

52  
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ANSIEDAD EN MADRES DE NIÑOS CON  
PROBLEMAS DE LENGUAJE"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

CELIS MOCTEZUMA AIDA  
FIGUEROA FUENTES BETZABE A.

DIRECTORA DE TESIS: CLAUDETTE DUDET LIONS.



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

261788



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECEMOS A :**

La *Universidad Nacional Autónoma de México*, por permitirnos ser parte de ésta Máxima Casa de Estudios.

La *Facultad de Psicología*, por nuestra formación académica y profesional.

El *Proyecto para Optimizar la Profesionalización del Psicólogo Clínico*, por las facilidades para el acercamiento al desempeño laboral.

El *Programa de Becas Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación (PROBETEL)*, por el apoyo económico que nos brindó para la realización de nuestra tesis.

La *Unidad de Cómputo, Informática e Instrumentación (UCII)* y al *Lic. Javier Moreno Tapia*, por el apoyo estadístico.

El *Instituto Nacional de la Comunicación Humana "Dr. Andrés Bustamante Gurría"* y al *Departamento de Psicología*, por las facilidades otorgadas para nuestra investigación.

Nuestra Directora de Tesis *Lic. Claudette Dudet Lions*, por su paciencia, apoyo, respeto y motivación para hacer de nuestro trabajo un hecho.

**Dedicamos nuestra tesis a :**

**Nuestros padres y hermanos; por el apoyo, cariño y confianza que han depositado en nosotras a lo largo de nuestra vida.**

**También a nuestras amigas y amigos, por estar a nuestro lado y darnos palabras de aliento para seguir adelante.**

**Aída y Betzabé**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	
1. Objetivo.....	1
2. Justificación.....	1
3. Antecedentes.....	1
<b>CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL.</b>	
1.1. Ansiedad.....	5
1.2. Problemas de Lenguaje.....	20
1.3. El rol del adulto en el desarrollo del lenguaje del niño.....	31
1.4. Factores que influyen en las actitudes de los padres.....	32
1.4.1. Tipo de Familia.....	34
1.4.2. Nivel Socioeconómico.....	36
1.4.3. Nivel de Estudios.....	37
<b>CAPÍTULO II. MÉTODO.</b>	
2.1. Tipo de investigación.....	38
2.2. Planteamiento del problema.....	38
2.3. Hipótesis.....	38
2.4. Variables.....	38
2.5. Sujetos.....	41
2.6. Muestreo.....	41
2.7. Instrumento.....	41
2.8. Procedimiento.....	42

2.9. Análisis estadístico.....	43
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>49</b>
4.1. Sugerencias y limitaciones.....	51
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS.</b>	

## RESUMEN

En la presente tesis: "La ansiedad en madres de niños con problemas de lenguaje", el objetivo fue investigar los niveles de ansiedad en las madres de niños con problemas en la elocución del lenguaje (anartría) y las madres de niños con problemas en la comprensión del lenguaje (afasia). También se analizó si existieron diferencias en dichos niveles de ansiedad con relación al tipo de problema que el niño presentaba. Asimismo se consideraron factores como el nivel socioeconómico, el nivel de estudios y el tipo de familia para analizar si existía relación con el nivel de ansiedad de la madre.

Dado que el papel de la madre es muy importante en la adquisición y desarrollo del lenguaje del niño, toma mayor importancia si se presenta un problema en éste, ya que se desarrolla un lazo que implica diversos factores que llevan implícita la ansiedad y que podrían interferir en la superación del problema.

Para lograr el objetivo mencionado se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger, a 30 madres de niños con problemas de lenguaje anártrico y a 30 madres de niños con problemas de lenguaje afásico. Los datos obtenidos en el IDARE indicaron la existencia de un nivel de ansiedad el cual no fue considerado como patológico; posteriormente se realizó un análisis estadístico, dando como resultado que no hay diferencias en los niveles de ansiedad Rasgo-Estado entre los grupos de madres según el diagnóstico del niño. El análisis de la relación entre las variables nivel de estudios, nivel socioeconómico y tipo de familia versus Ansiedad Rasgo-Estado reportaron que, no existe relación estadísticamente significativa entre la variable nivel de estudios y el Nivel de Ansiedad Rasgo-Estado, mientras que las variables nivel socioeconómico y tipo de familia mostraron una relación estadísticamente significativa con el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado de la madre.

## INTRODUCCIÓN.

### *Objetivo:*

El objetivo de la presente tesis fue investigar los niveles de ansiedad en madres de niños con problemas de Lenguaje Afásico y madres de niños con problemas de lenguaje Anártrico. Asimismo, analizar si se daban diferencias en dichos niveles de ansiedad en relación al tipo de problema que el niño presentaba. Como objetivo secundario se analizó si existía relación entre los niveles de ansiedad y características propias de la población como el "nivel socioeconómico", "nivel de estudios" y el "tipo de familia".

### *Justificación:*

Debido a que los estudios que abordan los problemas de lenguaje, se enfocan a la estructura semántica, fonológica, sintáctica y a sus alteraciones, la presente investigación pretende indagar sobre ¿qué pasa con las madres de un niño con problemas de lenguaje?. Si habitualmente la mayoría de éstas no tienen conocimientos elaborados en cuestiones de vocabulario, desarrollo de la audición y de lenguaje, sin embargo poseen elementos que constituyen problemas para ellas y que pueden convertirse en un obstáculo para la superación de un problema de lenguaje.

Dichos elementos son: incertidumbre por saber si sus hijos alguna vez hablarán y cuándo se producirá el progreso, así como, sentimientos ambivalentes que a menudo contienen culpa y/o rechazo, los cuales llevan implícita la ansiedad, que dentro de parámetros normales permite al sujeto que la vive dirigirse a una acción, con la cual modifica su medio disminuyendo así la ansiedad. Sin embargo, si ésta ansiedad toma tonos por arriba de lo normal, distorsiona la percepción del entorno, la relación social y el sistema familiar; conllevando a un ambiente potencialmente amenazante, impidiéndole al sujeto producir un cambio y llevándolo a un estado pasivo o inmóvil.

Por lo cual, el enfoque de la investigación se dirige hacia indagar los niveles de ansiedad en las madres, ya que son éstas las que proporcionan la parte más importante del ambiente lingüístico del niño y es con ellas, con quienes existe mayor interacción, y con dicho conocimiento, posteriormente se podrían establecer programas de orientación y/o apoyo psicológico; modificando un estado emocional que pudiese afectar la superación del problema de lenguaje.

### *Antecedentes:*

Es notorio que las investigaciones revisadas van orientadas a conocer los niveles de ansiedad en la mujer, pero correlacionado a una causa-efecto, con una alteración física u orgánica, que origina ansiedad; sin embargo no se han encontrado reportes referentes a la ansiedad en la mujer, de manera directa o indirecta ante una situación que se desarrolla



dentro de su núcleo familiar, tampoco sobre la ansiedad de las madres ante alteraciones a nivel del lenguaje en los hijos.

Entre los estudios encontrados que trabajan la ansiedad en la mujer está el realizado por Carbellido (1992) *Estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y niveles de ansiedad en mujeres con cáncer ginecológico*. Éste cuenta con una población de 71 pacientes, las cuales son canalizadas de su cita a consulta externa, en el Hospital de Especialidades de Gineco-Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del seguro social". Se midieron las respuestas de ansiedad a dos niveles: cognitivo y somático. Dentro de las reacciones de ansiedad cognitiva, la preocupación excesiva por su enfermedad obtiene el promedio mayor; esto implica que las pacientes con cáncer ginecológico sólo están pensando en su enfermedad, perdiendo la concentración en sus actividades cotidianas y sus pensamientos son invadidos por ideas negativas.

En segundo término, dentro de las reacciones somáticas más frecuentes, el mayor puntaje lo obtiene la reacción de sudor excesivo, siendo esta reacción corporal la más altamente asociada a un estado de preocupación constante. Algunos autores señalan que la ansiedad son las respuestas somáticas y cognitivas que el sujeto da ante un ambiente que le demanda más habilidades de las que percibe tener, y los niveles o grados en que se manifiestan estas reacciones. Determinando así que las pacientes con cáncer ginecológico en sus reacciones cognoscitivas, al preocuparse de manera exagerada aumenta su estado de estrés, no permitiéndoles buscar soluciones acerca de su enfermedad y el estarse preocupando constantemente determina que sean altos sus estados de ansiedad y esto les impide utilizar estilos de afrontamiento correctos para superar así su padecimiento.

En la investigación realizada por Fernández y Orduña (1995) *Ansiedad en la mujer, su influencia en la percepción del ambiente familiar*. Se investigó a 97 sujetos de sexo femenino, entre los 15 y 45 años de edad, que tuvieran hijos, los cuales se seleccionaron al azar, es decir, en cada 5 casas se solicitó su colaboración, de no aceptar o no cubrir las características mencionadas, se pasaba a la siguiente casa. La población fue de la "Colonia Ruiz Cortines, ubicada en la delegación Coyoacán".

Estos autores reportan que cuando la ansiedad es elevada se tiende a ver más peligroso el mundo, comparado con las mujeres que tienen baja ansiedad, y responden a su percepción de amenaza con un mayor incremento en sus estados de ansiedad, viéndose la conducta influida por el grado de ansiedad, así como los cambios psicológicos que consisten en sentimientos desagradables de peligro amenazante acompañado de una consistencia abrumadora de impotencia, incapacidad de percibir la realidad de la amenaza, sentimiento prolongado de tensión y disposición exhausta para el peligro esperado, confusión, producto de un sentimiento de impotencia y sensación de desorganización y aniquilamiento ante el peligro. "La ansiedad también tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción" ( Fernández y Orduña, 1995, pág. 75).

También observaron que la ansiedad que la mujer posee va a influir en la percepción que tiene de su ambiente familiar, en las diferentes dimensiones que son Relaciones, Desarrollo personal y Mantenimiento del sistema, ésto se observa claramente en los

resultados de la investigación, extendiendo una diferencia en la percepción de la cohesión, expresividad, conflicto, independencia, orientación a metas, orientación cultural-intelectual, orientación acción-recreación, énfasis moral-religioso, organización y control del ambiente familiar, pues las mujeres con ansiedad rasgo significativamente alta tienden a percibir menor el grado de confianza, ayuda y apoyo que los miembros de su familia se dan unos a otros.

De esta manera, se observa que reducen también la expresividad de sus sentimientos, aumentan su angustia, agresión y conflictos entre los miembros de su familia; a quienes perciben dependientes, sin iniciativa y con grandes problemas en su desarrollo personal, ya que no parecen ser capaces de orientar a una meta definida su trabajo o actividades competitivas, ni interesarse por cuestiones sociales, intelectuales, ni políticas. Esto es, no relacionarse con su medio, careciendo de actividades sociales y recreativas.

Igualmente este tipo o grupo de mujeres perciben que no pueden tener control en su sistema familiar, ya que no perciben que pueden tener una estructura clara en la planeación de sus actividades y toma de las responsabilidades de la propia persona y de su familia. Concluyendo que, independientemente del factor que desencadena un alto grado de ansiedad, ésta provoca deterioro a nivel personal y entorno familiar-social.

Con respecto a los problemas de lenguaje, éstos se trabajan como un factor aislado sin considerar su posible interrelación con otras variables. Por lo que entre los estudios que versan sobre el tema de lenguaje se encuentra la investigación de Weist y Kruppe (1977) que tratan acerca de la comprensión del habla del niño pequeño por parte de los diferentes miembros de la familia (padre, madre y los otros hijos) y por parte de extraños (adultos y niños).

Dichos autores obtuvieron muestras del habla con un magnetoscopio, provenientes de 12 niños ( de ambos sexos) con una edad promedio de 3 años. Obteniendo como resultados que en general las madres obtienen mejores puntajes de comprensión del habla de los niños, que los padres y los hermanos y hermanas. Pero la superioridad de las madres con respecto a los padres y los hermanos y hermanas radica en la mejor transferencia de las madres de su experiencia receptiva con sus propios hijos, hacia niños ajenos de la misma edad y de edades diferentes.

Los hermanos y hermanas aparecen como superiores a los niños de la misma edad que no tienen hermanos o hermanas menores. Las madres alcanzan puntajes superiores a los de los adultos que no son padres en cuanto a comprensión de los niños ajenos. Las diferencias mencionadas son estadísticamente significativas. Ya que el estudio de Weist y Stebbins (1972) no muestra ninguna diferencia según el sexo entre quienes no son padres, en lo concerniente a la comprensión del habla de un grupo de niños en edad preescolar. En la investigación de Weist y Kruppe (1977) esto se toma como un precedente para no realizar análisis comparativo de quienes no son padres de acuerdo al sexo.

Carrión (1988) investiga sobre el desarrollo del vocabulario en niños en edad preescolar, según el nivel socioeconómico y grado de estudios de los padres. Concluye que existen diferencias en el desarrollo del vocabulario de los niños cuyos padres tienen alta o baja escolaridad. Los hijos de padres con alta escolaridad tienen un desarrollo mayor y manejan una cantidad mayor de palabras diferentes que los hijos de padres con pocos años de estudios.

Estos estudios aunque incluyen variables del tema en cuestión, dan un panorama de la dirección que han tomado las investigaciones, en las cuales se indaga el problema de lenguaje del niño o los niveles de ansiedad en la mujer, por separado. Por tanto, en la presente tesis se integran ambos temas, sin pretender establecer una causa-efecto entre ellos; ya que la ansiedad puede ser influida por múltiples factores internos y/o externos. Sin embargo, se considera al problema de lenguaje como uno de los probables factores que inciden sobre el estado de ansiedad de las madres, con niños que presentan alguna discapacidad.

## CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL.

### 1.1. ANSIEDAD

Para un mayor entendimiento del tema, es necesario comprender el término básico de la "ansiedad": a este estado emocional se le considera como uno de los síntomas de casi todas las psicopatologías, y en particular, de los desórdenes neuróticos. Además la ansiedad desempeña un papel importante en el estudio de la psicología de las personas normales, ya que muy pocas pasan una semana de su vida sin experimentar, al menos en alguna forma, una emoción que coincidirían en llamar ansiedad o miedo (Davison y Hohn, 1980).

#### CONCEPTOS DE ANSIEDAD

- La ansiedad es el efecto desagradable que consiste en manifestaciones psicofisiológicas como respuesta a un conflicto intrapsíquico. En contraste con lo que ocurre en el miedo, el peligro o amenaza, en la ansiedad es real (Freedman, 1981).
- El estado de ansiedad se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica. Cualquiera experimenta de vez en cuando estados de ansiedad, pero existen diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con que los experimentan (Spielberger, 1979).
- La ansiedad es la presión, tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro interno o externo. Algunas definiciones de ansiedad la distinguen del miedo por el hecho de limitarse a anticipar un peligro de naturaleza no aclarada en tanto que éste aparece como respuesta de un peligro o amenaza externa habitual conscientemente reconocible. Las manifestaciones del miedo y la ansiedad son las mismas e incluyen tensión muscular, hiperactividad autonómica, expectación aprensiva, vigilancia e investigación atenta el entorno.
- La ansiedad puede concentrarse en un objeto, situación o actividad que son evitadas (fobias) o ser inconcretas (ansiedad libre o flotante), la ansiedad puede experimentarse mediante periodos breves de inicio súbito y acompañamiento de síntomas físicos (crisis de angustia). Cuando la ansiedad se centra en los signos o síntomas físicos y causa preocupación por el temor a la creencia de tener una enfermedad recibe el nombre de hipocondría (American Psychiatric Association, 1983).
- Las modificaciones fisiológicas, en la ansiedad, consisten en aumento de la frecuencia cardiaca, dificultad de respiración, temblor, sudoración y modificaciones vasomotoras. Los cambios psicológicos consisten en un sentimiento desagradable de peligro amenazante acompañado de una consistencia abrumadora de impotencia, incapacidad de percibir la realidad de la amenaza, sentimiento prolongado de tensión y disposición exhaustiva para el peligro esperado (Freedman, 1981).

- La ansiedad básica se caracteriza por sentimientos vagos de soledad, desamparo y miedo de un mundo potencialmente hostil (Horney, cit. por Freedman, 1981).

- La ansiedad es un sentimiento muy penoso y puede acompañarse de una variedad de síntomas somáticos y psicológicos de muerte inminente, no puede tolerarse durante mucho tiempo (Sullivan, cit. por Freedman, 1981).

- La ansiedad es un fenómeno en el desarrollo de la personalidad para los neofreudianos (Horney, Fromm, Sullivan y Freud, cit. por Freedman, 1981).

- Freud (1895) consideraba la ansiedad como la causa de la represión, mecanismo que refrena los impulsos instintivos que amenazan a la persona con la pérdida de amor o la castración simbólica. Estos impulsos se reprimen en general de manera incompleta y cuando emergen a la conciencia, provocan la ansiedad.

Todas las definiciones de ansiedad pueden reducirse a tres condiciones fundamentales:

1. Sensación de un peligro inminente, totalmente indeterminado, no cristalizado. Esta sensación puede acompañarse de la elaboración de fantasías trágicas, y da a todas las imágenes proporciones de drama.
2. Actitud expectante ante el peligro, verdadero estado de alerta que invade enteramente al sujeto y lo impulsa de manera irremediable hacia otra catástrofe inmediata.
3. Confusión, producto de un sentimiento de impotencia y sensación de desorganización y *aniquilamiento ante el peligro*. Generalmente la persona es consciente de un sentimiento desagradable y más raramente de un intenso malestar, pero en general no conoce la causa de su ansiedad. El sentimiento desagradable tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas, y el sentir que se está nervioso o asustado. La ansiedad también tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción. La ansiedad sentida como un temor doloroso y desasociado no formulado es la ansiedad libre flotante. Cuando la ansiedad produce una gran inquietud motora se llama agitación. El pánico es una ansiedad excesiva que produce una desorganización del yo (Freedman y Kaplan, 1981).

## SUSCEPTIBILIDAD A LA ANSIEDAD

Que una enfermedad se acompañe o no de ansiedad, depende de la susceptibilidad del sujeto, ésta puede ser provocada por la herencia, el retardo mental, la arterioesclerosis, también aumentan con la fatiga, con la tensión premenstrual, los negocios, con el tráfico de la ciudad, etc., estos factores con frecuencia provocan o facilitan el estrés, entendiendo por estrés la suma total de diversas respuestas corporales a un estímulo, que tiende a alterar el equilibrio existente. Este estímulo no necesariamente tiene que ser desagradable.

Algunas causas que provocan ansiedad son:

- La influencia paterna: el niño que se da cuenta que sus padres responden con ansiedad a cualquier pequeño factor de estrés, pronto desarrollan un patrón de conducta emocional similar.
- Dependencia: todos dependemos en mayor o menor grado de alguien, el recién nacido de su madre, el niño de sus padres, la mujer del esposo y éste de la esposa, el trabajador del empleo, en fin. En un sujeto susceptible si éstas necesidades no están plenamente satisfechas, la situación es sentida como un estrés y la ansiedad se presenta.

