si | no |
| 4.- Mi esposo me anima en mi trabajo.  | si | no |
| 5.- Cuando doy una orden a mi hijo mi esposo la contradice.                                      | si | no |
| 6.- El toma siempre la iniciativa en las relaciones sexuales.                                    | si | no |
| 7.- Cuando estoy en desacuerdo con mi esposo prefiero callarme.                                  | si | no |
| 8.- Mi esposo abusa del alcohol.   | si | no |
| 9.- Mi esposo me acaricia menos que antes.   | si | no |
| 10.- El uso del tiempo libre lo discutimos de manera conjunta.                                   | si | no |
| 11.- Compartimos las mismas creencias religiosas.  | si | no |
| 12.- Confío en mi esposo.  | si | no |
| 13.- Los amigos de mi esposo son mis amigos.   | si | no |
| 14.- Las amigas de mi esposo son mis amigas.   | si | no |
| 15.- He pensado muchas veces no continuar esta relación.   | si | no |
| 16.- El trabajo de mi esposo es algo aparte de nuestra vida familiar.                            | si | no |
| 17.- Mi esposo y yo nos ayudamos en la realización de las tareas del hogar.                      | si | no |
| 18.- Recibo críticas de mi esposo delante de otras personas.                                     | si | no |
| 19.- El manejo del dinero nos genera problemas.  | si | no |
| 20.- Mi esposo me respeta.   | si | no |
| 21.- No recibo el apoyo que quisiera de mi esposo cuando tengo algún problema.                   | si | no |
| 22.- Creo que no conozco a mi esposo.  | si | no |
| 23.- Cuando tuvimos a nuestro hijo mejoraron nuestras relaciones.                                | si | no |

|  |    |    |
|--|----|----|
| 24.- <i>Creo que debemos mantenernos alejados de la familia de él.</i>                           | si | no |
| 25.- <i>Los intereses y gustos de mi esposo son diferentes de los míos.</i>                      | si | no |
| 26.- <i>A medida que transcurre el tiempo mi relación de pareja es mejor.</i>                    | si | no |
| 27.- <i>Mi esposo y yo tenemos las mismas costumbres.</i>  | si | no |
| 28.- <i>Procuramos que nuestra vida sexual no sea rutinaria.</i>                                 | si | no |
| 29.- <i>Mi esposo prefiere compartir el tiempo libre con sus amigos.</i>                         | si | no |
| 30.- <i>Mi esposo me comprende.</i>  | si | no |
| 31.- <i>Diferimos sobre cómo educar a nuestro hijo.</i>  | si | no |
| 32.- <i>Cuando estamos a solas no tenemos de qué platicar.</i>                                   | si | no |
| 33.- <i>Nos expresamos afectos (besos, caricias) en diferentes momentos.</i>                     | si | no |
| 34.- <i>No confío en mi esposo.</i>  | si | no |
| 35.- <i>Mi esposo le da valor a mis opiniones.</i>   | si | no |
| 36.- <i>Decidimos en conjunto cómo manejar el dinero.</i>  | si | no |
| 37.- <i>En nuestra relación podemos expresar desacuerdos.</i>                                    | si | no |
| 38.- <i>Recibo halagos y mimos de mi esposo.</i>   | si | no |
| 39.- <i>Mi esposo fuma en exceso.</i>  | si | no |
| 40.- <i>Disfruto los chistes de mi esposo.</i>   | si | no |
| 41.- <i>Con el paso del tiempo nuestra relación se ha enfriado.</i>                              | si | no |
| 42.- <i>El horario de trabajo de mi esposo nos trae problemas.</i>                               | si | no |
| 43.- <i>Nos ponemos de acuerdo sobre cómo educar a nuestro hijo.</i>                             | si | no |
| 44.- <i>Las relaciones con la familia de mi esposo nos causan dificultades.</i>                  | si | no |
| 45.- <i>Al tener un problema sé que cuento con el apoyo de mi esposo.</i>                        | si | no |
| 46.- <i>Decidimos entre los dos sobre los aspectos más importantes de nuestra vida familiar.</i> | si | no |
| 47.- <i>A partir del nacimiento de nuestro hijo las relaciones con mi esposa se estancaron.</i>  | si | no |
| 48.- <i>Mi esposo y yo tenemos amigos comunes.</i>   | si | no |
| 49.- <i>Cuando mi opinión difiere de la de mi esposo, él trata de hacerme cambiar de idea.</i>   | si | no |
| 50.- <i>Mi esposo no interviene como yo quisiera para ayudarme en el cuidado de mi hijo.</i>     | si | no |
| 51.- <i>Cuando mi esposo me critica algo, me hace el comentario a solas.</i>                     | si | no |
| 52.- <i>Las expresiones de afecto no se dan en nuestra relación.</i>                             | si | no |
| 53.- <i>Recibo insultos y amenazas de mi esposo.</i>   | si | no |
| 54.- <i>Mis opiniones no son tomadas en cuenta por mi esposo.</i>                                | si | no |
| 55.- <i>Mi relación de pareja es muy estable y satisfactoria.</i>                                | si | no |

