

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

10
Sej-

"LA AUTOESTIMA EN NIÑOS CON TRASTORNOS
POR DEFICIT DE ATENCION"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A
MARIA ANGELICA VERDUZCO ALVAREZ ICAZA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Página
1. <u>INTRODUCCION</u>	1
1.1 El problema	6
1.2 Importancia del estudio	10
1.3 Objetivos del trabajo	14
1.4 Definición de términos	16
2. <u>REVISION DE LA LITERATURA</u>	
2.1 Desarrollo del concepto de Autoestima	25
2.2 Autoestima en los niños	36
2.3 Trastornos por Déficit de Atención	42
2.3.1 Algunas corrientes etiológicas de los trastornos por Déficit de Atención	50
3. <u>METODO</u>	
3.1 <u>Método Fase I:</u> Traducción del Inventario de Autoestima de Coopersmith. Estudio de Validez y Confiabilidad	56
3.1.1 Población	56
3.1.2 Instrumento	57
3.1.3 Procedimiento	61

<u>3.2. Método Fase II:</u> Estudio comparativo de la Autoestima	
en niños con y sin trastornos por déficit de atención	65
3.2.0 Hipótesis	65
3.2.1 Población	66
3.2.2 Instrumentos	69
3.2.3 Procedimiento	76
<u>4. RESULTADOS</u>	
<u>4.1. Fase I</u>	79
4.1.1 Correlación item-total	79
4.1.2 Alfa de Cronbach	79
4.1.3 Análisis Factorial	79
4.1.4 Medias y Desviaciones Estándar	81
4.1.5 Correlación entre escala original y depurada	81
4.1.6 Correlación inter escalas	81
4.1.7 Comparaciones por sexo	82
4.1.8 Comparaciones por grado escolar	82
<u>4.2. Fase II</u>	
4.2.1 Comparación del grupo "normales" vs los grupos de trastornos de atención	82
4.2.2 Comparación del grupo control vs los grupos de trastornos de atención	83
4.2.3 Pruebas t entre pares de medias	83

5. DISCUSION Y CONCLUSIONES

5.1_Case_I 85

5.2_Case_II 88

BIBLIOGRAFIA GENERAL 93

Tabla # 1 102

Tabla # 2 102

Tabla # 3 103

Tabla # 4 103

Tabla # 5 104

Tabla # 6 104

Tabla # 7 105

Tabla # 8 107

Tabla # 9 108

Tabla # 10 110

Tabla # 11 112

Tabla # 12 113

Tabla # 13 115

Tabla # 14 116

Tabla # 15 117

Tabla # 16 118

Tabla # 17 119

Tabla # 18 120

Tabla # 19 121

Tabla # 20 122

Página

Gráfica # 1	111
Gráfica # 2	114
Anexo # 1	123
Anexo # 2	125
Anexo # 3	127
Anexo # 4	130
Anexo # 5	153
Anexo # 6	158

1. INTRODUCCION

A diferencia de otros padecimientos psiquiátricos, los trastornos por déficit de atención comprenden comportamientos como la inatención, la impulsividad y la hiperactividad que son evidentes al menos y en algún grado en todos los niños. Según Edelbrock y cols (34), este trastorno no se define por pocos síntomas patológicos sino por desviaciones cuantitativas en la frecuencia y o en la severidad del comportamiento.

Una vez que los síntomas han dado lugar al diagnóstico, dada la urgencia o la necesidad de corregir estos aspectos, los tratamientos generalmente subestiman los aspectos psicológicos y sociales que van unidos al mismo, aún cuando en todos los reportes que describen los problemas asociados a los trastornos de atención, se mencionan dificultades de adaptación en el ámbito social, escolar y una baja autoestima.

La autoestima es un tema sobre el cual se discute con frecuencia en el contexto clínico, ya sea como una explicación o como una consecuencia de un desorden, y por lo mismo este término hipotético ha acarreado un gran número de definiciones discrepantes, en las que cada una refleja el punto de vista teórico del autor.

Ha sido categorizada como una necesidad por Maslow (71), como una actitud por Coopersmith (20) o como el resultado de habilidades por White (119).

De acuerdo a Coopersmith (20) las personas con alta autoestima son más

aceptantes y tienden a llevar vidas activas con un sentimiento de autodeterminación, son más capaces de tolerar el stress externo e interno y son menos ansiosas. Lundgren (65) menciona que son menos sensibles a la critica y pueden con mayor facilidad dar una opinión que sea controvertida, poniendo más atención al interés personal que a los valores del grupo. Para Rosenberg (91) son personas que tienden a tener mejor salud fisica, a disfrutar más de las relaciones, valoran la independencia, les gusta la competencia y logran un mayor éxito. Lefevre y West (63) marcan una correlación positiva entre autoestima y asertividad.

Robert Reasoner (85), al hablar de lo significativo de una autoestima positiva en los primeros años del niño, dice: "es importante porque determina en gran medida como actúa y aprende. Los niños que poseen una alta autoestima están deseosos de aprender, se llevan bien con los otros, están altamente motivados y llegan a ser personas que disfrutan el éxito. A los niños que les falta la autoestima no aprenden tan bien, se sienten inadecuados y compensan esos sentimientos criticando los logros de otros. Se vuelven sensibles y se preocupan de lo que los demás puedan pensar y pierden motivación. Cuando surgen los problemas, culpan a los compañeros y encuentran excusas para ellos mismos. Como no tienen confianza, creen que de todas maneras van a fracasar, así es que rara vez ponen el esfuerzo que se requiere para triunfar. Después de continuos fracasos, ellos realmente llegan a creer que no pueden hacer algo. Como resultado, su nivel de autoestima y su motivación descienden aún más. Las investigaciones indican que los niños a los que les falta autoestima con frecuencia se convierten en fracasados,

delinquentes, drogadictos y en problemas escolares".

También la baja autoestima ha sido relacionada como factor etiológico que contribuye a la depresión como lo mencionan Beck (9), Wilson y Krane (121); a la ansiedad: Rosenberg (92); al abuso del alcohol: Mc. Cord y Mc. Cord (67) y al abuso de las drogas: Brehm y Back (13).

Además la autoestima baja según Storr (107) incluye: dependencia, necesidad de aprobación, indefensión y hostilidad enmascarada; de acuerdo a Coopersmith (20) apatía, aislamiento, indeseabilidad, evitación y pasividad.

Como lo señalan Wells y Marwell (116), existen varios problemas en la definición de la autoestima. La primera se deriva de la relación del término con las definiciones de sentido común, lo que da por resultado la impresión equivocada de que diferentes escritores se refieren a lo mismo cuando discuten sobre la autoestima. En segundo lugar, la aseveración de que todos tienen una comprensión intuitiva de su naturaleza, esconde el hecho de que los diversos teóricos tienen diferentes puntos de vista sobre lo que implica un comportamiento "sano" de la personalidad. Finalmente debido a que todos pensamos que sabemos acerca de la autoestima, tendemos a tomar su existencia como una identidad separada e independiente, cuando todavía esto no ha sido bien establecido.

En cuanto a la evaluación, el estudio de la autoestima también tropieza con dificultades importantes; entre ellas la principal es distinguir la cualidad así como la cantidad de la estima. Muchas de las dis-

tinciones cualitativas hechas en referencia a la autoestima reflejan incertidumbre en cuanto a cómo ésta es expresada y si es genuina la imagen que el individuo pretende dar. Algunas veces la persona está conciente del bajo concepto que tiene de sí mismo y trata de ocultarlo a otros; en otras ocasiones, no está conciente de la pobre evaluación que tiene de sí mismo.

Otra distinción que se ha hecho es entre estados subjetivos de autoestima y su expresión a nivel conductual. Aunque la persona pueda concientemente hacer y mantener una apreciación favorable de sí misma, es posible que inconscientemente pueda tener una mala opinión. Estos aspectos están relacionados a la cualidad o la genuinidad de la respuesta de la persona.

Otra dificultad más está relacionada a los juicios de valor que con frecuencia son aplicados a la autoestima. Una autoestima positiva ha sido asociada con términos como autorrespeto, superioridad, orgullo, autoapreciación y amor a sí mismo. Una autoevaluación negativa o de baja autoestima, es con frecuencia equiparada con inferioridad, timidez, odio a sí mismo, falta de aceptación personal y sumisión. Cada una de estas palabras trae otras connotaciones y como se puede ver, los términos son utilizados en forma diferente y muchas veces son intercambiados por diferentes autores. Se ha pensado también que las personas con una alta autoestima se aceptan a sí mismas y que la baja autoestima está asociada a la ausencia de tal aceptación.

A una autoestima muy alta, algunas veces se le atribuye un valor nega-

tivo, asociándola ,con vanidad, egoísmo, orgullo y arrogancia. En el caso de una baja autoestima, parece haber un mayor consenso en los términos y sus aplicaciones, pero también ésto puede prestarse a diferentes interpretaciones. Las personas que tienen una visión modesta de sí pueden ser vistas como humildes, pasivos o individuos inferiores y defensivos. Todo lo anterior nos hace por lo tanto pensar en que los valores positivos y negativos atribuidos a algún nivel de autoestima, parecen representar valores personales y convicciones, más que datos objetivos y establecidos, pero al estudiar la autoestima el interés solo debe de centrarse en esa variable y no en los juicios de valor atribuidos a la misma.

Para tal efecto, se pensó hacer una investigación que estudiara la autoestima en un grupo de niños que a través de la literatura y de la experiencia clínica se sabía que podían presentar bajos niveles de la misma. Esta investigación forma parte de una investigación más amplia que llevó a cabo el Instituto Mexicano de Psiquiatría en colaboración con el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr Juan N. Navarro", sobre un "Seguimiento de un grupo de niños con trastornos de atención".

1.1. PROBLEMA

En nuestro país los trastornos por déficit de atención son de suma importancia ya que es un diagnóstico que con mucha frecuencia se encuentra en los servicios de psiquiatría de niños. De acuerdo al DSM-III (5) los síntomas principales de este trastorno son: inatención e impulsividad; secundariamente se puede presentar o no hiperactividad. Anteriormente se diagnosticaba como hiperquinesia, disfunción cerebral mínima o lesión cerebral mínima, pero actualmete se denomina trastorno por déficit de atención, dado que la falta de atención es el síntoma principal; la hiperactividad en estos casos es más difícil de definir y suele desaparecer o disminuir en la adolescencia, persistiendo siempre la inatención. (Se utilizó el DSM-III porque no había sido publicado aún el DSM-III R en el momento en el que se inició el estudio).

"Los conceptos que los niños forman sobre sí mismos conforme se van desarrollando, se basan en la forma en que son tratados por personas allegadas que les son significativas como los padres, maestros o compañeros. Las actitudes positivas o negativas y los valores a través de los cuales la persona ve su propia imagen, así como las evaluaciones o juicios que se hacen de ella, forman su autoestima, y por lo tanto, ésta puede definirse como un conjunto de actitudes y creencias sobre sí misma que la persona trae consigo al enfrentarse al mundo". Cooper-smith (20).

La observación clínica demuestra que generalmente los niños que pre-

sentan trastornos por déficit de atención obtienen poca gratificación como resultado de su comportamiento y de su trabajo, y con frecuencia son etiquetados como "flojos", "distruidos" o "latosos", tanto en su casa como en la escuela. Lo anterior, trae como consecuencia que además de su problema básico, muestren mucha inseguridad y su autoestima sea baja, lo que en ocasiones agrava aún más su situación. Por otro lado, continuamente se escucha de parte de los padres y de los maestros, quejas sobre la falta de motivación y el no compromiso en el aprendizaje de parte de estos estudiantes, por lo que se generan problemas en el área escolar.

De lo anterior se desprende que con esta baja autoestima basada principalmente en una imagen defectuosa, el niño se conducirá ineficazmente en la escuela y la comunidad; igualmente la conducta impulsiva promueve un conjunto de reacciones, que socavan su autoestima y le dan un sentimiento de pérdida de control. Para hacer frente a las demandas sociales el niño con tal padecimiento muchas veces reacciona con diferentes conductas que pueden ser desde gritar, golpear, ser agresivo o bien volverse excesivamente meloso o adoptar formas de conducta infantil, siendo su actitud la mayor parte de las veces defensiva. El problema principal se deriva de una ausencia de experiencias de éxito que contribuyan al desarrollo de una autoestima positiva. De esa manera, la autoestima se constituye como un componente básico para desarrollar actitudes más positivas que le beneficien en su desarrollo y no debe considerarse como una opción secundaria o de lujo, ya que los sentimientos de confianza y de respeto hacia sí mismo son de gran importancia en todas las áreas de la vida.

El desarrollo de la autoestima está estrechamente ligado como dice Coopermith (20) a cómo el niño es tratado en su núcleo familiar y no a aspectos como la inteligencia, el nivel socioeconómico, etc. El mismo autor encontró que los factores determinantes entre las familias con niños que habían desarrollado una alta autoestima fueron: 1) aceptación del niño con sus cualidades y defectos, 2) respeto hacia el niño y a sus intereses y 3) límites muy claros y consistentes en la familia; pero también se ha visto que un cuarto aspecto es de suma importancia y es darle apoyo en sus decisiones para que llegue a conseguir sus metas.

Hay evidencia de que uno de los elementos que incrementan tanto el compromiso como el éxito en las tareas, son los sentimientos positivos hacia uno mismo. Bledsoe, (11); Brookover, Thomas y Patterson (14) y Bodwin y Bruck (12), indican que los niños con alta autoestima tienen mejores resultados en el trabajo escolar que los niños con niveles más bajos de autoestima. Otros estudios como el de Quimby (82) y el de Shaw y Alves (103), muestran que los estudiantes con baja autoestima, que no están seguros de sí mismos o que esperan fracasar, se inclinan a no intentar un mayor esfuerzo y a darse por vencidos.

Debido a que muchos de los niños con trastornos por déficit de atención tienen dificultad en su vida escolar y familiar, la posibilidad de desarrollar una buena autoestima se ve obstaculizada por su aparente actividad negativa en esas situaciones. Cantwell (17), Cruickshank (26), Laufer y Denhoff (61), Mendelson (73), Velasco (111), Weiss y col (114) y otros sugieren que en este tipo de niños aparte de su

comportamiento antisocial, los síntomas más significativos suelen ser la depresión y la baja autoestima, por lo que el estudio de este tópico se hace indispensable.

Considerando todo lo anterior, surgió el interés de hacer una investigación que analizara la autoestima en relación a los trastornos de atención según es medida por el inventario de Coopersmith (22). En el siguiente capítulo se hablará sobre la importancia de este estudio, tomando en cuenta sus alcances y limitaciones.

1.2. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El trastorno por déficit de atención es un desorden que afecta a un buen número de niños en edad escolar; la gran diferencia de prevalencias que se reportan en los diversos estudios indudablemente obedece a factores como son los distintos métodos de obtención de datos, poca uniformidad en criterios diagnósticos, y en general por las diferencias en la definición de los casos identificados que a fin de cuentas representan las unidades básicas de estudios epidemiológicos.

Este diagnóstico se ha reportado aproximadamente en el 40% de los niños que se atienden en clínicas de Estados Unidos, en comparación con el 1.6% de clínicas en Inglaterra según Rutter, Shaffer y Shepherd 1975 (97); Safer y Allen 1976 (98) y Shaffer y Greenhill 1979 (101). El estrecho uso que los ingleses hacen del término se debe a que ellos consideran que los síntomas de sobreactividad y periodos cortos de atención deben ocurrir en grado extremo y en varias situaciones, mientras que para los norteamericanos por lo general estos síntomas son menos prominentes y pueden inclusive llegar a incluir conductas tales como: ansiedad, agresión, impulsividad y problemas de aprendizaje según lo reporta Dunsted, 1955 (79). De tal forma que es muy probable que la desigualdad en las cifras de niños diagnosticados con este síndrome en Inglaterra y en Estados Unidos, refleje el uso del diagnóstico y no diferencias en su prevalencia según lo mencionan Sandberg, Rutter y Taylor en 1978. (99).

En México, especialmente en la Unidad Terapéutica de Niños y Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, este padecimiento ha llegado a constituir hasta el 45% de las consultas según lo reportado por Macías-Valadez y col. (68), predominando los varones con cifras de proporciones tan elevadas como 10 hombres por cada mujer. Dicho predominio tan elevado para el sexo masculino se correlaciona con resultados de otros estudios como el de Weiss y cols (114) en el Canadá.

De 1977 a 1979 el Instituto Mexicano de Psiquiatría en coordinación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, llevó a cabo un estudio de los principales motivos de consulta en 33 servicios de psiquiatría y salud mental (48), donde estuvieron incluidos 21 centros de salud mental en el D.F. y 12 centros más en las ciudades de: Tijuana, Mexicali, Matamoros, San Luis Potosí, Aguascalientes, León, Monterrey, Ciudad Juárez, Guadalajara, Nogales, Puebla y Tlanepantla. Estos centros estaban ubicados en áreas marginadas y estaban destinados para personas de escasos recursos que se encontraban fuera de los sistemas de seguridad social.

Entre los datos se observó que cerca del 13% del total de las consultas otorgadas en esos centros correspondía al diagnóstico de "reacción hiperquinética de acuerdo a la 8a. clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

La distribución por edad y sexo de este padecimiento fué la siguiente:

EDAD (años)	1 - 4		5 - 9		10 - 14	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
X	8	3	48	18	17	6

Los niños con trastornos de atención tienen que enfrentar muchas dificultades desde problemas cognoscitivos y emocionales hasta adaptaciones sociales según lo menciona Romero Morales M.E. (90). Como se sabe, cualquier experiencia puede ser la fuente de una autoevaluación favorable o de apreciaciones devaluatorias, pero generalmente los problemas recurrentes tienen un efecto más importante sobre la autoestima que eventos severos o dramáticos aislados. En el caso de estos niños, a través de sus experiencias van aprendiendo cómo son vistos y tratados de acuerdo a sus habilidades y características personales, con lo cual se van formando una imagen de sí, la cual les sirve de guía para sus acciones. Por lo tanto si la imagen que se les refleja es negativa, como generalmente ocurre, pueden llegar a conclusiones negativas sobre sí mismos las cuales pueden convertirse en fuertes barreras para un desarrollo sano según lo menciona Coopersmith (20), ya que es difícil que un niño con tales características encuentre un medio lo suficientemente bien definido y aceptante que le permita llegar a una apreciación integrada de sus habilidades y de cómo es aceptado.

Además de lo anterior, otro de los puntos importantes de la autoestima es que puede ser tomada como un indicador en la detección temprana

na de problemas y así poder manejarlos desde sus inicios. Para tal efecto, es muy necesario un instrumento lo suficientemente válido como para hacer dicha evaluación.

La escala de Autoestima de Coopersmith ha probado su efectividad como un instrumento valioso, mostrando altos índices de validez y de confiabilidad en diversas poblaciones de habla inglesa dentro y fuera de los Estados Unidos (éstos datos se mencionarán ampliamente en el capítulo 3.1.2). El poder contar con una versión traducida y adaptada del mismo, es importante ya que este inventario es utilizado con mucha frecuencia en las investigaciones y permite hacer comparaciones entre grupos así como transculturales con datos claros y objetivos.

1.3. OBJETIVOS

Los principales objetivos de este estudio son:

- 1) Traducir el inventario de Coopersmith con el objeto de contar con un instrumento en español que mida la autoestima en niños.
- 2) Aplicar el cuestionario a un grupo de estudiantes para ver su validez y confiabilidad.
- 3) Depurar la escala y hacer una comparación entre la escala original y esta nueva escala depurada.
- 4) Comparar la autoestima en cuatro grupos diferentes:
 - a) niños con trastornos por déficit de atención que nunca hayan recibido ningún tipo de tratamiento.
 - b) niños con trastornos por déficit de atención que hayan estado en el mismo tratamiento de reeducación por un periodo entre seis meses y un año.
 - c) niños sin trastornos por déficit de atención de los cuales se tendrá un grupo de estudiantes al que llamaremos "normales".

d) otro grupo al que llamaremos "control" que será un subgrupo del anterior (grupo c) en donde se controlarán las mismas variables que en los grupos de niños con trastornos de atención.

Los grupos están definidos en los capítulos 3.1.1, 3.2.1 y 3.2.3.

1.4 DEFINICION DE TERMINOS

EL CONCEPTO DEL SELF

La definición de autoestima implica hablar de la naturaleza del self, sin embargo Wells y Marwell en su libro sobre autoestima (116) comentan lo difícil que ha sido a través de los años tener una definición exacta del término, ya que se asocia a demasiados conceptos que van desde la persona en su totalidad hasta un sentimiento dentro del sistema psicológico de la persona. Estos autores concluyen que "a pesar de la variedad de usos (que se le da al término), el elemento común es que el fenómeno del self implica algún proceso de actividad reflexiva (pensamientos, sentimientos o acciones en donde el agente y el objeto del comportamiento son la misma persona, que el self es generalmente visto como un fenómeno de la experiencia (más que un fenómeno objetivo) y que el self es una estructura generalmente adquirida".

Diggory (30) sugiere que el self no sea usado como un nombre para describir una entidad psicológica o estructura, sino utilizado como un calificativo que implica una actividad reflexiva o proceso, cuando se habla de algún fenómeno conductual específico como el auto concepto, la autoevaluación, la autopercepción y la autoestima. No está a favor de separar el concepto de autoestima (self-esteem) en sus dos componentes, más bien lo toma como un concepto unitario.

Wells y Marwell (116) también mencionan que este concepto unitario de autoestima generalmente se toma separado de cualquier contexto teórico

particular y precisamente lo que "lo hace interesante es su aparente capacidad para penetrar y unificar diferentes perspectivas teóricas". Para su estudio dicen, con excepción del punto de vista psicoanalítico, siempre ha sido definido en términos de actitudes de aprobación o desaprobación hacia uno mismo.

La investigación de la autoestima ha sido enfocada desde diferentes perspectivas por lo que Wells y Marwell (116) la subdividen en cuatro grupos básicos:

1. La autoestima como actitud. Este es el enfoque más sencillo en el cual se conceptualiza a la autoestima simplemente como una determinada clase de actitud (de aprobación o de desaprobación hacia uno mismo) o como un aspecto de todas las actitudes hacia el self. Puede ser global o referirse a una sola característica.

2. La autoestima como la relación entre diferentes grupos de actitudes, en donde se mide como la discrepancia entre las metas y los logros. Uno de los mejores representantes de la línea teórica de este grupo es James (53).

3. La autoestima como respuesta psicológica. Aquí no es definida directamente como proceso actitudinal o perceptual sino en términos de como la persona reacciona a dicho proceso. En este grupo es donde se inserta Coopersmith.

4. La autoestima como una función de la personalidad. En este enfoque la autoestima es un componente del sistema del self el cual regula la medida en la que el sistema del self se mantiene bajo condiciones de tensión. Entre más regulación interna haya, más alta será la autoestima.