La ansiedad ha aumentado en países como el nuestro, de cultura occidental, parece como si se estuviera perdiendo la capacidad para tener paz en la mente. Es interesante hacer notar que este aumento de ansiedad se ha presentado a pesar de que el hombre ha superado en algunos países, los factores estresantes como el hambre y la cobija; a pesar de que los métodos para mejorar el dolor y a pesar de los métodos contraceptivos, son numerosos los factores culturales que favorecen la susceptibilidad al estrés. Desde 1937, Horney y Fromm se han dedicado a manejar el término de ansiedad con una marcada influencia sociológica y culturalista, relacionándolas con aspectos contemporáneos de la cultura occidental, observando la manera en que el medio ambiente influye en el comportamiento de los individuos (Bishop, 1982).

Algunas de estas influencias son:

- La velocidad con que se hacen las cosas: la velocidad es mayor que la paciencia que debemos tener, para hacer las cosas de una manera confortable.
- La vida competitiva: si el hombre no hubiera sido competitivo, no hubiera sobrevivido como ahora. Es dudoso que el hombre se haya hecho más competitivo, ahora, lo que realmente pasa es que el hombre ha comenzado a competir él mismo con su conciencia.
- Pérdida de la estructura social: ha habido una pérdida de fe en lo antiguo y lo establecido. El mundo actual ha destruido el poder protector de la religión y no ha construido nada útil o efectivo en su lugar. En los jóvenes es frecuente que la angustia sea desencadenada por problemas amorosos, que generalmente movilizan más sus impulsos agresivos.
- Los conflictos en el trabajo: el trabajo es básico para la vida. La sociedad cada día más despersonalizada y deshumanizada, lleva al hombre a sentirse solo aunque esté acompañado de millones, llevándolo a la ansiedad.
- Los problemas en el hogar: la mujer cada día esta más sola y encargada del hogar y de los hijos, mientras los padres están trabajando todo el día. En ocasiones los conflictos matrimoniales son provocados por la presencia de la suegra o de la familia de alguno de los cónyuges, en nuestra sociedad es difícil especialmente esta relación, porque las familias se

organizan en forma de clanes, y creer que tanto el marido pierde en la familia, las suegras por igual, la hija o esposa que se siente desesperada y que también se siente fuera de contexto familiar, no sabe cómo dirigirse, qué hacer, naciendo así las perturbaciones dentro del hogar, dando en consecuencia estrés, y en algunos miembros, manifestaciones de ansiedad (Caso Muñoz, 1984).

## TIPOS DE ANSIEDAD

### ANSIEDAD POR FRUSTRACIÓN

La ansiedad es provocada por la interferencia en la satisfacción de las necesidades básicas de una persona. La interferencia puede ser el resultado de la demora o aplazamiento que el individuo debe aprender en el proceso de crecimiento, puede ser el resultado del fracaso o el resultado de una pérdida de la fuente de satisfacción.

### ANSIEDAD POR SEPARACIÓN FÍSICA

Algunos goces, poderes y seguridad en algunas personas surgen originalmente de la relación existente entre la presencia de otra persona y el alivio de sus necesidades personales. Si la persona de que se depende se aleja por largo tiempo, la persona dependiente lo pierde todo, une la ausencia con un peligro inminente y reacciona a éste como si ya estuviera materializado. El peligro de sus necesidades de que tal vez lo asalten mientras la otra persona se encuentra lejos y el está enfermo. Le parece que se encuentra solo, sin alguien que lo proteja de verse aplastado por estas necesidades imperiosas. Cuando la otra persona regresa se pierde la ansiedad.

### ANSIEDAD POR PÉRDIDA DE AFECTO

A medida que la persona va madurando tanto física como psicológicamente y que ha desarrollado un ego capaz de controlar su conducta dentro de la sociedad, las personas que lo rodean y comparten su vida sobre todo las más íntimas esperan que use tal control en sus relaciones sociales, cuando ésto no sucede así ellos le niegan el amor o lo castigan. Como la persona no puede estar sin el cuidado y relación afectiva con ellas, esa pérdida de amor equivale a una separación aunque las personas están físicamente presentes. La ansiedad por pérdida de amor se ha formalizado por expertos e incluso puede resultar más traumática que la separación física. Tanto Fromm como Horney consideran la ansiedad como concepto básico para comprender el fenómeno de la personalidad (cit. por Whittaker, 1971).

### ANSIEDAD POR AMENAZA AL CONCEPTO DE SÍ MISMO

Según Rogers (1961), la ansiedad se experimenta cuando el individuo percibe una amenaza al concepto de sí mismo. Cuando esto sucede se inicia una discrepancia entre el sí mismo concebido y las percepciones de la realidad, la cual genera tensión que provee las bases para la ansiedad. Si el individuo es consciente de algún grado de tensión o discrepancia, se siente ansioso, siente que no está integrado, está inseguro de la dirección de

su vida. Así Rogers piensa que la ansiedad esta relacionada con una disminución de integridad y una incapacidad de reflexión directa de sí mismo. La ansiedad es un componente emocional innato en los seres humanos, o por lo menos se nace con la capacidad para producir la ansiedad. La ansiedad es una forma de energía que impulsa a la persona a actuar con dinamismo o tranquilidad, según se requiere, por ello se considera que posee flexibilidad que permite canalizarla en una variedad de manifestaciones para satisfacer necesidades internas o dar respuestas a los estímulos ambientales (cit. por Whittaker, 1971).

## FUNCIONES DE LA ANSIEDAD

Como señal de alerta la ansiedad probablemente puede salvar la vida más de una vez en el curso de la misma. Previene las amenazas de lesión corporal, dolor, debilidad, posible castigo o frustración de las necesidades sociales o corporales: de la separación de los seres queridos, de una amenaza al éxito o al status de una persona, y de las amenazas a la unidad total. De este modo surgen los pasos necesarios para prevenir la amenaza o al menos para prevenir sus consecuencias. La ansiedad es normal en el niño que se siente amenazado por la separación de los padres o por pérdida de amor, en el niño por su primer día de escuela, en el adolescente en su primera cita, en el adulto cuando contempla la vejez y la muerte, y en cualquier persona que se enfrenta con la enfermedad. La ansiedad va asociada normalmente al crecimiento, al cambio, al hecho de experimentar algo nuevo y desconocido, de encontrar la propia identidad y significado de la vida. La ansiedad patológica, por otra parte es una respuesta inadecuada a un estímulo dado ya sea en virtud de su intensidad o su duración. En general, la ansiedad conduce a la acción destinada a hacer desaparecer o reducir la amenaza. Esta acción puede ser constructiva, caso en el cual se puede hablar de mecanismos para enfrentarse a la ansiedad si la acción en gran parte es escogida de manera deliberada (como estudiar para un examen), o de mecanismos de defensa si la conducta es en gran parte determinada por fuerzas inconscientes (como la represión u olvido de un impulso o idea amenazante, expulsándolo de la consciencia). Un mecanismo de defensa puede ser adaptativo, dependiendo de las consecuencias, sólo puede considerarse anormal la represión o cualquier otro mecanismo de defensa si produce síntomas de defensa patológicos (Spielberger, 1979).

## MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD

### PSICOLÓGICAS

La experiencia subjetiva de la ansiedad es descrita en forma diferente por distintos individuos, pero su característica esencial es la anticipación simbólica de algún peligro. En términos psicoanalíticos la ansiedad es un estado de aprehensión debido a un conflicto íntimo subyacente que surge del choque entre impulsos, deseos o valores incompatibles. En el estado de aprehensión se siente a disgusto consigo mismo y la desdicha en cuestión puede experimentarse como una sensación de vago desasosiego, impresión de haber llegado al límite o como una gran variedad de otras sensaciones como terror, cólera, preocupaciones motivadas con la propia salud, con el futuro que es visto de manera pesimista, con la



familia y el trabajo. Por la ansiedad en la persona hay una reducción de capacidades de concentración, memoria, inteligencia y actitudes de cálculo. La ansiedad existe como un estado consciente cuando la persona ansiosa se percata de la naturaleza de su conflicto y de la forma en que dicho conflicto afecta a sus sentimientos y a su conducta. Es inconsciente la ansiedad cuando la persona no reconoce la causa de su perturbación o no se percata de por qué se siente de ese modo y no se da cuenta de las formas en que su conducta se halla influida por la ansiedad.

## CONDUCTA

Existen algunos rasgos conductuales que se observan y hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal con la persona: Inquietud motora. La persona ansiosa está inquieta, no logra mantener la misma posición por largo tiempo, se frota las manos, a veces se muerde las uñas y los labios, presenta en ocasiones tics o movimientos estereotipados, se vuelve hiperalerta, pero también puede permanecer tensa o inmóvil. Es factible también que la persona presente verborrea; Irritabilidad. Esta se manifiesta mediante una reducción a la tolerancia a los estímulos visuales o acústicos, que en ocasiones normales se toleran y en este caso producen reacciones motoras poco controladas, perturbaciones del sueño, se manifiestan mediante la dificultad para iniciar el sueño, además también presenta el despertar precoz hasta llegar al insomnio. La mayoría de los sueños son de contenido angustioso o terrorífico (pesadillas).

## ANSIEDAD NORMAL

Se dice que la ansiedad es normal cuando su intensidad y su carácter concierne a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganización ni malas adaptaciones. Tal y como ha surgido, la ansiedad normal cumple funciones útiles, pues incrementa la prontitud de la persona para la acción inmediata y vigorosa, le da sabor a la espera de algo placentero y suele ser raíz de la risa y del goce. La persona moderadamente ansiosa, como un vigilante, está más preparada para vigilar y se mostrará más cauto y sensible a las reacciones de una estimulación ligera que una persona complaciente.

La ansiedad moderada puede incrementar la resistencia de una persona durante una emergencia. A veces, bajo la influencia de una ansiedad intensa, la gente lleva a cabo hechos superiores a sus fuerzas y manifiesta un valor por encima del nivel ordinario. Incluso se toma a la ansiedad como una reacción, los parques de diversiones y las ferias suelen tener aparatos especiales para crear ansiedad en la gente y ésta, espera formada y paga por gozar de tal privilegio. La televisión, el cine y el teatro le proporcionan tal privilegio de ansiedad a millones de dispuestos espectadores. Lo mismo ocurre con los deportes de competición, las carreras de caballos y de autos, circos, espectáculos aéreos y en épocas más recientes, con los vuelos atrevidos de los astronautas. El atractivo de las novelas de aventuras, policíacas y de espías se encuentran en gran medida en la capacidad que tienen para provocar en los lectores una tensión y una ansiedad vicarias. Los niños gozan aumentando la ansiedad que sienten, sea en los juegos convencionales o en los que inventan, así como en los cuentos que escuchan y en las series de televisión que miran. Al

parecer la única limitación está en que la ansiedad no sea demasiado intensa o no dure demasiado.

Pero la ansiedad normal también tiene sus desventajas, así si una persona no puede hacer nada en una situación que justificadamente la pone ansiosa, sufrirá sin propósito alguno una sensación de tensión, de preocupación y de expectativa vaga. Con el tiempo, tal tipo de reacción fatiga y agota los recursos de una persona. Incluso si la ansiedad prepara a la persona normal para una acción rápida y eficiente, la hace perder su libertad y su flexibilidad. La persona tiene que limitar sus actividades e intereses a una búsqueda cauta de las fuentes de posibles peligros, a una prontitud tensa a reaccionar y a una evitación de que se le encuentre descuidada. Existe siempre la posibilidad de que alguien cuya ansiedad elevada se justifique, de modo que esté tenso y sensible a la reacción (agresivo o violento), responda como si el peligro ya se hubiera materializado, cuando en realidad no ha ocurrido tal cosa. Esto se aproxima a la situación existente en las neurosis y las psicosis (Cameron, 1982).

### ANSIEDAD NEURÓTICA

Las ventajas de la ansiedad moderada desaparecen cuando la tensión emocional es demasiado intensa, cuando dura mucho o cuando sirve de base a gran parte de la conducta. Finalmente se llega al punto en que la tensión y la ansiedad limitan tanto la capacidad de percepción de una persona, que le perturba el pensamiento y le restringe la libertad de acción al grado de que incluso la rutina le produce estrés y las satisfacciones ordinarias se le escapan de las manos. Tal vez entonces una persona dedique su vida a controlar la ansiedad y descargar la tensión. Se ven tales resultados en personas que están expuestas a un peligro real que excede en mucho sus límites de tolerancia; así como en personas que están experimentando la amenaza inminente de una explosión de impulsos y conflictos inconscientes (Cameron, 1982).

### ANSIEDAD PATOLÓGICA

La ansiedad es patológica en los adultos cuando nada parece justificarla, cuando es muy intensa o hay disminución de la misma, o tiene una duración extensa o da lugar a maniobras defensivas que interfieren seriamente en la felicidad y vida activa de una persona. Es anormal la ansiedad cuando representa una tensión que exige una descarga vaga e inmediata con ayuda de la hiperactividad, lo que significa un regreso a una situación infantil. Cuando da como resultado una conducta agresiva o sexual pobremente controlada que perturba las relaciones interpersonales. Es anormal también cuando exige una represión excesiva, llevando a la persona a disminuir su espontaneidad, inhibiéndose o mostrándose apático (Cameron, 1982).

## ANSIEDAD RASGO

El término ansiedad se ha empleado para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo. Las personas que padecen una alta ansiedad rasgo tienden a ver más peligroso el mundo, comparadas con las que tienen baja y responden a su percepción de la amenaza con un mayor incremento a sus estados de ansiedad y son más vulnerables a la tensión, también es probable que experimente la ansiedad neurótica (Spielberger, 1979).

## LA ANSIEDAD SEGÚN DIFERENTES TEORÍAS

La ansiedad como fenómeno psicológico se pretende explicar mediante muchas teorías. La diversidad de estas ha dependido de escuelas, corrientes o postulados de diversas clases. Así pues, a continuación se citan brevemente algunas de las más importantes teorías que pretenden explicar la ansiedad.

### TEORÍA FREUDIANA

Esta teoría sostiene que a un individuo se le puede volver ansioso con toda clase de estímulos sin que se percate de ello. Un conflicto constante entre la tentación y las prohibiciones intensas constituyen la explicación fundamental de la patología crónica de la ansiedad. La teoría psicoanalítica afirma aún más que si la persona ansiosa fuese hecha consciente de este conflicto y fuese capaz de resolverlo por medio de una decisión consciente, disminuiría la ansiedad aún cuando él permaneciese desdichado. La ansiedad es provocada no tanto por la falta de satisfacción de los instintos sexuales y agresivos sino por el conflicto continuo entre ellos. La privación ocasiona desdicha, pero es el conflicto el que provoca la ansiedad.

Freud propuso dos teorías diferentes de la ansiedad. En su primera formulación, publicada en 1895, se consideraba que la ansiedad neurótica se debe a la represión de impulsos inconscientes del Ello. En su segunda teoría, propuesta en 1926, hizo más explícitas las situaciones que pueden hacer que un individuo reprima un impulso del Ello y también invirtió la relación entre la ansiedad neurótica y la represión. Freud distinguió tres tipos de ansiedad, de acuerdo con su origen:

- La ansiedad objetiva: se refiere a la reacción del Yo ante un peligro de tipo externo.
- La ansiedad moral: experimentada por el Yo en forma de culpabilidad o de vergüenza, se considera como un temor a que el Superyo castigue un desacato a las normas morales de conducta.
- La ansiedad neurótica: es decir, el miedo a las consecuencias desastrosas de la expresión de un impulso previamente castigado del Ello (Fenichel, 1945, cit. por Fernández y Orduña, 1995).

## TEORÍA CONSTITUCIONAL

Existen diferencias constitucionales en la tendencia a convertirse en ansioso, las amplias diferencias observadas en la reactividad neurovegetativa y otras medidas del temperamento en las personas debe tener base genética o al menos congénita. Lyn (1971), aventuró una explicación biológica, hablando de una variedad de ansiedad hereditariamente transmitida, representada de manera diferencial en los agrupamientos de genes. La vida humana se ha caracterizado por su intensa e íntima relación con la tensión. Considerando que ésta es una reacción normal del organismo que implica tanto procesos físicos como psicológicos, y que como ya se ha definido puede darse con cualquier suceso, estímulo, necesidades e incluso conducta interna como externa que nos afecte directamente.

En la vida moderna, el vivir cotidiano de cada uno está salpicado de diferentes estímulos, tanto agradables como desagradables, y ambos causan tensión: la tensión del tiempo, tensión sexual, tensión del tráfico, tensión del trabajo, tensión económica, etc., en fin, se podrían enumerar tantas cosas que causan tensión en la vida y que esto no se da solo una vez o dos cada día, casi siempre existen factores que presentan un carácter agradable pero también debida a la vida activa y veloz, tan llena de peligros y amenazas reales y objetivas, se vive en un estado de estrés, que van acumulando tensiones que provocan ansiedad en los individuos.

Como se ha visto, esta ansiedad, que es un estado de aprehensión, en el cual la persona se siente molesta, tensa, nerviosa, va minando poco a poco su energía (Fenichel, 1971). Se puede decir que toda la vida, desde la concepción hasta la muerte se está esclavizado a la tensión y a su consecuente ansiedad de cada día. La proporción entre hombre y mujeres que sufren ansiedad es de 2 hombres por cada 3 mujeres. No se conoce con exactitud la razón, pero una parte puede estar en la educación que reciben las niñas en esta sociedad. Según investigaciones de Block (1973), en la cultura occidental los padres recalcan la importancia de los logros, de la seguridad de sí mismos, de la agresividad y de la vanidad cuando se trata de sus hijos varones, pero esperan que sus hijas controlen estas mismas cualidades (cit. por Witkin-Lanoil, 1984).

Además de las crisis graves de ansiedad, parece que las mujeres experimentan más ansiedad generalizada que los hombres, ya que las mujeres suelen responder con menor agresividad a las situaciones estresantes. Es probable que las mujeres se enfrente con más situaciones que provocan ansiedad y con más mensajes culturales que reducen su sensación de control. Las mujeres tienden más a reconocer y definir las reacciones de lucha, huida y miedo como "ansiedad"; hasta hace poco, las niñas y las mujeres han dispuesto de menos válvulas de escape para la tensión de las que han tenido los niños y los hombres principalmente, el deporte (Witkin-Lanoil, 1984).

Por todo esto, la mujer vive en una constante presión, absorbiendo y tratando de resolver todos los problemas que surjan en su núcleo, llevándola a una situación de ansiedad, en la que va a vivir constantemente. Sin tomar en cuenta las presiones que vive fuera del hogar, si es que también trabaja. Todo esto llega a acumularse, hasta que la mujer

empieza a presentar diversos síntomas físicos, que son calificados como pasajeros o sin importancia, prescribiéndoles que con un buen descanso en la noche al siguiente día estarán como nuevas (Witkin-Lanoil, 1984).

Esto se presenta porque en la cultura occidental se espera que las mujeres controlen sus agresiones, que no reaccionen ante los problemas de una forma impulsiva. Sino con razón y con esto disfrazan lo que realmente sienten o pasan, sin lograr con ello poder sentirse bien realmente. La ansiedad varía en intensidad en ocasiones haciendo que la personalidad se esfuerce aún más en controlar las tensiones y a veces causando conductas psicóticas o neuróticas, en su intento por resolver los problemas que se presentan en la vida (Sullivan, 1947, cit. por Bishop, 1982).