|   |    |    |
|---|----|----|
| 56.- Conozco a mi esposo.   | si | no |
| 57.- Mi esposo toma las decisiones mas importantes de nuestra casa sin tomarme en cuenta. | si | no |
| 58.- Mi esposo se queja de cansancio cuando deseo tener relaciones sexuales.              | si | no |
| 59.- Mi esposo y yo platicamos sobre muchos aspectos.                                     | si | no |
| 60.- Creo que estamos unidos sólo por nuestro hijo.                                       | si | no |
| 61.- El horario de trabajo de mi esposo me permite ocuparme de otras cosas importantes.   | si | no |
| 62.- Las tareas del hogar las realiza sólo mi esposo.                                     | si | no |
| 63.- Mi esposo me ha faltado al respeto.  | si | no |
| 64.- Comparto mi tiempo libre con mi esposo.  | si | no |
| 65.- Mi esposo respeta mi intimidad.  | si | no |
| 66.- Tengo dudas sobre la fidelidad de mi esposo.   | si | no |
| 67.- Nuestra relación no ha cambiado desde que la iniciamos.                              | si | no |
| 68.- Sé lo que piensa mi esposo sobre algun aspecto.                                      | si | no |
| 69.- Mi esposo y yo tenemos creencias religiosas diferentes.                              | si | no |

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman N. W., (1971). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- 2.- Ackerman N. W., (1976). Familia y conflicto mental. Ediciones Horme. Buenos Aires, Argentina.
- 3.- Affleck Glenn. et al., (1985 (sept), Vol. 10 (3), 293-303). Mother's beliefs about behavioral causes for their developmentally disabled infant's condition: What do they signify?. Journal of Pediatric Psychology. U.S.A.
- 4.- Allen A. Deborah., (1985 (agosto), Vol.23, No.4, 200-202). Are we stereotyping parents? A postscript to Blacher. Mental Retardation. U.S.A.
- 5.- Altamirano Ortega J., El niño con deficiencia mental y la familia. Centro de Terapia Educativa. México, D.F.
- 6.- Antúnez Ma. Eugenia et. al. (1980). La familia del niño deficiente mental. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México, D.F.
- 7.- Bardie Jane & Selig L. Andrew, (1981, Vol. 8 (3), 187-195). Family Functioning in Families with children who have handicapping conditions. Family Therapy. U.S.A.
- 8.- Beckman Paula., (1983, Vol. 88, No. 2, 150-156). Influences of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants. American Association of Mental Deficiency. U.S.A.
- 9.- Blacher Jean., (1984 (abril), Vol. 22 No. 2, 55-68). Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact or Artifact? Mental Retardation. California U.S.A.
- 10.- Bosch Gerard, (1982, julio-agosto, No. 82). Delimitación y tipos del deficiente mental grave. Siglo Cero. Boletín de la Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales. España.
- 11.- Boletín Informativo de la Dirección General de Educación Especial (1980, septiembre). México, D.F.
- 12.- Boletín Informativo de la Dirección General de Educación Especial, (1981 (mayo), Vol.1, año 2, No. 9). México, D.F.
- 13.- Boletín de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C., (1983 (mayo), Vol.1, No.3). México, D.F.