Una vez ubicado a Coopersmith dentro del tercer grupo en donde se toma a la autoestima como respuesta psicológica, pasemos a revisar su definición.

Por AUTOESTIMA en este trabajo y de acuerdo a Coopersmith, (20) nos referimos a: "la evaluación que el individuo hace, y constantemente mantiene en relación a si mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en el cual el individuo se siente capaz, significativo o exitoso y valioso. En suma, es un juicio personal que se tiene hacia si mismo. Es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros a través de reportes verbales y otros comportamientos".

Esta definición como lo explica Coopersmith, se centra sobre estimaciones de autoestima relativamente estables, más que sobre cambios específicos y transitorios de evaluación ya que sin duda existen autoevaluaciones momentáneas debido por ejemplo a situaciones transitorias como una baja autoestima al haber sido liquidado de un empleo, que puede recuperarse al encontrar otro o en unos cuantos días, sino que nuestra preocupación es sobre la autoestima que prevalece y es reportada por el individuo.

Ya ha sido demostrado que la autoestima de un individuo permanece constante por lo menos durante algunos años, a través de medidas, bajo condiciones similares y con instrumentos relativamente similares. La confiabilidad de test-retest para el cuestionario de autoestima de Coopersmith (20) después de un intervalo de cinco semanas con una muestra de 30 niños de quinto grado fué de .88 y después de un intervalo de tres años con una muestra diferente de 56 niños fué de .70. Esto sugiere que en algún momento antes de la mitad de la niñez, el individuo llega a una apreciación general de su valía, que permanece relativamente constante durante un periodo de varios años.

La apreciación de la autoestima puede ser afectada por incidentes específicos y cambios en el ambiente, pero aparentemente vuelve a su nivel habitual cuando las condiciones vuelven a asumir su curso normal. Aronson y Mills (7), muestran que las personas generalmente no toleran aceptar la evidencia de que son mejores o peores de lo que han decidido, generalmente resuelven cualquier disonancia entre la evidencia y el juicio en favor de su juicio habitual. Lecky P. (82) propuso y demostró que las autoevaluaciones son relativamente constantes al cambio debido a la necesidad del individuo de una consistencia psicológica.

Una segunda consideración sobre la autoestima es de que ésta puede variar a través de diferentes áreas de experiencia de acuerdo al sexo, edad y otras condiciones de rol. Para eliminar lo anterior, en el caso por ejemplo de los niños, se evalúan diferentes áreas en donde se incluyen la familia, la escuela, las actividades sociales generales y el

propio self del niño.

Una tercera cuestión relativa a la definición que se debe de clarificar es el significado de la autoevaluación. El término se refiere a que la persona es capaz de examinar sus atributos y formar un juicio de acuerdo a sus estándares personales para llegar a una decisión propia de su valía. Las actitudes dirigidas hacia el self así como las actitudes dirigidas hacia otros objetos, pueden tener connotaciones positivas y negativas.

Por lo tanto este estudio examina las actitudes relativamente permanentes que un individuo tiene hacia sí como objeto. Se asume que las actitudes que el individuo mantiene hacia el self como cualquier otra actitud, trae consigo cargas afectivas y tiene consecuencias motivacionales. Para estudiar esas actitudes objetivamente se emplearán procedimientos en los cuales se relacionan las expresiones verbales de la actitud con manifestaciones conductuales más abiertas.

Coopersmith (20) define al self como: "una abstracción que el individuo desarrolla acerca de los atributos, capacidades, objetos y actividades que posee y persigue. Esta abstracción lo representa por el símbolo "yo", el cual es una idea de la persona sobre sí misma y hacia sí misma". Este concepto dice, se forma en el curso de la experiencia por el mismo proceso de abstracción empleado en otras áreas de la experiencia. Para él no existe abstracción hecha a priori acerca del self aparte de la experiencia personal anterior.

También menciona que el objeto de observación y de estudio, o sea la persona, difiere del self, que consiste en abstracciones formadas sobre ese objeto, y que las bases para las abstracciones son las observaciones individuales del propio comportamiento y la manera en que otros individuos responden a las actitudes, apariencia y comportamiento.

Considera que durante los primeros años el niño desarrolla un concepto de que las partes de su cuerpo y las respuestas de otros hacia él, tienen un punto común de referencia. Con más experiencia, llega a una abstracción de cómo estos atributos y eventos están relacionados y lo que ellos asumen. Esta abstracción es el objeto al cual se refiere cuando considera sus reacciones hacia sí mismo y las reacciones de otros hacia él. Es una reacción que está formada y elaborada en el intercambio social, con reacciones particulares hacia sí mismo, con su habilidad en la resolución de las tareas de desarrollo y su habilidad para enfrentarse a situaciones de la vida. Como los niños tienen poca experiencia y sus capacidades son limitadas para abstraer, tienden a tener vagas abstracciones de ellos mismos. Su idea de sí mismos como objetos es limitada y está asociada a partes específicas de su cuerpo. Con información adicional y experiencia, la representación simbólica del niño llega a ser más precisa y compleja.

Para Coopersmith el concepto "self" como en cualquier abstracción es selectivo por lo que excluye algunos atributos y enfatiza otros.

Dice que el self que es el objeto que la persona ve que es, es enton-

ces evaluado selectivamente de acuerdo a la abstracción que el individuo hace de los aspectos comunes de su experiencia personal. A pesar de la idea de que el self está abierto al cambio y a la alteración, parece ser bastante resistente a tales cambios. Una vez establecido, parece proveer un sentido de continuidad personal sobre el espacio, el tiempo y es definido contra cualquier alteración o disminución.

Por lo tanto Coopersmith afirma que el concepto del self es multidimensional, con diferentes dimensiones que reflejan tanto la diversidad de la experiencia, atributos y capacidad con énfasis diferentes en el proceso de la abstracción. También Reidl de Aguilar L. en 1981 (86) con respecto a la afirmación de Sheriff (105) en el sentido de que el self es multidimensional dice: "... se podría pensar que la autoestima (estimación por el self o el sí mismo) podría reflejar esta multidimensionalidad, suponiendo que el individuo se valora más o menos en las diversas y numerosas extensiones que posee, y de acuerdo a los diferentes niveles y tipos de capacidades que el sujeto percibe como propias para enfrentarse al mundo."

A pesar de que se ha hecho énfasis en las similitudes entre las actitudes hacia el self y otras actitudes, Coopersmith dice que debe de notarse que ciertos aspectos difieren de las actitudes de otros estímulos externos. En este caso, el objeto de estudio solo es accesible por completo a una sola persona. Solamente la persona que formula la abstracción aprecia sus límites y el contenido y está en posición de definir y evaluar sus características.

Aclara además que la formulación que distingue entre el self y la persona, no puede ser aplicada al self que no posee atributos materiales y por lo tanto no puede estar sujeto al escrutinio común. Lo que se puede hacer al estudiar el self, es lo mismo que se hace con otras abstracciones, determinar los rasgos comunes del concepto y después validarlos contra otros comportamientos.

Por último menciona otro aspecto en el cual las actitudes hacia el self difieren de otras actitudes, y es que el objeto bajo consideración, el self, es diferente para cada individuo. Esto no es cierto para las actitudes expresadas hacia los objetos externos, en las cuales puede haber un punto de referencia común para todas las personas que hacen el juicio. Sin embargo, a pesar de que el objeto de consideración difiere en cada autopercepción, la dimensión aplicada a cada uno, puede con frecuencia ser el mismo. Enfocándose sobre los productos finales del proceso de juicio o de la autoapreciación, llega a ser posible comparar individuos aún cuando difieran en aspectos particulares.

Concluye el autor, que "a pesar de estos puntos específicos se puede asumir, que las actitudes hacia el self no son más o menos confiables o científicamente significativas o menos abiertas al estudio experimental que otros constructos".

LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION SEGUN EL DSM 111 (5):

El síndrome TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION es:

" Un síndrome caracterizado por: falta de atención, impulsividad e hiperactividad, que se manifiesta al inicio de la edad escolar, aunque a menudo se presenta desde edades mas tempranas".

La definición de los términos es la siguiente:

FALTA DE ATENCION: "Signo o síntomas que hacen referencia al niño que tiene periodos muy cortos en que es capaz de fijar su actividad psíquica sobre un objeto en relación a su edad".

IMPULSIVIDAD: "Signo o síntoma que hace referencia al niño que habla o procede sin reflexion ni cautela, por impulsos sucesivos llevado por la impresión del momento".

HIPERACTIVIDAD: "Signo o síntoma que hace referencia al niño que tiene excesiva actividad motora y de manera desorganizada".

Es necesario que los síntomas se inicien antes de los 7 años de edad, que duren cuando menos 6 meses y que no sean debidos a retardo mental.

2. REVISION DE LA LITERATURA

2.1. DESARROLLO DEL CONCEPTO DE AUTOESTIMA

Las primeras menciones generales que antecieron al concepto de autoestima fueron expresadas al inicio de la psicología y de la sociología por William James y George Mead, quienes tenían considerable fama como filósofos. Aunque ninguno de ellos habló específicamente de los orígenes de la autoestima, el tópico recibió considerable atención en sus trabajos.

William James (53) toma en cuenta varios aspectos para determinar como la persona se considera a sí misma. Para él las aspiraciones humanas y los valores tienen un rol esencial ya que dice que nuestros logros son medidos en comparación a nuestras aspiraciones en cualquier área del comportamiento. Si los logros se aproximan o llegan a las aspiraciones en una área valorada, el resultado es una alta autoestima; si hay mucha divergencia, entonces nos vemos pobremente. Los valores son importantes en la determinación de las áreas que van a ser empleadas en el propio juicio, y pone de ejemplo " Yo me he dedicado toda la vida a la psicología, estoy mortificado si otros saben más psicología que yo, pero no me importa ser ignorante en griego"

En un segundo aspecto apunta que el logro es medido contra la aspiración en áreas de valor que asumen particular importancia, pero también cree que los hombres llegan a tener un sentido de su valía general empleando estándares comunes de éxito y estatus.

El tercer punto que toca W. James como fuente de autoestima es el valor puesto sobre las extensiones del self que son los constituyentes materiales del self o sea sus pertenencias, las cuales también provocan ciertas emociones.

Por último propone un self social que es el reconocimiento que obtiene de sus compañeros.

Las contribuciones de G H Mead (72) son una elaboración de lo que James llamó el self social. Como sociólogo estaba preocupado en el proceso por el cual el individuo llega a ser un miembro compatible e integrado a su grupo social. Dice que en el curso de su proceso, el individuo internaliza las ideas y las actitudes expresadas por las figuras claves de su vida, observando acciones y actitudes, adoptándolas (con frecuencia sin saberlo) y expresándolas como propias. Esto es válido para las actitudes y las acciones expresadas hacia sí mismo tanto como para los objetos externos. La persona llega entonces a responderse a sí misma y a desarrollar actitudes hacia el self consistentes con aquellas expresadas por las personas que le son significativas; internalizando su postura hacia sí mismo, se valora como ve que lo valoran y se rechaza en la medida que lo rechazan, ignoran o disminuyen. Cuando esto ocurre, tiende a concebirse a sí mismo con las características y valores que los otros le atribuyen.

De acuerdo a la formulación de Mead, se concibe a la autoestima como derivada de la apreciación reflejada de los otros.

Tres de los neofreudianos (Sullivan, Horney y Adler), también han teorizado sobre los orígenes de la autoestima y como clínicos han derivado sus formulaciones de los reportes retrospectivos de los pacientes en tratamiento:

Sullivan (109) concuerda con la interpretación de Mead sobre los orígenes sociales de la personalidad y hace un análisis más extenso de los procesos interpersonales implicados. El considera que las personas que rodean al individuo tienen un gran componente evaluativo. El individuo continuamente se está cuidando de perder su autoestima, ya que esta pérdida produce los sentimientos de aflicción que es llamada ansiedad. La ansiedad es un fenómeno interpersonal que ocurre cuando un individuo espera o de verdad es rechazado o disminuido por él mismo o por otros. Si encontramos personas con baja autoestima, asumimos que ha habido en su historia previa rechazo de parte de los otros, y que él anticipa o percibe el menosprecio en sus actuales circunstancias.

La habilidad para minimizar o evitar la pérdida de la autoestima es importante para mantener un nivel relativamente alto y aceptable. Aunque no discute como se desarrolla esta habilidad, sugiere que las experiencias tempranas juegan un rol importante.

Karen Horney (45,46) también se enfocó sobre los procesos interpersonales y las formas de evitar los sentimientos de menosprecio. Menciona una gran cantidad de factores adversos que pueden producir sentimientos de desamparo y soledad. Estos sentimientos a los cuales llama "ansiedad básica" son la mayor fuente de infelicidad. Las condiciones que posiblemente producen ansiedad incluyen dominación, indiferencia,

falta de respeto, falta de admiración, de calor, soledad y discriminación, etc. El antecedente común a todas estas condiciones es una mala relación madre-hijo, que es generalmente asociada con egocentrismo parental. Como método para enfrentar la ansiedad menciona la formación de una imagen idealizada de las propias capacidades y metas. Esta imagen ideal difiere del ideal de aspiración de James en que en la imagen idealizada de Horney necesariamente surgen sentimientos negativos cuando los niveles irreales no son alcanzados, mientras que las aspiraciones de James pueden surgir tanto de fuentes positivas como negativas.

Alfred Adler (3) propone que los sentimientos de inferioridad se pueden desarrollar alrededor de ciertos órganos o patrones de comportamiento en los cuales el individuo sea de verdad inferior. Los impedimentos como la ceguera o debilidad en el desarrollo muscular, pueden producir sentimientos de inadecuación e insuficiencia. Adler llama a tales deficiencias e inhabilidades "inferioridades de órgano". También propone que los sentimientos de inferioridad son inevitables en las experiencias de la niñez de cada individuo. La comparación entre fuerzas relativas y medidas que los niños inevitablemente hacen, los llevan a concluir que son, de hecho débiles e incompletos. El resultado es por lo tanto, un sentimiento de inferioridad e insuficiencia que motiva al niño a alcanzar un mayor tamaño y competencia.

Con la aceptación y el apoyo los niños con inferioridades pueden compensar su debilidad y volverla fuerza; sin este apoyo se vuelven niños sin esperanza y amargados, pero piensa que si se llega al extremo mi-

mando a un niño, el valor que se da a sí mismo no es real sino que está inflado y por lo tanto se puede volver egocéntrico y demandante, no desear o no estar preparado para entablar relaciones maduras y de reciprocidad.

Existen otros teóricos de la personalidad cuyas discusiones se centran menos directamente sobre el desarrollo de la autoestima cuyas formulaciones deben de ser consideradas como integraciones más amplias de la teoría de la autoestima y son:

Fromm (38,39) hace énfasis sobre los posibles efectos debilitantes del aislamiento social. Si el niño o el adulto gana libertad, tiene la oportunidad de perseguir sus propios patrones. Sin embargo, si no se siente confiado en su visión y en su posición, puede desechar la independencia; uniéndose y conformando un grupo goza de una serie de privilegios, pero también lo obliga a someterse a su autoridad.

Dentro de las condiciones que determinan si el individuo buscará independencia o la seguridad del grupo, están la presencia de un marco de referencia estable y consistente del cual pueda aprender a ver el mundo, la habilidad para establecer relaciones amorosas caracterizadas por la comprensión y el respeto mutuo y la convicción de que las relaciones sociales pueden ser llevadas bajo un espíritu de confianza y de camaradería. Estas características y otras como la creatividad y la expresión individual que teóricamente han sido relacionadas a la autoestima, están formadas por condiciones sociales marcadas por la a-

ceptación, el respeto, la preocupación, la libertad de expresión y la independencia. Discute además como estas condiciones se desarrollan dentro del marco social general y dentro de la unidad familiar.

Carl Rogers (88,89) tampoco menciona directamente los orígenes de la autoestima, pero sus discusiones sobre las condiciones que facilitan la autoaceptación y que disminuyen el conflicto, contribuyen a nuestra comprensión sobre el tópico. Propone que todas las personas desarrollan una imagen de sí mismos que les sirve de guía y mantiene su ajuste al mundo externo. Debido a que esta imagen se desarrolla en interacción con el ambiente, refleja los juicios, preferencias y deficiencias del grupo familiar y social particular. Rogers menciona los efectos perniciosos de los juicios sobre el self que el individuo como una entidad toma; los juicios despreciativos impiden al individuo aceptarse a sí mismo y por lo tanto producen sufrimiento. Aunque pueden ser expresiones ignoradas o negadas, continúan teniendo un efecto que produce dudas con respecto a la valía y la competencia. Argumenta que la atmósfera permisiva que permite la libre expresión de las ideas y del afecto, ayuda al individuo a conocerse y a adaptarse. Los conflictos se pueden evitar si los padres y las personas que rodean a la persona aceptan los puntos de vista y los valores del niño, aunque no necesariamente estén de acuerdo con ellos. De esta manera el niño puede respetarse a sí mismo, gana en confianza derivada de sus propios valores y aprende a creer en sí mismo como su centro de experiencia.

Lo anterior requiere de padres que estén deseosos de aceptar diferencias, que sean capaces y que estén listos para creer en su hijo.

El principal estudio empírico de los antecedentes de la autoestima fue llevado a cabo por un sociólogo llamado Morris Rosenberg (78) quien exploró el efecto de varios factores sociales incluyendo la clase social, el grupo étnico, la religión, orden de nacimiento y la preocupación parental en relación a la autoestima en un grupo de 5000 adolescentes. Este estudio también fue importante ya que generó uno de los instrumentos más utilizados para medir la autoestima. Los hallazgos principales de este estudio que pueden ser empleados en el análisis conceptual de la autoestima son los siguientes:

La clase social solamente está asociada débilmente a la autoestima y la afiliación a un grupo étnico no tiene ninguna relación. Este hallazgo ayudó considerablemente a clarificar las normas que el individuo emplea en la autoevaluación. Parece ser que el amplio contexto social no juega un papel importante en la interpretación de los propios triunfos como se ha asumido siempre. Subraya Rosenberg que lo que si difiere de acuerdo a la clase social, religión y grupo étnico y que es lo que realmente está asociado a la autoestima de manera significativa, es la cantidad de cuidado y atención parental hacia los hijos.

También dice que los adolescentes que mantienen relaciones más cercanas con los padres, tienen una autoestima más alta que aquellos que mantienen relaciones más distantes e impersonales.

Posteriormente al estudio de Rosenberg, Stanley Coopersmith (20) llevó a cabo otra investigación sobre los antecedentes de la autoestima en 1967 con el fin de determinar cuáles son las condiciones que llevan al individuo a valorarse a si mismo y a considerarse como un objeto va-

lioso. Esta investigación al igual que la de Rosenberg sentó las bases de lo que se conoce del desarrollo de la autoestima en niños y también desarrolló un instrumento que actualmente es el más utilizado en población de habla inglesa, formulando toda una teoría alrededor de los resultados, que se irá mencionando a lo largo de este trabajo.

Conceptualizaciones Actuales sobre la Autoestima:

Rampel y Bingham (83) en 1975 llegan a la conclusión de que pueden existir diferencias entre cómo el hombre y la mujer llegan a tener una alta autoestima. El hombre se basa más en su aprobación personal, mientras que la mujer se apoya más en los juicios de otros.

Brown y Harris en 1978 (15) formulan la hipótesis de que existen ciertos "factores de vulnerabilidad" que afectan a la autoestima en algunas mujeres. Los estudios de comunidad sobre la relación de la autoestima, la vulnerabilidad y el trastorno psiquiátrico de Ingham y cols (49) en 1986 confirman lo anterior a través de la observación de que eventos como la separación temprana de los padres esta asociada a una baja autoestima en mujeres.

En 1967, Beck (9) menciona que una persona adquiere su autoestima a partir de experiencias personales, de los juicios que otros hacen de uno y de la identificación con la familia y los amigos. Cuando se tiene ya una determinada estima, los eventos son interpretados a la luz de ésta formando una estructura cognitiva permanente.

Desde el punto de vista de la terapia racional emotiva, Daley y Burton en 1983, (27) afirman que el desarrollo de la baja autoestima se ha asociado con algunos pensamientos irracionales como son: la excesiva necesidad de aprobación, el perfeccionismo, la evitación de los problemas y la preocupación excesiva.

Por último Brown y Harris (15) en 1986 mostraron en un estudio de comunidad que el nivel de apoyo social se correlaciona altamente con la autoestima en un grupo de mujeres trabajadoras. La evaluación negativa del self y la falta de apoyo social están asociadas con un riesgo mucho mayor de depresión frente a algún estresor.

En relación al punto de vista psicoanalítico, Mack E (69) menciona que las ideas de Freud sobre la autoestima o autoconcepto estaban unidas estrechamente a su concepto de libido narcisista. Cita el siguiente párrafo de él "El autoconcepto tiene una dependencia íntima especial de la libido narcisista", la consideraba como una manifestación del tamaño del ego".

También este autor dice que en la literatura psicoanalítica reciente, el término narcisismo parece traslaparse con la definición de autoestima, pero lo que parece más claro es que "la autoestima se refiere a un complejo estado del ego con dimensiones afectivas profundas, autorreguladoras y autoevaluativas que van más allá del "tinte afectivo positivo de la autorepresentación del narcisismo".

Para Jacobson (52) la "autoestima es la expresión ideativa y especialmente emocional de la autoevaluación y las correspondientes categorías libidinales y agresivas más o menos neutralizadas de las auto-representaciones"

Los escritores psicoanalíticos generalmente asumen que las imágenes positivas del self surgen principalmente de los sentimientos positivos mutuos de la relación madre-hijo. Fenichel (36) hace muchos años señaló algo similar: "el primer abastecimiento de satisfacción del mundo externo,... la alimentación, es al mismo tiempo el primer regulador de autoestima. Las actitudes de amor, aceptación o de crítica y de vergüenza inevitablemente se incorporan en el sentido de autoconcepto que empieza a surgir en el niño, lo cual afectará profundamente su autoestima.

Desde el punto de vista de Kohut (58), los objetos del self son esenciales para el desarrollo en la niñez temprana de la estructura psíquica y un self consistente. Cuando hay una interrupción de las transformaciones estructurales que dependen de la internalización de los objetos del self, se produce según Ornstein (78) una "ausencia de la habilidad para conseguir ambiciones, metas y propósitos; placer en varias funciones o actividades y una autoestima confiable"

Gregory Rochlin (87), conocido psicoanalista de niños y pionero en esta área, dice que la ansiedad sin nombre que se asocia a la ausencia de un objeto, llega a estar inseparablemente unida a "la pérdida de la autoestima ...hasta que se da una cierta madurez en el ego".

