

T  
157-61  
F634  
8j

50

# UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA



Perfil de Indicadores Emocionales y nivel de madurez en la percepción visomotriz en niños hijos de padres alcohólicos comparado con niños hijos de padres no alcohólicos e hijos de padres alcohólicos hospitalizados.

## TESIS

PREPARADA PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PARA OPTAR AL GRADO DE

### LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTADA POR:

**SILVIA LUCIA FLORES HIDALGO**  
**ROXANA E. JEREZ DE QUINTANILLA**  
**MARIA LETICIA PORTILLO MARTINEZ**

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

ABRIL - 1985

881008.NV15N

16-9-85

UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA  
BIBLIOTECA

ASESOR:

LIC. CARLOS VILLEDA

JURADO CALIFICADOR :

LIC. RENE P. OSORIO

LIC. SALVADOR VALDIVIESO


LIC. RICARDO ORELLANA

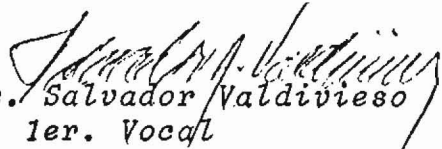
A C T A N° 3 - 85

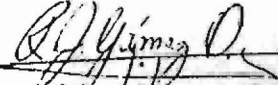
En la Sala de Sesiones de la Universidad Francisco Gavidia, a las DIEZ horas del día dieciocho del mes de mayo de mil novecientos ochenta y cinco, siendo éstos el día y la hora señalados para el análisis y la defensa de la Tesis titulada "PERFIL DE INDICADORES EMOCIONALES Y NIVEL DE MADURACION EN LA PERCEPCION VISOMOTRIZ EN NIÑOS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS EN COMPARACION CON NIÑOS HIJOS DE NO ALCOHOLICOS Y NIÑOS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS", presentada por las estudiantes Silvia Lucía Flores Hidalgo, Roxana Elizabeth Jerez de Quintanilla y María Leticia Portillo Martínez, y estando presentes las interesadas, se procedió a dar cumplimiento a lo estipulado, habiendo llegado el Tribunal después del interrogatorio y las deliberaciones correspondientes, a pronunciarse por este fallo:

APROBADO.

Y no habiendo más que hacer constar, se da por terminada la presente.

  
Lic. René F. Otero  
Presidente

  
Lic. Salvador Valdivieso  
1er. Vocal

  
Lic. Ricardo Orellana  
2do. Vocal

## INDICE

CAPITULO		PAGINA No.
	INTRODUCCION	
I	MARCO TEORICO .....	5
	1. Consideraciones Generales sobre el Alcoholismo	
	1.1. Antecedentes .....	6
	1.2. Definición .....	14
	1.3. Etiología .....	19
	2. Desarrollo de la Personalidad del Niño .....	27
	2.1. Definición de Personalidad .....	27
	2.2. Teoría Psicoanalítica .....	29
	2.3. Teoría Cognoscitiva .....	32
	2.4. Teoría del Aprendizaje .....	33
	2.5. Adaptación y desadaptación en el niño .....	37
	2.6. Efectos del padre alcohólico en el desarrollo emocional del niño .....	46
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	61
	1. Objetivos .....	71
	1.1. Objetivos Generales .....	71
	1.2. Objetivos Específicos .....	72

III	SISTEMA DE HIPOTESIS Y DEFINICION DE VARIABLES .....	74
	1. Definición de Hipótesis .....	74
	2. Definición y Control de variables.....	75
	2.1. Variables Independientes .....	75
	2.2. Variables Dependientes.....	76
	2.3. Variables Intervinientes .....	77
IV	METODOLOGIA.....	78
	1. Sujetos .....	78
	2. Instrumentos y Técnicas.....	80
	2.1. Test Gestáltico Visomotor de Bender(Koppitz,1974) .....	80
	2.1.1. Antecedentes .....	80
	2.1.2. Descripción del Test.....	83
	2.1.3. Interpretación.....	86
	2.1.4. Indicadores Emocionales.....	88
	2.1.5. Nivel de madurez en la percepción Visomotriz.....	92
	2.2. El Test D.F.H.....	94
	2.3. Cuestionario para corroborar la selección de niños hijos de pa- dres alcohólicos y no alcohólicos..	101
	3. Procedimiento .....	101
V	ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	105