- 14.- *Boletín de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C.*, (1984, febrero, Vol. 1, No. 5). México, D.F.
- 15.- *Boletín de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C.*, (1984 (octubre), Vol.2, No.1). México, D.F.
- 16.- *Boletín del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes* (1985, diciembre). España.
- 17.- Brandt Patricia., (1984, Vol. 7 (4-5), 187-201). Clinical assesment of the social support of families with handicapped children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing.* U.S.A.
- 18.- Byrne E.A.et al, (1985 (nov) Vol. 26 (6), 847-864). The effects of mentally handicapped children on families: A conceptual review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines.* U.S.A.
- 19.- Camejo Lluch., (1983 (sept-dic), Vol. 6 (3), 9-15). La situación familiar inadecuada y su influencia en el manejo de retardo mental profundo. *Boletín de Psicología.* U.N.A.M. México, D.F.
- 20.- Carr Charles et.al., (1979). Retardo Mental: Conceptos para un cambio institucional. Editorial Trillas. México. D.F.
- 21.- Cavanagh Joy, et.al., (1985, septiembre, Vol. 11(3), 151-156). Stress in families with handicapped children. *Journal of Developmental Disabilities.* Australia and New Zeland.
- 22.- Cervantes Margarita, (1986, agosto). La dinámica familiar como un núcleo integrador en los padres con hijos deficientes mentales. México, D.F.
- 23.- Channabasavanna S.et. al., (1985 (abril-junio), Vol. 18 (2), 44-47). A study of attitudes of parents toward the management of mentally retarded children. *Child Psychiatry Quarterly.* U.S.A.
- 24.- Checa Rafael, (1984). El deficiente mental, ¿Qué es y qué hacemos por él? Tercera semana nacional pro deficiente mental y primer encuentro nacional de padres de familia 1983. Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A.C. México. D.F.
- 25.- Chetwynd Jane., (1985 (junio), Vol.15(3), 295-304). Factors contribution to stress on mothers caring for an intellectually handicapped child. *British Journal of Social Work.* Gran Bretaña.

- 26.- Chiva M., (1973). El diagnóstico de la debilidad mental. Débiles Normales y Débiles Patológicos. Editorial Pablo del Rio. España.
- 27.- Cleveland Martha., (1977 (septiembre), Vol.38(3-A), 1684-1685). Family adaption to the permanent disablement of a son or daughter. Dissertation International Abstracts. U.S.A.
- 28.- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, (1984, febrero). La Nación; Diez años al servicio de la persona minusválida. México, D.F.
- 29.- Crnic Keith et.al., (1983 (septiembre), Vol. 88(2), 125-138). Adaptation of families with mentally retarded children: A model the stress, coping and family ecology. American Journal of Mental Deficiency. Washington U.S.A.
- 30.- Cross Michael, (1979 (mayo), Vol. 39 (11-B), 5542). The effects of normal and atypical infants on maternal attitudes and expectations. Dissertation International Abstracts. U.S.A.
- 31.- Cuevas Martha., (1981). Técnicas de medición y elaboración de escalas de actitudes. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México, D.F.
- 32.- Dawes Robyn., (1983). Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. Editorial Limusa. México, D.F.
- 33.- De Ajuriaguerra J., (1983) . Manual de Psiquiatria Infantil. Editorial Masson. Barcelona-México
- 34.- De Fuentes Reyes Ma., (1986). Problemas que se originan ante la presencia del niño deficiente mental en el ambiente familiar. Facultad de Psicología U.N.A.M. México, D.F.
- 35.- Díaz Dávalos R., Historia de un caso. Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C. México, D.F.
- 36.- Díaz Guerrero R., (1975). El Diferencial Semántico del idioma español. Editorial Trillas. México, D.F.
- 37.- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1986). Editorial Nuevas Técnicas Educativas S.A. México, D.F.
- 38.- Donna Stephanie., (1976 (marzo-abril), Vol. 31 (139), 211-234). Attitudes toward mental illness. Revista de Psicología Clínica General y Aplicada.