El punto de vista de estos autores de tendencia psicoanalítica coinciden con el de Coopersmith en el sentido de la importancia que se le da a la autoestima en la formación de la personalidad, en reconocer que ésta implica un proceso autoevaluativo de la persona donde intervienen tanto actitudes y sentimientos y que se forma a partir de las primeras realciones significativas, especialmente con la madre.

En todos estos autores es indudable la preocupación desde hace tiempo por el bienestar humano y aunque el concepto varíe mucho de uno a otro, parece que ciertas conceptualizaciones se mantienen constantes como la idea de que los individuos necesitan de una autoestima positiva para su bienestar y para maximizar su potencial y por otro lado también dedican sus esfuerzos a encontrar la forma de lograrla o a tratar de buscar la manera de minimizar los efectos negativos de la falta de ella.

2.2. AUTOESTIMA EN LOS NIÑOS.

A continuación se exponen algunas ideas de Coopermith(20) en relación al desarrollo de la autoestima en los niños.

Un niño es capaz de interpretar el trato que recibe por parte de otras personas; se siente rechazado cuando es ignorado por períodos largos, castigado de una manera física severa e inapreciado por lo que ha hecho o contribuido. Según Morris y cols. (76), para el niño hasta los tres años, la opinión que tiene de sí mismo es muy similar a la que sus padres tienen de él.

Los compañeros también juegan un rol en el desarrollo de la autoestima. Su influencia viene a través de las actividades sociales informales y los juegos en los cuales se seleccionan a compañeros de juego, se invita a los compañeros, se siguen a algunos jóvenes y se ignora a otros.

En las experiencias escolares, el niño aprende cómo es visto y tratado de acuerdo a sus habilidades o a los resultados que obtiene, formando de esa manera una nueva e importante parte de su autoimagen. La imagen que el niño se forma de sí mismo - el autoconcepto o la autoimagen - es la imagen que carga como guía para sus acciones y así espera ser tratado. Esta autoimagen es el contenido de sus percepciones y opiniones, su - autoestima - representa las actitudes, valores y la evaluación que él hace de su autoimagen. El ejemplo que pone Cooper-smith para mostrar las diferencias ente la autoimagen y la autoesti-

ma, es que un niño puede verse como maldoso, activo y medianamente hábil (su autoimagen) y concluir que también es popular, un individuo capaz y por lo tanto hace una aprobación positiva hacia sí mismo (autoestima). Otro niño con la misma autoimagen puede llegar a conclusiones negativas sobre sí mismo con la misma autoimagen.

Los niños hasta los seis o siete años de edad, generalmente son incapaces de expresar verbalmente las imágenes que tienen de sí mismos, en parte porque carecen de las herramientas para la descripción, y en parte porque la imagen parece tan natural que es también muy obvia de examinar.

Los niños también juegan un rol activo en la formación de su autoestima; algunos resisten o rechazan las imágenes que sus padres les imponen y tienden a sentir alguna tensión o rechazo. En la escuela el niño adquiere experiencias que le proporcionan perspectivas alternas de quién es él, cuál es su fuerza y principales características. Con el tiempo se vuelve capaz de escoger entre las opiniones de otros, las que encajan mejor con su autoimagen.

Las imágenes negativas impuestas sobre un niño, pueden ejercer fuertes barreras en el desarrollo sano del mismo. El rechazo o redefinición de tales imágenes pueden ayudarlo en su crecimiento.

Parece haber tres condiciones principales que están asociadas con el desarrollo de sentimientos positivos en el niño según Brookover y cols. (14), Coopersmith (20) y Baumrind (8).

La principal condición es la ACEPTACION del niño tal como es, con sus capacidades, limitaciones, fuerzas y debilidades. Esa aceptación es expresada por medio del interés por el niño, preocupación por su bienestar, interés en sus actividades de desarrollo y apoyo en épocas de stress.

La aceptación también es expresada por un reconocimiento de sus debilidades y dificultades y ayudándole a entender que en ese momento de su vida solo puede hacer lo que hace y ser determinada persona. Tal aceptación es el reconocimiento de que existen ciertas realidades que son parte del niño y que por el momento no puede ser otra persona de la que es. Esa aceptación no quiere decir que el padre o las personas aprueben todas las conductas del niño, pero significa que pueden verlo sin confundir sus propios sentimientos o su insatisfacción por el deseo de cambiarlo. Sin esta aceptación previa el niño no es percibido como lo que es sino como a alguien a quien se desea que se parezca y no puede verse con su fuerza y sus limitaciones. Sin tal aceptación no tiene la suficiente fuerza para tratar nuevas formas de comportamiento. Finalmente, debe de negar muchas partes de sí mismo que le pueden causar dificultad y que pueden ser confrontadas si las quiere cambiar. La aceptación se indica por los sentimientos expresados al niño cuando se está con él." La aceptación por parte de los demás es una condición básica para aceptarse uno mismo." Coopersmith (20)

La segunda condición asociada con sentimientos de autoestima son los LIMITES. Los límites son importantes para el niño porque le proporcionan una guía clara, estándares y expectativas por medio de los cuales

puede determinar si está actuando de una manera exitosa de acuerdo a las reglas de tales situaciones. Sin ellos no hay forma de saber si está actuando de manera aceptable. Los límites indican lo que está prohibido y lo que es visto como indeseable; los estándares indican el comportamiento que es fomentado y el nivel aceptable de ejecución. Sin límites el niño no está seguro hacia qué estándares se dirige y si está progresando; con límites puede hacer decisiones y reconocer las recompensas y castigos que va a tener. "Parece ser que los niños interpretan los límites como indicadores de interés y preocupación hacia ellos, los utilizan para definir estándares y peligros, pelean contra ellos para explorar y afirmarse, y los internalizan como guías para conducirse". Coopersmith (20)

La tercera condición para formar la autoestima es EL TRATO RESPETUOSO. Permite el cuestionamiento, las diferencias de opinión y la privacidad y reconoce las necesidades individuales únicas y el estilo del niño. La evidencia de la investigación indica que las condiciones para fomentar la autoestima en los niños requiere de una cierta dirección autoritaria y el liderazgo de los adultos según Baumrind (8) y Coopersmith (20).

Las familias de los niños con alta autoestima según la investigación de Coopersmith en 1967 (20), se caracterizan por tener padres que asumen la dirección, que no les dan a los niños igualdad de voz en la imposición de reglas, pero sí alguna influencia para modificarlas y son claros en cuanto a sus poderes y responsabilidades. Lo que hace efectivo lo anterior es la aceptación de los padres hacia los hijos.

Lo anterior da por resultado también que los padres hagan reglas básicas en la preocupación y bienestar de los niños, más que en las propias necesidades de poder resultantes del éxito de los niños.

"Cuando se devalúa a un niño, enfocándose a sus limitaciones, hace que se defienda contra los miedos y presiones que sus acciones causan. Para defender su autoestima los niños en tales situaciones, retiran su atención e interés, se comportan pasivamente, se aferran a una rutina y la atacan porque les produce stress, dudas o miedos y pierden su entusiasmo por el aprendizaje en una situación que los penaliza por estar concientes de sus sentimientos." Coopersmith. (20)

Otro de los autores que ha estudiado la autoestima en niños es Robert Reasoner (85). A continuación expondremos algunas de sus ideas en relación al desarrollo de la autoestima en los niños, basadas en su experiencia como investigador.

La autoestima se refiere a una representación o a una auto-imagen que el niño tiene de sí mismo. Esta imagen se forma por las impresiones que él va reuniendo basándose en como es tratado, los comentarios que otros hacen de él y como reaccionan con él. Los padres tienen más impacto que nadie en el desarrollo de la autoestima de sus hijos.

Con el fin de tener un sentimiento de valía personal, el niño necesita sentir que es importante para las personas que lo rodean. Este sentimiento se desarrolla cuando es tratado con respeto y cuando se siente escuchado. Los niños que son tratados sin importancia, generalmente no

tienen una buena autoestima.

Los niños que se sienten bien con ellos mismos, tienen un sentimiento de propósito, conocen lo que están tratando de lograr, por qué lo están haciendo, y cómo se inserta dentro de sus metas a largo plazo. Su energía está dirigida hacia metas muy específicas y sienten un logro cuando completan sus tareas.

A los niños que les falta este sentimiento de propósito, parecen no tener rumbo en sus acciones. No ven la razón para poner ningún esfuerzo real. Ellos actúan aburridos la mayor parte del tiempo y se sienten presionados si tienen que terminar una tarea. Muchos de éstos niños ya ni siquiera quieren intentar hacer un esfuerzo.

De todo esto podemos concluir que las imágenes y el trato que el niño recibe de las personas que lo rodean ejercen una considerable influencia en la formación de la autoestima. También es importante un ambiente lo suficientemente estructurado como para darle parámetros claros y una línea a seguir, la ausencia de todo esto dificultará una buena integración de la persona y tendrá repercusiones en la vida adulta.

2.3 LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION.

Evolución del diagnóstico:

Según Lahey y colaboradores (59), ningún término en la historia de la psicopatología infantil ha estado sujeto a tantas reconceptualizaciones y redefiniciones .

El libro de Ajuriaguerra (4) menciona que en 1897 en niños con retardo mental, Bourneville describió una inestabilidad caracterizada por movilidad extrema; Demoor en 1901 compara la inestabilidad del niño con corea mental, observa exceso de expresión de emociones, falta de inhibición y de atención, así como necesidad constante de cambios y movimientos; Wallon (112) en 1925 describe y clasifica diversas formas de inestabilidad psicomotriz.

Los autores de habla inglesa, acuñaron el termino de síndrome hiper-cinético dentro del marco de los trastornos de conducta, emitiendo diversas hipótesis patogénicas que han recibido varias críticas por falta de definición rigurosa incluyendo al propio término de síndrome hiper-cinético.

En 1947 Strauss y Col.(108), describieron por vez primera un síndrome caracterizado por hiperactividad, inestabilidad e impulsividad el cual atribuyeron a una lesión cerebral mínima.

En 1962 el grupo de estudios internacionales de Oxford rechazó el concepto de lesión cerebral mínima para adoptar el de disfunción cerebral

minima. Sobre esto el Dr. Rafael Velasco Fernandez (111) comenta que quizá el término pretendia ocultar la falta de conocimiento acerca de la verdadera extensión del cambio cerebral responsable de la disfunción y considera un error la calificación de minima porque los trastornos neurológicos reconocibles no se presentan definidos.

Es hasta 1980 que aparece en la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana el concepto de Trastornos por déficit de Atención cuyos síntomas primordiales son: impulsividad y falta de atención. Hay dos subtipos del trastorno activo, uno con y otro sin hiperactividad; el primero es clasificado en la Organización Mundial de la Salud todavía como síndrome hiperquinético.

El cambio en el énfasis que se hace en el DSM III (5) de la reacción hiperquinética a trastornos de la atención está basado en el hecho de que el problema de inatención está siempre presente y a menudo resulta el síntoma más prominente y común denominador en niños etiquetados con diagnósticos como los mencionados de síndrome del niño hiperactivo, disfunción cerebral mínima y otros similares; además de que es común que la hiperactividad disminuya o desaparezca en la adolescencia persistiendo la deficiencia en la atención.

El DSM III-R (6) vuelve a hacer una redefinición de hiperactividad. La lista de síntomas se altera de tal manera que la distinción entre las tres dimensiones de síntomas han sido eliminados. Lahey y colaboradores (60) dicen que: "la nueva categoría llamada trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) utiliza una definición unidimensio-

nal politética. Esto es, un niño es considerado con TDAH si manifiesta cualquiera de ocho ó más de una lista de catorce síntomas que reflejan dificultades en la atención, impulsividad o hiperactividad motora, pero el niño no tiene que manifestar ningún síntoma particular o ninguna combinación de síntomas como sería el caso en una definición monotética. Como resultado, el niño no necesita manifestar síntomas en las tres áreas que definían el trastorno por déficit de atención con hiperactividad para darle el diagnóstico de trastorno por déficit de atención-hiperactividad. El uso de una definición unidimensional para el TDAH crea confusión concerniente a la categoría del DSMIII de trastorno por déficit de atención sin hiperactividad. Por otra parte, podría ser que algunos niños que hubieran recibido éste diagnóstico manifiesten ocho o más síntomas de TDAH y pueden darle la etiqueta de TDAH, aún cuando no exhiban síntomas de hiperactividad motora. Por otro lado, una categoría de diagnóstico llamada trastorno por déficit de atención indiferenciado (TDAI) se añadió al DSMIII-R. Esta categoría es para los niños que tienen únicamente problemas de inatención y explícitamente dice que -algunos de los trastornos que en el DSMIII han sido categorizados como trastorno por déficit de atención sin hiperactividad pueden ser incluidos en esta categoría-. Sin embargo debido a su naturaleza tentativa, no se proporciona ninguna lista de síntomas de inatención.

A continuación transcribo los CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD Según el DSMIII-R: (6)

Nota: Se considerará reunido el criterio solo si la conducta es más frecuente que la observada en la mayoría de los niños con edad mental similar.

A. Una alteración de por lo menos seis meses de evolución, con la presencia de por lo menos ocho de los síntomas siguientes:

- 1) Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento (en los adolescentes puede estar limitado a sensaciones subjetivas de impaciencia e inquietud).
- 2) Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.
- 3) Fácil distractibilidad por estímulos ajenos a la situación.
- 4) Dificultad para aguardar turno en los juegos o situaciones de grupo.
- 5) Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas.
- 6) Dificultad para seguir las instrucciones de los demás (no debido a negativismo, o a error de comprensión). Por ejemplo, no finaliza las tareas que se le encomiendan.

- 7) Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- 8) Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.
- 9) Dificultad para jugar con tranquilidad.
- 10) A menudo habla excesivamente, verborrea.
- 11) A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños; por ejemplo, interrumpiendo el juego que han comenzado.
- 12) A menudo, no escucha lo que se le dice.
- 13) A menudo, pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar (por ejemplo juguetes, lápices, libros, deberes).
- 14) A menudo, practica actividades físicas peligrosas sin evaluar los posibles riesgos (no con el propósito de buscar emociones fuertes); por ejemplo, cruzar una calle de mucho tránsito sin mirar.

* Estos items están ordenados de forma decreciente en relación a su poder discriminativo, en base a los datos obtenidos en un ensayo de campo realizado a escala nacional, en el que se estudiaron los criterios diagnósticos DSM-III-R para los trastornos de conducta perturbadores.

B. Comienzo antes de los siete años.

C. No reúne los criterios para el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo.

Finalmente es importante mencionar para los fines de este estudio, que el DSM-III-R (así como el DSM-III) incluye entre los síntomas del apartado "Sintomatología Asociada", a la "baja autoestima" al lado de otros síntomas a nivel emocional.

Se han hecho esfuerzos para validar empíricamente los síndromes de Trastorno por déficit de atención con y sin hiperquinesia según los describe el DSM-III como las investigaciones de Edelbrock y cols (34) y la de Lahey y Cols (60).

Edelbrock investiga a niños de 6 a 11 años de edad referidos a una clínica de salud mental y hace un análisis factorial con sus respuestas al Teacher Child Behavior Profile desarrollado por Achenbach (1) y Achenbach y Edelbrock (2), encontrando dos factores: uno de "inatenCIÓN" y otro de "sobreactividad", los cuales parecen corresponder a las dos categorías de los trastornos por déficit de atención según el DSM-III. Los autores comentan que los trastornos por déficit de atención sin hiperactividad se asocian más al fracaso escolar y los niños con este padecimiento fueron descritos por los maestros como menos felices mientras que los que si presentaban hiperactividad fueron descritos como menos populares, más autodestructivos y más agresivos.

Lahey estudia a niños de población general de 2o. a 5o. año y encuentra que los niños con hiperactividad presentaron trastornos de conducta agresiva, conducta bizarra, falta de sentimientos de culpa apropiados, eran más impopulares y su ejecución era más pobre en la escuela. Mientras que el grupo sin hiperactividad era más ansioso, tímido, impopular (aunque menos que el otro grupo), retraído socialmente y también su ejecución era pobre en la escuela así como en deportes. Ambos grupos tuvieron además algún grado de depresión y bajo autoestima, aunque las áreas de la autoestima en las que estaban bajos eran diferentes: los hiperactivos eran más bajos en las áreas del comportamiento y popularidad, en cambio los problemas de los no hiperactivos estaban más relacionados a la apariencia física, la ansiedad y la felicidad. Debido a lo anterior, Lahey concluye que los trastornos por déficit de atención con y sin hiperactividad deben de ser considerados como desórdenes diferentes y no como subtipos. Únicamente estudios posteriores y más profundos en cuanto a la etiología y respuesta al tratamiento de estos padecimientos nos aclararán la pregunta de si se trata de subtipos o de diferentes trastornos.

En cuanto a los niños de este estudio existe consenso en el diagnóstico ya que pueden ser diagnosticados de la misma manera tanto con el DSM-III como con el DSM-III R, porque si se observa con detenimiento la lista de síntomas del DSM-III R del diagnóstico trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se puede ver que consiste en descripciones de conductas de las áreas de hiperactividad, inatención e impulsividad que ya habían sido incluidas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad del DSM-III y solo se requiere

contar con ocho de las conductas citadas para cumplir con el mínimo requerido.

2.3.1 ALGUNAS CORRIENTES ETIOLOGICAS DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION

La evolución de la clarificación clínica y clasificación de los trastornos por déficit de atención ha tenido paralelamente investigaciones que intentan definir los conceptos y los aspectos etiologicos de esta alteración.

Desde las primeras descripciones a este trastorno se le trató de relacionar con la posible presencia de alteraciones cerebrales tomando como síntoma central la hiperquinesia. En los años 40's Strauss y Col. (10B) y Werner y Col. (117) estudiaron a niños que presentaban antecedentes de su historia pre, peri y post-natal y en su infancia temprana que pudieran haber causado una lesión del SNC. El estudio lo hicieron formando dos grupos: el primero con niños que sí tenían éstos antecedentes y el segundo con aquellos que no los tenían, encontrándose una incidencia de mayores alteraciones perceptuales, impulsividad, hiperactividad, labilidad emocional, distractibilidad, así como características anormales de rigidez y perseveración en los niños con algún antecedente de lesión del sistema nervioso. Se introdujo entonces el termino de daño cerebral, pero dada la poca evidencia que se tenía en cuanto a la presencia de alteraciones neurológicas claras, se le llamó daño cerebral mínimo.

Posteriormente, el poco soporte que pudieron aportar estudios subsecuentes generaron la idea de que la alteracion del sistema nervioso no era estructural, sino que se trataba más bien de una alteración

funcional. Clements en 1966 (18) sugiere el término de "síndrome de disfunción cerebral mínima", ya que según él, en este síndrome se encuentran involucradas varias áreas como son: las dificultades para el aprendizaje, dificultades en la atención, problemas emocionales, e impulsividad.

A partir de lo anterior se comenzaron a postular entonces varias teorías acerca de los factores que pudieran haber causado la alteración cerebral. Knobel y Cols (57) encontraron que alteraciones durante el embarazo, tales como problemas circulatorios, tóxicos o metabólicos podían producir alteraciones cerebrales si se presentaban en un período crítico de desarrollo.

Tratando de confirmar lo anterior, se encontró que la gama de alteraciones causadas por los mismos factores podía ser muy extensa. Rutter en un estudio de 1970 (95) demuestra que los niños que presentaban una lesión cerebral franca, podrían manifestar cualquier forma de desorden psiquiátrico. En 1981 el mismo autor (96) reporta que existe un marcado incremento en el riesgo de presentar alteraciones en el desarrollo intelectual, así como alteraciones psiquiátricas; sin embargo, las únicas conductas que persistentemente se encontraron solo fueron inhibición social y cierta perseveración, a diferencia de la hiperactividad que desde el inicio era el síntoma central buscado. Concluye por lo tanto en este estudio, que la hiperactividad está más definida socialmente ya que involucra las expectativas de los adultos acerca del comportamiento del niño y que varía dependiendo del lugar donde se vive y de la cultura.

Esta posición concuerda con Douglas y cols. quienes en 1972 (32) proponen que el trastorno psicopatológico fundamental es la inhabilidad para concentrar la atención, lo cual confirmado por investigaciones posteriores dieron origen a la descripción de la triada sintomática de la clasificación de enfermedades mentales DSMIII en donde se reconoce la inatención y la impulsividad como la sintomatología más constante, que puede acompañarse o no de hiperactividad.

Parece ser entonces que las consecuencias dependen más de la extensión del daño, del tiempo en el que se produce y del estado de desarrollo del niño. Un stress severo puede causar la muerte fetal o neonatal, parálisis cerebral, epilepsia o retardo mental. Las formas menos severas pueden producir una gran variedad de trastornos del aprendizaje y conductuales.

Otro factor biológico estudiado en relación con el trastorno, ha sido el retardo maduracional. En estos niños parece ser que el problema se centra en que la maduración de su sistema nervioso requiere de un tiempo más largo y se presenta en forma irregular, alcanzándola alrededor de los ocho o nueve años. Durante el periodo de retraso se pueden presentar síntomas concomitantes que generalmente se extinguen en las primeras horas de la vida como por ejemplo la persistencia de reflejos tónicos del cuello y también durante los primeros días de nacidos, la mayoría de los niños hiperreaccionan a la estimulación refleja y en algunos casos esto es persistente. Sin embargo, Werry y cols. en 1972 (118) refiriéndose a una serie de estudios factoriales concluyen que existe poca evidencia de que la tendencia a la hiperactividad, ina-

tención o labilidad emocional se puedan relacionar con algunos de los indicadores tempranos como la hipersensibilidad al tacto el cual es percibido como displacentero o doloroso. Aunque Shaffer y cols. en 1974 (102) y Sandberg y cols. en 1978 (99) reportan una incoordinación en el área sensoriomotora, su significado es también incierto.

La probabilidad de una posible influencia genética ha sido también estudiada, pero esto es aún menos claro. Un estudio llevado a cabo en gemelos por Torgerson en 1978 (110) sugiere que la herencia de actividad puede ser un rasgo del temperamento. Sin embargo no hay evidencia de que el desorden clínico de "hiperactividad" esté genéticamente determinado. Estudios en familias como los de Cantwell en 1972 (16) o los de Morrison y Stewart en 1973 (77) han encontrado menores antecedentes psiquiátricos en las historias de padres adoptivos de hiperactivos adoptados que en los padres biológicos de hiperactivos que no habían sido adoptados. A pesar de que los padres adoptivos generalmente son seleccionados por sus atributos positivos estos resultados son bastante sorprendentes. Cantwell en 1975 (17) sugiere que la hiperactividad sea aceptada como una descripción fenotípica sin las implicaciones de etiología o prognosis y Rapoport y cols. (84) concluyen que: "los síntomas de hiperactividad y de impulsividad son probablemente los resultados finales de una variedad de influencias congénitas, tóxicas y ambientales. En general este tipo de estudios genéticos muestran la posibilidad de que éste sea un síndrome heterogeneo y que en algunos casos pudiera existir un determinante genético, que su transmisión sea poligenética y no solo debida a un simple gene dominante.