Las diferencias que se presentan entre la ansiedad normal y la ansiedad neurótica es la relación de ansiedad ante una situación amenazante o de tensión y es proporcional al peligro o situación de una manera real y objetiva en una persona normal; ésta puede controlar de una manera madura y real los conflictos que se presentan en su vida, presenta ansiedad ante situaciones reales y objetivas de amenaza o tensión a diferencia del neurótico que presenta ansiedad ante cualquier situación. El índice de ansiedad será siempre mayor en el neurótico que en el individuo normal. Por otro lado el neurótico responde casi siempre a conflictos reprimidos y siempre dará a las situaciones una interpretación simbólica de estos conflictos; por el contrario, el individuo normal sabe porqué esta ansioso, el neurótico no lo sabe o le da una interpretación errónea a la causa de la ansiedad (Fenichel, 1971).

Dado esto, para reducir la ansiedad es necesario modificar o cambiar el ambiente que genera dicho estado. Esto sería necesario ya que la ansiedad llega a provocar, generalmente, que la persona se vuelva hiperalerta, irritable e incierta; inquieta o tensa; así la ansiedad intensa y prolongada reduce la acción de las actividades cotidianas disminuyendo la producción del trabajo. La ansiedad perjudica el desempeño porque existen respuestas autónomas involuntarias que podrían interferir en la ejecución de una tarea; siendo que también una persona que presenta ansiedad excesiva dirija sus actos a reducir su ansiedad y no al desempeño de sus tareas (Fromm, 1961, cit. por Rodríguez, 1989).

Cuando una persona presenta una ansiedad rasgo alta tiende a ver el mundo como amenazador y peligroso, percibiendo su medio con mayor problemática, teniendo estados de ansiedad más prolongados, a diferencia de las personas que presentan ansiedad rasgo normal (Spielberger, 1979).

## TEORIA DE LA ANSIEDAD : RASGO-ESTADO

La teoría de la ansiedad: rasgo-estado de Spielberger, que es la que se retoma básicamente en este trabajo, proporciona un esquema conceptual que permite clasificar las principales variables que se deben considerar en la investigación de la ansiedad y sugiere posibles interrelaciones entre ellas.

La teoría esta especialmente interesada en esclarecer las propiedades de la Ansiedad- Estado y la Ansiedad-Rasgo como constructos psicológicos y en especificar las características de las condiciones estimulantes estresantes (externas e internas) que evocan diferentes niveles de Ansiedad- Estado en personas con diferente Ansiedad-Rasgo.

### 1.-Ansiedad - Estado y Ansiedad - Rasgo

Spielberger (1966), Spielberger y Díaz Guerrero (1975) distinguieron entre la Ansiedad - Estado y la Ansiedad - Rasgo. Determinando la primera como "una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados de ansiedad transitoria pueden variar de intensidad experimentada en un momento dado" (pág. 1).

Spielberger explica la Ansiedad - Rasgo como: "las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A - Estado. Como concepto psicológico la A - Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en forma especial como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes" (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975, pág.1)."

Tanto la Ansiedad - Estado como la Ansiedad - Rasgo son análogos a los conceptos físicos de energía cinética y potencial. Los estados como la energía cinética se refieren a procesos que se dan aquí y ahora en dado nivel de intensidad. Los rasgos como la energía potencial, representan disposiciones latentes para responder a cierto tipo de reacciones si se da el estímulo apropiado.

La Ansiedad - Estado es un proceso multicomponente que no se eleva ante cualquier estímulo aversivo, sólo ante los que las personas con alta Ansiedad - Rasgo perciben como amenazantes para su autoestima, especialmente en las relaciones interpersonales en las cuales la adaptación personal es evaluada (Spielberger, 1966, Spielberger y cols., 1971).

La Ansiedad - Estado tiene estímulos y propiedades que se expresan directamente en la conducta y sirven para desarrollar mecanismos de defensa psicológicos (negación, intelectualización, etc.) que reducen o eliminan la ansiedad (Spielberger, 1972).

En cambio, la Ansiedad - Rasgo no se manifiesta directamente en la conducta, pero puede inferirse a partir de la frecuencia e intensidad de la Ansiedad - Estado sobre el tiempo y así determinar la probabilidad de que tales estados se experimenten en el futuro (Spielberger, 1966; 1972).

Los sujetos con alta Ansiedad - Rasgo por ejemplo, los psiconeuróticos que son autodesaprobativos, perciben el mundo como más amenazante que los sujetos con Ansiedad - Rasgo baja. Por lo tanto, son más vulnerables al estrés y tienden a experimentar reacciones Ansiedad - Estado de mayor intensidad con mayor frecuencia que las personas con baja Ansiedad - Rasgo (Spielberger, 1972).

## **2.- TEORÍA DE LA ANSIEDAD: RASGO-ESTADO.**

Las principales suposiciones de la teoría Rasgo - Estado son:

- a) Las situaciones evaluadas como amenazantes provocarán una reacción Ansiedad - Estado a través de los mecanismos de retroalimentación sensorial y cognitiva; dichos niveles de Ansiedad - Estado se experimentarán como displacenteros.
- b) La intensidad de una reacción Ansiedad - Estado será proporcional a la cantidad de amenaza que la situación posee para el sujeto.
- c) La duración de una reacción Ansiedad - Estado dependerá de la persistencia del estímulo evocador y de la experiencia pasada del sujeto en circunstancias similares.
- d) Las personas con alta Ansiedad - Rasgo perciben situaciones que envuelven fracaso o amenaza a la autoestima como, más amenazantes que las personas con baja Ansiedad - Rasgo.
- e) Las amenazas psicológicas (autoestima o ego) y los peligros físicos influyen diferentemente en la Ansiedad. Los sujetos con alta Ansiedad - Rasgo en comparación con los de baja Ansiedad - Rasgo tienen mayores niveles de Ansiedad - Estado ante el miedo al fracaso. En cambio la amenaza física no provoca gran diferencia en Ansiedad - Estado entre las personas con baja y alta Ansiedad - Rasgo, a menos que la capacidad personal también se vea amenazada.

Con respecto al origen y etiología de las diferencias individuales en la Ansiedad - Rasgo, se asume que residuos de experiencia predisponen a personas con alta Ansiedad - Rasgo a evaluar situaciones que envuelven alguna forma de evaluación personal como más amenazante en comparación con los sujetos que tienen baja Ansiedad - Rasgo.

Se especula que las experiencias infantiles influyen en el desarrollo de diferencias individuales en la Ansiedad - Rasgo y que la relación padre-hijo centrada alrededor del castigo son importantes en esta consideración.

El hecho de que actitudes de autodesvaloramiento se presentan en personas con alta Ansiedad - Rasgo bajo circunstancias caracterizadas por el fracaso o instrucciones que envuelven al ego pueden sugerir que esos individuos recibieron excesivas críticas y evaluaciones negativas por parte de sus padres, quienes socavaron su autoconfianza e influyeron adversivamente en su autoconcepto.

Otros autores creen que la Ansiedad - Rasgo esta determinada por factores hereditarios donde lo que se hereda no son las fobias o los miedos, sino la "vulnerabilidad" a desarrollar tales dificultades (Edelman, 1992).

## LA ANSIEDAD COMO PROCESO EMOCIONAL

En el cuadro # 1, se observa la ansiedad como un *proceso emocional*, el cual se inicia por un estímulo externo estresante o por una señal interna que es percibida o interpretada subjetivamente como peligrosa o amenazante. Las evaluaciones cognitivas de peligro son inmediatamente seguidas por una reacción de Ansiedad - Estado. Así se puede afirmar que la Ansiedad - Estado es el núcleo del proceso de la ansiedad.

Estrés-----Percepción de peligro----- Reacción Ansiedad - Estado

A su vez, esta reacción Ansiedad - Estado inicia una secuencia de eventos cognitivos, afectivos y conductuales, ordenados temporalmente y diseñados para evitar el estímulo, reducir la Ansiedad - Estado o alterar la evaluación cognitiva de la situación y hacerla así menos estresante por medio de maniobras intrapsíquicas como la represión, la negación, la proyección u otros mecanismos que distorsionan la percepción del estímulo que inició el proceso de ansiedad.

Ansiedad - Estado----- Reevaluación cognitiva----- Desplegar conductas de imitación o defensas psicológicas

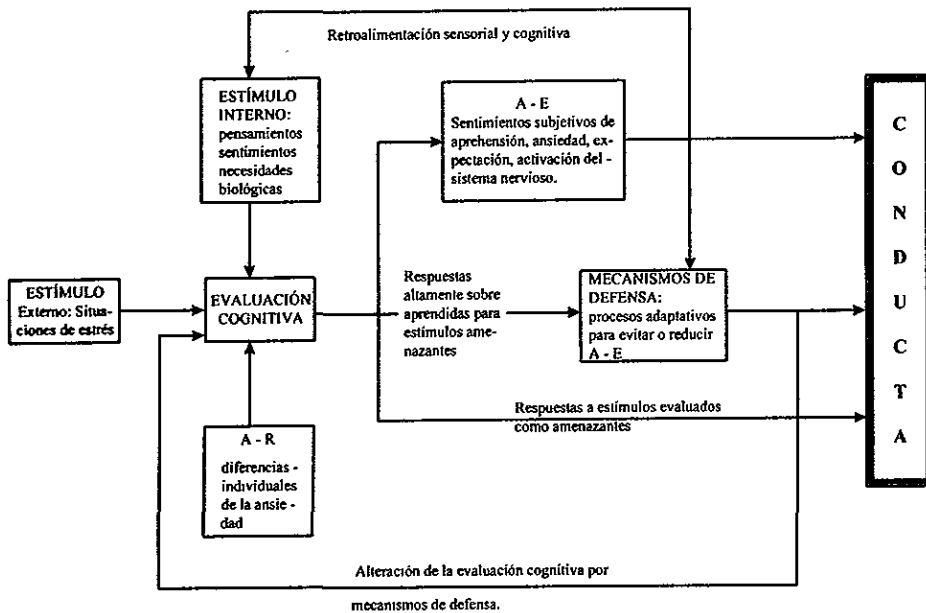
Las diferencias individuales de la Ansiedad - Rasgo junto con la experiencia pasada, la actitud, la habilidad y el daño objetivo de la situación determinan la peligrosidad del estímulo evaluado cognitivamente como amenazante (Spielberger, 1972).

En contraste con el modelo de Spielberger, para Lazarus, Epstein y Mandler (cit. por Spielberger, 1972) la ansiedad como proceso es una secuencia de eventos la cual tiene como producto final una reacción Ansiedad - Estado.



## Cuadro # 1.

## TEORÍA DE LA ANSIEDAD: RASGO - ESTADO



La investigación sobre la ansiedad requiere el concepto de la misma como proceso, sin embargo, esto trae consigo tres problemas:

- A) El proceso de ansiedad es muy complejo por lo que contiene diversas variables que en ocasiones suelen confundirse con otras.
- B) Aún cuando no hay esta confusión cada investigador evalúa en forma diferente estas variables, por lo que es difícil comparar e integrar sus hallazgos.
- C) No hay terminología estándar disponible para describir los procesos y componentes de la ansiedad como proceso.

A pesar de estas dificultades se han propuesto varios modelos que intentan explicar la naturaleza de la ansiedad, como la Teoría de la Ansiedad: Rasgo - Estado de Spielberger (1966, 1972). La cual enfoca para su estudio la ansiedad como dos aspectos diferentes: por un lado, distingue entre la Ansiedad - Estado y la Ansiedad - Rasgo y por el otro, habla de la ansiedad como un proceso emocional.

La Ansiedad - Estado es una situación emocional transitoria mientras que la Ansiedad - Rasgo es una característica personal relativamente estable. La primera se evalúa a través de la conducta y de la actividad del sistema nervioso. La segunda a partir de inferencias de la Ansiedad - Estado. Esta última se activa en un momento determinado por un estímulo interno o externo estresante. La Ansiedad - Rasgo se forma a lo largo del desarrollo humano.

La ansiedad como proceso emocional involucra estos dos aspectos y se inicia por un estímulo interno o externo que se percibe como peligroso a lo cual sigue una reacción de Ansiedad - Estado, que a su vez desata algún mecanismo de defensa para contrarrestar dicho estado.

La teoría además expone que las personas con diferente nivel de Ansiedad - Rasgo perciben de diferente manera las situaciones. Es decir los sujetos con alta Ansiedad - Rasgo son más vulnerables y tienden a experimentar el mundo como más estresante que los que tienen una baja Ansiedad - Rasgo. Esto se debe a que las personas con alta Ansiedad - Rasgo son autodesaprobativas, dan respuestas personalizadas, temen al fracaso y cuidan su autoestima, especialmente en las relaciones interpersonales. Lo cual afecta su rendimiento y adaptación.

## 1.2. PROBLEMAS DE LENGUAJE

Así mismo los términos *lenguaje y problemas de lenguaje*, son un elemento indispensable para conjuntar el tema base; ya que el lenguaje, como medio simbólico por excelencia, define la esencia de lo humano y es la clave de la socialización. Si se altera, pierde algo de su eficiencia para comprender y hacer cultura. Por tanto, el individuo con desórdenes del lenguaje es un individuo diferente, mientras dure alterada su capacidad de representación de la realidad. Sin embargo, tanto en el pasado como en la actualidad, se ha tenido la tendencia de creer que el sujeto con una alteración del lenguaje no tiene ningún problema importante, y que con un poco de decisión puede superar su trastorno.

Pero de acuerdo a las investigaciones realizadas en este campo, se demuestra que lo anterior no es cierto. El lenguaje es uno de los atributos más personales del individuo, y es innegable que un problema en él puede ser sumamente serio. Aprender a hablar comprende la activación de energías fisiológicas y psíquicas, la toma de contacto con el medio y el desarrollo de capacidades neurosensoriales; al hacerlo, se combinan lo material con lo espiritual, lo fisiológico con lo psicológico, lo orgánico con lo funcional, el ambiente con la vida interna del sujeto, y el pensamiento con la realidad y lo imaginario (Azcoaga y cols., 1990).

Los términos habla, lenguaje y comunicación, con frecuencia, son utilizados en forma arbitraria como sinónimo, sin serlo en realidad; poseyendo cada uno sus propias características que los diferencian a unos de otros (Schiefelbusch y McCormick, 1981; Azcoaga y cols., 1990).

1. El habla es una serie de símbolos vocales; una conducta motora compleja, que presenta una gran dependencia del funcionamiento psicológico y neuromuscular. Es una parte del lenguaje oral, dentro de una subcategoría del uso más genérico del término lenguaje.

2. El lenguaje consiste en un conjunto de reglas para usar los símbolos; incluye la habilidad para entender y expresar significados específicos e intencionales; es considerablemente más abstracto y más complejo que el sistema de símbolos a través del cual es transmitido y recibido; símbolos que no tienen relación con los conceptos que representan. Cada lenguaje está constituido por una gramática: conjunto de reglas que especifican los tres componentes básicos de éste: el sonido (fonología), el significado (semántica) y la escritura (sintaxis).

3. La comunicación incluye la codificación y decodificación del mensaje; comprende la relación entre emisor y receptor. Para que un proceso comunicativo se lleve a cabo, la conducta de cada participante debe influenciar y ser influenciada por el otro (Gulcksberg y Danks, 1975). Para alcanzar esta influencia recíproca, los sujetos deben compartir un marco de referencia y una serie de reglas comunes, que gobiernen la secuencia de símbolos (Sander, 1977, cit. por Schiefelbusch y McCormick, 1981; Irwin, 1982).

## DESARROLLO DEL LENGUAJE:

Según Azcoaga (1992) existen cuatro etapas de comunicación y tres niveles lingüísticos:

*1ª Etapa de Comunicación:* Dentro de ella existen el balbuceo, que comienza en el segundo mes de vida; consta de dos etapas: a) propioceptiva (vocalizaciones) y sonidos guturales) y; b) propioceptiva - auditiva (recursos comunicativos vocales y gestuales).

*2ª Etapa de Comunicación y Primer nivel lingüístico:* implica varios niveles de lenguaje:

1. Monosílabos: comienza antes del año y se extiende hasta el año y medio de edad aproximadamente. Los componentes silábicos aún no perfeccionados adquieren función denominativa durante el juego y alcanzan un nivel de comunicación en la formulación de deseos y exigencias.

2. Palabra-Frase: se extiende hasta casi los dos años de edad. Hay aplicación de recursos fonológicos y capacidad de combinación de sílabas simples y directas, sílabas inversas y algunas sílabas complejas. Lo que confiere valor a la palabra es su uso.

3. Palabra Yuxtapuesta: es la utilización de dos palabras fusionadas, que paulatinamente se van independizando por la incorporación de nuevas palabras.

4. Frase simple: se da aproximadamente a los dos años de edad, cuando la articulación de palabras pivote-abiertas van en progresiva complejidad y pueden irse identificando pivotes de segundo y más tarde de tercer orden. El sistema fonológico ya tiene mayor similitud con el del adulto, también comienza el monólogo infantil durante el juego, que da comienzo a la interiorización el lenguaje.

*3ª Etapa de Comunicación y Segundo Nivel Lingüístico:* comprende dos subperíodos, que van de lo cinco a los siete años y de los siete a los doce años de edad.

**1ª Subetapa:** los niños ya tienen integrado el instrumental locutivo, fonológico y gramatical de modo similar al lenguaje del adulto, prosigue un proceso de ordenación sintáctica de los elementos gramaticales incorporados a su habla y un desarrollo moderadamente dependiente de las influencias culturales del medio, de la comprensión de los significados. Esto se refleja en la amplitud del vocabulario infantil. En el aspecto sintáctico, hay dominio de las oraciones que incluyen conjuntivos, así como la totalidad de las formas de organización sintáctica de la gramática de los adultos.

**2ª Subetapa:** el lenguaje se caracteriza por una ampliación mayor conjunta de los aspectos semánticos y sintácticos, demostrables en el aumento cuantitativo del vocabulario y referidos mediante los distintos tipos de oraciones, a reflejos muy flexibles de la realidad. La riqueza de oraciones subordinadas, encuentra su concreción en el dominio de

conjunciones y preposiciones. El lenguaje ha sido completamente interiorizado y sólo se advierten algunas manifestaciones ocasionales del monólogo en circunstancias emotivas que impiden su inhibición. Se advierte cada vez más cómo el comportamiento utiliza para su organización formas más discursivas del pensamiento que han desplazado casi totalmente a las perceptivas.

*4ª Etapa de Comunicación y Tercer nivel lingüístico:* se da a partir de los doce años y se va a caracterizar por el completo dominio del lenguaje como instrumento, la interiorización y el pasaje del estadio de inteligencia intuitiva a las modalidades formalizadas, que son propias del adolescente. El adolescente ya ha interiorizado la "lógica de las operaciones concretas" y es capaz de planificar, analizar y evocar concatenadamente todos los pasos lógicos de un proceso de pensamiento que, hasta ese momento, sólo podía manifestarlo en la acción. La riqueza de la influencia social, es determinante para el desarrollo. La organización sintáctica predominantemente de los estereotipos motores verbales se completa con la incorporación de formas más lábiles, constituidas por las modalidades de articulación de las palabras entre sí: declinaciones, prefijos, sufijos, artículos, conjunciones y preposiciones. La organización semántica incluye mayor riqueza conceptual y profundidad en la capacidad comunicativa del lenguaje, lo que también depende de la capacidad analítico-sintética entre estereotipos verbales.