- 39.- Dunlap William et. al., (1977 (julio), Vol. 26 (3), 286-293). How does a handicapped child affect the family?. Implications for practitioners. Family Coordinator. U.S.A.
- 40.- Dybwad Gunnar et. al., (1977 (marzo), No. 32, 62-86). Current problems in severe mental handicap. International Child Welfare Review. U.S.A.
- 41.- Eden-Piercy-Grace, V., (1986, octubre, Vol. 24 (5), 285-291). Exploring Parent's reactions to the young child with severe handicaps. Mental Retardation. U.S.A.
- 42.- Emery Robert et.al., (1984, Vol.12, No.3, 411-420). Marital discord and child behavior problems in a nonclinic sample. Journal of Abnormal Child Psychology. U.S.A.
- 43.- Enciclopedia Temática de Educación Especial, (1986). Editorial Ciencias de la Educación Preescolar y Especial. Madrid, España.
- 44.- Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C. Superprotección y subvaloración del hijo deficiente. México, D.F.
- 45.- Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C. Síntesis de los aspectos más relevantes tratados en el programa científico de la segunda semana del deficiente mental. México, D.F.
- 46.- Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C. A los padres. México, D.F.
- 47.- Ey Henri, (1980). Tratado de Psiquiatría. Editorial Masson. México, D.F.
- 48.- Facultad de Psicología, U.N.A.M., (1985). Apuntes de la materia. Desórdenes Orgánicos de la Conducta, Personalidad Psicopática y Sociopática. México, D.F.
- 49.- Federación Argentina de entidades pro atención al Deficiente Mental., (1979 (abr-jun), No.1, Año 1). Revista. Buenos Aires, Argentina.
- 50.- Federación Española de Asociaciones protectoras de subnormales., (1980 (julio-agosto), No. 70). La familia del deficiente mental. Boletín, Siglo Cero. España.
- 51.- Federación Española de Asociaciones protectoras de subnormales., (1983 (enero-febrero), No.85). Boletín. Siglo Cero. España.

- 52.- Fairfield Barbara., (1983 (febrero), Vol.49(5), 411-415). Parents coping with genetically handicapped children: Use of early recollections. Exceptional Children. U.S.A.
- 53.- Ferrara Dianne., (1979 (sept), Vol. 84 (2), 145-151). Attitudes of parents of mentally retarded children toward normalization activities. American Journal of Mental Deficiency. U.S.A.
- 54.- Ferrari Forcade A., (1984, abril-septiembre). Rehabilitación en parálisis cerebral: reflexiones sobre 20 años de experiencia personal. FENDIM. Revista de la Federación Argentina de Identidades Pro-atención al Deficiente Mental. Argentina.
- 55.- Flores Lozano., (1979 (julio-agosto)). Afectividad y deficiencia mental. Revista de Educación Especial (Epheta). México, D.F.
- 56.- Forehand Rex et.al., (1986, Vol.24(1), 43-48). Contributions of child behavior and marital dissatisfaction to maternal perceptions of child maladjustment. Behavior Research and Therapy. U.S.A.
- 57.- Friedrich William N., (1981, marzo, Vol. 85(5), 551-553). Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. American Journal of Mental Deficiency. U.S.A.
- 58.- Friedrich William et.al., (1985, Vol.90, No.2, 130-139). Coping resources and parenting mentally retarded children. American Journal of Mentally Deficiency. U.S.A.
- 59.- Fucaracio Helda., (1979 (junio)). Enfoque ecototalista de la deficiencia mental. Tercer Congreso de la Asociación Iberoamericana para el estudio científico de la Deficiencia Mental y Primer Encuentro Iberoamericano de Asociaciones de Padres. Argentina.
- 60.- Funegra Gloria. La familia y el deficiente mental. Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C. México, D.F.
- 61.- Gallardo Vallejo M. & Olascuage Tovar M., (1986). Personalidad y conducta materna en madres de niños con lesión cerebral. Facultad de Psicología U.N.A.M. México, D.F.
- 62.- Garcia de Dios J. Maria. Cuadernos para educadores: Un niño subnormal. Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C. México, D.F.