Se han acumulado también hallazgos en cuanto a las posibles alteraciones bioquímicas presentes en este trastorno. Coleman en 1971 (19) reporta niveles disminuidos de serotonina plaquetaria mientras que Irwin y Cols en 1981 (50) reportan en un estudio más controlado, hiperserotoninemia con niveles plasmáticos menores de triptofano total y ligado a proteínas. Se sabe que estas concentraciones juegan un papel principal en la síntesis de serotonina y que estos mecanismos han sido impulsados en la vigilia y la reactividad motora, los cuales son de capital importancia en los trastornos por déficit de atención.

Shaywitz y Cols. en 1977 (104) encontraron una concentración reducida de ácido homono-acilítico en metabolito de la dopamina en líquido cefalorraquídeo. Sprague y Cols en 1977 (106) encontraron niveles anormales de la enzima dopamina B hidroxilasa en niños con este trastorno, así como en niños con anomalías congénitas mínimas y en adultos con déficit de atención.

También los estudios en neurofisiología están ayudando a clarificar la etiología del problema. Luria (66) en particular ha estudiado la relación del aprendizaje con el funcionamiento de cada área en la corteza cerebral y la interacción entre ellas; las alteraciones en cada una pudiera relacionarse con dificultades específicas del aprendizaje.

Feingold (35) ha hablado también sobre la relación de la hiperactividad con reacciones alérgicas a los alimentos o bien con ingestiones de saborizantes, conservadores y colores artificiales y los datos sugieren que esto pudiera ser válido para algunos niños pero no para la mayoría.

En otra línea se ha propuesto que niños deprimidos presentan predominantemente inatención e hiperactividad y que el trastorno pudiera entonces relacionarse con una falta de estabilidad familiar. Sandberg y cols en 1980 (100) reportaron un alto nivel de depresión en las madres de niños diagnosticados con TDA.

En suma, las teorías etiológicas son demasiado contradictorias, es innegable sin embargo que existe participación tanto de los factores biológicos psicológicos y sociales y que dada la frecuencia de presentación del trastorno, así como las importantes áreas tanto dentro del proceso de desarrollo, como del funcionamiento de la personalidad en general, es necesario continuar y refinar las investigaciones para poder formularnos nuevas hipótesis y mejores teorías explicativas.

3. METODO

Para una mayor claridad se dividirá la metodología en dos partes: La metodología de la fase 1. presentará lo relativo a la traducción del cuestionario de Coopersmith y el estudio de su validez y confiabilidad; en la fase 2. se hablará de lo relacionado al estudio comparativo de la autoestima en niños con y sin trastornos por déficit de atención.

FASE 1:

3.1.1 POBLACION:

El estudio de validez y confiabilidad del cuestionario se hizo en un grupo de 292 niños de 8 a 15 años de edad de una escuela pública del D.F, que cursaban los grados de tercero a sexto de primaria, según la distribución de la tabla # 1 de la página 102:

El nivel Socioeconómico de todos los grupos a los que se les aplicó el cuestionario, correspondió a clase media (alta y baja) y a clase trabajadora (alta y baja), según la clasificación de Havighurst R. y cols. para estudios transculturales (43), según es utilizada por Díaz Guerrero y Colaboradores (29).

3.1.2. INSTRUMENTO:

El instrumento utilizado en la investigación fué el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith para niños.

Este instrumento fué desarrollado durante una investigación sobre los antecedentes de la autoestima llevada a cabo por Coopersmith en 1967 (20). La mayor parte de los items del inventario estuvieron basados en la prueba de Rogers y Dymond (89); aunque también se incluyeron algunos nuevos. Todas las preguntas fueron pensadas para su uso con niños y corresponden a dos tipos: aquellas indicadoras de alta autoestima y las indicadoras de baja autoestima.

La versión original es en inglés, se utiliza en población de 8 a 15 años de edad y consiste en 58 items, 50 de los cuales se refieren específicamente a la autoestima y 8 miden defensividad o la tendencia a dar una buena imagen. Se miden las actitudes en cuatro áreas que son:

- la autoestima con respecto al propio individuo
- la autoestima en relación al área social
- la autoestima en relación al hogar
- la autoestima en relación a la escuela

Con respecto a la validez, Johnson y cols. (54) obtuvieron en 1983 los siguientes resultados:

Validez Convergente: Se estudió correlacionando el SEI (Cuestionario de Coopersmith) y el CSCS (Piers-Harris Children Self Concept (SI) Scale) y el BASE (Behavioral Academic Self Esteem Scale de Coopersmith y Gilberts R. (23). Se obtuvo una validez convergente ya que parecen medir el mismo constructo. Esto fué consistente con los resultados previos de Cowan y cols. en 197B (24).

Las correlaciones fueron:

entre CSCS y SEI ($r=.63$, $p= .01$)
 entre BASE y SEI ($r=.47$, $p= .01$)
 entre CSDS y SEI ($r=.17$, $p= .01$)

Validez Divergente: Relacionando el SEI y CSDS (Children's Social Desirability Scale de Crandall, Crandall y Katkovsky, en 1965 (25). Se encontró que el CSDS media otro constructo diferente del que median SEI, CSDS y BASE. Esto fué inconsistente con los resultados de Cowan, Altman y Pysh de 197B (24), quienes encontraron una relación significativa entre SEI y CSDS (23).

En el mismo estudio se habla de la Consistencia Interna:

El coeficiente Alpha para toda la prueba fué de .86, y el de las diferentes áreas fué como sigue:

Area del self en general: .71
 Area de padres-hogar: .61
 Area de la escuela-Académica: .61

Area social-compañeros: .61
 Mentira: .63

La consistencia interna de las subescalas fué relativamente baja en comparación con el coeficiente de consistencia interna del total del SEI, seguramente porque las subescalas contienen menos items que el total y porque las subescalas fueron creadas para resaltar facetas particulares de la autoestima. Los resultados de Johnson y cols por lo tanto, sugieren que el SEI mide únicamente un constructo, la autoestima.

Estabilidad. Los estudios de confiabilidad en pruebas test-retest, muestran un coeficiente que va de 0.64 en Rubin (94) y Fullerton (40) en un periodo de tres años, a 0.88 en Coopersmith (20) en un periodo de cinco semanas.

ADMINISTRACION: El SEI puede ser administrado de manera individual o grupal. Durante la administración los comentarios introductorios o explicativos se reducen al mínimo. Generalmente se empieza diciendo: "Buenos días, hoy vamos a llenar un cuestionario. Sus respuestas me van a ayudar a conocerlos a ustedes y a conocer sus gustos o lo que no les gusta". Esto evita respuestas sesgadas que puedan invalidar el inventario. La prueba tiene por título Inventario de Coopersmith y el término autoestima no aparece.

Una vez que se distribuyen los inventarios y que los examinados han llenado la información de identificación como nombre, edad, etc, si tienen dificultad para contestar o si no terminan a tiempo se les puede ayudar a completar la información.

Las instrucciones se leen en voz alta y los estudiantes van siguiendo el texto en su prueba y se les pide que contesten el ítem de ensayo. Al estar seguros de que los estudiantes han entendido la tarea, se les dice que empiecen. A los grupos o individuos que puedan tener dificultad para leer los ítems, se les pueden leer en voz alta.

La forma de CALIFICACION que se utilizó en nuestra investigación fue la misma del manual de los inventarios de Coopersmith en donde los puntajes de los 50 ítems se multiplican por dos para dar una puntuación global sobre 100, y para cada una de las áreas se obtienen puntajes de acuerdo al número de preguntas en ellas que igualmente se multiplican por dos y que dan los siguientes puntajes máximos: 52 con respecto al propio individuo (self general) y 16 en las otras tres áreas.

El tipo de respuesta es dicotómica, el niño solo tiene que marcar con una cruz si es cierta o falsa la aseveración que se le presenta.

Los datos complementarios del Inventario de Autoestima de Coopersmith se presentan en el anexo # 1 de la página 123.

3.1.3 PROCEDIMIENTO:

El procedimiento se desarrolló de la siguiente manera:

I. Desarrollo de la versión en español del inventario

- a) traducción del inventario por el método de traducción doble (del inglés al español y del español al inglés)
- b) aplicación del inventario a un grupo piloto

II. Aplicación del inventario a un grupo de escolares

III. Análisis de la información

- a) validación del cuestionario original b) depuración de la escala y validación

I. Desarrollo de la versión en español del inventario:

- a) La traducción del inventario se hizo por el procedimiento de traducción doble (traducción al español por una persona de habla española y posteriormente la traducción de esa versión al inglés por una persona de habla inglesa), tratando de ajustar el vocabulario para que fuera comprensible para los niños. Las preguntas correspondientes a la escala de mentira se modificaron para que quedaran de manera afirmativa con el mismo sentido que tenía la forma interrogativa-negativa del original porque en español se dificulta mucho ese tipo de construcción

de lenguaje como se ha visto en la experiencia clínica al aplicar el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en adolescentes y adultos. Un ejemplo de lo anterior es el siguiente: La afirmación original " No trabajo en la escuela tanto como me gustaría" se cambió por: "trabajo en la escuela menos de lo que me gustaría".

b) La aplicación del inventario ya traducido a un grupo piloto, fue hecha a diez niños entre 8 y 10 años de edad, de los cuales cinco tenían problemas de aprendizaje, para ver si comprendían la prueba. A estos niños se les leían las preguntas y se les interrogaba acerca de lo que comprendían en cada una de ellas y si conocían las palabras. Finalmente se modificaron algunas palabras de dos de los reactivos y se hizo la versión final (ver anexo 2 página 125).

II. Aplicación del inventario:

a) En un grupo de escolares: Se seleccionó una escuela primaria pública del sur del distrito federal, representativa de la clase media y media baja. La aplicación de la prueba se hizo en los salones de los niños a 311 alumnos, de los cuales solamente se incluyeron 292 cuestionarios ya que los 19 restantes se invalidaron por deficiencias en el llenado.

La administración fue colectiva con dos psicólogos presentes, quienes dieron las instrucciones y atendieron personalmente las dudas de los niños cuando se presentaban, asegurando la confidencialidad de los

datos. No se dió tiempo límite; los niños pequeños (3er año) fueron los que más tardaron en responder y entre más edad tenían, se tardaron menos. Se pidió a los maestros que no estuvieran presentes.

III. Análisis de los resultados.

1) Para la validación del cuestionario se obtuvo la correlación de cada uno de los ítems de la prueba con la calificación total tanto para la escala total como para la de mentira. La correlación ítem-total como método para valorar la consistencia interna y la unidimensionalidad en las pruebas como la de Coopersmith ha sido descrito por Morales P. (75) como el método más idóneo para seleccionar ítems y después comprobar la estructura resultante con un análisis factorial. Una vez obtenidas las correlaciones, se eliminaron los reactivos cuyo nivel de significancia en la escala total fuera menor de .001 y en la escala de mentira menor de .005 para formar un nuevo inventario al que se le llamó "depurado" y se volvió a sacar la correlación de cada uno de los ítems con la calificación total para la escala total y la de mentira.

2) Se obtuvo también el coeficiente Alfa de Cronbach para la escala original y la depurada. Según Morales P. (75) este coeficiente lo propone Cronbach como una estimación de la proporción de la varianza que se puede atribuir a los factores comunes de todos los ítems y en este sentido es un indicador de la homogeneidad de los ítems.

- 3) Posteriormente, se hizo un análisis factorial varimax rotado tanto para la escala original como para la depurada tomando en cuenta únicamente los ítems que constituyen la escala total y de esta manera determinar si la agrupación de los ítems apoyan la unidimensionalidad o la multidimensionalidad del concepto medido.
- 4) Se obtuvo la puntuación media y desviación estándar de cada una de las escalas de las pruebas original y depurada.
- 5) Siguiendo el procedimiento de Morales P. (75) para la comparación de escalas después de la depuración de ítems se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson entre las escalas de la escala original y depurada.
- 6) Se obtuvo la correlación de Pearson entre escalas del área del self general, social, el hogar y la escuela en la prueba original y en la depurada.
- 7) Como se determinó a través del análisis factorial que se trata de una escala básicamente unidimensional, a partir de aquí todos los análisis se hicieron tomando en cuenta únicamente la calificación total de la prueba. Se obtuvieron las medias y desviaciones estándar de los resultados en la versión original y depurada por sexo y grado escolar y se hicieron análisis de varianza para determinar si había diferencias en cuanto a estas variables (sexo y grado escolar), según el cuestionario.

Todos los datos fueron procesados con el sistema SPSS+.

EASE_2: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA AUTOESTIMA EN NIÑOS CON Y SIN TRASTORNOS DE ATENCION.

3.2.0. HIPOTESIS

Se considera que este estudio es exploratorio por ser la primera vez que se utiliza el inventario en nuestro país, pero las HIPOTESIS que se podrían plantear a nivel general serían las siguientes:

H1= Los niños del grupo "con trastornos por déficit de atención" con y sin tratamiento, presentarán niveles de autoestima significativamente menores en relación al grupo: "normales"

H2= Los niños del grupo "con trastornos por déficit de atención" con y sin tratamiento presentarán niveles de autoestima significativamente menores en relación al grupo: "control"

H01= Los niños del grupo "con trastornos por déficit de atención" con y sin tratamiento no presentarán niveles de autoestima significativamente menores en relación al grupo: "normales"

H02= Los niños del grupo "con trastornos por déficit de atención" con y sin tratamiento no presentarán niveles de autoestima significativamente menores en relación al grupo: "control"

3.2.1. POBLACION

El grupo de niños con trastornos por déficit de atención estuvo constituido por 40 niños divididos en dos grupos de la siguiente manera:

1) Grupo de niños con trastornos por déficit de atención sin tratamiento (20 niños). Se tomó de la clínica de niños del Instituto Mexicano de Psiquiatría con pacientes de primer ingreso que habían sido prediagnosticados en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y que después de un proceso de diagnóstico reunían las características para la investigación y que no habían recibido ningún tipo de tratamiento.

2) Grupo de niños con trastornos por déficit de atención con tratamiento (20 niños): se tomó de la misma clínica a partir de niños que habían seguido el mismo proceso diagnóstico, pero que habían recibido tratamiento reeducativo durante un periodo entre 6 meses y un año. El tratamiento se basó en un programa norteamericano llamado "Excel" desarrollado en la escuela Thomas Jefferson y que ha sido aplicado en México por más de 10 años en escuelas de enseñanza bilingüe para niños de clase media. El trabajo comprende sesiones dos veces por semana durante una hora. Se manejaron las áreas de atención, retención, memoria, lateralidad, percepción, coordinación motora fina y no tocaba en ningún momento aspectos relacionados a la autoestima (anexo 3 pág 127).

También se seleccionó un grupo control al azar del grupo de 292 niños (descrito en la fase I de la metodología), que pasaron los mismos estudios que los niños con trastornos de atención pero en este caso para

descartar este diagnóstico y poder hacer comparaciones con los grupos de TDA.

La presencia o ausencia del diagnóstico de trastorno por déficit de atención, fue dictaminada por un equipo interdisciplinario de la Clínica (un psiquiatra, una psicóloga y una trabajadora social), por medio de una entrevista clínica psiquiátrica estructurada, hecha por Del Bosque (28), pruebas psicológicas (WISC,CAT) y una entrevista de trabajo social con una guía de preguntas para padres realizada por García Rivas S. (41); Este método de diagnóstico a través de un equipo interdisciplinario es el más conveniente en el caso de los trastornos por déficit de atención según Romero M. (90) y Klee S (56). Los instrumentos son explicados más ampliamente en el capítulo de materiales.

Los criterios de selección para TDA fueron:

a) Que en la entrevista clínica psiquiátrica los niños presentaran como síntomas principales: inatención, impulsividad e hiperactividad.

b) Nivel de inteligencia "normal" (C.I. Total entre 90 y 110 puntos) en la prueba de WISC.

c) Que en la prueba proyectiva de CAT no se reflejaran trastornos emocionales que fueran la causa de los síntomas, por lo que su puntuación de acuerdo a la calificación de Hayworth (44) no debería exceder a cinco puntuaciones críticas.

d) Que no hubiera problemas de visión o incapacidades físicas motoras invalidantes.

3) El grupo de niños sin trastornos por déficit de atención o control, se formó a partir del primer grupo utilizado en la fase 1 de la metodología de 292 escolares a quienes se aplicó el cuestionario, tomando una muestra de 40 niños, de la misma edad y sexo que los niños con trastornos por déficit de atención.

Se determinó que los niños del grupo control pasaran por las mismas pruebas que los niños con trastornos por déficit de atención pero con los siguientes criterios:

a) Que en la entrevista clínica psiquiátrica los niños no presentaran ninguno de los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad

b) Nivel de inteligencia "normal" (C.I. total entre 90 y 110 puntos) en la prueba de WISC

c) Que en la prueba proyectiva de CAT no reflejaran trastornos emocionales (la calificación de Hayworth (44) no debería exceder a cinco puntuaciones críticas).

d) Que no hubiera problemas de visión o incapacidades físicas motoras invalidantes.

En la tabla # 2 de la página 102 se presenta la población de los

grupos con trastornos de atención y controles.

Del grupo de niños con TDA con tratamiento se descartaron 3 casos por no tener completa la información

Los datos sociodemográficos de estos grupos se presentan al final del libro en las tablas 2,3,4,5 y 6 (págs 102 a 104).

3.2.2 INSTRUMENTOS:

Además del inventario de Coopersmith ya descrito en la fase 1 de la metodología, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- A. Entrevista Psiquiátrica Estructurada
- B. Prueba de Inteligencia WISC de Weschler
- C. Prueba de Apercepción Temática para niños CAT
- D. Cédula psicosocial de familia.

A. ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTRUCTURADA

Fue desarrollada en el Instituto Mexicano de Psiquiatria por Del Bosque J. para la investigación "Seguimiento de niños con trastornos de atención", en 1987 (28). (ver anexo 4 pág. 130)

Consta de los siguientes puntos:

1. Identificación del paciente y de sus familiares (padre, madre hermanos y abuelos).
2. Problemas que presenta el paciente. Aquí se investigan específicamente problemas de atención impulsividad e hiperactividad.
3. Antecedentes patológicos personales
4. Antecedentes no patológicos:
 - embarazo y parto
 - alimentación
 - desarrollo motor
 - lenguaje
 - control de esfínteres
 - sueño
 - desarrollo sexual
 - personalidad
 - escolaridad
 - juego

- disciplina
- relaciones principales
- eventos significativos
- antecedentes patológicos heredo familiares

5. Exploración

- física
- mental
- afectiva
- conductual
- lateralidad
- signos neurológicos

Los datos recabados se concentran en una forma especial que contiene los aspectos principales codificados.

B. PRUEBA DE INTELIGENCIA WISC PARA NIÑOS.

La Escala de Inteligencia Weschler para el Nivel Escolar (Wechler Intelligence Scale for Children, WISC) (113) fué aplicada con once subescalas agrupadas de la siguiente manera:

- Area Verbal:
- Información
 - Comprensión
 - Aritmética
 - Semejanzas

- Vocabulario
- Retención de dígitos

Area de Ejecución:

- Figuras incompletas
- Ordenación de dibujos
- Diseño con cubos
- Composición de objetos
- Claves

Tanto la aplicación como la calificación se hicieron de acuerdo al Manual de WISC en español. (113).

Esta prueba fué seleccionada ya que es una de las más utilizadas para determinar inteligencia y cuenta con puntuaciones normalizadas para diferentes edades.

C. PRUEBA DE APERCEPCION TEMATICA PARA NIÑOS CAT

"La prueba de apercepción temática para niños (C.A.T) según Bellak (10) es "un método proyectivo o, más bien un método aperceptivo de investigación de la personalidad a través del estudio del significado dinámico de las diferencias individuales en la percepción de estímulos estandarizados".

Esta prueba se relaciona principalmente con el contenido de las pro-

ducciones, por lo que puede ser útil clínicamente para determinar los factores dinámicos que pueden estar relacionados con la conducta del niño.

La versión que se utilizó en esta investigación consta de diez láminas en las cuales hay representaciones de animales sobre las cuales el niño cuenta una historia. No se utilizó la versión de figuras humanas porque a los niños se les dificulta más identificarse con los personajes.

La aplicación fué de acuerdo a Bellak, estableciendo primero un "rapport" y presentado como un juego y no como un exámen. Las instrucciones fueron las siguientes: "Vamos a jugar a que me cuentas una historia de estas láminas en donde me digas ¿que está pasando? y ¿qué están haciendo los animales?". En ocasiones se le preguntaba además ¿que pasó antes? y después ¿que va a pasar?, cuando se estimaba que era necesario animar al niño a seguir.

La calificación se hizo de acuerdo a la "Lista de los mecanismos adaptativos en las respuestas al C.A.T. de Mary R. Hayworth (44). en la que se van asignando puntajes de acuerdo a diferentes categorías (ver anexo 5 de la página 153). La lista de verificación ha sido diseñada fundamentalmente para la evaluación cualitativa de las historias de los niños ante el C.A.T.; también puede usarse para lograr una medida cuantitativa aproximada cuando se hacen comparaciones entre sujetos y grupos. La lista proporciona un rápido resumen del número y clase de defensas empleadas, así como del contenido de los ítems usados más

frecuentemente. Las categorías están ordenadas en un continuo a partir de indicadores de alto control y constricción hasta las sugerencias de desorganización y pérdida de lazos con la realidad.

Cada categoría tiene un puntaje crítico y a partir de cinco o más puntuaciones críticas se considera de acuerdo a Hayworth que existe suficiente perturbación como para ameritar intervención, por lo que se tomó también ese puntaje como uno de los criterios para la inclusión de los sujetos a la investigación por considerarse que si se sobrepasaba, entonces el problema principal no sería el de trastorno de atención.

D. CEDULA PSICOSOCIAL DE FAMILIA.

También fue desarrollada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría por la T.S. García Rivas S. (41) en 1987. (ver anexo 6 en la pág. 158).

Se enfoca principalmente a obtener información sobre la familia en los siguientes aspectos:

1. Estructura familiar

2. Dinámica familiar

- expresión de afectos
- utilización del tiempo libre

- participación de la familia en actividades escolares
- actitud de la familia frente al padecimiento

3. Condiciones socio-ambientales

4. Economía familiar

Consta de una ficha de identidad que la trabajadora social llena al principio de la entrevista con los datos generales del niño así como de ambos padres.