VI	DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	129
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	139
	REFERENCIAS.....	142
	APENDICES.....	146
A.	Manual de Tabulación para los 30 indicadores Emocionales del D.F.H. Infantil (Koppitz, 1974).....	147
B.1.	Manual de Tabulación para los indicadores Emocionales en el Bender Infantil (Koppitz, 1974).....	151
B.2.	Indicadores Emocionales. Test Bender (Koppitz, 1974).....	161
C	Manual revisado de valoración de la Escala de Maduración del Test Bender (Koppitz, 1974).....	168
D	Cuadro Normativo para el sistema de puntuación de Escalas de Maduración del Test de Bender (Koppitz, 1974).....	177
E	Protocolo de calificación del Bender Infantil....	178
F	Protocolo de calificación del D.F.H.....	179
G	Entrevista estructurada para la corroboración de niños seleccionados como hijos de padres alcohólicos.....	180
H	Cuadro comparativo de indicadores emocionales del D.F.H. y Bender.....	183

I	Cuadro de datos estadísticos sobre ingreso de alcoholismo en Hospitales Psiquiátricos de nuestro país.....	187
J	Cuadro sobre edad y frecuencia con que han sido hospitalizados.....	188
K	Cuadro sobre edad de inicio y frecuencia con que se embriagan.....	189
L	Personas arrestadas por la Policía Nacional.....	190
M	Historia clínica textual de un enfermo alcohólico.....	191
N	Caso textual sobre efecto del alcoholismo del padre en la familia; aparecido en un periódico nacional.....	194
Ñ	Ilustraciones comparativas presentadas en el D.F.H. y Bender por los niños hijos de padres alcohólicos ,y no alcohólicos y alcohólicos hospitalizados.....	195

## INTRODUCCION

Este documento contiene algunas consideraciones teóricas sobre el alcoholismo como enfermedad y sus consecuencias individuales, familiares y sociales; así como también sobre el desarrollo normal y anormal del niño. Tomando como base estas teorías se llevó a cabo la presente investigación que consistió en explorar el influjo negativo que ejerce el alcoholismo del padre en el desarrollo de la personalidad del niño y la madurez en la percepción viso-motriz; en niños de 6 años a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos, comparados con niños hijos de padres no alcohólicos y niños hijos de padres alcohólicos hospitalizados.

El propósito de este estudio es brindar un aporte a la ciencia de la psicología, que permita una mayor comprensión de la influencia que ejerce el alcoholismo del padre en el niño; así como también a partir de las conclusiones, se podrá establecer medidas más efectivas y determinar los métodos terapéuticos, a utilizar a partir de un diagnóstico de la condición emocional del niño.

En algunas investigaciones que existen sobre las consecuencias del alcoholismo en los hijos, se plantea que el niño que está sometido a un ambiente en donde el padre es alcohólico estará expuesto a soportar la variada problemática que caracteriza a un alcohólico y por ende sufrirá trastornos -

UNIVERSIDAD "FRANCISCO GAVIDIA"  
**BIBLIOTECA**



emocionales que le impedirán un desenvolvimiento saludable.

Es así que surgió el interés por realizar la presente investigación ya que no existe en El Salvador y, muy poco en otros países, estudios que hayan tratado este tema.

Para realizar el presente estudio, se delimitó la zona nor- oriente de San Salvador, dentro de la que se seleccionaron cuatro Escuelas Oficiales, para formar la muestra de 200 niños, entre las edades de 6 años a 10 años 11 meses. Del total de la muestra , 100 niños integraban el grupo de hijos de padres alcohólicos y 100 niños hijos de padres no alcohólicos

La muestra se seleccionó ,mediante la administración de un cuestionario exploratorio, sobre la convivencia con el padre alcohólico.

En la evaluación se utilizaron instrumentos de reconocida validez, los cuales fueron: El test Gestáltico Visomotor de Bender (Koppits, 1974), para evaluar la madurez en la percepción visomotriz e indicadores emocionales; y el test del dibujo de la figura humana en niños , D.F.H. (Koppitz, 1974) para evaluar los Indicadores Emocionales.

Con el propósito de extender los hallazgos, también se incluyó una muestra de niños hijos de padres alcohólicos ingresados en el Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S. que su residencia correspondiera a la zona nor-oriente de San Salva-

dor y que asistieran a Escuelas Oficiales. Esta muestra se integró con 25 niños de 6 años a 10 años 11 meses, con -- quienes se trabajó de la misma manera que los grupos anteriores.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el análisis de varianza y la prueba de rangos de Duncan.

Como resultado de la investigación se elaboró un perfil de indicadores emocionales y el nivel de madurez visomotriz en el grupo de niños hijos de padres alcohólicos, comparados con el grupo de hijos de padres no alcohólicos.

No se encontró un indicador emocional que permitiera discriminar a grupo de hijos de padres alcohólicos e hijos de padres no alcohólicos. Solamente se observó en los hijos de padres alcohólicos un incremento en indicadores emocionales presentados, siendo éste más alto en los hijos de padres alcohólicos hospitalizados.