- 63.- García Yomaira, Relación entre el Ciclo Vital, la Interacción y algunas variables sociodemográficas en la Satisfacción Marital. Tesis de maestría (en preparación). Facultad de Psicología U.N.A.M. México, D.F.
- 64.- Gutierrez Rodolfo., (1966). Análisis de la técnica y problemas inherentes a la construcción de una escala de actitudes. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México, D.F.
- 65.- Hall W. Cathy, (1984, noviembre, Vol. 31, No. 3, 185-191). Consultation with parents of handicapped children. The Exceptional Child. U.S.A.
- 66.- Hamilton J., (1977 (octubre), Vol. 38 (4-A), 2043-2044). Mother's expectancies for their young handicapped children: Implications for maternal autonomy for realistic goal setting. Dissertation International Abstracts. U.S.A.
- 67.- Hernández G. Ricardo., (1987 (mayo), No.55). El minusválido realidad y penumbra. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). España.
- 68.- Hernández López Virginia., Readaptación de niños con trastornos emocionales por medio del cambio de actitud de las madres. Facultad de Psicología U.N.A.M. México, D.F.
- 69.- Ingebourg Thomae, (1979, marzo-abril, No. 62). El deficiente mental en la familia. Siglo Cero. España.
- 70.- Instituto Mexicano de Psiquiatría S.S.A.. (1981). Problemas comunes de salud mental. Guía para su atención. Dirección General de Salud Mental. México, D.F.
- 71.- Johnston Lynn et.al., (1978 (julio), Vol.39(1-B), 348 ). Mourning in parents of the handicapped its relation to certain parenting behaviors. Dissertation International Abstracts. U.S.A.
- 72.- Jones Edward et. al., (1980). Fundamentos de Psicología Social. Editorial Limusa. México, D.F.
- 73.- Karlsson Karl E., (1981). El derecho a todo tipo de información. Colección de Rehabilitación del Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.
- 74.- Kazak Anne., (1984(enero), Vol.33(1), 67-77). Differences,difficulties and adaptation Stress and social networks in families with a handicapped children. Family Relations : Journal of Applied Family and Child Studies. U.S.A.

**Faltan Páginas**

**No. 163 y 164**

- 100.- Oltsman, (1977, Vol. 16, No. 4). Evaluación de los predictores de la percepción materna del desajuste de niños clínicamente referidos. Mental Retardation. U.S.A.
- 101.- Osgood Charles., (1971). The measurement of meaning. U.S.A.
- 102.- Parks Ronda., (1977 (agosto), Vol. 2(5), 51-66). Parental reactions to the birth of a handicapped children. Health and Social Work. U.S.A.
- 103.- Peniston Eugene., (1977, Vol. 4 (2), 38-44). Parental influence on maladaptative behavior of mentally retarded children in the classroom. Research and the Retarded. U.S.A.
- 104.- Pérez Martha., (1983 (junio)). El deficiente mental en la sociedad. Escuela Normal de Especialización. S.E.P. México, D.F.
- 105.- Polanco Gutierrez Lilia, (1983). ¿Cómo influye el deficiente mental en la dinámica familiar?. México. D.F.
- 106.- Ramirez Soledad. Como influye el niño deficiente mental en la dinámica familiar. Escuela Normal de Especialización. S.E.P. México, D.F.
- 107.- Ramos Palacios. Boletín de Pediatría. México, D.F.
- 108.- Raventós Jesús., (1969). El subnormal miembro de nuestra comunidad. Primer cursillo de técnicas de expresión para maestros y monitores de subnormales. Barcelona, España.
- 109.- Rastogi C. K., (1981 (julio), Vol. 23 (3), 206-209). Attitudes of parents toward their mentally retarded children. Indian Journal of Psychiatry.
- 110.- Rees Roger., (1982 (diciembre), Vol. 8(4), 183-196). A profile of childrearing characteristics for parents of intellectually handicapped children. Journal of Developmental Disabilities. Australia and New Zealand.
- 111.- Rev Andre, (1986). Retraso mental y primeros ejercicios educativos. Fondo de Educación Especial. Editorial Cíncel. España.
- 112.- Rojas J.L.; Saldaña L.M. & Tamayo M.A., (1987). Rechazo del deficiente mental. Escuela Normal de Especialización, S.E.P. México, D.F.
- 113.- Ruiz M., (1975 (ene-mar), Vol.12(1), 19-24). Study of attitudes of families with mentally deficient members. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica.