La cédula propiamente dicha consta de 75 preguntas estructuradas que se le hacen a uno de los padres del niño; la persona que proporciona los datos contesta abiertamente a las preguntas y la trabajadora social las marca en las categorías preestablecidas para cada pregunta.

La cédula tiene en su última página espacio suficiente para observaciones por si hay información extra que no corresponda a lo ya mencionado.

3.2.3 PROCEDIMIENTO:

1. Fase diagnóstica para seleccionar a los niños con trastornos de atención .

II. Aplicación del inventario

- a) a niños con trastornos de atención sin tratamiento
- b) a niños con trastornos de atención con tratamiento

III. Análisis de la información

a) comparación de los resultados del inventario original y la versión depurada en los grupos: niños sin trastornos de atención (grupo de escolares N=292) y el grupo control vs niños con trastornos de atención con y sin tratamiento, a través de análisis de varianza y pruebas t de student entre pares de grupos.

I. Fase diagnóstica:

El diagnóstico de los niños con trastornos de atención se hizo en el momento en que ingresaban a la Clínica de Niños del Instituto Mexicano de Psiquiatría, a través de un equipo interdisciplinario compuesto por: un psiquiatra que aplicó la historia clínica psiquiátrica estructurada, una psicóloga que aplicó las pruebas de WISC y CAT a los niños y una trabajadora social que recopiló la información pertinente a la familia con los padres del niño. En todos los casos a través de los resultados y de juntas en donde se discutieron los casos, se llegó al consenso diagnóstico con todo el equipo. Por este procedimiento pasa-

ron tanto los niños sin tratamiento como los de tratamiento.

El grupo de niños sin trastornos de atención se formó a partir del grupo de los 292 escolares a los que ya se les había aplicado el cuestionario en la fase 1 de la metodología.

El grupo control (40 niños) se formó al azar a partir del grupo anterior de 292 niños escolares, de la misma edad y el sexo que el grupo de niños con trastornos de atención y pasaron por el mismo procedimiento diagnóstico para descartar que alguno tuviera el trastorno por déficit de atención.

Análisis de la Información:

1) Se hicieron dos tipos de comparaciones a través de un análisis de varianza entre los niños sin trastornos de atención y con trastorno de atención tanto con la escala original como con la depurada: la primera con el grupo completo de escolares de 292 niños sin trastornos de atención y la segunda únicamente con un grupo control de 37 niños (como se mencionó anteriormente se descartaron 3 por falta de información) sin trastornos de atención y los de trastornos de atención.

2) Se sacaron a través de pruebas Tukey los pares de grupos en donde existían diferencias significativas.

3) Por último se hicieron comparaciones entre pares de grupos en la escala original y depurada a través de pruebas t de student.

Todos los datos fueron procesados con el sistema SPSS+.

4. RESULTADOS:

4.1. Resultados Fase 1:

Datos sobre la validez del cuestionario:

4.1.1. En la tabla #7 (págs. 105 y 106) presentamos la correlación de cada uno de los items que constituyen la escala total con la calificación total de la escala original y depurada. En la escala original 20 items de la escala total no alcanzaron una discriminación menor al $p=001$ por lo que fueron eliminados los reactivos: 1,4,8,9,10,11,14,15, 17,18,21,23,25,26,32,36,37, 49,51 y 57, quedando en la escala depurada reactivos con un nivel de significancia de $p=.000$, con excepción de los items 5 y 28 que fueron de $p=.001$.

Por otro lado, la correlación de los items de la escala de mentira con la calificación total se presenta en la tabla #8 (pág. 107). De la escala de mentira original se eliminaron los reactivos 6,34,41 y 48, el criterio en esta escala fué el de eliminar los reactivos con una discriminación menor a $p=.08$.

4.1.2. El Alfa de Cronbach en la escala original fué de: .74

El Alfa de Cronbach en la escala depurada fué de: .77 En el capítulo de conclusiones se comentará este incremento.

4.1.3. En cuanto al análisis factorial de la escala original, en la tabla #9 (págs 108 y 109) se presenta el peso factorial y la comunalidad.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

dad de cada una de las 50 variables: en la tabla #10 (pág. 110) se presentan los valores eigen así como el porcentaje de varianza y las varianzas acumuladas para diez factores de la escala original, donde se puede ver que es el primer factor el que tiene el mayor porcentaje de varianza (9.2), marcando una considerable diferencia con el siguiente factor que tiene una varianza de 4.5. Con estos diez factores el porcentaje de varianza explicado es de 39.9%. Estos datos se muestran en la gráfica #1 (pág. 111).

Los datos del análisis factorial de la escala depurada, en cuanto al el peso factorial y la comunalidad de cada una de las 30 variables se presenta en la tabla #11 (pág. 112); en la tabla #12 (pág. 113) se presentan los valores eigen así como el porcentaje de varianza y las varianzas acumuladas en diez factores de esta escala depurada. Se puede ver la misma tendencia de los datos pero con valores más elevados en relación a la escala original ya que sigue siendo el primer factor el que tiene el mayor porcentaje de varianza (14.2), igualmente con una gran diferencia con el siguiente factor que tiene una varianza de 6.9. El porcentaje de varianza explicado con estos diez factores es también mayor (54.2). Esta información se presenta en la gráfica #2 (pág. 114).

De acuerdo a lo anterior se puede decir que en la escala depurada el primer factor sigue explicando el mayor porcentaje de varianza y aunque los reactivos que lo constituyen no son exactamente los mismos, estos coinciden en casi un 50%, tomando en cuenta que en la escala depurada existen items de la escala original que no aparecen.

4.1.4. En la tabla #13 (pág. 115) se muestran las medias y desviaciones estandar para toda la población en cada una de las escalas tanto en la prueba original como en la depurada. La media de la puntuación total en la prueba original fue de 59.34 con una desviación estandar de 11.75; en la depurada la media fue de 44.03 con una desviación estándar de 9.34 y el número de items pasó a ser de 50 a 30 items.

4.1.5. La correlación entre las dos escalas (original y depurada) por áreas se puede observar en la tabla #14 (pág. 116). En todas las correlaciones entre las áreas la probabilidad fue altamente significativa ($p=.000$). Las correlaciones menores se encontraron en la escala social (.60) y en la de mentira (.75), en cambio en las otras escalas fue igual o mayor a .88, siendo la escala total la que alcanzó la correlación más alta (.92). Las correlaciones en todos los casos se mantuvieron altas entre las dos versiones de la prueba.

4.1.6. La correlación inter escalas se muestra en la tabla #15 (pág. 117). Las correlaciones más altas en el cuestionario original están entre el self general y la escuela (0.45), entre el self general y el hogar (0.40) y el hogar y la escuela (0.40). La menor es la encontrada entre el área social y la escuela (0.22), sin embargo todas son significativas ($p=.001$).

En la escala depurada siguen manteniendo el mismo nivel de significancia, pero las correlaciones son más altas con excepción de la que se da entre la escuela y el hogar que se mantiene con los mismos puntajes.

4.1.7. La comparación de la población en cuanto al sexo con las dos pruebas se puede observar en la tabla #16 (pág. 118). En el cuestionario original la media para los hombres fue de 69.26 con una DE de 11.50 y en las mujeres de 69.41 con una DE de 11.97. En el cuestionario depurado la media para los hombres fue de 43.79 con una DE de 8.81 y en las mujeres la media fue de 44.21 con una DE de 9.76.

Se hicieron pruebas t en con los resultados de cada uno de los cuestionarios, pero en ninguno de ellos hubo diferencias significativas en cuanto al sexo.

4.1.8. La comparación por grado escolar con las dos escalas se puede observar en la tabla #17 (pág. 119). Tanto en la escala original como en la depurada los puntajes aumentan conforme se avanza en grado, sin embargo el análisis de varianza no reveló diferencias significativas en ninguna de las dos pruebas con respecto a esta variable.

4.2. FASE 2: RESULTADOS DE LAS COMPARACIONES ENTRE LA AUTOESTIMA DE LOS NIÑOS CON Y SIN TRASTORNOS DE ATENCION:

4.2.1. En la tabla #18 (pág.120) se muestra la comparación entre el grupo de niños sin trastornos de atención (N=292) al que llamamos normales contra los dos grupos de trastornos de atención con y sin tratamiento utilizando la escala original y la escala depurada tomando en cuenta solamente la calificación total.

El análisis de varianza mostró un nivel de significancia marginal de $p=.06$ con la escala original, sin embargo en la escala depurada los

resultados fueron significativos $p=.02$.

La escala depurada confirma la hipótesis planteada y rechaza la hipótesis nula.

Posteriormente se hicieron pruebas Tukey para encontrar los grupos en los que había diferencias, encontrándose diferencias significativas menores a $p=.05$ entre el grupo de niños normales y el de Trastornos de Atención sin tratamiento.

4.2.2. Por otro lado, tomando en cuenta al grupo control ($N=37$) y haciendo las mismas comparaciones entre los grupos de TDA se pudo observar que en ninguna de las comparaciones se encontraron diferencias significativas (tabla #19, pág. 121).

4.2.3. Por último Los resultados de las comparaciones por pruebas t entre pares de medias se pueden ver en la tabla #20 (pág. 122). Como se observa, en la prueba original existen diferencias significativas entre el grupo de Normales y TDA sin tratamiento $p=.02$. En la prueba depurada se encontraron diferencias en todas las comparaciones: Normales vs TDA con tratamiento (.05); TDA con tratamiento vs TDA sin tratamiento (.01) y Normales vs TDA sin tratamiento (.01)

Tomando en cuenta los datos encontrados se puede decir que se confirma la primera hipótesis tanto con la escala original como con la depurada, solamente en el caso de la comparación del grupo "normal" en relación al de "trastorno por deficit de atención sin tratamiento". Al hacer esta misma comparación con el grupo "trastornos por deficit de

atención con tratamiento" solo se confirma con la escala depurada.

La segunda hipótesis donde se comparó a ambos grupos de "trastornos por déficit de atención" con y sin tratamiento con el grupo control, no se confirmó, aceptándose la hipótesis nula.

5. CONCLUSIONES

5.1: FASE 1. TRADUCCION Y VALIDACION DEL INVENTARIO

En esta fase, donde se trabajó en lo relacionado a la traducción del cuestionario de Coopersmith y el estudio de su validez y confiabilidad, de acuerdo a los resultados se puede concluir lo siguiente:

El inventario de Coopersmith es un cuestionario fácil de aplicar, rápido y comprensible para los niños.

En cuanto a la traducción se vió que algunos de los items en donde no hubo un buen nivel de discriminación se encontraron algunos problemas como los siguientes: en el item # 18 (soy popular entre los niños de mi edad), los niños no conocían el significado de la palabra "popular". En el item 37 (me disgusta ser niño/a), no quedó claro preguntar en la misma forma a los niños y a las niñas, por lo que se sugiere que en las próximas revisiones se tengan dos formas: una para hombres y otra para mujeres. El item 57 (casi siempre las cosas me afectan muy poco) las dificultades fueron principalmente de sintaxis.

Sobre los resultados de validación y confiabilidad del cuestionario se encontró que los coeficientes Alfa de Cronbach son menores que los reportados por Johnson y cols (54), ya que nosotros obtuvimos para la escala original un coeficiente alfa de 0.74, que subió a 0.77 con la escala depurada y ellos obtuvieron un coeficiente alfa de 0.86 en la escala total. De acuerdo a Magnusson (70), "el coeficiente de confiabilidad para una versión de ensayo de un nuevo test se calcula que sea

0.75", o sea que el puntaje obtenido en la escala depurada se considera dentro de los límites aceptables, dada la longitud de éste. Quizá para una nueva versión si se aumenta el número de reactivos pueda llegarse a un puntaje de 0.90 que es lo esperado para versiones finales.

En el análisis factorial no se encontró la división teórica propuesta por Coopersmith de las subescalas del cuestionario, sino más bien tanto en la escala original como en la depurada, básicamente una sola escala o unidimensionalidad. Morales P. (75) dice que: "el problema de la unidimensionalidad es primordialmente conceptual porque en la definición o en la simple descripción de los constructos, siempre caben niveles de abstracción y grados de complejidad, pero lo que finalmente interesa es que los datos sean interpretados en función de un rasgo o atributo con límites suficientemente bien definidos. Puede hablarse de unidimensionalidad, aunque se trate de una unidimensionalidad compleja. Hattie en 1985 (42) y Howe en 1985 (47) hablan de la necesidad de un juicio cualitativo después de examinar todo lo que dan de sí los métodos cuantitativos para probar la unidimensionalidad. Lo que esto nos muestra por lo tanto, es que al no haber una separación tan clara, todos los aspectos medidos en las diferentes escalas se encuentran muy relacionados entre sí.

Por otro lado al aplicar las dos versiones del cuestionario se vio que los resultados de las puntuaciones en la ESCALA ORIGINAL indican que la media de la puntuación total ($\bar{X}=59.34$ y $DE= 11.75$) fue menor que lo encontrado por Coopersmith (20) en población americana (\bar{X} 82.3, DS 11.6), pero mayor que la que reporta Donaldson (31) para población de

apellido hispano (\bar{X} 63.6, DS 13.6), y la que encontraron Owens y Gustafson (80) en población mexicano-americana de tercero y sexto grado (\bar{X} 57.5, DS 12.6 en tercer grado y \bar{X} 61.8, DS de 14.2 en sexto), por lo que los datos obtenidos se encuentran entre los grupos antes mencionados y están más cerca a los de población mexicano-americana de los Estados Unidos que a la norteamericana, porque seguramente los factores de tipo cultural de la prueba hacen que los puntajes de la misma sean diferentes en las tres poblaciones.

Los datos de la ESCALA DEPURADA no son directamente comparables debido a la eliminación de algunos items, pero dado que la correlación entre los puntajes de la escala original y la depurada es muy alta, sobre todo en lo que se refiere a la escala total, se puede decir que a pesar de haber reducido casi hasta la mitad la escala en la que nos basamos (de 50 items a 30), los items están intercorrelacionados, comparten lo mismo y corresponden.

En las correlaciones entre las escalas, la mayor parte de las puntuaciones encontradas con la escala original fueron un poco menores a las que reporta Donaldson (31): Area del self general Vs area social (.49 vs. .31); self general vs hogar (.52 vs .42); area social vs escuela (.29 vs .23); Hogar vs escuela (.45 vs .39). Con excepción de las correlaciones entre el área del self general y la escuela (.46 vs .42) y el área social y el hogar (.29 vs .28) donde se obtuvieron puntajes ligeramente mayores. Con la escala depurada tampoco se pueden hacer comparaciones por la misma razón que se mencionó anteriormente.

Todas las correlaciones entre las áreas son significativas ($p=.001$), aunque cabe decir que estas comparaciones deben tomarse con reserva ya que en la estructura factorial no se encontraron estas áreas propuestas.

Sobre las diferentes comparaciones por variables que se hicieron se puede decir que en cuanto al sexo, no se encontraron diferencias significativas ni con el cuestionario original ni con el depurado, lo cual coincide con las investigaciones reportadas como las de Coopersmith (20); Drummond, R.J., McIntire Walter G., y Ryan CH.W (33) y Ketcham y Morse (55). Estos resultados por lo tanto nos autorizan a utilizar el inventario indistintamente con niños y niñas y al no haberse encontrado tampoco diferencias significativas de acuerdo al grado escolar como también lo reporta Coopersmith (20) con ninguno de los dos cuestionarios, también se puede aplicar indistintamente a cualquier edad, sin esperar que estas sean variables que afecten los resultados, posibilitando así las investigaciones, ya que esperábamos que este instrumento estuviera afectado únicamente o en mayor grado por la variable autoestima.

5.2: FASE 2. En esta fase donde se trabajó en lo relacionado al estudio comparativo de la autoestima en niños con y sin trastornos por déficit de atención también se puede mencionar lo siguiente:

La primera hipótesis tanto con la escala original como con la depurada, fué confirmada solamente en el caso de la comparación del grupo

"normal" en relación al de "trastorno por déficit de atención sin tratamiento". Al hacer esta misma comparación con el grupo "trastornos por déficit de atención con tratamiento" solo se confirma con la escala depurada.

Y la segunda hipótesis donde se comparó a ambos grupos de "trastornos por déficit de atención" con y sin tratamiento con el grupo control, no se confirmó, aceptándose la hipótesis nula.

Las comparaciones realizadas con la escala depurada aumentan el grado de significancia e inclusive se obtienen niveles significativos en comparaciones en donde la escala original no los encuentra, como en las comparaciones entre el grupo "normales" contra el grupo de "trastornos por déficit de atención con tratamiento" o en la comparación de los grupos "con trastornos por déficit de atención con y sin tratamiento". En el único caso donde no sucede así es en las comparaciones con el grupo control donde no hay niveles significativos con ninguna de las dos escalas, aunque en este grupo el puntaje total alcanzado fué inclusive ligeramente mayor que el del grupo "normal" (69.72 vs 69.34). Quizá por el tamaño de la muestra no se alcancen los niveles esperados.

De cualquier manera, los datos indican una clara tendencia hacia puntajes menores de autoestima en niños con trastornos de atención, sobre todo sin Tratamiento. Resultados similares se encontraron en la investigación que llevó a cabo Romero Morales (90) comparando el autoconcepto en niños hiperactivos y no hiperactivos, en donde se obtuvieron

puntajes mayores en niños sin hiperactividad con una diferencia significativa de $p = 01$ entre ambos grupos. Estos datos también son similares a los publicados en Estados Unidos por Loney (64) Wilson (120), Weiss y Hetchman (115) y otros.

Es interesante notar que en nuestra investigación en el caso de los niños que sí han recibido tratamiento durante seis meses a un año, sus puntajes casi llegaron al nivel del grupo control, el simple hecho de sentirse atendido, comprendido y tomado en cuenta, ayuda al niño a mejorar la imagen que tiene de su propia persona, aunque tenga aún problemas que superar.

En resumen, se puede decir de acuerdo a los datos encontrados, que el inventario de Autoestima de Coopersmith resultó ser un instrumento que se comporta en forma parecida a las investigaciones hechas en otros países, sin embargo no es lo suficientemente fino para detectar diferencias entre grupos con y sin patología si se comparan poblaciones pequeñas, pero en un futuro cuando se tengan puntajes normalizados, este inventario puede ser útil como instrumento de detección de casos en riesgo como un indicador de problemas en el área emocional, cuando los niveles de autoestima son bajos.

Limitaciones del estudio:

- 1) Los datos de validez se obtuvieron de un pequeño grupo de niños de un solo nivel socioeconómico.

2) Dado que uno de los criterios para diagnosticar trastornos de atención según el DSM-III (5) es un nivel intelectual medio o por arriba del mismo, no se incluyeron niños con un nivel intelectual bajo, aunque parece ser que éste factor no es determinante en cuanto al desarrollo de la autoestima .

3) Debido a la dificultad para contar con instrumentos apropiados y adaptados a nuestro medio, una parte del diagnóstico se basó en la evidencia clínica y el consenso interdisciplinario.

Podemos concluir finalmente que a pesar de las dificultades para su medición, la autoestima es un aspecto importante para ser tomado en cuenta, inclusive autores como Rosenberg (92) señalan que: "algunos psicoanalistas profundos han llegado hasta a argumentar que los problemas de autoestima están en el núcleo de los procesos neuróticos"

En el caso del trabajo con niños esto es igualmente prioritario, sobretodo con niños que tengan problemas de atención para lograr en ellos una mejor recuperación e integración al ambiente escolar y social, ya que como lo menciona Jacobs (51) "para que estos niños aprendan y continúen su proceso de individuación, se deben de cumplir dos condiciones. Primero. deben de ser ayudados activamente para restaurar la autoestima dañada. Esto es esencial para que se de posteriormente cualquier desarrollo.....".

También es cierto que si bien una baja autoestima puede ser el resul-

tado de algún tipo de problema, como el de trastorno de atención, también puede constituirse posteriormente en causa de otros problemas como el bajo rendimiento escolar. Por lo tanto, para ampliar nuestro conocimiento en este campo y conocer tanto las causas de los problemas como los remedios, se requerirá de un mayor número de investigaciones y sobretodo avocarse al desarrollo de instrumentos apropiados a nuestra población.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Achenbach T.M. The child behavior profile. I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 46: 478-488, 1978.
2. Achenbach T.M. & Edelbrock C.S. Hyperkinetic syndrome. In: *Child Psychiatry: Modern Approaches*, ed. M. Rutter & L. Hersov. Oxford: Blackwell, 1977.
3. Adler A. *The practice and theory of individual psychology*. New York, Harcourt, 1927.
4. Ajuariaguerra J. *Manual de psiquiatría infantil*. Toray Masson S.A. Barcelona, 1977.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3a. ed. Washington D.C., 1980.
6. American Psychiatric Association DSM-III-R: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*: España: Masson, 1988.
7. Aronson E & Mills J. The effects of severity of initiation on liking for a group. *J. Abn Soc Psych* 59: 177-181, 1959.
8. Baumrind D. child care practices anteceding three patterns of pre-school behavior. *Genetic Psychology Monographs* 75(1967):43-88.
9. Beck A.T. *Depression: Clinical, Experimental and Therapeutic Aspects*. New York: Harper & Row, 1967.
10. Bellak L. El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T. y S.A.T. *El Manual Moderno*, Mex, 1979.
11. Bledsoe J C. Self concepts of children and their intelligence, achievement, interests and anxiety En: *Self-Esteem Inventories*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California: 1984
12. Bodwin R, Bruck M. The relationship between self-concept and the presence and absence of scholastic underachievement En: *Self-Esteem Inventories*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1984.
13. Brehm M. & Back W. Self image and attitudes towards drugs. *Journal of Personality* 36, 229-314, 1968.
14. Brookover W.B., Thomas S. & Patterson A. Self-concept of ability and school achievement. 11: Improving academic achievement through students self-concept enhancement. U.S. Office of Education, Cooperative Research Project No. 2831. East Lansing: Office of Research and Publications, Michigan State University, 1965. En: *Self-Esteem Inventories*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1984.