A continuación, en cuanto al tema de lenguaje, se consideran los siguientes aspectos:

1. Definición de los problemas de lenguaje.
2. Evaluación y tratamiento de las dificultades en el lenguaje.

#### *DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LENGUAJE:*

Para comprender a fondo como se trastorna el lenguaje, hay que saber en que consiste el lenguaje normal. La aparición del lenguaje comienza con el primer llanto del bebé y avanza por las etapas de lloriqueo diferenciado, balbuceo, juego vocal, palabras aisladas, habla holofrástica: donde un sólo vocablo representa una frase u oración completa, elocuciones sintácticas, expresiones con varias palabras, y enunciados. Recientemente, se ha debatido si la comprensión del lenguaje precede a la producción del mismo; y la opinión actual parece inclinarse por un mecanismo interactivo. Es decir, por lo general, los niños avanzan por estas etapas de modo previsible; no obstante, este proceso es muy complejo y puede haber problemas (Patton y cols., 1991; cit. por Azcoaga, 1992). Además, es importante establecer que es lamentable que en la identificación de un deterioro del habla y del lenguaje pueden intervenir juicios subjetivos. El grado en que un patrón de habla o de lenguaje deba diferir del normal para que se convierta en trastorno, muchas veces, depende de las características tanto del escucha como del hablante.

Por otra parte la edad del hablante determina que cierta peculiaridad en el habla se considere como trastorno de la misma: en un pequeño de tres años, la articulación defectuosa es normal y jamás se pensaría que se trata de una alteración, como ocurriría con

un niño más grande (Perkins, 1980; Van Riper, 1978; Cartwright y Ward, 1981). Van Riper (1978) señala que el habla anormal difiere tanto de la normal que:

- (a) llama la atención del escucha, por su forma más que por su contenido;
- (b) interfiere con la comunicación; y/o
- (c) provoca malestar en el hablante y/o en el escucha.

El habla defectuosa es notoria, ininteligible o desagradable. Pese a las dificultades para definir con precisión los trastornos del lenguaje, los patólogos de esta área han elaborado descripciones útiles. McLean (1978), establece que la identificación y clasificación de las alteraciones de la comunicación se hacen con base en dos comparaciones esenciales, con la finalidad de establecer qué sujetos requieren de educación especial y cuáles de un programa de atención clínica. La primera consiste en comparar el lenguaje del sujeto con el que constituye la norma en su cultura; y la otra, en compararlo con el lenguaje de otros niños de su misma edad (cit. por Azcoaga, 1992).

Los desórdenes del lenguaje incluyen fundamentalmente la demora en la adquisición de éste, así como la afasia. El desarrollo demorado del lenguaje se manifiesta en déficit en el vocabulario o la gramática, que impide que el niño se exprese como lo hace el resto de sus compañeros de la misma edad. La afasia es un impedimento en la comprensión y la formulación de mensajes, probablemente debida a un daño o disfunción del sistema nervioso central (Kirk y Gallaher, 1983, cit. por Azcoaga, 1992).

De acuerdo a lo expuesto por Azcoaga (1992), *el retardo de lenguaje anártrico* es uno de los trastornos de lenguaje infantil de origen neurológico, y el cual es definido como: una alteración de la elocución del lenguaje que se caracteriza por un déficit en la actividad combinatoria del analizador cinestésico-motor-verbal (significa que puede deberse a alteración funcional o retardo madurativo sino existe lesión alguna), consecutivo a una lesión que lo afecta directamente y que se exterioriza en síntomas que comprometen exclusivamente la síntesis de estereotipos fonemáticos y motores verbales.

Por lo que el **PROBLEMA DE LENGUAJE ANÁTRICO**, es considerado como el resultado de una acción patógena sobre el cerebro infantil que lo afecta antes del primer nivel lingüístico. La mayoría de los casos de retardo anártrico han sido determinados por causas nocivas previas al parto inherentes al momento mismo del parto o inmediatamente posteriores. Las formas más leves comprometen el desarrollo de la elocución del lenguaje, o sea, un atraso cronológico común sin otras manifestaciones que un discreto compromiso del sistema fonológico. Las formas más graves no sólo envuelven al sistema fonológico, sino que se manifiestan clínicamente como una mudez y luego dejan secuelas en el aspecto gramatical, las que compromete el aprendizaje escolar.

Dada la naturaleza del trastorno -déficit en la actividad combinatoria del analizador cinestésico-motor-verbal-, a medida que van desarrollándose las etapas de la comunicación va notándose la incidencia de éste déficit en la progresión del desarrollo del lenguaje. En el nivel prelingüístico no se advierten manifestaciones patológicas en la primera etapa

(propioceptiva) del juego vocal. En cambio en la segunda etapa (propioceptivo - auditiva) es frecuente una disminución cualitativa en las producciones del juego vocal. Se advierte una menor riqueza de motivos con relación a lo que acontece con los niños normales. Menos frecuentemente hay también una disminución cuantitativa (menor actividad del juego vocal); esto hace asemejarse a éstos niños a los hipoacúsicos con las diferencias derivadas del control auditivo.

En el Primer Nivel Lingüístico, en la etapa del monosílabo intencional se advierte que el sistema fonológico no se enriquece con la adquisición de nuevos fonemas consonánticos, ni tampoco tiene lugar la combinación (síntesis) entre estereotipos fonemáticos. Este retraso, y otras dificultades elocutorias, se sustituyen y complementa con comunicación gestual. En la etapa de la palabra frase y de la palabra yuxtapuesta se advierte el progreso en la comprensión del lenguaje, que marca así ostensiblemente una diferencia con la elocución: no hay enriquecimiento en la adquisición de nuevos estereotipos fonemáticos y pueden aparecer distorsiones que obedecen a una insuficiencia en la diferenciación propioceptiva. De esto resulta que puedan darse sustituciones de "p" por "b" o viceversa; sustituciones de "f" por "b", "t" por "d" o a la inversa. La actividad combinatoria se compromete poco en esta etapa, por consiguiente, van adquiriéndose palabras polisilábicas.

La adquisición gramatical sufre una lentificación puesto que la síntesis de nuevos estereotipos motores-verbales se entorpece por las dificultades fonemáticas. La flexibilidad necesaria en la síntesis entre estereotipos motores-verbales es escasa y de esto resulta que la elocución nace de la emisión de palabras aisladas que siguen acompañándose de una rica gesticulación. La voz y la prosodia no presentan mayores alteraciones.

Durante la fase de la Frase Simple, la comprensión del lenguaje evoluciona con su ritmo esperado. Esto se pone de manifiesto en la organización de juicios de causalidad, así como en la captación de los mensajes emitidos en la comunicación corriente. Las perturbaciones del sistema fonológico dificultan cada vez más la organización de polisílabos que, al emitirse, llevan transposiciones silábicas. Todas estas dificultades hacen que el lenguaje vaya haciéndose menos inteligible, excepto para los que están en contacto diario con el niño. Hay notorias dificultades para la incorporación y el uso de artículos, preposiciones y conjunciones. Esto obedece a la supresión, por asimilación, de las consonantes de las partículas, que se absorben por las palabras polisilábicas: no es un agramatismo semántico.

Un cotejo entre el desarrollo fonológico y el gramatical muestra que si bien ambos están retrasados en su ritmo de adquisición, el primero lo está más que el segundo. El juego se acompaña del monólogo, pero éste está discretamente disminuido y constituido por estereotipos motores-verbales alterados en su organización (idioglosia). Por consiguiente, se comprende que la organización del lenguaje interior se ve afectada levemente, en la medida en que tanto los vocablos escasos y anormales así como el agramatismo predominantemente sintáctico que los caracteriza alteran la organización del pensamiento discursivo. Pero, puesto que logran una comprensión adecuada de los mensajes verbales y

captan los matices finos en correspondencia con un trabajo normal en la actividad analítico-sintética del analizador verbal (decodificación), la deficiencia del lenguaje interno es insignificante en comparación con un retardo de lenguaje afásico.

En la etapa de Frase Simple, la comprensión del lenguaje progresa, pero la inteligibilidad de la palabra se dificulta por dislalias múltiples. La comunicación verbal es aceptable en el aspecto operacional concreto, aunque pueden manifestarse dificultades en el aspecto operacional abstracto por la incidencia en el lenguaje interior. En cuanto a la actividad gnósico-práctica visoespacial no está perturbada a menos que se trate de síndromes combinados. Tampoco están alterados los procesos básicos del aprendizaje (atención, motivación, memoria, etc.), ni hay alteraciones de la actividad nerviosa superior fuera de los límites del analizador cinestésico motor-verbal.

En el Segundo Nivel Lingüístico que, coincide con la comunicación conceptual y el pensamiento operacional concreto muestra igual que las anteriores etapas un retraso en la organización fonológica, que en general se completa más allá de los siete años, dejando secuelas en la articulación. El agramatismo se manifiesta en fallas en las declinaciones verbales y en la utilización de la partículas, en especial los artículos y las preposiciones. En consecuencia el discurso muestra un franca pobreza en oraciones subordinadas.

Las secuelas del retardo anártrico o bien su lenta compensación durante el periodo escolar se harán notar en el aprendizaje de la lectoescritura, así como en desequilibrios emocionales que responden a la consciencia de la dificultad que va teniendo el niño, cuando se compara con sus compañeros, ya desde los primeros años.

## ETIOLOGÍA DEL RETARDO ANÁTRICO

Las causas determinantes de un retardo anártrico se remiten a procesos peri y post natales. Diversos traumatismos obstétricos, como los determinados por uso inadecuado de instrumentos, por maniobras obstétricas incorrectas o por partos demasiado lentos, son algunas de las causas más frecuentes determinantes de retardo anártrico que puede estar acompañado de otros síndromes neurológicos. La anoxia del recién nacido, la meningitis y la encefalitis son también motivo de un retardo anártrico. El factor genético se ha detectado en un grupo de niños con retardo anártrico.

Mientras que un **PROBLEMA DE LENGUAJE AFÁSICO**, es una alteración de la comprensión del lenguaje (del lenguaje interior) que se caracteriza por un déficit de la actividad combinatoria del analizador verbal, resultante o no de una lesión que lo compromete directamente, y que se exterioriza por síntomas que afectan la comprensión del lenguaje y la capacidad de síntesis de proposiciones simples, y desorganiza la elocución, en especial en el aspecto sintáctico-semántico.

En primer lugar, poco hay en el nivel prelingüístico que haga presumir que el niño desarrollará con su lenguaje una alteración: el juego vocal en sus dos etapas es similar al de los niños normales. Sin embargo, algunas características distintivas implican que pueda



tratarse de un juego vocal aumentado cuantitativamente y con reiteración de algunos motivos que se hacen perseverativos aunque en el momento no lo parezca. El comportamiento durante el primer año de vida no tiene mayores diferencias con lo que puede esperarse de acuerdo con las pautas conocidas.

Los problemas empiezan a aparecer alrededor de los dos años, cuando el niño está pasando -dentro del Primer Nivel Lingüístico- de la palabra aislada o la palabra yuxtapuesta, a la frase simple. En ese momento se advierte que a veces comprende lo que se le dice y otras veces no. A menudo, los padres y también los médicos se preguntan si el niño oye bien. La duda se hace más notoria cuando se compara la comprensión de situaciones verbales con las no verbales; estas últimas son captadas mientras que las primeras, de modo inconstante, parecen ofrecer más dificultades.

Una observación profunda revela una atención lábil y mayores dificultades de comprensión en oraciones compuestas, de dos o tres partes. En este caso, hay que repetir varias veces la frase y, a menudo, las indicaciones van realizándose de una en una. En la elocución, si bien puede ser fluida (mientras que no gravite un componente anártrico) aparecen palabras bizarras, que pueden tener una estructura similar a las palabras adecuadas o pueden ser de estructura muy diferente. Estas palabras se denominan parafasias y, si están muy lejos de la estructura correcta, neologismos. Las parafasias pueden ser literales y silábicas, pero generalmente son verbales, o sea, sustituyen a todo el vocablo.

La sintaxis conserva, lo mismo que la prosodia, su semejanza externa con el lenguaje normal, pero la introducción de neologismos y parafasias transforma la elocución del niño en un código sólo inteligible para los que están constantemente a su lado. También puede apreciarse que algunas sílabas o palabras aparecen reiterativamente en el discurso; se trata de perseveraciones que a veces pueden ser de emociones del propio niño y otras veces de su interlocutor, en este último caso se denomina ecolalia.

En el Primer Nivel Lingüístico se advierte que aunque el aspecto externo de su elocución, en particular la entonación y la organización sintáctica, son aparentemente normales, en cambio el aspecto semántico ofrece más y más dificultades. A menudo les sucede que no hayan la palabra adecuada. Esta falla mnésica se denomina anomia y, aunque corrientemente afecta vocablos, también puede comprometer partículas o sílabas que son mal evocadas. Entonces sustituyen las palabras con circunloquios que contribuyen a hacer más incomprensible todavía el discurso. El monólogo del juego es igualmente bizarro y puede ser muy fluido o, por el contrario, asemejarse al normal o aún más pobre. Cuando el monólogo es de una gran fluidez, corresponde a la logorrea que se agrega a la idioglosia y que contribuye a caracterizar el aspecto predominantemente exitado del retardo del lenguaje afásico.

Cuando se ha podido excluir la hipótesis de hipoacusia se va abriendo paso otra impresión entre los que rodean al niño: sus singularidades en el lenguaje así como las dificultades de comprensión hacen suponer que puede estar afectado el pensamiento y que, por consiguiente, se trate de un débil mental o más bien de una psicosis. Esta impresión se

acentúa cuando se intenta el dialogo con el niño, pues entonces es que las dificultades de comprensión obran como factores de aparente disociación del pensamiento.

En el Periodo del Segundo Nivel Lingüístico el pensamiento operacional resulta afectado, porque la desorganización del lenguaje externo y las dificultades en la comprensión obstaculizan la organización del lenguaje interno. Se ha demostrado que pese a que el niño tiene dificultades en las relaciones del pensamiento verbal, en cambio presenta una coherencia aceptable en las relaciones ligadas a situaciones no verbales, ya sea la comunicación gestual o la continuidad de acciones encaminadas a una finalidad. La atención sigue siendo errática y se observa que a medida que se prolonga una actividad lingüística se incrementan los errores y las dificultades tanto de comprensión como de elocución. Este rasgo se denomina fatigabilidad y se hace más notorio cuanto más avanza el niño en edad. En la actividad de análisis y síntesis se ven afectadas las cualidades de la comprensión: la discriminación y la memoria mediata. Cuando se le da a un niño una orden en dos o tres partes pueden cumplir la indicación, pero en un momento dado confunden y toman la última propuesta por la primera. También puede olvidar una de las partes de la orden compuesta, es decir, se trata de una falla de la memoria mediata. Las perseveraciones pueden llevar al niño a realizar dos o más veces una sola indicación, lo que desorganiza el cumplimiento de lo pedido.

## ETIOLOGÍA DEL RETARDO AFÁSICO

Dentro de las causas de un retardo afásico se debe considerar las que afectan al encéfalo antes del parto como son: las infecciosas (toxoplasmosis, rubeola), las tóxicas (psicofármacos) o las metabólicas (madres diabéticas). También pueden actuar factores anóxicos como accidentes intrauterinos determinados por circulares de cordón. La prematuro puede ser también un factor predisponente, así como la aplicación inhábil de maniobras o instrumentos, los traumatismos del propio parto o la anoxia y la ictericia del recién nacido constituyen los factores determinantes de retardo de lenguaje afásico.

Finalmente, es importante establecer que al igual que sucede con otros trastornos, es difícil estimar la prevalencia de éstos, debido, primordialmente, a que por ahora no se cuenta con datos confiables acerca de este deterioro. Además de esto, la tarea de determinar una cifra de prevalencia para los trastornos de la comunicación se complica por el gran traslape de problemas de este tipo y de aprendizaje.

### **Evaluación y tratamiento de las dificultades en el lenguaje:**

Desde el punto de vista clínico, la razón de evaluar las habilidades de un niño con respecto al lenguaje es para determinar si el sujeto necesita un entrenamiento especial, y si esto se confirma, qué tipo de entrenamiento utilizar. Para establecer esto se requiere poner atención en aquello que debe ser evaluado. Miller (1978) establece que la evaluación debe proporcionar conocimiento acerca de cómo un niño utiliza el lenguaje, para lo cual se necesita una evaluación de la comprensión y producción de éste. Sin embargo, para llevar a cabo lo anterior, existen limitaciones: en cuanto a la comprensión, la presencia de factores

externos no permiten establecer un juicio claro acerca de lo que el niño es capaz de comprender; como por ejemplo, la comunicación verbal: gestos, señalamientos, etc., puede influir en la comprensión del lenguaje del niño. Con respecto a la producción, las respuestas usuales que el niño da pueden no representar lo que el sujeto es capaz de hacer; por lo tanto, es necesario determinar la influencia del contexto o de las situaciones en las que se produce. Al evaluar lo que el niño normalmente hace, el examinador ejemplifica el habla de éste en una variedad de situaciones naturales, pero al evaluar debe establecer situaciones específicas, en las que al niño se le pidan emitir enunciados particulares (cit. por Azcoaga, 1992).

Los aspectos fonológicos, morfológicos, sintácticos o semánticos del lenguaje ocurren simultáneamente e interactúan unos con otros; sin embargo, al examinar éstos, y para poder dar una interpretación adecuada del nivel de desarrollo de estas dimensiones, en primer lugar, se deben considerar individualmente, y después, observar la forma en la que se relacionan una con otra. De acuerdo con este autor, para llevar a cabo una evaluación completa del lenguaje, se requiere utilizar las siguientes técnicas, divididas en cuatro categorías:

1. Pruebas estandarizadas: las cuales, por lo general, se basan en un modelo específico de lenguaje y proveen de información valiosa, si se utilizan con base en la finalidad para la cual fueron construidas. Ejemplos de pruebas estandarizadas de lenguaje son:

- a) Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (Kirk, McCarthy y Kirk, 1968).
- b) Peabody Picture Vocabulary Test (Dunn, 1965).
- c) Northwestern Syntax Screening Test (Lee, 1971).

2. Escalas de desarrollo: éstas se basan en la conceptualización de que el habla y el lenguaje aparecen a lo largo de caminos más o menos predecibles. La aplicación del concepto de desarrollo en el lenguaje se utiliza para determinar en dónde se encuentra un niño, en cuanto a una secuencia jerárquica de objetivos lingüísticos, en dónde se debería encontrar en el presente, y en dónde se podrá situar en un periodo de tiempo determinado, como resultado de una intervención instruccional. En cuanto al desarrollo existen dos clases de escalas:

A) Reportes indirectos acerca del desarrollo lingüístico del niño, que son dados, frecuentemente, por los padres de éste; a quienes se les hacen preguntas relativas a los ítems de la escala, con la finalidad de identificar ítems positivos y negativos en forma de lista.