- 114.- Sargent John. (1983, abril, Vol. 5 (1), 41-48). The Family and childhood psychosomatic disorders. General Hospital Psychiatric. U.S.A.
- 115.- Sargent John., (1983 (marzo), Vol.4(1), 50-56). The sick child: Family complications. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. U.S.A.
- 116.- Schaughency Elizabeth et. al., (1985, Vol. 53, No. 5, 718-723). Mother's and father's perceptions of child deviance: Roles of child behaviour, parental depression, and marital satisfaction. Journal of Consulting and Clinical Psychology. U.S.A.
- 117.- Schell Gregory., (1981 (octubre), Vol.1(3), 21-27). The young handicapped children: A family perspective. Topics in Early Childhood.Especial Education. U.S.A.
- 118.- Seligman Milton., (1985 (dic), Vol.64 (4), 264-267). Handicapped children and their families. Journal of Counseling and Development. U.S.A.
- 119.- S.E.P., (1981). Memorias del Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental. México, D.F.
- 120.- Seshadri Mala, (1983 (sept), Vol. 10, No. 2, 473-478). Impact of a mentally handicapped child on the family. Indian Journal of Clinical Psychology.
- 121.- Sommers Paul et. al., (1982 (julio), Vol. 10). Respite care for families of children with severe handicaps: An evaluation study of parent satisfaction. Journal of Community Psychology. U.S.A.
- 122.- Sosa Gabriela., (1987). Actitudes hacia la integración de personas con deficiencia mental. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México, D.F.
- 123.- Soto Jorge., (1983 (sep-dic), No. 4. Vol. 6). Boletín de Psicología. Facultad de Psicología U.N.A.M. Mexico, D.F.
- 124.- Strom Robert et. al., (1984 (junio), Vol. 11 (2), 89-103). A comparison of childrearing attitudes of parents of handicapped and nonhandicapped children. Journal of Instructional Psychology. U.S.A.
- 125.- Summers Gene.. (1976). Medición de actitudes. Editorial Trillas. México, D.F.
- 126.- Tavormina J.B. et.al., (1981, Vol.9, No.1, 121-131). Psychosocial effects on parents of raising physically handicapped child. Journal of Abnormal Child Psychology. U.S.A.

- 127.- Thomas David et. al., (1986, Vol. 1 (2), 165-171). Working with parents of exceptional children: The need for more careful thought and more positive action. Dissability Handicapp and Society. U.S.A.
- 128.- Thompson Robert., (1982 (sept), Vol. 3 (3), 153-158). Multidimensional problems and findings in developmentally disabled children. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. U.S.A.
- 129.- Troout Michael., (1983(jul-ago), Vol.62, No.4, 337-348). Birth of a sick or handicapped infant: Impact on the family. Child Welfare. U.S.A.
- 130.- U.N.E.S.C.O., (1977). La Educación especial: Situación actual y tendencias en la investigación. Ediciones Sigüeme. Salamanca, España.
- 131.- U.N.E.S.C.O., (1979). Reunión de expertos de la U.N.E.S.C.O. sobre Educación Especial. Casa de la U.N.E.S.C.O.
- 132.- Valdéz Salvador., (1970 (junio), Vol.14, No.54). La familia y el deficiente mental. Boletín de Pediatría y Deficiencia Mental. México, D.F.
- 133.- Vannicelli Marsha. et.al., (1980 (enero), Vol. 50 (1)). Family attitudes toward mental illness. American Journal Orthopsychiatry. U.S.A.
- 134.- Wason Mona et.al., (1983, Vol. 10(3), 299-308). Reflections on profesional's attitudes toward the severelly mentally retarded and the chronically mentally ill: Implications for parents. Family Therapv. U.S.A.
- 135.- Wasserman Gail et. al., (1986, Vol. 16 (V), 251-253). A matter of degree: Maternal interaction with infants of varying levels of retardation. Child Study Journal. U.S.A.
- 136.- Watson Robert., (1979 (agosto), Vol.43(1), 309-310). Reactions of mothers with mentally retarded children: A social perspective. Psychological Reports. U.S.A.
- 137.- West A. Margaret, El impacto del retardo mental sobre la familia: Implicaciones para la prevención. Escrito de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del deficiente Mental A.C. Mexico, D.F.
- 138.- Wishart M. C. et.ai., (1981, Vol. 7(5), 267-279). Parents report of family life with a developmentally delayed child. Child Care Health and Development. U.S.A.

- 139.- Whitaker J.S., (1984 (dic), Vol. 30 (2), No. 59, 87-91). Some influences on the attitudes of parents of mentally handicapped children. British Journal of Mental Subnormality. Gran Bretaña.
- 140.- Wright Loyd. et al, (1985 (marzo), Vol.32, No.1). Parents of handicapped children: their self-ratings life satisfaction and parental adequacy. Exceptional Child. U.S.A.
- 141.- Zahonero José. La debilidad mental en el niño. Escritos de la Cofederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C. México, D.F.
- 142.- Zaragoza Ma. R. El niño deficiente mental en el ambiente familiar. Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A. C. México, D.F.
- 143.- Zirpoli Thomas et. al., (1987 (marzo), Vol. 34 (1), 31-40). Unresponsiveness in child with severe disabilities: Potential effects on parent-child interaction. Exceptional Child. U.S.A.