15. Brown G.W. & Harris T. Social Origins of Depression. London: Tavistock Publications, 1978.
16. Cantwell D. Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Archs Gen. Psychiat.* 27, 1972 pp 414-417.
17. Cantwell D. The hyperactive child- Diagnosis, Management, Current Research, Spectrum New York, 1975.
18. Clements S.D. Minimal brain dysfunction in children. NINBD Monograph #3 U.S. Department of Health, Education & Welfare, 1966.
19. Coleman M: Serotonin concentrations in whole blood of hyperactive children. *J. Pediatr* 78:985-990, 1971.
20. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. Consulting Psychologist's Press, Palo Alto, California, 1981.
21. Coopersmith S. Building self-esteem in the classroom. Developing motivation in young children. Albion Publishing Company, San Francisco, California, 1975 pp 95-129.
22. Coopersmith Inventories. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1981.
23. Coopersmith S and Gilberts R. Professional manual, Behavioral Academic Self-Esteem. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1982.
24. Cowan R; Altmann H and Pysh F. A validity study of selected self-concept instruments. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 1978, 10,, 211-221.
25. Crandall C; Crandall V J and Katkovsky A. A children's social desirability questionnaire. *Journal of Consulting Psychology*, 1965, 29, 27-36.
26. Cruickshank W. El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad. Ed. Trillas, México, 1971.
27. Daley M.J. & Burton R.L. Self esteem and irrational beliefs: an exploratory investigation with implications for counseling. *Journal of Counselling Psychology*, 1983, 30, 361-366.
28. Del Bosque J. Historia clinica psiquiátrica estructurada. *Clinica de Niños del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1987.
29. Diaz Guerrero R., Bianchi R. y Ahumada de Diez R. Investigación formativa de Plaza Sésamo. Una introducción a las técnicas de preparación de programas educativos televisados. Ed. Trillas., 1975.
30. Diggory J.C. Self-evaluation: Concepts and studies. New York: John Wiley, 1966.

31. Donaldson T S: Affective testing in the Alum Rock voucher Schools. Pand Corporation En: S Coopersmith . Self-Esteem Inventories. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, Calif., 1984.
32. Douglas V.I. Stop, look & listen. The problem of sustained attention & impulsive control in hyperactive & normal children. Canad J. Behav. sci/ rev. Canad. Sci. comp 4, (4), 1972 pp 259-281.
33. Drummond R J, Mc. Intire W G, Ryan C W: Stability and sex differences on the Coopersmith Self-Esteem Inventory for students in grades two to twelve. Psychological Reports, 40: 943-946, 1977.
34. Edelbrock C., Costello A., Kessler M. Empirical corroboration of attention deficit disorder. Journal of the Academy of Child Psychiatry, 23 (3). pp 285-290, 1984.
35. Feingold B. Food additives and child development. Hospital Practice 1973, 8, 11-12-, 17-19.
36. Fenichel O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York. Norton 1945.
37. Franklin M R. Self-concept and its relationship to academic achievement and other selected variables. Unpublished doctoral dissertation, University of Arizona, 1978.
38. Fromm E. Miedo a la libertad. Paidós, Buenos Aires, 1974
39. Fromm E. Man for himself, New York, Rinehart, 1947.
40. Fullerton W S. Self-disclosure, self-esteem and risk taking: a study of their convergent and discriminant validity in elementary school children. Doctoral dissertation, University of California, Berkeley, 1972.
41. Garcia Rivas S. Cédula Psicosocial de Familia. Clínica de Niños del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1987.
42. Hattie, J. Methodology Review: Assessing Unidimensionality of Tests and Items. Applied Psychological Measurement, 9, 134-164, 1985.
43. Havighurst R.J., Dubois M.E. y cols. A cross-national study of Buenos Aires and Chicago Adolescents. Basel, Switzerland: S. Karger, 1965. Biblioteca "Vita Humana", fasc. 3.
44. Hayworth M R. Lista de los mecanismos adaptativos en las respuestas al C.A.T. En: Bellak I. El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T., y S.A.T. México: El manual moderno: 1979.
45. Horney K. Our inner conflicts. New York, Norton, 1945

46. Horney K. La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Paidós, Buenos Aires, 1976.
47. Howe K.R. Two Dogmas of Educational Research. Educational Research, 1985 10, 10-18.
48. Informe de los motivos de consulta en 33 servicios de psiquiatría y salud mental del Instituto Mexicano de Psiquiatría en coordinación con la Secretaría de Salubridad. Agosto de 1977 a julio de 1979. Reporte interno del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
49. Ingham J.G., Kreitman N.B., Miller P., McC. Sashidharan S.P. & Surtees P.G. Self esteem, vulnerability and psychiatric disorder in the community. British Journal of Psychiatry, 1986, 148 375-385.
50. Irwin M., Belendiuk., Mc Closkey K., Freedman D., Tryptophan metabolism in children with attentional deficit disorder. Am J Psychiatry 138:8 August 1981 pp 1082-1085.
51. Jacobs D.H. Learning Problems, self-esteem and delinquency. En The Development and sustenance of self-esteem in childhood. Editado por Mack J.E. y Ablon S.L. International Universities Press, Inc. New York, 1983.
52. Jacobson E. The self and the object world. New York. International Universities Press, 1964. Citado en The Development and sustenance of self-esteem in childhood. Editado por Mack J.E. y Ablon S.L. International Universities Press, Inc. New York, 1983
53. James W. Principles of Psychology. New York, Holt, 1890.
54. Johnson B W; Redfield D L; Miller R L ando Sympson R E. The Coopersmith self-esteem inventory: a construct validation study. Educational and Psychological Measurement, 1983, 43 pp. 907-913.
55. Ketcham W, Morse W C: Dimensions of children's social and psychological development related to school achievement. En: Coopersmith S. Self-Esteem Inventories. Consulting Psychologists press, Inc. Palo Alto, Calif, 1984.
56. Klee S. The clinical psychological evaluation of attention deficit disorder. Psychiatric Annals. 16 (1), 1986. 43-46.
57. Knobel M., Wolman M.B. y Mason E. Hyperkinesis & organicity in children. Arch. gen. psychiat. 1959, 1.310-321.
58. Kohut H. The anakysis of the self. New York International Universities Press, 1971. citado en The Development and sustenance of self-esteem in childhood. Editado por Mack J.E. y Ablon S.L. International Universities Press, Inc. New York, 1983.

59. Lahey B B, Pelham W e, Schaughency E A, Atkins M S Murphy H A, Hynd G, Russo M, Hartdagen S y Lorys-Vernon A. Dimensions and types of attention deficit disorder. *J Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 1988, 27 3:330-335.
60. Lahey B.B., Schaughency E.A. Strauss C.C. and Frame C.l. Are Attention deficit disorders with and without hiperactivity similar or dissimilar disorders?. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23 (3). pp 302-309, 1984.
61. Laufer M. y Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children *Journal of Pediatrics*, 50, 463-464, 1957
62. Lecky P. Self consistency. A theory of personality. New York Island Press. 1945.
63. Lefevre E.R. & West M.I. Assertiveness: correlations with self esteem, locus of control interpersonal anxiety, fear of disapproval and depression. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa* 6, 247-251, 1981.
64. Loney J. The intellectual functioning of hyperactive elementary school boys. *Am J Orthopsychiatry* 1974; 44 (5): 754-762
65. Lundgren D.C. Public esteem, self esteem and interpersonal stress. *Social Psychology Quarterly*, 41, 68-73, 1978.
66. Luria A.R. Traumatic aphasia. The syndromes, psychology & treatment. The Hague Mouton, 1970.
67. Mc. Cord W. & Mc. Cord J. Origins of alcoholism. Stanford California: Stanford University Press, 1960.
68. Macias- Valadez G. y Verdusco Ma. A. Análisis de las características de un grupo de niños con trastornos de atención. *Salud Pública de México* Vol 28 No.3 May-Jun, 1986.
69. Mack J.E. Self Esteem and Its Development: An overview. En *The Development and sustenance of self-esteem in childhood*. Editado por Mack J.E. y Ablon S.L. International Universities Press, Inc. New York, 1983.
70. Magnusson D. Teoría de los Tests Trillas, México, 1977.
71. Maslow A. Motivation and Personality. New York. Harper, 1954
72. Mead G.H. Mind, self and society. Chicago, University of Chicago Press, 1934.
73. Mendelson W. et al Hyperactive children as teenagers: A follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 153, 273-279, 1971.

74. Mendez Ramirez I., Guerrero D.N., Altamirano L.M., Sosa de Martinez C. El protocolo de investigación. Trillas, México 1990.
75. Morales Pedro. Medición de actitudes en psicología y educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos. Ed. Trarttalo, 1988. San Sebastian España.
76. Morris D., Sroker E., & Burrus G. Follow-up studies of shy, withdrawn children: 1. Evaluation of later judgments. American Journal of Orthopsychiatry 34 (1964): 685-95.
77. Morrison J.R. & Stewart M.A. Bilateral inheritance as evidence for polygenicity in the hyperactive child syndrome. J. Nerv. Ment. Dis. 1974, 158, 226-228.
78. Ornstein P.H. Introduction to The Search for the self: Selected Writings of Heinz Kohut: 1950-1978, Vol. 1. New York: International Universities Press, 1978 pp 1-106. Citado en The Development and sustenance of self-esteem in childhood. Editado por Mack J.E. y Ablon S.L. International Universities Press, Inc. New York, 1983.
79. Dunsted C. The hyperkinetic syndrome in epileptic children. Lancet 2:303-311, 1955.
80. Owens T R, Gustafson R: A comparison of self-esteem levels of Mexican-American children in grades three, six and nine. En: S Coopersmith Self-Esteem Inventories. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, Calif, 1984.
81. Piers E V. Manual for the Piers-Harris, Children's Self-Concept Scale. Nashville, TN: Counselor Records and Tests, 1969.
82. Quimby V. Differences in the self-ideal relationship of an achieved group and an underachieved group En: Coopersmith S. Self-esteem inventories. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1984.
83. Rampel M.E. & Bingham W.C. Building Self esteem: A necessary Process for Maximal Career Exploitation. Trenton, NJ: Dept of Education (Special Paper Series) 1975.
84. Rapoport J.L., Quinn P.O. & Lamprecht F. Minor Physical anomalies & plasma dopamine-beta-hydroxydase activity school age boys. Am. Child Psychol. Psychiat. 16, 1974, pp 141-147.
85. Reasoner. A parent's guide to develop self esteem. Consulting Psychologists Press, Palo Alto California, 1982.
86. Reidl de Aguilar L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del distrito federal. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, Vol 1. Núm 2, Págs 273-288.

87. Rochlin G. Grievs and discontents: The forces of change. Boston: Little, Brown, 1965. Citado en The Development and sustenance of self-esteem in childhood. Editado por Mack J.E. y Ablon S.L. International Universities Press, Inc. New York, 1983.
88. Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós, Buenos Aires, 1975.
89. Rogers C R and Dymond R F. (Eds). Psychotherapy and Personality Change. Coordinated studies in the client-centered approach. Chicago: University of Chicago Press, 1954.
90. Romero Morales M E. Estudio del autoconcepto de un grupo de niños hiperactivos comparado con un grupo de niños no hiperactivos. Tesis de doctorado Universidad Iberoamericana, 1981.
91. Rosenberg M. Society & the adolescent self-image. Princeton, Princeton University Press, 1965.
92. Rosenberg M. The association between self esteem and anxiety. Journal of psychiatric research 1, 135-151, 1963.
93. Rosenberg M. Conceiving the self. New York Basic Books, 1979. Citado en The Development and sustenance of self-esteem in childhood. Editado por Mack J.E. y Ablon S.L. International Universities Press, Inc. New York, 1983.
94. Rubin R A. Stability of self-esteem ratings and their relation to academic achievement: a longitudinal study. Psychology in the Schools, 15: 430-433, 1978.
95. Rutter M. Psychological development: predictors from infancy. J. Child Psychol & Psychiat, 1970, 11: 49-62.
96. Rutter M. Psychological sequelae of brain damage in children. The American Journal of Psychiatry. 138.12, 1981 pp 1533-1544.
97. Rutter M., Shaffer D, Shepherd M. A multiaxial classification of child psychiatric disorders. WHO, Genova, 1975.
98. Safer DJ, Allen RP. Hyperactive children. Diagnosis & management. Baltimore: University Park Press, 1976.
99. Sandberg S.T. Rutter M. & Taylor E. Hyperkinetic disorder in clinic attenders Dev. Med. Chil. Neurol. 20, 1978, pp 279-299.
100. Sandberg S.T., Wieselberg M.A., Shaffer D. Hyperkinetic & conduct problem children in a primary school population: some epidemiological considerations. J. Child Psychol. Psychiat. Vol 21, 1980, pp 293-311.

101. Shaffer D, Greenhill L. A critical note on the predictive validity of the "Hyperkinetic Syndrome". *J Child Psychol Psychiatry* 20: 61-72, 1979.
102. Shaffer D., Mc Namara N., Pincus J.H.: Controlled observations on patterns of activity, attention and impulsivity in brain damaged & psychiatrically disturbed boys. *Psychol Med* 4:4-18, 1974.
103. Shaw M, Alves G. The self-concept of bright academic underachievers. In: Coopersmith S. Self-esteem inventories. Consulting Psychologists Press, Palo Alto California, 1984.
104. Shaywitz b., Cohen D. & Bowers M. CSF monoaminic metabolites in children with minimal brain dysfunction. Evidence for alteration of brain dopamine. *J. Pediat* 90, 67-71, 1977.
105. Sheriff M. *The Psychology of social norms*. Nueva York : Harper and Row, 1966.
106. Sprague R.L. Cohen M.N. & Eichseder W. Are there hyperactive children in Europe & the South Pacific?. Paper presented at the American Psychological Association Symposium. *The Hyperactive Child: Fact, Fiction & Fantasy*, San Francisco, August 1977.
107. Storr A. *The art of psychotherapy*. London, Secker & Warburg, 1979.
108. Strauss A.A. y Kephart N.C. Psychopathology and education of the brain injured child. Grune & Stratton, NYC, 1947.
109. Sullivan H.S. *The interpersonal theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton, 1953.
110. Torgerson A M. Temperamental differences in infants: their cause as shown through twin studies . *J. Acad Child Psychiatry*, 1978.
111. Velasco Fernández R. *El niño hiperquinético*, México Trillas 1976.
112. Wallon H. *L'enfant turbulent*. Alcan, Paris, 1925.
113. Wechler D. WISC-Español. Escala de Inteligencia para el nivel escolar. Manual. Editorial El Manual Moderno, S.A. México, 1981.
114. Weiss G. et al. Studies on the hyperactive child. VIII. Five year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 24, 409-414, 1971.
115. Weiss G. & Hechtman L. The hyperactive child syndrome. *Annual Progress in child Psychiatry & Child Development*, 1980 pp 319-335
116. Wells L.E., Marwell G. *Self-esteem. It's conceptualization and measurement*. Sage Publications, Beverly Hills, California, 1976.

117. Werner H. y Strauss A.A. Impairment in thought processes of brain injured children. American Journal of Mental Deficiency, 1943, 47, 291-295.
118. Werry J.S., Minde K., Guzman A., Weiss G., Dogan K., & Hoy E. Studies on the hyperactive child- VII. Neurological status compared with neurotic & normal children Am. J. Orthopsychiatry 42, 1972, pp 441-451.
119. White R.W. The abnormal Personality. New York: Ronald, 1954
120. Wilson D. A study of the self concept of hyperactive children. Diss Abs Int 1976: 447
121. Wilson A. & Krane R. Changes in self esteem and its effects on symptoms of depression. Cognitive Therapy and Research 4, 419-421, 1980.

Tabla # 1

Distribución por sexo y grado de la población del grupo
"Normales"

Grado	Hombres	Mujeres	Total
3o.	26	49	75
4o.	31	30	61
5o.	48	31	79
6o.	40	37	77
Total	145	147	292

Tabla 2

Grupos comparados por edad, sexo y grado.

EDAD	Grupo Control				Grupos con TDA			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%	n	%
8 años 7 meses a	4	10	2	5	4	10	2	5
9 años 6 meses (3o)								
9 años 7 meses a	22	55	4	10	21	52	4	10
10 años 6 meses								
10 años 7 meses a	6	15	2	5	6	15	3	7
11 años 6 meses								
Total	32	80	8	20	31	77	9	22

(total 40 sujetos)

(total 40 sujetos)

Tabla 3

Clase de familia de los grupos comparados

FAMILIA	Grupo Control N=40 %	Grupos con TDA N=40 %
Familia Nuclear	57	80
Familia Extensa	43	20

Tabla 4

Estado civil de los padres de los grupos comparados

ESTADO CIVIL	Grupo Control N=40 %	Grupos con TDA N=40 %
Casado, unión libre	90	77
Separado, divorciado Viudo.	10	23

Tabla 5

Nivel de escolaridad de los padres de los grupos comparados

	PADRE		MADRE	
	Grupo Control N=40	Grupos con TDA N=40	Grupo Control N=40	Grupos con TDA N=40
	%	%	%	%
Primaria Completa e Incompleta.	20	36	40	47
Secundaria o Preparatoria	25	24	38	37
Técnico o Profesional.	55	40	22	13

Tabla 6

Ocupación de los padres de los grupos comparados

	PADRE		MADRE	
	Grupo Control N=40	Grupos con TDA N=40	Grupo Control N=40	Grupos con TDA N=40
	%	%	%	%
Obrero, Artesano	13	24	5	
Empleado, Comerciante	58	67	27	48
Profesionista	29	9	5	5
Hogar			63	47

CORRELACION I T E M ESCALA TOTAL

Tabla # 7

	ORIGINAL		DEPURADO	
	r	p	r	p
1	.16	.007		
2	.38	.000	.32	.000
3	.28	.000	.28	.000
4	.18	.002		
5	.18	.001	.19	.001
7	.27	.000	.24	.000
8	.12	.040		
9	.17	.003		
10	.11	.058		
11	.08	.285		
12	.28	.000	.28	.000
14	.17	.002		
15	.15	.009		
16	.24	.000	.21	.000
17	.15	.007		
18	.01	.816		
19	.30	.000	.32	.000
21	.10	.081		
22	.36	.000	.38	.000
23	.13	.026		
24	.32	.000	.31	.000
25	.16	.005		
26	.00	.872		
28	.20	.000	.18	.001
29	.22	.000	.21	.000
30	.29	.000	.29	.000
31	.44	.000	.46	.000
32	.17	.002		
33	.30	.000	.37	.000

Tabla # 7
 (continuación)
 Correlación Item-Total

	ORIGINAL		DEPURADO	
	r	p	r	p
35	.28	.000	.28	.000
36	.09	.105		
37	.00	.935		
38	.32	.000	.35	.000
39	.24	.000	.27	.000
40	.28	.000	.30	.000
42	.35	.000	.39	.000
43	.28	.000	.28	.000
44	.19	.001	.22	.000
45	.23	.000	.23	.000
46	.19	.001	.21	.000
47	.24	.000	.28	.000
49	.13	.020		
50	.29	.000	.34	.000
51	.14	.010		
52	.25	.000	.34	.000
53	.24	.000	.28	.000
54	.23	.000	.24	.000
56	.29	.000	.29	.000
57	-.03	.593		
58	.18	.001	.21	.000

CORRELACION

Item-Total

ESCALA MENTIRA

Tabla # 8

	ORIGINAL		DEFURADO	
	r	p	r	p
6	-.06	.245		
13	.14	.016	.10	.061
20	-.31	.000	-.42	.000
27	.13	.026	.02	.626
34	.02	.647		
41	-.03	.521		
48	.10	.066		
55	.15	.007	.07	.197

FACTORIAL ESCALA ORIGINAL

Tabla # 9

VARIABLE	PESO FACTORIAL	COMUNALIDAD
2	.338	.559
3	.353	.673
4	.698	.617
5	.645	.723
8	.366	.652
10	.602	.656
11	.757	.689
12	.825	.657
15	.530	.676
16	.745	.587
21	.465	.742
22	.724	.593
24	.830	.650
28	.449	.671
29	.819	.620

FACTORIAL ESCALA ORIGINAL

Tabla # 9
(continuación)

VARIABLE	PESO FACTORIAL	CONFIDABILIDAD
30	.717	.636
31	.763	.604
32	.608	.534
33	.459	.636
35	.463	.603
36	.652	.606
38	.610	.629
39	.607	.659
40	.643	.626
42	.588	.683
44	.666	.642
45	.646	.674
47	.434	.640
53	.729	.667
56	.793	.685
57	.606	.670
58	.600	.717

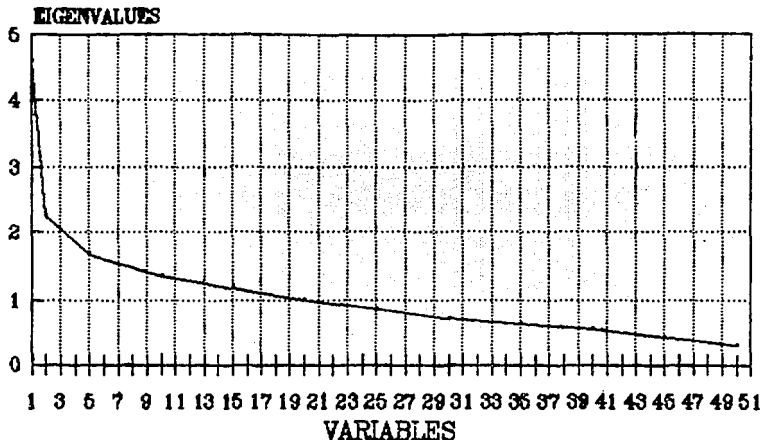
FACTORES ESCALA ORIGINAL

Tabla # 10

FACTOR	EIGENVALUJE	% VAR	% VAR AC
1	4.581	9.2	9.2
2	2.259	4.5	13.7
3	2.176	4.4	18.0
4	1.809	3.6	21.7
5	1.657	3.3	25.0
6	1.611	3.2	28.2
7	1.556	3.1	31.3
8	1.534	3.1	34.4
9	1.407	2.8	37.2
10	1.350	2.7	39.9

GRAFICA DE FACTORES ESCALA ORIGINAL

Gráfica # 1



ANALISIS FACTORIAL ESCALA DEPURADA

Tabla # 11

VARIABLE	PESO FACTORIAL	COMUNALIDAD
2	.384	.248
19	.379	.254
22	.459	.247
30	.340	.223
31	.538	.345
33	.414	.230
38	.455	.309
39	.311	.167
40	.355	.228
42	.458	.315
43	.311	.206
47	.331	.260
50	.404	.231
52	.398	.278
53	.350	.213
56	.333	.191

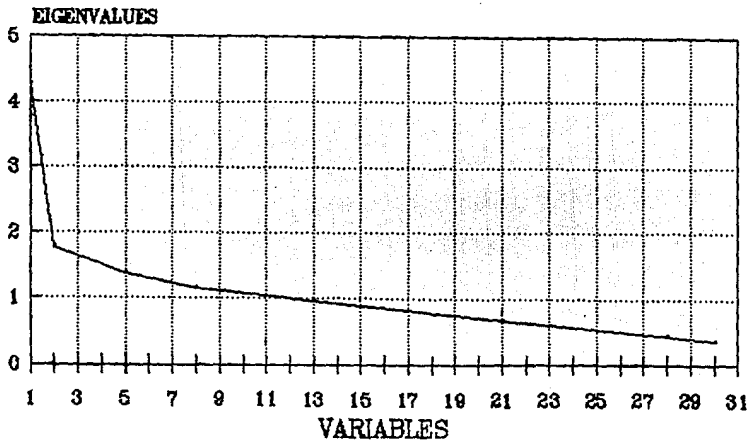
FACTORES ESCALA DEPURADA

Tabla # 12

FACTOR	EIGENVALUE	% VAR	% VAR AC
1	4.268	14.2	14.2
2	1.766	5.9	20.1
3	1.533	5.1	25.2
4	1.430	4.8	30.0
5	1.363	4.6	34.6
6	1.305	4.4	38.9
7	1.279	4.3	43.1
8	1.148	3.8	47.0
9	1.109	3.7	50.7
10	1.062	3.5	54.2