B) Observación y reportes directos y objetivos, en los que se le pide al niño realizar tareas, las cuales denotan una conducta específica.

3. Pruebas no estandarizadas: éstas son de gran importancia porque se caracterizan por su flexibilidad, tanto en su diseño como en su aplicación; pueden ser modificadas según

el individuo que vaya a ser evaluado. Miller (1978) propone cuatro categorías de pruebas no estandarizadas, las cuales han sido eficaces para evaluar la conducta de lenguaje de un niño:

- a) Análisis del habla en un contexto libre.
- b) Emisiones particulares solicitadas.
- c) Comprensión.
- d) Imitación elicitada.

4. Observación conductual: estas observaciones se realizan en escenarios no estructurados y se llevan a cabo para ejemplificar las acciones y conductas del niño en contextos situacionales. Estas observaciones conductuales son importantes y útiles para tener información pertinente, como al hacer las interpretaciones de estas observaciones (cit. por Azcoaga, 1992).

Por su parte, Kirk y Gallaher (1983) sugieren conceptualizar la evaluación de las dificultades en el lenguaje a través de los siguientes procedimientos:

- a) Consentimiento de los padres.
- b) Elaboración de una historia de caso.
- c) Evaluación formal e informal de los desórdenes.
- d) Evaluación de otros aspectos relacionados (por ejemplo: la inteligencia).

#### **Programas de entrenamiento:**

En cuanto a los programas de entrenamiento en el área de lenguaje, éstos deben establecer en forma explícita sus metas y objetivos, determinar la secuencia de acciones que se debe seguir para alcanzar los objetivos planteados, e identificados en los cuales se pueda llevar a cabo el entrenamiento. Los programas de entrenamiento se elaboran basándose en los resultados iniciales de la evaluación del lenguaje. Los objetivos que se plantearán dependerán del patrón y de las secuencias de desarrollo del lenguaje considerados como normal, y/o de un análisis funcional acerca de los requerimientos lingüísticos del niño, en su medio ambiente particular, análisis sistemático de las contingencias ambientales (McCormick y Elder, 1978; Schiefelbusch, Ruder y Bricker, 1976, cit. por Azcoaga, 1992).

Posteriormente, se deben delinear las condiciones en las que los programas de entrenamiento se pondrán en práctica. En primer lugar, los procedimientos y materiales de entrenamiento que se utilizarán deben ser especificados claramente. Por lo general, los procedimientos que se utilizan son los de un análisis conductual aplicado; en donde se incluyen técnicas para la descripción de estrategias de entrenamiento, arreglo de las condiciones antecedentes, consecuentes y de generalización, y el manejo de los datos. Estos programas de entrenamiento se llevan a cabo en condiciones normales para el niño, esto es, en su ambiente natural, en donde se desarrolla e interactúa con personas. El entrenamiento del lenguaje no se circunscribe a escenarios estructurados y controlados, con limitaciones físicas y temporales; ya que el lenguaje es visto como una parte integral de todas las actividades que realiza el niño cotidianamente (por ejemplo, actividades sociales,

instruccionales, recreativas, etc.), en todos los entornos en donde las realiza (por ejemplo, en casa, escuela, salón de juegos, etc.) y en relación a todas las personas con las que el niño interactúa (tales como, padres de familia, profesores, orientadores, compañeros, etc.).

Además, estos programas consideran de gran importancia ofrecer reforzadores naturales al niño, tales como, la atención inherente que se da en interacciones sociales y comunicativas; así como, proporcionar reforzadores de tipo material: objetivos o eventos deseados por el sujeto. Durante el entrenamiento, la tarea del especialista en desórdenes de lenguaje o cualquier otro profesional, es identificar aquello que funciona como reforzador natural y material para el niño; determinar las situaciones en las cuales podrán ser puestos en práctica, tomando en cuenta todas las interacciones que tiene el sujeto; e inducir pautas de asociación adecuadas; en donde, generalmente, la satisfacción intrínseca que producen éstas es suficiente para iniciar, establecer y mantener la comunicación deseada con el niño (Hallahan y Kauffman, 1981).

Al mismo tiempo, este programa de entrenamiento no le resta importancia a la consciencia y continuidad que el evaluador necesita tener en relación al progreso conductual que el sujeto va haciendo a lo largo de éste; para lo cual se requiere llevar un registro, en donde se incluyan datos acerca de la disminución de los errores en el lenguaje del niño, y las habilidades lingüísticas que éste va adquiriendo.

Al considerar los defectos de articulación se debe recordar que el desorden en el habla se determina no únicamente con base en una condición neurológica o anatómica, sino que también se ve afectado por otros factores, como por ejemplo, la inteligencia y la personalidad del niño; y, así mismo, que los varios tipos de defectos articulatorios pueden ocurrir en forma aislada, o en combinación uno con otro.

El tratamiento para estos problemas debe ser diseñado con base en la condición y necesidades de cada individuo, y debe empezarse justo en el momento en el que el niño es consciente de su problema, por las frustraciones que éste le ocasiona en los procesos de comunicación, y, de ser posible, antes de la estabilización de patrones de lenguaje inadecuados; los cuales hacen que el desarrollo lingüístico normal del niño y la utilización de un lenguaje correcto sea más difícil.

Un importante acuerdo entre profesionales y estudiosos consiste en reconocer que entre más tempranamente se detecta un problema, más fácilmente se resuelve, ya que la intervención oportuna no solamente corrige una dificultad, sino que evita que el problema se extienda y su consecuencia repercuta en otras áreas del desarrollo del individuo.

### 1.3. EL ROL DEL ADULTO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE DEL NIÑO.

Exactamente cómo llegan a ser capaces de hablar los niños sigue siendo una cuestión opinable. Dentro de los modelos que pretenden explicar la adquisición del lenguaje se encuentra el *Modelo Adulto* que destaca la importancia que desempeñan los modelos de habla que se le proporcionan al niño para la adquisición del lenguaje (Fry, 1982, cit. por Miras, 1992).

Para Fry (1982) la base del desarrollo se encuentra en los estímulos auditivos del habla que llegan al niño; el factor principal en la formación del lenguaje será, por tanto, su principal modelo de habla, normalmente, su madre. Quedando condicionada la experiencia lingüística del niño, desde el primer instante, a la lengua con la que éste está en contacto, es decir, su lengua materna.

Todo ambiente lingüístico impone al niño diversas experiencias, unidas a la lengua del ambiente, a su vez, el niño reacciona aprendiendo la lengua de su ambiente. La capacidad potencial del niño va restringiéndose según el patrón del modelo adulto. La mayoría de los niños, como parte normal de su desarrollo, aprenden a reconocer y pronunciar los sonidos de la lengua de su comunidad, de modo que su percepción y pronunciación reflejan con gran detalle su competencia como "hablantes nativos" de una lengua (Ferguson, 1982, cit. por Miras, 1992).

El lenguaje infantil no debe tratarse como si éste se diera en el vacío, sino que debe relacionarse con el lenguaje que el niño escucha y con lo que está tratando de producir; considerando específicamente la correspondencia entre las formas adultas y la producción infantil. Los adultos seleccionan lo que dicen a los niños pequeños y alteran la forma de lo que le dicen cuando se dirigen verbalmente a ellos: enlentecen la velocidad; acortan las oraciones y aumentan las repeticiones para asegurarse que los niños pequeños entienden lo que se les dice (Snow, 1977; Hayes, 1988).

Los adultos animan también a los niños a que lleven a cabo mejoras en las aproximaciones a los sonidos de la lengua del adulto y numerosas experiencias, como las de Rondal (1980) que muestran la habilidad natural de los adultos, y especialmente de las madres, para realizar estos ajustes con mucha precisión. Presentando así, estilos distintos de llevar las conversaciones con los niños pequeños (Wood y cols., 1980; Howe, 1981), y estas diferencias hacen que los niños tengan distintas oportunidades de participar lingüísticamente en la interacción.

Por lo que cuando hay una conexión directa entre los comentarios de la madre y los del niño, y cuando ambos están de acuerdo sobre lo que significa el contenido del intercambio y comparten el mismo asunto, pueden ambos construir conjuntamente la conversación, que probablemente favorece el desarrollo del lenguaje. Como ha dicho Snow (1979, cit. por Schaffer, 1989: «Si se le pidiese a uno ahora mismo que aconsejase a una madre ansiosa sobre cómo enseñar a hablar a su niño, la mejor respuesta sería: 'observe lo que el niño hace, escuche lo que dice y luego responda'»).

#### 1.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS ACTITUDES DE LOS PADRES.

El nacimiento de un niño con problemas altera las expectativas y los valores básicos de los padres, éste suceso afecta la confianza, creencias y el sentimiento de poder controlar su propia vida. El cómo el adulto responda a esta situación depende de las características individuales de la persona y el apoyo que los padres reciban tanto de su familia como de los especialistas con que se pongan en contacto.

"La vista se me nubló, perdí toda sensación, las voces se escuchaban lejos, los colores perdieron su brillo, surgió una amnesia que prevaletió varios días y, de repente, *¿por qué a mí?*." Es así como los padres describen su reacción al escuchar, de parte de un profesional, que su hijo tiene una discapacidad\*; dichas reacciones psicósomáticas actúan como mecanismo de defensa, que protege de la ansiedad, el dolor, la culpa o vergüenza a los padres del niño con necesidades especiales (Marcin, 1993).

El diagnóstico del profesional repercutirá en la estructura de la familia y en la personalidad de la pareja. La manera en que un profesional comunica su diagnóstico afectará la relación de los padres en torno a su hijo con discapacidades, así como la relación con sus demás hijos, su familia y la sociedad.

Por otro lado, el diagnóstico afecta la relación de pareja; el especialista debe considerar el desajuste en la personalidad que sufrirán los padres. Los miembros de la pareja entrarán en crisis y la relación entre ellos cambiará. Según una encuesta realizada por la Secretaría de Salud en 1981, el 71 por ciento de las parejas con niños con discapacidades están separados. Por lo que para que los padres lleguen a una aceptación realista y a un equilibrio afectivo y funcional es necesario el apoyo de los expertos con los que trabaja.

Se dice que los padres pasan por ciertos estadios cuando tienen un niño con discapacidad. Es cierto que en algún momento, todos los padres experimentan estos sentimientos, pero no siempre lo hacen en una secuencia o tiempo específico. Por lo general cuando se refiere a padres de niños con algún tipo de impedimento, se habla de los siguientes estadios:

**Choque:** se trata del sentimiento de indiferencia en que los padres escuchan las palabras, saben lo que quieren decir, pero en realidad no sienten nada. Esta etapa puede ser muy breve o bien prolongarse y todos los padres atraviesan por éste período. Algunos padres descubren que su hijo no es normal inmediatamente después del nacimiento sin embargo, tal vez no sea tan evidente por lo que al no ser esperado causará un choque mayor.

**Negación:** es cuando los padres niegan que existe un problema, buscan escapar de la situación, a manera de no aceptar que su hijo tiene una incapacidad; porque no pueden

---

\* El término de personas con discapacidad engloba la gran gama de condiciones que afectan en diversos grados las capacidades y funciones sensoriales, intelectuales, motoras y emocionales (Marcin, 1993).

afrontar que su hijo no sea perfecto. Algunas veces, uno de los padres continúa negando que el niño tiene un problema que interferirá con su desarrollo si no se le proporciona la terapia apropiada, en éste caso, es frecuente que el otro padre lleve al niño a evaluar, para determinar si realmente existe un problema. Una vez que éste se identifica, es ese padre el que lleva al niño a la terapia.

**Culpabilidad:** este sentimiento puede ser contraproducente debido a que le quita a los padres y al niño un valioso tiempo, además de agotarlos emocionalmente. Los padres se sienten responsables y se culpan por el problema del niño, sin embargo en la mayoría de los casos no se sabe con exactitud por qué algunos niños están incapacitados y otros son normales. Lo cierto es que al poco tiempo de descubrir una incapacidad en el niño, los padres se sienten más culpables de lo que pueden soportar.

Posteriormente se transfiere la culpa a alguien ya sea al médico, al cónyuge, o a otros miembros de la familia. En este momento, la pareja necesita apoyo mutuo; pero en vez de ayudarse se culpan el uno al otro por el problema del niño enturbiando la situación. Por lo que en algunos casos el ciclo de inculpación y culpabilidad conlleva a un divorcio, mientras que las parejas que se percatan de que sólo se están golpeando verbalmente se proponen hacer a un lado la culpa y el daño, logrando proveerse de ayuda mutua beneficiando de igual manera a su hijo. La culpabilidad es una emoción muy singular; es la base de la sobreprotección, la cual puede privar al niño de la oportunidad de dar su primer paso para aprender.

**Enojo:** En este tiempo, el enojo puede ser hacia las personas que atendieron o no al niño, hacia los problemas genéticos o simplemente, contra todo y todos. Cuando comienza este estadio, trae consigo sentimientos de aflicción y de pérdida. El enojo por sí mismo no es malo, pero si no es expresado en su momento, puede influir directamente en la relación padres - hijo. Y a su vez puede funcionar como generador de energía para actuar.

**Búsqueda:** Esto se puede dar tanto en solicitar diferentes opiniones, como en buscar servicios, doctores o programas a dónde llevar al niño. El buscar opiniones refleja la ansiedad que los padres experimentan frente al problema de su hijo.

**Depresión:** En esta etapa, el problema del niño comienza a ser asimilado por los padres. Aquí es cuando ellos comienzan a cambiar sus expectativas y se enfocan principalmente a los impedimentos de sus hijos, lo que vislumbra un futuro pesimista.

**Aceptación:** Los padres están en paz consigo mismos como personas y como padres, y ven a su hijo como un niño con características y potencialidades propias. Ya no sienten el problema del niño como lo peor, pero esto no implica que los padres sean automáticamente competentes. Existen padres que aunque nunca aceptan el problema de su niño son padres exitosos en lo que respecta a la educación del mismo

La gravedad del problema determina grandemente las actitudes y sentimientos de los padres. Mientras más obvio es el problema, más difícil es la aceptación y adaptación a la



sociedad y más tiempo se requiere para hacer diversas actividades. Algunos factores que influyen la respuesta de los padres frente al problema de sus hijos:

- ☒ La recompensa o retroalimentación que reciban de su hijo.
- ☒ Lo complicado y lento de las actividades de la vida diaria que se tienen que realizar (vestido, alimentación, etc.).
- ☒ Qué tan frecuentemente el niño debe ser hospitalizado y qué tan graves son estas intervenciones para la vida de éste.
- ☒ El costo de los servicios médicos.
- ☒ Expectativas e incertidumbre de los padres acerca del futuro del niño.
- ☒ El aislamiento de los padres de su familia, amigos o compromisos sociales a causa de los gastos o del trabajo que tienen que realizar con sus niños.

#### 1.4.1. TIPO DE FAMILIA

La familia es un sistema de interacción en el que cada uno de los miembros ocupan un papel y una posición con respecto a los demás. Benjamin (1988), expone que al existir en la familia un niño con problemas en el desarrollo se experimentan sentimientos conflictivos. Estos sentimientos cambian y evolucionan con el paso del tiempo y a medida que las situaciones varían.

El padre y la madre definen sus roles a partir de sus propias características, de su experiencia personal y de los roles sociales; esto es, el perfil que la sociedad define como "deber ser" para los hombres como padres y las mujeres como madres. A cada miembro de la pareja le concierne en mayor o menor medida la atención, cuidados, sostenimiento y disciplina del hijo.

La paternidad y la maternidad se ejercen a partir de una división de funciones, responsabilidades y tareas concretas que coinciden con el ser hombre o ser mujer y concuerdan - o deberían concordar - con la personalidad de cada uno como individuo. No existe un perfil rígido de estas funciones. De hecho son complementarias, y si el matrimonio se desarrolla en forma (de) pareja estas tareas se deberán compartir e intercambiar con cierta flexibilidad.

La discapacidad y la paternidad no tienen el mismo significado para ambos padres. Suelen existir diferencias en la forma como cada uno percibe el problema de su hijo, y por lo tanto, se perfilan diferentes actitudes que se manifiestan en la forma de enfrentar el problema. Estas diferencias crean desajustes importantes en la dinámica familiar.

Cada familia es única y las reacciones de los padres tienden a variar por muy semejantes que sean sus vivencias, sobre todo, frente a una situación grave - como la de tener un hijo con discapacidades - que involucra reacciones emocionales fuertes e impone una serie de adaptaciones prácticas y psicológicas que parecen "jalonear" a la pareja en múltiples direcciones. Es una crisis de familia, el equilibrio interno de la pareja se descompensa, el funcionamiento y el ciclo vital de la familia se modifica, sus reacciones

ante la sociedad se transforman y frecuentemente la vida como pareja se descuida. El padre y la madre empiezan a actuar en forma personal e independiente.

Aunado a lo anterior, se sabe que las funciones de la familia son la protección psicosocial de sus miembros, la acomodación de una Cultura y por ende la transición de la misma. Considerando así a la dinámica familiar como el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia.

La estructura familiar es el conjunto visible de demandas funcionales que organizan los modos en que se intercalan los miembros o subsistemas de una familia, los límites tienen la función de proteger la diferenciación del sistema y constituyen las reglas que definen quiénes participan y de qué manera en ella. Se puede ubicar en un continuo la claridad de los límites en el interior de una familia que puede ser un parámetro útil para la evaluación del estado transaccional o de preferencia por un tipo de interacción. En el extremo izquierdo se hallarán los límites inadecuadamente rígidos, familia desligada. En el extremo derecho se encontrarán los límites difusos, familia aglutinada y en el centro del continuo los límites claros.

Dentro de las características de las familias desligadas se encuentra la de promover la individualización prematura, que produce el aislamiento en sus individuos, generando con ello crisis frecuentes y hostilidad. Por lo contrario las familias aglutinadas son evitadoras del conflicto y tienden a impedir la individualización de sus miembros, es por ello que para ellos el entorno es visto como amenazante, promoviendo con ello un exceso de solidaridad familiar y unión. En ambos extremos el tipo de relación provoca problemas familiares que originan una disfunción familiar.

Por el contrario una familia funcional se caracteriza por la existencia de límites claros y precisos lo que permite a sus miembros el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, dándose también el contacto entre los miembros del subsistema y otros (Padrón y cols.,1995).

### **El efecto en las madres:**

Marcin (1993), ha visto que son las madres las más dedicadas y comprometidas en tiempo y afectividad, pero precisamente por esto es que requieren la presencia paterna que da seguridad y complementa a la pareja, compenetrándose en la experiencia excepcional de una contienda compartida a favor de sus hijos.

Los cuidados que brinda la madre y el amor con que los realiza son estímulos sensoriomotores que promueven el desarrollo cognoscitivo, motor y emocional del niño. Cuando el desarrollo del niño se desvía de las pautas de maduración normal, como sucede a los niños con discapacidades, la madre se siente confusa. Surgen muchas interrogantes que deprimen o angustian, paralizan o movilizan acciones llenas de incertidumbre.

Frecuentemente la mujer inicia la búsqueda sola, contando -en el mejor de los casos- con el respaldo de su esposo. Esta carga excesiva se traduce en múltiples actividades y actitudes, además de preocupaciones y desorientación. Si la familia no es un equipo de trabajo, el rol de madre de un niño con alguna discapacidad puede ser tan absorbente que no le deje tiempo y energías para ser mujer, esposa, madre de otros hijos, ella misma. Corriendo el riesgo de vivir con mucha ambivalencia aceptando y rechazando consciente o inconscientemente la discapacidad de su hijo. Se considera que el padre es la figura central en cuanto a la implantación de normas y disciplina, él es el que impone límites y ayuda al niño a controlar sus impulsos, facilitando a la madre la tarea de orientar y educar al hijo.

### **El efecto en los padres:**

El padre provee la seguridad y el sustento, interviene en la relación madre-hijo en un momento dado del desarrollo, rompe lazos de dependencia que el hijo tiene que superar para ganar identidad personal diferenciándose de la madre y abriéndose a otras relaciones emocionales y sociales. Cuando el padre no cumple con dichas funciones, propicia que se intensifique y prolongue la dependencia entre la madre y su hijo que requiere de atención especial, convirtiéndose en una "atadura emocional forzada". Sus sentimientos de confusión e impotencia lo remiten a la idea, a veces, no consciente, de que el hijo requiere de las bondades de una maternidad extraordinaria y de que él hace poca falta en esta misión que es más propia de la mujer.

Los argumentos no faltan: él se tiene que encargar del sustento familiar, y con mayor razón, por los gastos que implican los múltiples estudios y tratamiento de un hijo con necesidades especiales. Bajo esta óptica se explica, pero no se justifica, el distanciamiento y el abandono de su paternidad, faltando así a la cita de complementar a su mujer en la difícil labor de criar a un hijo que, posiblemente, necesite en forma permanente la fuerza, entereza y vinculación de un padre aceptante, cercano y, sobretodo afectuoso.

La afirmación de la paternidad se da cuando la necesidad de conservar su integridad ante la sociedad lo impulsa a mostrarse activo en la búsqueda de apoyo para su causa, elaborar sus sentimientos, intentar rehabilitar a su hijo, permanecer al lado de su esposa, aprender una forma de paternidad excepcional que quizá tenga doble satisfacción: la del encuentro con su hijo y la lucha contra la discapacidad.

Otros aspectos considerados dentro de la investigación son:

#### **1.4.2. NIVEL SOCIOECONÓMICO**

El aspecto económico es una preocupación de todas las familias y va desde proveer de la alimentación, techo y vestido necesarios, hasta planear la educación profesional de cada uno de sus hijos; por lo que dicha preocupación se ve incrementada cuando se tiene un hijo con necesidades especiales.

Se ha encontrado que mientras más alto sea el nivel socioeconómico de la familia, es más problemática la reacción de los padres ante el nacimiento de un niño con alguna discapacidad. Es cierto que todos los padres, sin importar su nivel económico, comparten sentimientos similares frente a esta situación, pero algunos de éstos están directamente ligados a las expectativas del futuro desarrollo del niño.

Dentro de la sociedad actual, la mayoría de las parejas tienen niños principalmente por una satisfacción de nivel emocional, no para buscar un apoyo a nivel financiero. Familias de altos recursos económicos pueden verlo como continuador de una gran dinastía o fortuna, mientras que los padres de escaso nivel piensan en sus hijos como la oportunidad de brindarles un mayor y mejor futuro que el que tienen ellos (Gallegos y Sánchez, s/f).

#### 1.4.3. NIVEL DE ESTUDIOS.

Retomando a Snow y Ferguson (1977) "los padres juegan un papel mucho más activo en la adquisición del lenguaje de lo que sería simplemente modelarlo"; proporcionando un ingreso paulatino y real al lenguaje y con ello al ambiente social del niño. Basados en lo anterior, Carrion, (1991); Arboleda y Enriquez (1985, cit.por Carrion, 1991) han dirigido sus investigaciones hacia la influencia de la escolaridad de los padres, sobre el desarrollo de lenguaje de los niños.

Arboleda y Enriquez (1985), encontraron que no existían diferencias en cuanto al total de palabras que manejan los hijos de padres con alto y bajo nivel socioeconómico. La variable escolaridad no fue controlada adecuadamente, ya que determinaron que un alto nivel socioeconómico implica un alto nivel de escolaridad, mientras que un bajo nivel socioeconómico establece un bajo nivel de escolaridad.

Los resultados obtenidos por Carrión (1991), muestran que si existen diferencias en el desarrollo del vocabulario de los niños cuyos padres tiene alta o baja escolaridad. En donde los hijos de padres con alta escolaridad tienen un desarrollo mayor y manejan una cantidad mayor de palabras diferentes que los hijos de padres con pocos años de estudios. Así, los adultos que asisten un mayor número de años a la escuela comprenden, manejan y transmiten mayor cantidad de palabras a sus hijos que quienes asisten pocos años a la escuela. Además de que a los niños les permite tener una mayor interacción entre niños y adultos.

Debido a que las anteriores investigaciones se enfocan principalmente al efecto del nivel de estudios de los padres sobre el desarrollo del lenguaje de los niños, sin considerar los efectos en los padres; el presente estudio pretende ver los efectos de ésta variable y otras como el nivel socioeconómico y el tipo de familia, en relación directa con los niveles de ansiedad en las madres.

## CAPÍTULO II. MÉTODO.

2.1. La presente es una investigación empírica, de carácter exploratorio y en la cual se utilizó el método cuantitativo.

### 2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Ya que la madre es la que se ve involucrada en mayor grado en el problema de lenguaje de su hijo, ¿Es de esperar que presente ansiedad?, ¿Es posible que la ansiedad de la madre esté influida por el tipo de problema de lenguaje que el niño presente?.

De igual manera, se considera si aspectos como el nivel de estudios de la madre, el tipo de familia y el nivel socioeconómico, son factores que se relacionan con el nivel de ansiedad.

### 2.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

**H<sub>1</sub>** : Las madres de niños con problemas de lenguaje presentan ansiedad.

**H<sub>2</sub>** : Si hay diferencias en los niveles de ansiedad entre las madres de niños con problemas de lenguaje afásico y las madres de niños con problemas de lenguaje anártrico.

**H<sub>3</sub>** : Si existe relación entre el nivel de estudios de la madre y su nivel de ansiedad.

**H<sub>4</sub>** : Si existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de ansiedad de la madre.

**H<sub>5</sub>** : Si existe relación entre el tipo de familia y el nivel de ansiedad de la madre.

### 2.4. VARIABLES:

A) Definición conceptual de variables:

**Ansiedad:** el estado de ansiedad se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica (Spielberger, 1979).

**Ansiedad - Estado:** es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).

**Ansiedad - Rasgo:** son las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes en un amplio rango de situaciones estimulantes, con diferentes elevaciones en la intensidad de la ansiedad - estado (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).

*Problemas de lenguaje:*

**Retardo de lenguaje anártrico:** es una alteración de la elocución del lenguaje que se caracteriza por un déficit en la actividad combinatoria del analizador cinestésico-motor-verbal -lo cual significa que puede deberse a una alteración funcional o retardo madurativo si no existe lesión alguna-, consecutiva a una lesión que lo afecta directamente y que se exterioriza en síntomas que comprometen exclusivamente la síntesis de estereotipos fonemáticos y motores verbales (Azcoaga, 1992).

**Retardo de lenguaje afásico:** es una alteración de la comprensión del lenguaje (del lenguaje interior) que se caracteriza por un déficit de la actividad combinatoria del analizador verbal, resultante o no de una lesión que lo compromete directamente, y que se exterioriza por síntomas que afectan la comprensión del lenguaje y la capacidad de síntesis de proposiciones simples, y desorganiza la elocución, en especial en el aspecto sintáctico-semántico (Azcoaga, 1992).

**Nivel de estudios:** es el grado alcanzado por las personas en el proceso educativo, que se desarrolla de modo sistemático en instituciones docentes (Téllez, 1983)

**Nivel socioeconómico:** se conoce a través de indicadores sociológicos como el ingreso, la ocupación, la escolaridad, el equipamiento del hogar con determinados artículos eléctricos, el tipo y calidad de la vivienda (Téllez, 1983).

*Tipo de Familia:*

**Familia funcional:** indica que la familia, como grupo, debe ser capaz de cumplir con su estatus y su rol social, además de proporcionar a cada uno de sus miembros las necesidades vitales como: comida, dinero, ropa, vivienda y otras necesidades materiales. Permitiendo a su vez el desarrollo, por medio de patrones positivos en las relaciones interpersonales, aprendizajes adecuados, sentido de pertenencia e identidad a ella y a otros grupos, independencia, seguridad y apoyo emocional, además de ser capaz, como familia, de superar los obstáculos y/o situaciones inesperadas (Espejel, 1985).

**Familia disfuncional:** de acuerdo a lo expuesto por Espejel (1985), se considera que una familia será denominada como disfuncional cuando sea incapaz de cumplir con su estatus y su rol social, además de no proporcionar a cada uno de sus miembros las necesidades vitales como: comida, dinero, ropa, vivienda y otras necesidades materiales. No permitiendo a su vez el desarrollo, por medio de patrones positivos en las relaciones interpersonales, aprendizajes adecuados, sentido de pertenencia e identidad a ella y a otros grupos, independencia, seguridad y apoyo emocional, además de ser incapaz, como familia, de superar los obstáculos y/o situaciones inesperadas.

## B) Definición operacional de las variables:

**Ansiedad:** son los puntajes obtenidos en el IDARE en la escala ansiedad-rasgo y en la escala ansiedad-estado.

**Ansiedad - Estado:** son los puntajes obtenidos en el IDARE en la escala ansiedad - estado.

**Ansiedad - Rasgo:** son los puntajes obtenidos en el IDARE en la escala ansiedad - rasgo.

### *Problemas de lenguaje:*

**Retardo de lenguaje Anártrico:** el cual es diagnosticado por medio del análisis de los puntajes obtenidos en la batería, que incluye las siguientes pruebas: Bender, Dibujo de la Figura Humana o Maniquí, Peabody, Hiskey, WISC-R o WPPSI, dependiendo de la edad, escolaridad, el nivel lingüístico y si el lenguaje sólo presenta parafasias literales o se torna ininteligible.

**Retardo de lenguaje Afásico:** el cual es diagnosticado por medio del análisis de los puntajes obtenidos en la batería, que incluye las siguientes pruebas: Bender, Dibujo de la Figura Humana o Maniquí, Peabody, Hiskey, WISC-R o WPPSI, dependiendo de la edad, escolaridad, grado de comprensión de instrucciones y el nivel lingüístico.

**Nivel de estudios:** si sabe leer y escribir y el último año que declare la madre haber cursado.

**Nivel socioeconómico:** es extraído de la valoración realizada por el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de la Comunicación Humana (ver formato de Cuotas, anexo # 1), en donde, a menor puntuación alcanzada es menor el poder adquisitivo de la familia y se clasifica en:

0	a	3	puntos:	exento de pago.
4	a	7	puntos:	nivel A-1.
8	a	11	puntos:	nivel B-2.
12	a	15	puntos:	nivel C-3.
16	a	20	puntos:	nivel D-4.
21	a	25	puntos:	nivel E-5.

### *Tipo de Familia:*

**Familia funcional:** es la que cubre las necesidades básicas de sus miembros, que esta integrada por ambos padres e hijos, con un acuerdo de quien controla la relación, es decir, quien es el que inicia la acción, decide que acción ha de iniciarse o establece que áreas dentro de la relación serán controladas por la otra persona. Además del establecimiento general de los roles, tanto de los hijos como de los padres; y al existir cierto grado de desacuerdo deben ser capaces de restablecer el período de

estabilidad perdido, a su vez la comunicación debe ser directa, sincera, clara y no debe existir violencia física y verbal, ni adicciones. Lo anterior se indaga por medio de la entrevista a la madre.

**Familia disfuncional:** es la que no cubre las necesidades básicas de sus miembros y hay ausencia de alguno de los padres, no existe acuerdo en quien controla la relación. Se debe reelaborar el establecimiento de roles constantemente, los períodos de estabilidad son breves y difícilmente logrados, hay violencia física o verbal y/o adicciones. Lo cual se indaga en la entrevista a la madre.

## 2.5. SUJETOS:

30 madres de niños con problema de lenguaje afásico y 30 madres de niños con problema de lenguaje anártrico, cuyos hijos fueron atendidos en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH), que supieran leer y escribir como mínima escolaridad.

## 2.6. MUESTREO:

Fue un proceso de selección no probabilístico, intencional y por cuota.

## 2.7. INSTRUMENTO:

### **Desarrollo del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (STAI)**

El STAI fue desarrollado por Spielberger, R.L. Gorsuch y Lushene en 1970, para obtener medidas confiables relativamente cortas y homogéneas de autoreportes sobre la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo con propósitos clínicos y de investigación. Su elaboración se inició en 1974 en la Universidad de Vanderbilt y se continuó en 1967 en la Universidad Estatal de Florida.

Debido al gran valor clínico y científico, para facilitar la investigación transcultural interamericana de la ansiedad, se desarrolla una edición al español del STAI, el IDARE (Spielberger y Cols., 1971; Spielberger y Díaz Guerrero, 1975); con el fin de evaluar la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo en los países latinoamericanos. Al traducir el STAI se cuidó en traducir el sentimiento que encierra cada reactivo más que la traducción literal de cada palabra.

El Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado, del Dr. Spielberger, es una escala de tipo likert y está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones de ansiedad:



1. **Ansiedad - Rasgo.** Consiste en 20 afirmaciones en las que se le pide al sujeto describir cómo se siente Generalmente. Aquí es la forma de responder a las situaciones percibidas como amenazantes con elevación en la intensidad de la Ansiedad - Estado.

2. **Ansiedad - Estado.** También consiste de 20 afirmaciones, las instrucciones requieren que el sujeto indique cómo se siente En un momento dado. La característica de esta escala es que involucra sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una de un lado y la otra del otro. La escala Ansiedad - Estado es designada SXE y la escala de Ansiedad - Rasgo es designada SXR.

El IDARE fue diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicada ya sea individualmente o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas. El inventario no tiene límite de tiempo.

**Validez y confiabilidad:** La confiabilidad test- retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo del IDARE es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado del IDARE tienden a ser bajos, como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Tanto la escala A-Rasgo como la escala A-Estado tienen un alto grado de consistencia interna. Los análisis estadísticos utilizados en las investigaciones con el IDARE han sido: medidas de tendencia central como la media, desviación estándar; así como correlaciones entre las escalas.

Las ventajas de la prueba son su brevedad y facilidad para aplicarla y comprenderla; se puede utilizar en grupos masivos. Hay adaptaciones especiales para cada edad y es relativamente fácil adquirirla. Además abarca dos manifestaciones diferentes de la ansiedad, por lo cual se puede elegir la escala más adecuada para cada situación. Sin embargo, los reactivos pueden tener diferente interpretación para cada persona o bien, pueden ser manipulados. Pero lo más desventajoso es que no existen normas suficientes para cada tipo de población y en ocasiones se usan normas que no son adecuadas y por lo tanto falsean los datos. Como puede observarse, la prueba tiene ventajas y desventajas que el evaluador debe poner a consideración.

## 2.8. PROCEDIMIENTO:

El diagnóstico de retardo de lenguaje se realizó por medio del estudio aplicado al niño, el cual se estructuró de acuerdo a sus características y necesidades, seleccionando la batería a aplicar de entre las siguientes pruebas: Bender, Ontario, Dibujo de la Figura Humana, Maniquí, WPPSI, WISC-R, Hiskey-Nebraska, Peabody y entrevista.

Una vez establecido el diagnóstico se procedió a la aplicación del IDARE a la madre, de manera individual. Antes de iniciar la aplicación se le explicó la finalidad de la aplicación de dicho instrumento diciéndole: "El que usted conteste este cuestionario tiene la

finalidad de complementar el estudio que se le realiza a su hijo". Consecuente a esto, se le dió el protocolo del IDARE, en donde se anotaron los datos generales de la madre, posteriormente se leyeron las siguientes instrucciones:

"Instrucciones para la Forma Ansiedad - Rasgo (SXR): Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente *generalmente con el problema de lenguaje de su hijo*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente con el problema de lenguaje de su hijo*".

"Instrucciones para la Forma Ansiedad - Estado (SXE): Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo con el problema de lenguaje de su hijo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *en este momento con respecto al problema de lenguaje de su hijo*".

Una vez leídas las instrucciones se le hizo saber a la madre, que si tenía alguna duda podía solicitar ayuda. Sin contabilizar el tiempo, se dió lugar, a que la madre respondiera el inventario. Al finalizar la aplicación y para darle una culminación al proceso, se aclararon dudas y se le dieron las gracias.

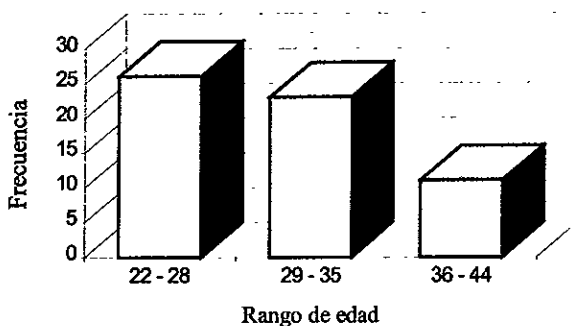
## 2.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Los análisis estadísticos empleados para conocer el comportamiento y distribución de la población, comprenden las medidas de tendencia central y de desviación. Se aplicó t de student ya que es una prueba que evalúa si dos grupos difieren entre sí de manera significativa, respecto a sus medias. Mientras que el Coeficiente de Correlación de Pearson se aplicó con el fin de analizar la relación entre las variables (Sampiere y cols., 1991). Los datos se procesaron en el paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS/PC para Windows 95.

### CAPÍTULO III. RESULTADOS.

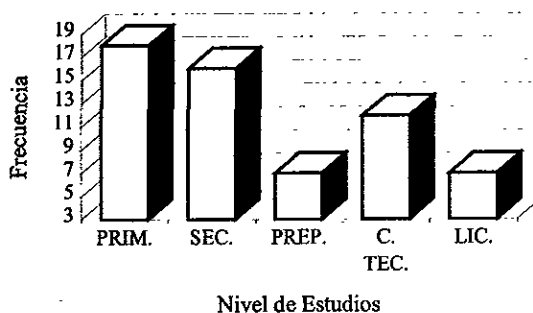
De acuerdo a las variables manejadas, las características de la población son: 30 madres de niños con problemas de lenguaje anártrico, 30 madres de niños con problemas de lenguaje afásico. De las cuales 26 se encuentran en un rango de edad de 22 a 28 años (43.3%), 23 en un rango de 29 a 35 años (38.4%) y 11 en un rango de 36 a 44 años (18.3%).