GRAFICA DE FACTORES ESCALA DEPURADA

Gráfica # 2



RESULTADOS POR ESCALAS ORIGINAL Y DEPURADO

Tabla # 13

	ORIGINAL			DEPURADO		
	\bar{X}	DE	R	\bar{X}	DE	R
MENTIRA	9.34	2.71	8	4.70	1.72	4
SOCIAL	11.40	2.94	8	4.69	1.61	3
ESCUELA	11.43	3.02	8	6.63	2.43	5
HOGAR	12.00	2.65	8	11.58	2.58	7
SELF GEN	34.51	7.17	26	21.13	5.50	15
TOTAL	69.34	11.75	50	44.03	9.34	30

R=Reactivos

CORRELACIONES POR ESCALAS ORIGINAL Y DEPURADO

Tabla # 14

	r	P
MENTIRA	.769	.000
SOCIAL	.608	.000
ESCUELA	.899	.000
HOGAR	.952	.000
SELF GEN	.885	.000
TOTAL	.920	.000

Tabla # 15
CORRELACIONES ESCALA ORIGINAL

INTER ESCALAS

CORRELACIONES	SOCIAL	ESCUELA	HOGAR	SELFGEN
SOCIAL	1.0000**	.2257**	.2990**	.2692**
ESCUELA		1.0000**	.4046**	.4567**
HOGAR			1.0000**	.4006**
SELFGEN				1.0000**
TOTAL				

** p = .001

CORRELACIONES ESCALA DEPURADA

INTER ESCALAS

CORRELACIONES	SOCIAL	ESCUELA	HOGAR	SELFGEN
SOCIAL	1.0000**	.2277**	.4181**	.2935**
ESCUELA		1.0000**	.4002**	.4966**
HOGAR			1.0000**	.4564**
SELFGEN				1.0000**
TOTAL				

COMPARACION POR SEXO

ESCALA TOTAL

Tabla # 16

	ORIGINAL	DEPURADO
	\bar{X} DE	\bar{X} DE
HOMBRES	69.26 11.50	43.79 8.81
MUJERES	69.41 11.97	44.21 9.76
	t=-.11	t=-.38
	p=.91 ns	p=.70 ns

COMPARACION POR GRADOS

ESCALA TOTAL

Tabla # 17

	ORIGINAL		DEPURADO	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
3o.	68.13	11.70	42.97	9.70
4o.	68.32	11.43	43.14	9.25
5o.	70.30	12.01	44.73	9.66
6o.	70.13	11.89	44.89	8.77
	F=.6965		F=.8579	
	P=.55 no sig.		P=.46 ns	

NORMALES Y TDA

ESCALA TOTAL

Tabla # 18

	ORIGINAL		DEPURADO	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
NORMALES	69.34	11.75	44.03	9.34
TDA SIN T	62.90	14.17	38.40	11.09
TDA CON T	67.90	13.89	41.80	10.17
	F=2.75		F=3.659	
	P=.06		P=.02	

CONTROL Y TDA

ESCALA TOTAL

Tabla # 19

	ORIGINAL		DEPURADO	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
CONTROL	69.72	11.86	43.45	10.05
TDA SIN T	62.90	14.17	38.40	11.09
TDA CON T	67.90	13.89	41.80	10.17
	F=1.79		F=1.54	
	P=.17 ns		P=.21 ns	

PRUEBAS t ENTRE GRUPOS

NORMALES Y TDA

Tabla # 20

	ORIGINAL		DEPURADO	
	t	p	t	p
Normales vs TDA sin T	2.34	.02	5.55	.01
Normales vs TDA con T	0.53	ns	2.25	.05
TDA con T vs TDA sin T	-1.13	ns	-3.21	.01

ANEXO_1

Datos complementarios del inventario de Autoestima de
Coopersmith para niños.

La primera versión de la escala se hizo basada en la prueba de Rogers y Dymond (89); con algunos ítems nuevos. Todas las preguntas fueron pensadas para su uso con niños a partir de ocho años de edad. Se incluyeron estímulos indicadores de alta y baja autoestima. Se eliminaron todos los ítems que parecieron repetitivos, ambiguos o sobre los que había desacuerdo. Para ver si eran comprendidos, fueron aplicados a un grupo de 30 niños, quedando el inventario final con 50 preguntas relacionadas a actitudes en cuatro áreas diferentes: la social, el hogar, la escuela y los intereses personales. Los títulos que se les dieron a las subescalas de cada área fueron: Área del Self Social-Compañeros, Área del Hogar-Padres, Área de la Escuela-Académica y Área del Self General.

La forma final del inventario fué administrada a dos clases de 5o. y 6o. grado N=87 de niños y niñas. Las calificaciones oscilaron entre 40 y 100 (100 es el máximo posible) con una media de 82.3 y una desviación estandar de 11.6. La media para los 44 niños fué de 81.3 con una desviación estandar de 12.2. La media para el grupo de niñas fué de 83.3 con una desviación estandar de 16.7. La diferencia entre las medias tanto para niños como para niñas no fué significativa y la distribución se sesgó hacia la dirección de alta autoestima (sesgo negativo).

Posteriormente el inventario fué administrado a 1748 niños de escuelas públicas de Connecticut, USA. Estos niños eran más heterogéneos en cuanto a habilidad, intereses y antecedentes sociales que la muestra inicial. Fueron examinados en sus salones de clase bajo la dirección y supervisión de miembros de un equipo de investigación. La media que se encontró para los niños fué de 70.1 con una desviación estandar de 13.8, la cual no tuvo diferencias con las niñas cuya media fué de 72.2 con una desviación estandar de 12.8, e igualmente la distribución de los resultados tuvieron una curva sesgada hacia la dirección de alta autoestima. La confiabilidad Test-retest después de tres años con una muestra de 56 niños fué de .70.

Tiempo después se incorporaron 8 items a la forma como indicadores de defensividad, los cuales en la escala de mentira original fueron estructurados para que fueran contestados de manera negativa si era contestado verazmente. Esta fué la forma final que se utilizó para nuestra investigación.

ANEXO 2

INVENTARIO DE COOPERSMITH
Consulting Psychologists Press.

Traducido y adaptado por Verduzco M. A., Lara Cantú M. A. y Corrás J. F.

Nombre _____ Fecha _____

Escuela _____ Grado _____

Fecha de nacimiento _____

Por favor marca cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (X) **abejo** de "SI" en la misma línea.

Si la oración **NO** dice cómo te sientes casi siempre, pon una cruz (X) **abajo** de "NO" en la misma línea.

Ejemplo

	SI	NO
Soy muy trabajadora		

SI ERES MUY TRABAJADORA MARCA SI

SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI NO ERES MUY TRABAJADORA MARCA NO

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

No hay respuestas buenas ni malas.

	SI	NO
1. Me gusta mucho soñar despierta		
2. Me siento muy segura de mí misma		
3. Muchas veces me gustaría ser otra persona		
4. Le calgo bien a la gente		
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos		
6. Soy despreocupada		
7. Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase		
8. Me gustaría ser más chica		
9. Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí		
10. Puedo escoger fácilmente lo que quiero		
11. Soy simpática		
12. En casa me enoja fácilmente		
13. Siempre hago lo que está bien		
14. Me gusta como hago mi trabajo de la escuela		
15. Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer		
16. Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo		
17. Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago		
18. Casi todas mis compañeras me escogen para jugar		
19. A mis papás les importa mucho lo que yo siento		
20. Siempre estoy contenta		
21. Hago mi trabajo lo mejor que puedo		
22. Me doy fácilmente por vencida		

	SI	NO
23. Generalmente me cuido sola		
24. Soy muy feliz		
25. Prefiero jugar con niñas más chicas que yo		
26. Mis padres me piden que haga más de lo que puedo		
27. Me cae bien toda la gente que conozco		
28. Me gusta que me pregunten la clase		
29. Yo entiendo como soy		
30. Odio como soy		
31. Mi vida es muy difícil		
32. Mis compañeras casi siempre hacen lo que les digo		
33. En mi casa me ignoran		
34. Me regañan muy poco		
35. Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela		
36. Cuando escojo hacer algo, lo hago		
37. Me disgusta ser mujer		
38. Me choca mi manera de ser		
39. Me choca estar con otras personas		
40. Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
41. Pocas veces me da vergüenza		
42. Me disgusta la escuela		
43. Muchas veces me avergüenzo de mí		
44. Soy más fea que las demás		
45. Siempre digo lo que quiero		

	SI	NO
46. A las niñas les gusta molestar me		
47. Mis padres me comprenden		
48. Siempre digo la verdad		
49. Mi maestra me hace sentir que soy inútil		
50. Me da igual lo que me pase		
51. Todo lo hago mal		
52. Me molesta mucho que me regañen		
53. A las demás las quieren más que a mí		
54. Mis padres son muy exigentes		
55. Siempre sé que contestarle a la gente		
56. Me aburre la escuela		
57. Los problemas me afectan muy poco		
58. Quedo mal cuando me encargan algo		

Encuestador: _____

Anexo 3

El programa reeducativo "Excel" tiene un sistema de enseñanza a través de tarjetas que se exponen al niño entre tres y cinco minutos. Las tarjetas dependiendo de la edad de los niños comprenden un determinado número de ejercicios que se deben cubrir por ejemplo:

Niños de 8 años: Comienzan con tarjetas de 4 ejercicios avanzando hasta cubrir 10 ó 12 eventos.

Niños de 9 y 10 años: Comienzan con tarjetas de 6 ejercicios avanzando hasta cubrir 12 ó 14 eventos.

Niños de 11 a 15 años: Comienzan con tarjetas de 8 ejercicios avanzando hasta cubrir 14 ó 16 eventos.

En cualquier grupo se puede rebasar el número total preestablecido de ejercicios, o bien, puede no ser cubierto del todo al principio del entrenamiento.

La primera fase del programa comienza para todos los grupos, estableciendo las normas de funcionamiento dentro del salón, continuando con la reeducación de la atención, la lateralidad, la memoria y la retención.

En relación a la lateralidad (derecha-izquierda), ésta se substituye por colores y se les indica a los participantes que dependiendo del

color que se les marque, ellos deberán mostrar su lado derecho o bien su lado izquierdo asociando de esta manera movimientos de partes del cuerpo con colores y su ubicación temporo-espacial.

Cuando a través de órdenes verbales los niños ya manejan el ejercicio enseñado, se procede a entregarles una tarjeta con eventos que deberán memorizar y que tienen relación con lo aprendido al principio, en un máximo de 3 minutos para después proceder a entregar al terapeuta su tarjeta y realizar sin necesidad de consulta y con exactitud uno a uno todos los eventos asignados.

Si la ejecución es correcta, se le cambia la tarjeta por otra que contenga dos ejercicios más hasta que llegue a cubrir el total de eventos requeridos. Si la ejecución es incorrecta, se le devuelve al niño la misma tarjeta y no puede continuar con la siguiente si no cubre adecuadamente la primera, esto sin permitirle que se de un sobreuso al tiempo.

Otras formas de ejercicios comprenden la ejecución de movimientos del cuerpo (cuartos de vuelta, medias vueltas, tres cuartos de vuelta, vueltas completas, pasos laterales sobre derecha o izquierda) hacia el frente o hacia atrás, todo esto asociándolo a la vez a colores, formas, objetos, animales, medios de transporte, a hombres ilustres, tipos de alimentos, etc.

De esta forma los ejercicios van aumentando no solo en cantidad sino también en relación a la dificultad de ejecución y aprendizaje pasando

asi de una fase a la otra, hasta concluir el programa.

HISTORIA CLINICA ESTRUCTURADA
 GUÍA PARA ENTREVISTA

Fecha _____

Identificación del paciente

Nombre _____ Sexo _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____ Escolaridad _____

Dirección _____ Tel(s) _____

Escuela _____

Identificación del padre

Nombre _____ Edad _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación _____

Escolaridad _____

Identificación de la madre

Nombre _____ Edad _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación _____

Escolaridad _____

Identificación de los hermanos del paciente

Número total de hermanos _____

(Anota de mayor a menor)

	Nombre	Edad	Sexo M-F	Escolaridad	Ocupación
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

	Nombre	Edad	Sexo M-F	Escolaridad	Ocupación
8.	_____	_____	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____	_____	_____

Enumere las personas que viven con el paciente y su parentesco (padre, hermano, etc.)

Identificación de otros familiares (abuelos, medios hermanos, etc.)

	Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____

Situación de los padres (Cruce el cuadro correspondiente)

casados divorciados separados

unión libre viudez

En caso de divorcio o separación explique si los padres han vuelto a tener pareja o se han vuelto a casar.

La situación económica actual es:

Buena Regular Mala 2-Problemas que presenta el paciente

	SI	NO
¿Cuando está sentado se mueve exageradamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le tienen que repetir varias veces las instrucciones dando la impresión de que estuviera medio sordo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Frecuentemente pierde u olvida sus pertenencias (juguetes, material de trabajo, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se levanta constantemente de su lugar (al comer, en la escuela, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se distrae con mucha facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cambia constantemente de una actividad a otra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con frecuencia no logra terminar las actividades que inicia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A menudo actúa de manera "como desesperado", es decir, como sin pensar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿No puede esperar su turno en actividades con otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le caen los objetos con facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para hablar, pronunciar o articular algunas palabras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para aprender en la escuela (lectura, escritura, matemáticas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
¿Con frecuencia se enoja y dice groserías: En la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A menudo habla demasiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le da por cometer robos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si existe algún otro problema que no se haya preguntado, anótelo:

3- Antecedentes Patológicos Personales

	SI	NO
¿Ha sido hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le pusieron vacunas?		
Todas <input type="checkbox"/>	Algunas <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido golpes en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido el conocimiento por los golpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido convulsiones o ataques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha tenido alguna(s) enfermedad(es) como:

sarampión ruboola paperas tosferina

varicela escarlatina pulmonía o neumonía

meningitis hepatitis parásitos

¿Otras?, especifique _____

4- ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

Embarazo y Parto

¿Qué edad tenía la madre durante el embarazo? _____ años.

¿El embarazo fue deseado y planeado? SI NO

¿Qué número de embarazo fue?

1º 2º 3º 4º o mayor

¿El embarazo estuvo controlándose con algún médico? SI NO

¿Hubo algún problema durante el embarazo, tales como:

amenaza de aborto infecciones sangrados

golpes emocionales

otros, (especifique): _____

¿La madre tomó medicamentos durante el embarazo? SI NO

¿sabe qué medicamentos fueron? _____

Duración del embarazo:

normal (9 meses) antes de lo esperado después de lo esperado

El parto fue:

normal por cesárea dificultoso

Si fue cesárea o dificultoso, ¿sabe por qué? Explique:

	SI	NO
¿Recibíó algún tipo de anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se usaron fórceps para el parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Nació el niño(a) morado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Nació el niño(a) amarillito(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tardó para empezar a respirar y llorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, recuerde el tiempo que pasó entre el nacimiento y el momento que empezó a respirar. Explique:

¿Cuanto pesó al nacer? _____

¿Tuvo alguna malformación el niño cuando nació? SI NO

¿Cuál? _____

Alimentación

¿Recibió pecho materno? SI NO

¿durante cuánto tiempo? _____

¿A qué edad empezó a dar alimentos diferentes a la leche? _____

¿Hubo problemas (vómitos, rechazo) al recibir los nuevos alimentos? SI NO

¿Cómo ha sido su apetito?

aumentado normal disminuido

Desarrollo Motor

¿A qué edad logró sostener la cabeza? _____

¿A qué edad se sentó sin ayuda? _____

¿A qué edad gateó, o no lo hizo? _____

¿A qué edad empezó a caminar? _____

¿Cómo han sido sus actividades físicas?

lentas torpes rápidas normales

Lenguaje

¿A qué edad dijo las primeras palabras? _____

¿A qué edad logró decir más de dos palabras unidas? _____

¿Ha tenido problemas de tartamudeo
o algún otro en el lenguaje?

SI

NO

¿Cuáles? _____

Esfínteres

¿A qué edad avisó para efectuar sus necesidades (orinar y defecar)?

¿Se orina en sus ropas en el día?

SI

NO

¿Se orina en la cama?

¿Se defeca en su ropa?

¿Se defeca en la cama?

¿Se le entrenó para avisar de sus necesidades?

¿cómo se le entrenó? _____

Sueño

¿El paciente duerme menos de lo que debería?

SI

NO

¿El paciente duerme más de lo que debería?

¿Habla dormido?

¿Se levanta estando dormido (como sonámbulo)?

	SI	NO
¿Se despierta a media noche (llorando, como atemorizado, sin reconocer a nadie) vuelve a dormirse y al día siguiente no recuerda nada de lo sucedido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene pesadillas con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desarrollo Sexual

¿A qué edad se dió cuenta de la diferencia entre los niños y las niñas y cómo lo expresó?

¿A qué edad mostró curiosidad por el origen de los niños?

¿Cómo respondieron los padres a esta curiosidad?

¿Han notado los padres que el menor tenga tendencia a tocarse los genitales?

¿A qué edad? _____

¿Cómo respondieron los padres a esta tendencia?

¿Con cuál miembro de la familia se notó que el menor tuviera tendencia a copiar la manera de ser?

¿Qué preparación se le ha dado al menor sobre lo sexual?

Personalidad

SI

NO

¿Ha tenido algún objeto (osito, almohada, colcha, etc.) con el que esté muy pegado?

¿A qué edad? _____

¿A qué edad empezó a relacionarse con otros niños fuera de la familia?

Las relaciones con otros niños son:

buenas

regulares

malas

Las relaciones adultas son:

buenas

regulares

malas

¿Le gustaba abrazar a su madre en los primeros meses de vida?

SI

NO

¿a otras personas?

¿A qué edad sonrió por primera vez? _____

¿A qué edad se le notó reacción de miedo frente a extraños? _____

¿Ha presentado berrinches? SI NO

¿con qué frecuencia? _____

¿Qué hacen los padres ante los berrinches?

Escuela

SI

NO

¿Al iniciar la escuela presentó mucha resistencia para quedarse?

¿Durante cuánto tiempo?

¿A qué edad se le llevó por 1a. vez al kínder o a la escuela? _____ años

¿Qué año escolar cursa actualmente?

Kínder

1º

1º

Primaria

2º

5º

Secundaria

2º

3º

6º

3º

4º

Preparatoria

¿Cómo ha sido su aprovechamiento escolar en los diferentes años?

bueno

regular

malo

¿Cómo se relaciona con sus compañeros?

bien

regular

mal

¿Cómo se relaciona con sus maestros?

bien

regular

mal

¿Cómo se han sentido los padres hacia los éxitos o fracasos del menor en la escuela?

enojados

preocupados

contentos

indiferentes

Juego

¿Qué juguetes preferidos ha tenido en las diferentes edades?

¿Qué juguetes le llaman la atención en la actualidad?

¿A qué juega?

¿Le gustan los animales?

SI

NO

¿cuáles?

¿Cómo trata a los animales?

¿Ha mostrado crueldad hacia algún animal?

SI

NO

Disciplina

¿En las diferentes edades quién ha sido responsable de la conducta del menor?

madre padre otros (especifique) _____

¿Quién ha impuesto las órdenes?

¿Cómo se hacen los padres obedecer?

¿Qué castigos utilizan?

¿Cómo reacciona el menor a los castigos?

¿Cómo lo premian?

Relaciones

¿Quién se relaciona con el menor en la forma más cercana?

¿Cómo se relaciona el menor con los padres?

¿Cómo se relaciona el menor con los abuelos?

¿Cómo se relaciona el menor con sus hermanos?

¿Ha tenido nana? _____ ¿Cómo se relaciona o se relacionó con ella? _____

¿Tiene amigos? _____ ¿Cómo se relaciona con ellos? _____

¿Tiene un mejor amigo?

Eventos Significativos

¿Qué cosas importantes han ocurrido durante la vida del menor?

¿Separaciones? _____ ¿Están o han estado separados los padres? _____

¿desde cuándo? _____

¿por qué? _____

¿Cómo reaccionó el menor a estos eventos?

¿Ha habido defunciones en la familia? _____

Si las hubo, ¿cómo reaccionó el menor?

Nombre de la persona que llevó el cuestionario y parentesco con el paciente

¿Le rechinan los dientes cuando está dormido? SI NO

¿Se chupa el dedo?

nunca antes algunas veces De día De noche
 pero ahora no

¿Con frecuencia se queja de dolores de cabeza? SI NO

¿Le sucede que cuando está llorando se queda como privado, que por algún momento deja de respirar?

¿Le da por inventarse o fingir enfermedades?

¿Se le cae el pelo?

¿Se arranca el pelo?

¿Se come las uñas?

¿Le sudan mucho las palmas de las manos?

¿Tiene algún problema en la vista?

¿Tiene algún problema para oír?

El parto fue: único gemelar triatos o más

¿Ha reprobado años escolares? ¿cuáles y cuántas veces? _____

- ANTECEDENTES PATOLOGICOS HEREDO FAMILIARES

Entre los familiares, hermanos, padres, abuelos, tíos, primos, etc.
 ¿existe o ha existido alguno de los problemas que a continuación se mencio-
 nan (en caso afirmativo anote el parentesco que guarda con el(la) niño(a))?

	SI	NO	Parentesco
Problemas de aprendizaje en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Locura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Retardo mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros problemas mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

EXPLORACIONFISICAPeso(En kilogramos cerrados, sin fracciones)
_____Talla(En centímetros)
_____Aseo Personal

Bueno

Regular

Malo _____

Malformaciones dismorfias

Sí

No _____

Lateralidad

Diestro

Zurdo

Ambos _____

No definida

EXPLORACIONMENTAL

AREA CONDUCTUAL

Actitud

Inhibida

Negativista

Opocisionista _____

Inquieta

Ansiosa

Exaltada

Otra

EXPLORACION (cont.)