Edad de las Madres de Niños con problemas de Lenguaje

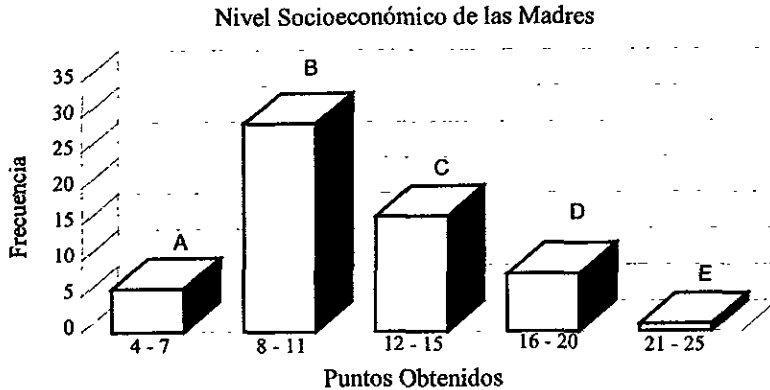


Según el *Nivel de Estudios*: con Primaria hay 18 madres (30.0%), de Secundaria 16 (26.7%), de Preparatoria 7 (11.7%), a nivel Carrera Técnica 12 (20.0%) y de Licenciatura 7 (11.7%).

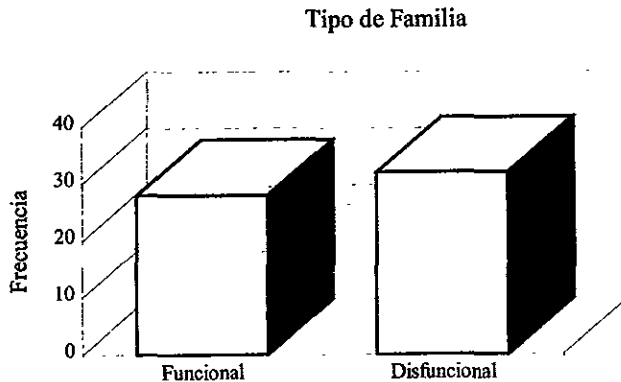
Nivel de Estudios de las Madres



En cuanto al *Nivel socioeconómico*, 6 madres caen dentro de la categoría **A** (10.0%), 29 en la categoría **B** (48.3%), en la categoría **C** 16 (26.7%), en la categoría **D** 8 (13.3%) y en la categoría **E** 1 (1.7%). (A menor puntaje obtenido, menor poder adquisitivo).



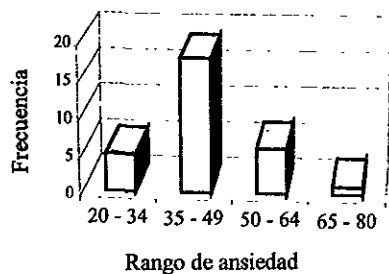
Con respecto al *Tipo de Familia*, 28 madres (46.7%) tienen una familia **Funcional** y 32 (53.3%) tienen una familia **Disfuncional** (ver anexo # 2).



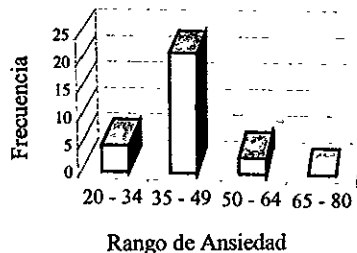
Las calificaciones obtenidas en el IDARE en la escala Ansiedad - Estado, van de un puntaje *mínimo* de 25 a un *máximo* de 68, con una **media** de 44.03, una **mediana** de 43.50, un **modo** de 40.0 y una **desviación estándar** de 9.993. En la escala Ansiedad - Rasgo, el puntaje *mínimo* es de 28 y el *máximo* de 61, con una **media** de 41.817, una **mediana** de 41.5, un **modo** de 43.0 y una **desviación estándar** de 8.249. Estos resultados indican la existencia de ansiedad.

Los puntajes obtenidos por las **Madres de niños con problemas de Lenguaje Anártrico** en la escala **Ansiedad - Estado** muestran que: 18 de ellas (60.0%) se ubican en un rango de puntuación bruta de 35 a 49, 6 (20.0%) se encuentran en un rango de 50 a 64, 5 (16.7%) caen en un rango de 20 a 34 y 1 (3.3%) en un rango de 65 a 80 puntos. En la **escala Ansiedad - Rasgo**, 22 madres (73.3%) están en un rango de 35 a 49, 5 (16.7%) en un rango de 20 a 34 y 3 (10.0%) en el rango de 50 a 64 puntos.

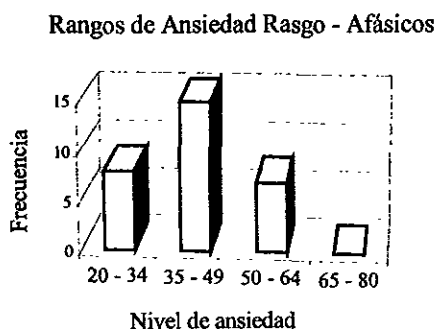
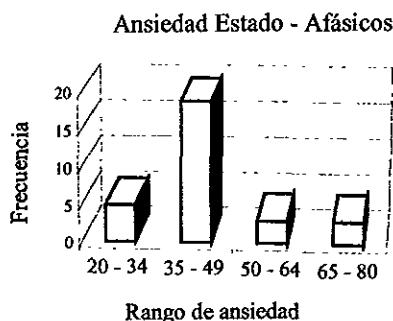
Ansiedad Estado - Anártricos



Ansiedad Rasgo - Anártricos



En el grupo de las **Madres de niños con problemas de Lenguaje Afásico**, en la **escala de Ansiedad - Estado**, 19 madres (63.3%) están en un rango de 35 a 49, 5 (16.7%) en el rango de 20 a 34, 3 (10.0%) se encuentran en un rango de 50 a 64 y 3 (10.0%) en un rango de 65 a 80 puntos. En la **escala Ansiedad - Rasgo**, hay 15 (50.0%) madres en el rango de 35 a 49, 8 (26.7%) en un rango de 20 a 34 y 7 (23.3%) en el rango de 50 a 64 puntos (ver anexo # 3).



Para comprobar si existe diferencia entre las variables **Diagnóstico versus Nivel de Ansiedad Estado - Rasgo**, se realiza la prueba *T de student*, a un nivel de significancia del .05; de lo cual se obtiene: que para el Nivel de Ansiedad - Estado versus Diagnóstico  $t = .18$ , con 58 grados de libertad (gl) y una  $t = 1.6759$  (valor de  $t$  en la tabla). Para el Nivel de Ansiedad - Rasgo versus Diagnóstico, el valor  $t = .17$ , con  $gl = 58$ , con  $t = 1.6759$  (valor de  $t$  en la tabla). Puesto que los valores de  $t$  obtenidos son menores al valor correspondiente en la Tabla de Distribución " $t$ " de Student, se observa que no hay diferencias en los Niveles de Ansiedad Estado - Rasgo entre las madres de niños con problemas de lenguaje Afásico y las madres de niños con problemas de lenguaje Anártrico (ver anexo # 4).

Para determinar la **relación entre las variables: nivel de estudios, tipo de familia y el nivel socioeconómico** versus *Nivel de Ansiedad Estado - Rasgo* se aplicó el "Coeficiente de Correlación de Pearson" y con base a que el paquete estadístico reporta "p" como el nivel de significancia; en donde, si el valor de "p" es menor al .05, se dice que el coeficiente es *significativo* al nivel del .05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error). Si "p" es menor al .01, el coeficiente es *significativo* al nivel del .01 (99% de confianza en que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error), por lo tanto:

En la relación *Nivel de Estudios de la madre y Ansiedad - Estado* se observa que existe una **correlación negativa** de  $-.0725$  con una  $p = .582$ , la cual no es estadísticamente significativa. Por otra parte la relación del Nivel de estudios de la madre y Ansiedad - Rasgo muestra una **correlación negativa** de  $-.1443$  con una  $p = .271$  y debido a que obtiene un nivel de significancia mayor al .05 no es estadísticamente significativo.

Con respecto al *Nivel Socioeconómico* y el *Nivel de Ansiedad - Estado* muestra una **correlación negativa** de  $-.2661$ , con una  $p = .040$ . Por lo que la relación existente entre ambas variables es estadísticamente significativa al .05; mientras tanto, entre la variable *Nivel Socioeconómico* y el *Nivel de Ansiedad - Rasgo* existe una **correlación negativa** de  $-.4255$ , con una  $p = .001$ , permitiendo así una relación estadísticamente significativa al .01. Por lo que la **correlación negativa** indica que a menor nivel socioeconómico, los niveles de ansiedad se incrementan (ver anexo # 5).

Finalmente la variable *Tipo de Familia y Ansiedad - Estado* los datos muestran una **correlación** de  $.4313$  con una  $p = .001$ , dando así una relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y el nivel de ansiedad - estado de la madre. Mientras que los datos *Tipo de Familia y Ansiedad - Rasgo*, muestran una **correlación** de  $.5957$  con una  $p = .000$ . Lo cual muestra una relación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de .01. Dicha correlación implica que la disfunción familiar eleva el nivel de ansiedad. Sin embargo, dado que las correlaciones de las variables nivel socioeconómico y tipo de familia son bajas, los datos deben ser manejados con reservas y únicamente en la población trabajada.

#### CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

"El estado de Ansiedad se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica. Cualquiera experimenta de vez en cuando estados de ansiedad, pero existen diferencias substanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con que los experimentan" (Spielberger, 1979, pág. 60). Spielberger dice, que la posible dispersión de las puntuaciones del IDARE, varían desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A-E como en la A-R, por lo cual, cualquier puntuación que se encuentre dentro de dicho parámetro, indica la existencia de un nivel de ansiedad característico de cada persona. Por consiguiente, de acuerdo a los resultados obtenidos en donde la totalidad de la población cae dentro de dicho parámetro, la  $H_1$ : Las madres de niños con problemas de lenguaje presentan ansiedad, es aceptada.

Permitiendo así, que la ansiedad sea una energía que impulse a la madre a actuar con dinamismo o tranquilidad, según se requiera; implicando que la "ansiedad" posee flexibilidad que permite canalizarla en una variedad de manifestaciones para satisfacer necesidades internas o dar respuesta a los estímulos ambientales, siempre y cuando dicha ansiedad no cause desorganización ni malas adaptaciones.

La gravedad del problema del niño determina grandemente las actitudes y sentimientos de los padres, en el caso de problemas de lenguaje, en específico Retardo de Lenguaje Anártrico y Retardo de Lenguaje Afásico, la gravedad de éstos se determina no sólo en el grado de comprensión del lenguaje, sino también en cuanto al deterioro de los procesos básicos de aprendizaje. En el Retardo Afásico, dichos procesos se encuentran más comprometidos que en un Retardo Anártrico; lo cual implicaría que ante dichas características las madres hubieran mostrado diferencias en los niveles de ansiedad.

Sin embargo, los datos indican que la  $H_2$ : Si hay diferencias en los niveles de ansiedad entre las madres de niños con problemas de lenguaje afásico y las madres de niños con problemas de lenguaje anártrico, se rechaza. Puesto que no existen diferencias en los niveles de ansiedad entre los grupos. Probablemente debido a que las madres no tienen los conocimientos suficientes para comprender las diferencias en cuanto al problema de lenguaje de su hijo, lo que éste implica, sus consecuencias a largo plazo, el tiempo que abarca su superación y las secuelas o limitaciones con que el niño continuará su enseñanza.

Partiendo de los resultados la  $H_3$ : Si existe relación entre el nivel de estudios de la madre y su nivel de ansiedad, se rechazó al no encontrarse relación entre ambos factores. Si se considera que la ansiedad es un proceso que se eleva ante lo que la persona evalúa como amenazante para su autoestima, el nivel de estudios de la madre no se relaciona con que ésta evalúe o no como amenazante el problema de lenguaje de su hijo y tampoco determina una reacción ansiosa. Pese a estos resultados, este factor no puede ser excluido de manera definitiva, debido a la variabilidad escolar dentro de la muestra, ya que cada nivel de escolaridad no es representativo.



De acuerdo a los datos obtenidos la H<sub>4</sub>: Si existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de ansiedad de la madre, se aceptó, ya que los datos indican la existencia de una relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de ansiedad de la madre; implicando que, el nivel socioeconómico influye en los niveles de ansiedad pero no es un factor único o determinante. Por lo tanto se puede concluir que el aspecto económico es una preocupación de todas las familias, que incrementa cuando se tiene un hijo con necesidades especiales.

Finalmente, la H<sub>5</sub>: Si existe relación entre el tipo de familia y el nivel de ansiedad de la madre, se aceptó. Ya que la mayoría de la población, presenta un tipo de familia Disfuncional, que comprende como características sobresalientes: la desintegración familiar por ausencia del padre, inadecuado establecimiento de roles, períodos breves de estabilidad, violencia física y/o verbal y adicciones, principalmente alcoholismo. Esto no implica que las familias disfuncionales cubran todas las características antes mencionadas.

Sin embargo, cada familia es única y las reacciones de los padres tienden a variar por muy semejantes que sean sus vivencias, sobre todo, frente a una situación -como la de tener un hijo con alguna discapacidad- que involucra reacciones emocionales fuertes e impone una serie de adaptaciones prácticas y psicológicas que parecen "jalonear" a la pareja en múltiples direcciones. Hay una crisis de familia, el equilibrio interno de la pareja se descompensa, el funcionamiento y el ciclo vital de la familia se modifica, sus reacciones ante la sociedad se transforman y frecuentemente, la vida como pareja se descuida. Por lo que, generalmente la mujer inicia la búsqueda sola, contando -en el mejor de los casos- con el respaldo de su esposo. Esta carga excesiva se traduce en múltiples actividades y actitudes, además de preocupaciones y desorientación.

Si la familia no es un equipo de trabajo, el rol de la madre de un niño con alguna discapacidad puede ser tan absorbente que no le deja tiempo y energías para ser mujer, esposa, madre de otros hijos, ella misma. Con lo que corre el riesgo de vivir con mucha ambivalencia al aceptar y rechazar consciente o inconscientemente la discapacidad de su hijo.

Se debe recordar que los resultados de la investigación mostraron que el nivel de ansiedad de las madres no es elevado, sin embargo las ventajas de tener una ansiedad moderada, desaparecen cuando la tensión emocional es demasiado intensa, cuando dura mucho o cuando sirve de base a gran parte de la conducta. Finalmente, se llega al punto en que la tensión y la ansiedad limitan tanto la capacidad de percepción de una persona, que le perturba el pensamiento y le restringe la libertad de acción, al grado de que incluso la rutina le produce estrés y las satisfacciones ordinarias se le escapan de las manos. Tal vez entonces la persona dedique su vida a controlar la ansiedad y descargar la tensión.

Por lo que, la principal aportación de ésta investigación es la de proponer grupos de ayuda a madres, en donde no sólo se les informe sobre el problema de su hijo y sean guiadas en la manera de apoyarlos en casa, sino que se manejen sentimientos ambivalentes, preocupaciones y dudas para que aprendan a reaccionar ante el problema de lenguaje de su

hijo. De esta manera adquieren conocimiento acerca de las nuevas técnicas de manejo para trabajar en forma efectiva. A su vez se recomienda que la integración al grupo sea un requisito obligatorio para que el niño ingrese a terapia, y se vean beneficiados tanto el niño como la madre.

#### 4.1. *SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.*

1. Los resultados obtenidos deben manejarse con reservas, ya que se trabaja con puntajes brutos, debido a la imposibilidad de normalizarlos de acuerdo a las tablas del IDARE, porque esto puede interferir en la obtención de diferencias entre grupos y escalas.
2. Ampliar la población, con el fin de igualar grupos, que permitan normalizar los puntajes de las madres en cuanto a su nivel de estudios con las tablas del IDARE, así como, para que las correlaciones sean más confiables.
3. Hacer uso de un control más estricto de variables como el nivel de estudios.
4. Dadas las características de la población del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, se debe considerar la estandarización del IDARE para personas con un nivel escolar menor a Bachillerato; puesto que la mayoría de la población tiene un grado de escolaridad inferior o aplicar otro instrumento.
5. En futuras investigaciones, se pueden hacer comparaciones de los niveles de ansiedad de las madres de pacientes de primer ingreso y las madres de pacientes con un mínimo de 6 meses de terapia, además de considerar también el nivel de ansiedad tanto del padre como del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMAR, A. y Cols. (1972) La Psicología Moderna de la A a la Z. Bilbao: Mensajero. 2ª Edición.
- AZCOAGA, J. E.; BELLO, J. A.; CITRINOVITZ, J.; DERMAN, B. y FRUTOS, W. M. (1990). Los retardos del lenguaje en el niño. Barcelona: Paidós.
- AZCOAGA, J. E.; BELLO, J. A.; CITRINOVITZ, J.; DERMAN, B. y FRUTOS, W. M. (1992). Los retardos del lenguaje en el niño. Barcelona: Paidós.
- BENJAMIN, B. (1988) Un niño especial en la familia: Guía para padres. México: Trillas.
- BISHOP, S. L. (1982) Interpretación de las teorías de la personalidad. México: Trillas.
- CAMERON, N. (1982) Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México: Trillas.
- CARBELLIDO, V. S. (1992) Estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y niveles de ansiedad en mujeres con cáncer ginecológico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.
- CARRIÓN, B. R. (1991) Desarrollo del vocabulario en niños de dos niveles socioeconómicos. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.
- CASO, M. A. (1984) Fundamentos de psiquiatría. México: Limusa.
- CHAO, E. (1968) Estudio correlacional de ansiedad. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.
- DREVER, J. (1975) Diccionario de Psicología. Buenos Aires: CEPE.
- EDELMAN, R. J. (1992) Anxiety Theory Research and Intervention in Clinical and Health Psychology. England: Wiley series in Clinical Psychology.
- ESTOPIER, B. M. (1989) Ansiedad y depresión en la época del climaterio en un grupo de mujeres mexicanas. "Un estudio exploratorio". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.
- FENICHEL, O. (1971) Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós
- FERNÁNDEZ, E. y ORDUÑA, CH. A. (1995) Ansiedad en la mujer, su influencia en la percepción del ambiente familiar. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.

FREEDMAN, M. A. (1981) Compendio de psiquiatría. España: Salvat.

GALLEGOS, B. Y. y SANCHEZ, M. L. Proyecto de trabajo con Padres - DIF. Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles visuales. México: Dirección General de Educación Especial.

JOHNSTON, E. B. y JOHNSTON, A. V. (1991) Desarrollo del lenguaje: Lineamientos Piagetianos. Buenos Aires: Panamericana.

KIERKEGARD, S. (1965) El concepto de angustia. Madrid: Guadarrama.

LATAPÍ, A. (1993) El impacto del diagnóstico. En: Ararú. Revista para padres con necesidades especiales. No. 2. Mayo - Julio, 1993. México: Madin Impresores S.A.

LOOSLI-USTERI, M. (1955) La ansiedad en la infancia. Madrid: Morata.

MARCIN, C. (1993) Controvertido: Una visión (dis) pareja. En: Ararú. Revista para padres con necesidades especiales. No. 1. Enero - Abril, 1993. México: Madin Impresores S.A.

MENDENHALL, W. y REINMUNTH, J. (1993). Estadística para administración y economía. México: Grupo Editorial Iberoamérica.

MIRAS, M. F. (1992) El desarrollo fonarticulatorio del habla infantil. Granada: Instituto de Estudios Almerienses. Campus Universitario de Almería.

PADRÓN, A. y Cols. (1995) Manual para la elaboración de historia clínica y evaluación psicológica. México: Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

PELSES BURTANTE, Ma. (1979) Teorías de la personalidad. Madrid: Morata.

RAMÍREZ, S. (1985) Infancia es destino. México: Siglo XXI.

RAMÍREZ, V. A. (1996) Adaptación de la prueba de Ansiedad de Rasgo de Charles D. Spielberger. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.

RODRÍGUEZ, A. E.(1989) La ansiedad y la depresión en la conducta laboral del trabajador. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.

RODRÍGUEZ ESTRADA, M. y GÓMEZ RINCÓN, M. (1992) La mujer creativa. México: Pax-México.

RONDAL, J. A (1979) Fathers' and Mothers' speech in early language development. Journal of Child Language. Vol. 7. No. 2. 1980. Págs. 353 - 369.

RONDAL, J. A. (1990) La interacción adulto - niño y la construcción del lenguaje. México: Trillas.

SAMPIERI, R. y Cols. (1991) Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.

SAZANNE, S. (1969) El carácter de la mujer. Barcelona: Herder.

SCHAFFER, H.R. (1989) Interacción y socialización. Madrid: Visor Distribuciones.

SCHIPANI, D. (1969) La angustia y la dimensión trascendente. Buenos Aires: La Aurora.

SPIELBERGER, C. D. (1972) Anxiety: Current trends in Theory and Research. New York: Academic Press. Vol. I - II.

SPIELBERGER, C. D. y DÍAZ GUERRERO, R. (1975) IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado. México: Manual Moderno.

SPIELBERGER, C. D. y DÍAZ GUERRERO, R. (1976) Cross - Cultural Anxiety. Estados Unidos: Hemisphere Publishing Cop.

SPIELBERGER, C. (1979). Tensión y Ansiedad. México: Harla.

TÉLLEZ, P. Ma. C. (1983) Estudio psicosocial de dos grupos de mujeres acerca de los padecimientos gastroentéricos de sus hijos. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.

WEIST, R. y KRUPPE, B. (1975) Parent and Sibling Comprehension of Children's Speech. Journal of Psycholinguistic Research, Vol. 6, No. 1, 1977. Págs. 49 - 57.

WHITTAKER, J. O. (1971) Psicología. México: Iberoamericana.

WITKIN-LANOIL, G. (1985) El estrés de la mujer. Barcelona: Grijalbo.

**SISTEMA DE CUOTAS DE RECUPERACION  
NIVEL NACIONAL**

SECRETARIA DE SALUD  
UNIDADES APLICATIVAS DE SERVICIOS MEDICO - ASISTENCIALES  
FICHA SOCIO - ECONOMICA INICIAL

PRECONSULTA # \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 SERVICIO \_\_\_\_\_ No. DE EXP. \_\_\_\_\_  
 No. DE CAMA \_\_\_\_\_ SITUACION LEGAL \_\_\_\_\_  
 REFERENCIA \_\_\_\_\_  
 CONTRARREFERENCIA \_\_\_\_\_  
 INGRESO HOSPITALARIO: 1a. VEZ ( ) REINGRESO ( ) NIVEL  
 SOCIOECONOMICO \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) P ( ) EDO. CIVIL. SOLTERO ( ) CASADO ( )  
DIA MES AÑO VIUDO ( )  
 DIVORCIADO ( ) U. LIBRE ( )  
 EDAD \_\_\_\_\_ REG. ( )  
 ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ COMPLETA ( ) INCOMPLETA ( )  
 OCUPACION \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_ ORIGINARIO \_\_\_\_\_  
 DERECHOHABIENTE DE: IMSS ( ) ISSSTE ( ) OTRO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO PERMANENTE \_\_\_\_\_  
CALLE No EXT No INT COLONIA DELEGACION  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_  
C. P CIUDAD-EDO.  
 DOMICILIO TEMPORAL \_\_\_\_\_  
CALLE No EXT No INT COLONIA DELEGACION  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_  
C P CIUDAD-EDO.  
 NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO MEDICO \_\_\_\_\_

GRUPO FAMILIAR	CALIF.
10 O MAS INTEGRANTES	0
7 A 9 INTEGRANTES	1
4 A 6 INTEGRANTES	2
1 A 3 INTEGRANTES	3

OCUPACION	CALIF.
DESEMPLEADOS	0
SUBEMPLEADOS	1
OBREROS	2
EMPLEADOS	3
TECNICOS	4
PROFESIONISTAS, EMPRESARIOS Y EJECUTIVOS	5

INGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)	
JEFE DE FAMILIA	\$
ESPOSO (A)	\$
HUO (A)	\$
OTROS :	\$
TOTAL	

EGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)	
ALIMENTACION	\$
RENTA O PREDIO	\$
AGUA	\$
LUZ	\$
COMBUSTIBLE	\$
TRANSPORTE	\$
EDUCACION	\$
CONSUMOS	\$
ADICIONALES	\$
TOTAL	\$

INDICE ECONOMICO POR PERSONA \$ \_\_\_\_\_

SALARIO	CALIF.	<input type="checkbox"/>
SIN SALARIO	0	
- DEL SALARIO MINIMO	1	
SALARIO MINIMO	2	
+ DEL SALARIO MINIMO	3	
2 - 3 VECES SALARIO MINIMO	4	
3 - 5 VECES SALARIO MINIMO	5	

SITUACION ECONOMICA	CALIF.	<input type="checkbox"/>
INDIGENCIA	0	
DEFICIT	1	
EQUILIBRIO	2	
SOLVENTE	3	
EXCEDENTE	4	

TIPO DE VIVIENDA	CALIF	<input type="checkbox"/>
SIN VIVIENDA	0	
JACAL / CHOZA	1	
VECINDAD / CUARTOS IMPROVISADOS	2	
CASA / DEPTO. POPULAR	3	
CASA / DEPTO. RESIDENCIAL	4	

NUMERO DE DORMITORIOS	CALIF	<input type="checkbox"/>
VIVIENDA DE UN CUARTO	0	
VIVIENDA C/ 1 DORMITORIO	1	
VIVIENDA C/ 2 DORMITORIOS	2	
VIVIENDA C/ 3 DORMITORIOS	3	
VIVIENDA C/ 4 Y + DORMITORIOS	4	

DIAGNOSTICO SOCIAL: DATOS PROPORCIONADOS POR: \_\_\_\_\_

SUMA DE LAS CALIFICACIONES	
GRUPO FAMILIAR	
OCUPACION	
SALARIO	
SITUACION ECONOMICA	
TIPO DE PROPIEDAD	
NUMERO DE DORMITORIOS	
TOTAL DE PUNTOS	

ESCALA DE CALIFICACION					
0 - 3	4 - 7	8 - 11	12 - 15	16 - 20	21 - 25
EXENTO	A	B	C	D	E

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

## Anexo # 2.

### EDAD DE LA MADRE

Value Label	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
22	2	3.3	3.3	3.3
23	6	10.0	10.0	13.3
24	4	6.7	6.7	20.0
25	6	10.0	10.0	30.0
26	1	1.7	1.7	31.7
27	6	10.0	10.0	41.7
28	1	1.7	1.7	43.3
29	5	8.3	8.3	51.7
30	5	8.3	8.3	60.0
31	2	3.3	3.3	63.3
32	2	3.3	3.3	66.7
33	6	10.0	10.0	76.7
34	1	1.7	1.7	78.3
35	2	3.3	3.3	81.7
36	1	1.7	1.7	83.3
37	1	1.7	1.7	85.0
38	3	5.0	5.0	90.0
39	2	3.3	3.3	93.3
40	1	1.7	1.7	95.0
43	1	1.7	1.7	96.7
44	2	3.3	3.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

### NIVEL DE ESTUDIOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
PRIMARIA	1	18	30.0	30.0	30.0
SECUNDARIA	2	16	26.7	26.7	56.7
PREPARATORIA	3	7	11.7	11.7	68.3
C. TECNICA	4	12	20.0	20.0	88.3
LICENCIATURA	5	7	11.7	11.7	100.0
Total		60	100.0	100.0	

### NIVEL SOCIOECONOMICO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
A	1	6	10.0	10.0	10.0
B	2	29	48.3	48.3	58.3
C	3	16	26.7	26.7	85.0
D	4	8	13.3	13.3	98.3
E	5	1	1.7	1.7	100.0
Total		60	100.0	100.0	



## TIPO DE FAMILIA

Value Label	Value	Frecuency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
FUNCIONAL	1	28	46.7	46.7	46.7
DISFUNCIONAL	2	32	53.3	53.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

### Anexo # 3.

#### ESCALA ANSIEDAD ESTADO, puntuaciones brutas.

Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent	
25	1	1.7	1.7	1.7	
27	2	3.3	3.3	5.0	
29	1	1.7	1.7	6.7	
30	1	1.7	1.7	8.3	
31	1	1.7	1.7	10.0	
33	2	3.3	3.3	13.3	
34	2	3.3	3.3	16.7	
35	2	3.3	3.3	20.0	
38	3	5.0	5.0	25.0	
39	4	6.7	6.7	31.7	
40	5	8.3	8.3	40.0	
41	1	1.7	1.7	41.7	
42	4	6.7	6.7	48.3	
43	1	1.7	1.7	50.0	
44	4	6.7	6.7	56.7	
45	3	5.0	5.0	61.7	
46	3	5.0	5.0	66.7	
47	3	5.0	5.0	71.7	
48	3	5.0	5.0	76.7	
49	1	1.7	1.7	78.3	
51	2	3.3	3.3	81.7	
54	3	5.0	5.0	86.7	
55	1	1.7	1.7	88.3	
57	2	3.3	3.3	91.7	
64	1	1.7	1.7	93.3	
66	2	3.3	3.3	96.7	
67	1	1.7	1.7	98.3	
68	1	1.7	1.7	100.0	
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>		
Mean	44.03	Median	43.50	Mode	40.0
Std dev	9.993	Minimum		Maximum	68
			25		

## ESCALA ANSIEDAD RASGO

Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
28	3	5.0	5.0	5.0
30	1	1.7	1.7	6.7
31	1	1.7	1.7	8.3
32	5	8.3	8.3	16.7
34	3	5.0	5.0	21.7
35	2	3.3	3.3	25.0
36	1	1.7	1.7	26.7
37	2	3.3	3.3	30.0
38	3	5.0	5.0	35.0
39	2	3.3	3.3	38.3
40	4	6.7	6.7	45.0
41	3	5.0	5.0	50.0
42	1	1.7	1.7	51.7
43	7	11.7	11.7	63.3
44	5	8.3	8.3	71.7
45	3	5.0	5.0	76.7
46	1	1.7	1.7	78.3
47	1	1.7	1.7	80.0
49	2	3.3	3.3	83.3
51	1	1.7	1.7	85.0
52	2	3.3	3.3	88.3
54	1	1.7	1.7	90.0
56	1	1.7	1.7	91.7
57	2	3.3	3.3	95.0
59	2	3.3	3.3	98.3
61	1	1.7	1.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Mean 41.817 Median 41.5 Mode 43  
 Std dev 8.249 Minimum 28 Maximum 61

Los puntajes obtenidos por las madres se distribuyen de acuerdo al siguiente rango según el Diagnóstico:

## ANSIEDAD ESTADO ANARTRICOS

Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
20 - 34	5	16.7	16.7	16.7
35 - 49	18	60.0	60.0	76.7
50 - 64	6	20.0	20.0	96.7
65 - 80	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

### ANSIEDAD RASGO ANÁRTRICOS

Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
20 - 34	5	16.7	16.7	16.7
35 - 49	22	73.3	73.3	90.0
50 - 64	3	10.0	10.0	100.0
65 - 80	0	0.0	0.0	
Total	30	100.0	100.0	

### ANSIEDAD ESTADO AFÁSICOS

Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
20 - 34	5	16.7	16.7	16.7
35 - 49	19	63.3	63.3	80.0
50 - 64	3	10.0	10.0	90.0
65 - 80	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

### ANSIEDAD RASGO AFÁSICOS

Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
20 - 34	8	26.7	26.7	26.7
35 - 49	15	50.0	50.0	76.7
50 - 64	7	23.3	23.3	100.0
65 - 80	0	0.0	0.0	
Total	30	100.0	100.0	

Anexo # 4.

Para comprobar la relación entre las variables Diagnóstico versus Nivel de Ansiedad Estado - Rasgo, se realiza T-TEST.

DIAGNÓSTICO by ANSIEDAD ESTADO

Count		A_ESTADO							Row Total
		25	27	29	30	31	33	34	
Diagnóstico									
Afásico	1		2	1	1		1		30
									50.0
Anártrico	2	1				1	1	2	30
									50.0
Column		1	2	1	1	1	2	2	60
(Continued)	Total	1.7	3.3	1.7	1.7	1.7	3.3	3.3	100.0

DIAGNÓSTICO by ANSIEDAD ESTADO

Count		A_ESTADO							Row Total
		35	38	39	40	41	42	43	
Diagnóstico									
Afásico	1		2	1	3		3	1	30
									50.0
Anártrico	2	2	1	3	2	1	1		30
									50.0
Column		2	3	4	5	1	4	1	60
(Continued)	Total	3.3	5.0	6.7	8.3	1.7	6.7	1.7	100.0

DIAGNÓSTICO by ANSIEDAD ESTADO

Count		A_ESTADO							Row Total
		44	45	46	47	48	49	51	
Diagnóstico									
Afásico	1	3	2		2	1	1		30
									50.0
Anártrico	2	1	1	3	1	2		2	30
									50.0
Column		4	3	3	3	3	1	2	60
(Continued)	Total	6.7	5.0	5.0	5.0	5.0	1.7	3.3	100.0

DIAGNÓSTICO by ANSIEDAD ESTADO

		A_ESTADO								
		Count							Row	
Diagnóstico			54	55	57	64	66	67	68	Total
Afásico	1	2			1		2		1	30
										50.0
Anártrico	2	1	1	1	1			1		30
										50.0
	Column	3	1	2	1	2	1	1		60
(Continued)	Total	5.0	1.7	3.3	1.7	3.3	1.7	1.7		100.0

DIAGNÓSTICO by ANSIEDAD RASGO

		A_RASGO								
		Count							Row	
Diagnóstico			28	30	31	32	34	35	36	Total
Afásico	1	2	1			4	1	1	1	30
										50.0
Anártrico	2	1		1	1	2	1			30
										50.0
	Column	3	1	1	5	3	2	1		60
(Continued)	Total	5.0	1.7	1.7	8.3	5.0	3.3	1.7		100.0

DIAGNÓSTICO by ANSIEDAD RASGO

		A_RASGO								
		Count							Row	
Diagnóstico			37	38	39	40	41	42	43	Total
Afásico	1	2				1	2		2	30
										50.0
Anártrico	2		3	2	3	1	1		5	30
										50.0
	Column	2	3	2	4	3	1	7		60
(Continued)	Total	3.3	5.0	3.3	6.7	5.0	1.7	11.7		100.0

DIAGNOSTICO by ANSIEDAD RASGO

		A_RASGO								
		Count							Row	
Diagnóstico			44	45	46	47	49	51	52	Total
Afásico	1	2	1			1	2	1	2	30
										50.0
Anártrico	2	3	2	1						30
										50.0
	Column	5	3	1	1	2	1	2		60
(Continued)	Total	8.3	5.0	1.7	1.7	3.3	1.7	3.3		100.0

## DIAGNÓSTICO by ANSIEDAD RASGO

Count		A_RASGO					Row Total
		54	56	57	59	61	
Diagnóstico	1	1	1	1	1		30
Afásico	2			1	1	1	30
Anártrico							50.0
Column		1	1	2	2	1	60
Total		1.7	1.7	3.3	3.3	1.7	100.0

T-TEST CRITERIA=CIN(.95).

t-tests for independent samples of DIAGNÓSTICO

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
A_ESTADO ANSIEDAD ESTADO				
AFÁSICO	30	44.2667	10,586	1.933
ANÁTRICO	30	43,8000	9,539	1,742

Mean Difference = ,4667

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,012 P= ,912

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	,18	58	,858	2,602	(-4,742; 5,676)
Unequal	,18	57,38	,858	2,602	(-4,744; 5,678)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
A_RASGO ANSIEDAD RASGO				
AFASICO	30	42.0000	9.131	1.667
ANARTRICO	30	41.6333	7.416	1,354

Mean Difference = ,3667

Levene's Test for Equality of Variances: F= 3,753 P= ,058

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	,17	58	,865	2,148	(-3,933; 4,667)
Unequal	,17	55.66	,865	2,148	(-3,937; 4,670)

## Anexo # 5.

Para determinar la relación entre las variables: nivel de estudios, tipo de familia, nivel socioeconómico y edad de la madre, versus nivel de Ansiedad Estado - Rasgo se aplica el Coeficiente de Correlación de Pearson.

-- Correlation Coefficients --

### NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MADRE Y ANSIEDAD - ESTADO

	N_ESTUDI	A_ESTADO
N_ESTUDI	1,0000 ( 60 ) P= ,	-,0725 ( 60 ) P= ,582
A_ESTADO	-,0725 ( 60 ) P= ,582	1,0000 ( 60 ) P= ,

### NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MADRE Y ANSIEDAD - RASGO

	N_ESTUDI	A_RASGO
N_ESTUDI	1,0000 ( 60 ) P= ,	-,1443 ( 60 ) P= ,271
A_RASGO	-,1443 ( 60 ) P= ,271	1,0000 ( 60 ) P= ,

### TIPO DE FAMILIA Y ANSIEDAD - ESTADO

	T_FAMILI	A_ESTADO
T_FAMILI	1,0000 ( 60 ) P= ,	,4313 ( 60 ) P= ,001
A_ESTADO	,4313 ( 60 ) P= ,001	1,0000 ( 60 ) P= ,

### TIPO DE FAMILIA Y ANSIEDAD - RASGO

	T_FAMILI	A_RASGO
T_FAMILI	1,0000 ( 60 ) P= ,	,5957 ( 60 ) P= ,000
A_RASGO	,5957 ( 60 ) P= ,000	1,0000 ( 60 ) P= ,



NIVEL SOCIOECONOMICO Y ANSIEDAD - ESTADO

	NSE	A_ESTADO
NSE	1,0000 (.60)	-,2661 (.60)
	P= ,	P= ,040
A_ESTADO	-,2661 (.60)	1,0000 (.60)
	P= ,040	P= ,

NIVEL SOCIOECONOMICO Y ANSIEDAD - RASGO

	NSE	A_RASGO
NSE	1,0000 (.60)	-,4255 (.60)
	P= ,	P= ,001
A_RASGO	-,4255 (.60)	1,0000 (.60)
	P= ,001	P= ,

EDAD DE LA MADRE Y ANSIEDAD - ESTADO

	EDAD_MAD	A_ESTADO
EDAD_MAD	1,0000 (.60)	-,2348 (.60)
	P= ,	P= ,071
A_ESTADO	-,2348 (.60)	1,0000 (.60)
	P= ,071	P= ,

EDAD DE LA MADRE Y ANSIEDAD - RASGO

	EDAD_MAD	A_RASGO
EDAD_MAD	1,0000 (.60)	-,1660 (.60)
	P= ,	P= ,205
A_RASGO	-,1660 (.60)	1,0000 (.60)
	P= ,205	P= ,