Conducta de Acción

Hiperactiva

Hipoactiva

Llanto

Cólera

Risa

Otra

Coordinación Motriz fina

Buena

Regular

Mala

Coordinación Motriz gruesa

Buena

Regular

Mala

Marcha

Normal

Anormal

PROBLEMAS MOTORES:

Tics

SI

No

Movimientos estereotipados

SI

No

Movimientos coreicos

SI

No

Dispraxia

SI

No

PSICOMOTRICIDAD

Lateralidad
 Diestro
 Zurdo

Esquema corporal
 Normal
 Anormal

Imágen de sí
 Normal
 Anormal

Coordinación psicomotriz
 Normal
 Anormal

Lenguaje
 Normal
 Anormal

AREA COGNOSCITIVA

Atención
 Normal
 Aumentada
 Disminuída
 Ausente

SENSOPEREPCIÓN

Visual
 Normal
 Disminuída
 Distorciónada
 Ausente

Auditiva
 Normal
 Disminuida
 Distorsionada
 Ausente

Táctil
 Normal
 Disminuida
 Distorsionada
 Ausente

INTELIGENCIA

Comprensión
 Normal
 Disminuida
 Ausente

Síntesis
 Normal
 Disminuida
 Ausente

Abstracción
 Normal
 Anormal

Análisis
 Normal
 Disminuido
 Ausente

Cálculo
 Normal
 Disminuido
 Ausente

Memoria de fijación
 Normal
 Disminuida
 Ausente

Memoria de evocación

Normal
Disminuida
Ausente

Orientación temporal

Sí
No

Orientación Espacial

Sí
No

Orientación: Personal o circunstancial

Sí
No

Discurso o lenguaje

Claro
Rápido
Lento
Inentendible
Ausente

AREA AFECTIVA

Talante

Exaltado
Deprimido
Indiferente

Afecto

Apropiado
Inapropiado

Modulación afectiva

Expropiada
Inapropiada

Agresividad

Lúdica
Constructiva
Destructiva
Autodirigida
Ausente

SIGNOS NEUROLÓGICOS

Adiadococinesia

Sí

No

Nistagmus

Sí

No

Dedo-nariz

Sí

No

Temblor

Sí

No

Fibrilación

Sí

No

Romberg

Sí

No

Hofman

Derecho

Izquierdo

Ausente

ELECTROENCEFALOGRAMA

Normal

Anormal de Inmadurez

Anormal de irritación

Inestabilidad emocional

Sí

No

Se desconoce

Trastorno de coordinación motriz

Sí

No

Se desconoce

Agresividad

Física

Verbal

Sin agresividad

Se desconoce

Desobediencia

Muy frecuente

Poco frecuente

Nunca

Se desconoce

Mentiras

Muy frecuente

Poco frecuente

Nunca

Se desconoce

Oposicionismo

Muy frecuente

Poco frecuente

Nunca

Se desconoce

Anexo_5

"Lista de los mecanismos adaptativos en las respuestas al C.A.T. de Mary R. Hayworth (44)".

A). FORMACION REACTIVA

1. Bondad o limpieza exageradas.
2. Actitudes de oposición, rebelión, terquedad.
3. Tono de la historia opuesto al contenido de la lámina.

B). ANULACION Y AMBIVALENCIA

1. Anulación.
2. Da alternativas; frases equilibradas (dormido-despierto; caliente-frío, etc.).
3. Indecisión del sujeto o del personaje de la historia.
4. Vuelta a formular (por ejemplo, "Eso...no, esto...; iba a pero...").

C). AISLAMIENTO

1. Actitud de desprendimiento ("no podría suceder", "es una caricatura").
2. Literal ("no se ve, así que no puedo decir").
3. Comentarios sobre la historia o la lámina ("Esto es difícil", "Yo dije una buena").
4. Risas ante la lámina, exclamaciones.
5. Usa cuentos de hadas, historietas o temas o personajes "de viejos tiempos".

6. Describe detalladamente, lógico "el fin"; da el título de la historia.
7. Detalles, nombres o citas específicos ("4 horas"; ella dijo "...")
8. El personaje se pierde.
9. El personaje huye de coraje.
10. El sujeto se alía con los padres contra el personaje infantil mal portado; desapruueba las acciones del niño.

D). REPRESION Y NEGACION

1. El personaje infantil espera, se controla, se adapta, es bueno, aprende la lección.
2. Acepta la fatalidad, no quiere otra cosa.
3. Castigos prolongados o remotos.
4. "Fue como un sueño".
5. Olvida o pierde algo.
6. Omite las figuras o los objetos de la historia (en la No. 10 debe omitir la mención del retrete y de la bañera o de lavarse).
7. Omite el contenido ordinario de la historia.
8. No hay fantasía ni historia (describe a la lámina).
9. Rechaza la lámina.

E). DECEPCION

1. Niño superior al adulto, se burla del adulto, es más listo, engaña al adulto, serpientes, finge, se esconde, roba, atisba o espía al adulto.

2. El adulto engaña al niño, no es lo que aparenta ser.

F). SIMBOLIZACION

1. Los niños juegan en la cama.
2. Ve a los padres en la cama. (No. 5).
3. Abre la ventana (No.5, No.9); excava o cae en un hoyo.
4. Nacimiento de bebés.
5. La cuerda se rompe (No.2); la silla o el bastón se rompen (No. 3); el globo estalla (No.4); la cola es jalada o mordida (No. 4,7); la cuna rota (No.9).
6. Lluvia, río, agua, tormentas, frío.
7. Fuego, explosiones, destrucción.
8. Palos, cuchillos, pistolas.
9. Cortaduras, piquetes, lesiones, asesinatos (distintos a ser comido).
10. Privación oral.

G). PROYECCION E INTROYECCION

1. El que ataca es atacado "comer y ser comido".
2. El inocente es comido o atacado.
3. El niño es agresor activo (muerde, golpea, arroja; no se incluyen ataques verbales o bromas).
4. Unos personajes insultan a otros.
5. Otros tienen secretos o se burlan de alguien.
6. El sujeto añade detalles, objetos, personajes o temas orales.
7. Magia o poderes mágicos.

H). TEMOR Y ANSIEDAD

1. El niño se esconde del peligro, huye por miedo.
2. Temores a fuerzas externas (viento, espantos, cazadores, animales salvajes, monstruos).
3. Sueños de peligro.
4. Padres muertos, se van, o no quieren al niño.
5. "Lapsus linguae" del sujeto.

I). REGRESION

1. Mucho afecto al relatar la historia.
2. Referencias personales.
3. Alimento derramado.
4. Cama o calzoncillos mojados, agua salpicada.
5. Sucio, desarreglado, mal oliente; una persona o un objeto cae en el baño.
6. Espantos, brujas, casas de espantos.

J). CONTROLES DEBILES O AUSENTES

1. Huesos, sangre.
2. Veneno.
3. Palabras sin sentido o por consonancia.
4. Perseveración del contenido extraño de una historia anterior.
5. Pensamiento tangencial, asociaciones desordenadas.
6. Contenido extravagante

K). IDENTIFICACION ADECUADA, DEL MISMO SEXO

1. El sujeto se identifica con el padre del mismo sexo o con el personaje infantil del mismo sexo.
2. El niño está celoso de, o es regañado o castigado, por el padre del mismo sexo.
3. El niño ama o es ayudado por el padre del sexo opuesto.

L). IDENTIFICACION CONFUSA, O DEL SEXO OPUESTO

1. El sujeto se identifica con el padre o con el personaje infantil del sexo opuesto.
2. El niño tiene miedo a, o es regañado o castigado por el padre del sexo opuesto.
3. Falta de reconocimiento del sujeto del sexo o de las especies.
4. Lapsus linguae respecto al sexo de las figuras.

La calificación se hace poniendo una marca cuando aparece en una historia alguno de los enunciados descritos; una historia puede calificar en una o varias de ellos.

ANEXO 6

CEDULA PSICOSOCIAL DE FAMILIA

Fecha del estudio: _____

No. de expediente: _____

FICHA DE IDENTIDAD:

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____

ESCOLARIDAD: _____ TURNO: _____

ESCUELA: _____

DOMICILIO: _____

OFICIAL: _____ PARTICULAR: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

LUGAR DE ORIGEN: _____

OCUPACION: _____ TEL: _____

HORARIO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

LUGAR DE ORIGEN: _____

OCUPACION: _____ TEL: _____

HORARIO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

I. ESTRUCTURA FAMILIAR

1. EDAD DEL PADRE
 1. 20 a 25 años
 2. 26 a 30 años
 3. 31 a 35 años
 4. 36 a 40 años
 5. 41 ó más _____

2. EDAD DE LA MADRE
 1. 20 a 25 años
 2. 26 a 30 años
 3. 31 a 35 años
 4. 36 a 40 años
 5. 41 ó más _____

3. ESTADO CIVIL DEL PADRE
 1. Casado civilmente
 2. Casado religiosamente
 3. Casado civil y religiosamente
 4. Unión libre
 5. Viudo
 6. Separado
 7. Divorciado
 8. Otro _____

4. ESTADO CIVIL DE LA MADRE
 1. Casada civilmente
 2. Casada religiosamente
 3. Casada civil y religiosamente
 4. Unión libre
 5. Viuda
 6. Separada
 7. Divorciada
 8. Otro _____

5. ESCOLARIDAD DEL PADRE
 1. Analfabeta
 2. Sabe leer y escribir
 3. Primaria completa
 4. Primaria incompleta
 5. Secundaria o equivalente completa
 6. Secundaria o equivalente incompleta
 7. Preparatoria o equivalente completa
 8. Preparatoria o equivalente incompleta
 9. Técnico profesional completa
 10. Técnico profesional incompleta
 11. Profesional completa
 12. Profesional incompleta

6. ESCOLARIDAD DE LA MADRE

1. Analfabeta
2. Sabe leer y escribir
3. Primaria completa
4. Primaria incompleta
5. Secundaria o equivalente completa
6. Secundaria o equivalente incompleta
7. Preparatoria o equivalente completa
8. Preparatoria o equivalente incompleta
9. Técnico profesional completa
10. Técnico profesional incompleta
11. Profesional completa
12. Profesional incompleta

7. Número de hijos _____ Hombres _____ Mujeres _____

8. Lugar que ocupa el paciente _____

9. Hermanos:

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION

10. ADEMAS DE LA FAMILIA NUCLEAR VIVEN EN LA CASA:

1. Abuela paterna
2. Abuela materna
3. Otros familiares paternos
4. Otros familiares maternos
5. Nadie

II. DINAMICA FAMILIAR

1. COMUNICACION

1.1 ¿Con qué frecuencia se reúne la familia?

1. Diario

2. Dos o tres veces por semana
3. Una o dos veces al mes
4. Nunca

1.2 ¿Con qué frecuencia platica la pareja?

1. Diario
2. Dos o tres veces por semana
3. Una o dos veces al mes
4. Nunca

1.3 ¿De que temas platican?

1. Económicos
2. De los hijos
3. Escolares
4. Otros _____

1.4 De qué temas platican los hijos con los padres?

1. Económicos
2. Escolares
3. Emocionales
4. Otros _____

1.5 Cuando presentan problemas en la familia:

- Se comenta entre la pareja
- Se comenta entre algún miembro de la pareja y los hijos mayores
- Se comenta entre toda la familia
- Otros _____

1.6 A la hora de la comida

- Se reúnen todos a comer
- La pareja comen juntos
- Los hijos comen juntos
- Un miembro de la pareja y los hijos comen juntos
- Comen indistintamente

1.7 ¿Cómo duermen?

1. La pareja y los hijos separados en diferentes dormitorios
2. La pareja c/algún hijo en la misma cama
3. La pareja separados y c/algún hijo en diferentes dormitorios
4. Todos en el mismo dormitorio en diferente cama
5. Todos en el mismo dormitorio en la misma cama

2. AUTORIDAD

2.1 ¿Quién se encarga de establecer las normas en los hijos?

1. El padre
2. La madre
3. Algún hijo (a) _____
4. Algún familiar

- 2.2. Cuando su hijo no cumple con las normas establecidas:
1. Siempre lo castiga
 2. A veces sí, a veces no
- 2.3 ¿Cómo se ejerce la autoridad?
1. Con agresión física
 2. Con castigos
 3. Con agresión verbal
 4. Con consejos
 5. Otros _____
- 2.4 ¿Cómo lo castiga?
1. Le niega permiso para salir a jugar
 2. Le impide ver la televisión
 3. Le niega la compra de dulces o golosinas
 4. Le asigna quehaceres domésticos
 5. Otros _____
- 2.5 Cuando el padre está en la casa:
1. Los hijos se portan mejor
 2. Se portan igual que cuando él no está
 3. Desobedecen a la madre
 4. La madre acusa a los hijos con el padre
- 2.6 Cuando uno de los cónyuges llama la atención o castiga a un hijo delante del otro cónyuge:
1. Se respeta la decisión
 2. Se apoya la decisión
 3. Se contradice la decisión
- 2.7 Personas que participan en la autoridad de los hijos, además de los padres:
1. Los hijos mayores
 2. Los abuelos maternos
 3. Los abuelos paternos
 4. Familiares maternos
 5. Familiares paternos
 6. Nadie

3. EXPRESION DE AFECTOS

3.1 Enojo

3.1.1 ¿Con qué frecuencia hay disgustos en la pareja?

- Diario
- Dos o tres veces por semana
- Una o dos veces al mes
- Nunca

3.1.2 Generalmente el enojo entre la pareja se debe a:

1. Problemas económicos
2. Problemas de los hijos
3. Problemas conyugales o infidelidad
4. Otros _____

3.1.3 ¿Cómo se expresa el enojo entre los padres?

1. Con agresión verbal
2. Con agresión física
3. Con silencio
4. A través de los hijos
5. Otros _____

3.1.4 Cuando hay enojo entre la pareja se lo expresan a los hijos:

- Verbalmente
- Con silencios
- No se expresa

3.1.5 ¿Cómo se expresa el enojo entre los hermanos?

1. Con agresión verbal
2. Con agresión física
3. Con silencio
4. Otros _____

3.2 Tristeza

3.2.1 ¿Cómo se expresa la tristeza entre la pareja?

1. Verbalmente
2. Con silencio
3. Con llanto
4. Con aislamiento
5. Otros _____

3.2.2 ¿Cómo se expresa la tristeza de los padres a los hijos?

1. Verbalmente
2. Con silencio
3. Con llanto
4. Con aislamiento
5. Otros _____

3.3 Alegría

3.3.1 ¿Cómo se expresa la alegría entre la Pareja?

1. Verbalmente y con risas
2. No se expresa
3. Con actitudes no verbales
4. Otros _____

3.3.2 ¿Cómo se expresa la alegría de los padres a los hijos?

1. Verbalmente y con risas
2. No se expresa
3. Con actitudes no verbales
4. Otros _____

3.4 Cariño

3.4.1 ¿Cómo demuestra el esposo a su esposa que la quiere?

1. Verbalmente
2. Con actitudes no verbales
3. Con besos y abrazos
4. Con regalos
5. Otros _____

3.4.2 ¿Cómo demuestra la esposa a su esposo que lo quiere?

1. Verbalmente
2. Con actitudes no verbales
3. Con besos y abrazos
4. Con regalos
5. Otros _____

3.4.3 ¿Cómo demuestra la madre a los hijos que los quiere?

1. Verbalmente
2. Con actitudes no verbales
3. Con besos y abrazos
4. Con regalos
5. Otros _____

3.4.4 ¿Cómo demuestra el padre a los hijos que los quiere?

1. Verbalmente
2. Con actitudes no verbales
3. Con besos y abrazos
4. Con regalos
5. Otros _____

3.4.5 ¿Cómo demuestran los hijos a los padres que los quieren?

1. Verbalmente
2. Con actitudes no verbales
3. Con besos y abrazos
4. Con regalos
5. Otros _____

3.4.6 ¿Cómo se demuestra entre los hermanos que se quieren?

1. Verbalmente
2. Con actitudes no verbales
3. Con besos y abrazos
4. Con regalos
5. Otros _____

4. UTILIZACION DE TIEMPO LIBRE

4.1 Los fines de semana y los días festivos permanecen en casa:

1. Durmiendo
2. Viendo T.V.
3. Reciben visitas
4. Realizan quehaceres domésticos
5. Otros _____

- 4.2 Los fines de semana y días festivos no permanecen en casa porque:
1. Salen de día de campo
 2. Visitan a familiares
 3. Asisten al cine
 4. Asisten al teatro
 5. Practican deporte
 6. Otros _____
- 4.3 Tienen preferencia por la lectura:
1. El padre
 2. La madre
 3. Los hijos
- 4.4 Al padre le gusta leer
1. Periódico
 2. Novelas o libros
 3. Revistas deportivas
 4. Fotonovelas
 5. Otros _____
- 4.5 A la madre le gusta leer
1. Periódico
 2. Novelas o libros
 3. Revistas femeninas
 4. Fotonovelas
 5. Otros _____
- 4.6 A los hijos les gusta leer:
1. Periódico
 2. Novelas o libros
 3. Cuentos
 4. Fotonovelas
 5. Otros _____
- 4.7 Los programas de T.V. favoritos del padre son:
1. Deportivos
 2. Policiacos
 3. Documentales
 4. Películas
 5. Noticieros
 6. Musicales
 7. Novelas
 8. Otros _____
- 4.8 Los programas de T.V. favoritos de la madre son:
1. Deportivos
 2. Policiacos
 3. Documentales
 4. Películas
 5. Noticieros

- 6. Musicales
- 7. Novelas
- 8. Otros _____

4.9 Los programas de T.V. favoritos de los hijos son:

- 1. Deportivos
- 2. Policiacos
- 3. Documentales
- 4. Películas
- 5. Noticieros
- 6. Musicales
- 7. Novelas
- 8. Caricaturas
- 9. Otros _____

5. PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN ACTIVIDADES ESCOLARES

5.1 ¿Quién se encarga de revisar las tareas escolares?

- 1. El padre
- 2. La madre
- 3. Los hermanos
- 4. Nadie
- 5. Otros _____

5.2 Cuando es necesario acudir a la escuela lo hace:

- 1. El padre
- 2. La madre
- 3. Los hermanos
- 4. Nadie
- 5. Otros _____

5.3 Cuando el menor obtiene calificaciones reprobatorias:

- 1. Lo castiga
- 2. Lo agrede físicamente
- 3. Lo agrede verbalmente
- 4. Es indiferente
- 5. Otros _____

5.4 Cuando el menor obtiene calificaciones aprobatorias:

- 1. Lo premia
- 2. Le exige mejores calificaciones
- 3. Es indiferente
- 4. Otros _____

5.5. ¿Cómo describiría la relación del menor con la maestra?

- 1. Satisfactoria
- 2. Insatisfactoria
- 3. De indiferencia
- 4. Otros _____

6. ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL PADECIMIENTO

- 6.1 ¿Cuál es la actitud del padre cuando el menor presenta con mayor agudeza los síntomas del motivo de consulta?
1. De enojo
 2. De agresión verbal
 3. De agresión física
 4. Indiferencia
 5. Se ausenta durante ese momento
 6. Otros _____
- 6.2 ¿Cuál es la actitud de la madre cuando el menor presenta con mayor agudeza los síntomas del motivo de consulta?
1. De enojo
 2. De agresión verbal
 3. De agresión física
 4. De Indiferencia
 5. Se ausenta durante ese momento
 6. Otros _____
- 6.3 ¿Cuál es la actitud de los hermanos cuando el menor presenta con mayor agudeza los síntomas del motivo de consulta?
1. De enojo
 2. De agresión verbal
 3. De agresión física
 4. De indiferencia
 5. Se ausenta durante ese momento
 6. Otros _____
- 6.4 ¿Qué siente el padre ante el padecimiento del menor?
1. Frustración
 2. Tristeza
 3. Culpa
 4. Otros _____
- 6.5 ¿Qué siente la madre ante el padecimiento del menor?
1. Frustración
 2. Tristeza
 3. Culpa
 4. Otros _____
- 6.6 Considera que la causa del padecimiento es:
1. Por culpa de la madre
 2. Por culpa del padre
 3. Problemas familiares
 4. Causas biológicas
 5. Otros _____

III. CONDICIONES SOCIO-AMBIENTALES

1. ZONAS DONDE SE UBICA LA VIVIENDA

1.1. La colonia es:

1. Urbana
2. Sub-urbana
3. Rural
4. Otros _____

1.2 La colonia no cuenta con:

1. Agua potable
2. Luz propia
3. Alcantarillado
4. Drenaje
5. Pavimentación
6. Transporte

1.3 Dentro de la colonia no existen:

1. Parques públicos
2. Comercios
3. Servicios médicos
4. Cines
5. Restaurantes
6. Cantinas
7. Billares

1.4 Características ambientales de la colonia:

1. Violencia verbal
2. Violencia física
3. Asaltos
4. Pandillerismo
5. Alcohólicismo
6. Drogadicción
7. Abuso sexual
8. Homicidio
9. Otros _____

2. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

2.1 Tipo de vivienda

1. Casa sola
2. Departamento
3. Condominio
4. Vecindad
5. Otros

- 2.2. Tenencia de la vivienda:
1. Propia
 2. A plazos
 3. Rentada
 4. Prestada
 5. Otros _____
- 2.3 La construcción es:
1. Planeada
 2. Improvisada
- 2.4 Número de dormitorios con que cuenta la vivienda:
1. Uno
 2. Dos
 3. Tres
 4. Otros _____
- 2.5 La vivienda cuenta con:
1. Cocina-sala-comedor-baño
 2. Cocina-baño
 3. Cocina-comedor
 4. Cocina-sala
 5. Cocina
- 2.6 El mobiliario de la casa cubre las necesidades básicas:
1. Sí
 2. No
- 2.7 La vivienda no cuenta con:
1. Agua potable
 2. Luz eléctrica
 3. Drenaje

IV. ECONOMÍA FAMILIAR

1. Personas que contribuyen al ingreso familiar:
 1. Únicamente el padre
 2. Únicamente la madre
 3. Ambos padres
 4. El padre y los hijos
 5. La madre y los hijos
 6. Sólo los hijos
 7. Otros _____

2. INGRESO MENSUAL

1. Ingreso mensual del padre: \$ _____
2. Aportación del padre al hogar: \$ _____
3. Saldo del padre, del ingreso y la aportación al hogar: \$ _____
4. Ingreso mensual de la madre: \$ _____
5. Aportación de la madre al hogar: \$ _____
6. Saldo de la madre, del ingreso y la aportación al hogar: \$ _____
7. Aportación de los hijos al hogar: \$ _____
8. Ingreso total familiar: \$ _____

3. EGRESO MENSUAL

1. Alimentación: \$ _____
2. Renta o predio: \$ _____
3. Agua: \$ _____
4. Luz: \$ _____
5. Transporte: \$ _____
6. Ayuda a familiares: \$ _____
7. Vacaciones o diversiones: \$ _____
8. Colegiaturas: \$ _____
- 3.1 Egreso total familiar: \$ _____
- 3.2 Saldo entre los ingresos y los egresos totales familiares: \$ _____