Este trabajo de investigación, reviste mucha importancia en la formación profesional de la autoras, que en el - proceso metodológico obtuvieron valiosos conocimientos y experiencias; entre las cuales primordialmente están las na - raciones que hicieron algunos niños sobre su visión y concepto del padre alcohólico; así como también los resultados plasmados en las conclusiones que permiten una mayor com - prensión del alcoholismo como enfermedad y su influencia ne

gativa en el desarrollo y crecimiento normal del niño hijo de alcohólico.

La presente investigación pretende ser objeto de inquietud para profesionales, instituciones y personas interesadas en el problema del alcoholismo para que realicen investigaciones más amplias que aporten a la psicología hallazgos concretos sobre las secuelas psicológicas que en el niño ha dejado el alcoholismo de su padre y así poder establecer programas preventivos y terapéuticos más efectivos.

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

El alcoholismo es un término que durante las diferentes etapas de la evolución histórica se ha aplicado al consumo de bebidas alcohólicas, como un vicio o conducta perversa. Este criterio ha sido sustituido por el de alcoholismo como enfermedad y fué incluido en la clasificación de enfermedades, debido a la dependencia psicofisiológica y a los trastornos psíquicos producidos por el consumo regular del alcohol. Las diversas investigaciones reportan que la causa del alcoholismo es multifactorial, concurriendo elementos individuales y ambientales adscritos a las series psicológicas, psicopatológicas y sociales. Este último aspecto engloba agentes socioeconómicos, sociopolíticos y especialmente socioculturales.

En nuestras sociedades, siendo el hombre el elemento principal del grupo primario, su alcoholismo tiene desencadenantes catastróficos para la familia y la sociedad; en gran parte es reponsable de la desintegración familiar, trastornos psicológicos en los hijos, lo cual es agravado por situaciones conflictivas de tipo social, económico y laboral.

Este estudio se ha orientado a determinar la influencia del alcoholismo del padre en el desarrollo y crecimiento del niño; quien está expuesto a la experiencia de conductas irracionales del padre y a situaciones de tensión, conflictos y agresión constante en el ambiente familiar.

En el desarrollo de la personalidad, se exponen tres teorías, las cuales enfocan el desarrollo en diferentes facetas, pero coinciden en que para un desarrollo saludable, el niño necesita de un ambiente estimulador.

De acuerdo a los objetivos del estudio y para una mejor comprensión, este capítulo contiene dos subdivisiones principales: Consideraciones Generales del Alcoholismo y Desarrollo de la Personalidad del Niño, su adaptación y desadaptación.

## 1. Consideraciones Generales sobre el Alcoholismo

### 1.1. Antecedentes

El Alcoholismo no es un problema nuevo, desde épocas antiguas se viene hablando de él, así existen diferentes estudios acerca de la interpretación o significado social del alcohol. En la época primitiva ya se daba este problema, así Horton, citado por Fernández (1979), por ejemplo, decía que los hombres primitivos recurrían al alcohol para luchar contra la angustia promovida por su precaria situación en el seno de una naturaleza desconocida

y, peligrosa. Contrariamente a esta interpretación Fernández(1979), refiriéndose siempre a los estudios de las Sociedades Primitivas hechos por Horton en Sudáfrica, dice que estas Sociedades se entregaban a orgías dionisiacas de raíz religiosa o al menor ritual con una finalidad intrínsecamente placentera. Plantea que en estas orgías trataban de "celebrar algo" y no de "neutralizar algo". En estas fiestas sacras y rituales excluían a las mujeres y a los niños .La incorporación orgiástica de un joven implicaba el reconocimiento de su iniciación viril. Por tanto dice que la bebida alcohólica aparece más como una fuente de potencia y virilidad que como un antídoto del miedo y la angustia. Dice que la bebida alcohólica sería -- equiparable a un sucedáneo de la sangre masculina. Respecto a este planteamiento puede decirse que en nuestro medio tiene una similitud pues en la época actual siempre se utiliza la bebida para acentuar el patrón cultural del machismo; tal como puede observarse en la propaganda comercial se trata de introducir en sus mensajes sobre consumo de bebidas, aspectos de virilidad. Es así que el alcoholismo por diferentes factores fue incrementándose, llegando a tener una enorme incidencia, la cual varía

aparentemente en relación con factores sociales y culturales. {Existen diferentes estudios al respecto, por ejemplo se tiene que en Estados Unidos de América se estima que hay cerca de cuatro y medio millones de personas alcohólicas, se calcula que por lo menos 12.000 alcohólicos mueren cada año, debido a su alcoholismo crónico. Ya en 1960 calculaban que el 14.6% eran alcohólicos. Los casos de alcoholismo que ahora ingresan a los hospitales del estado ocupan el tercer lugar en frecuencia, tras la esquizofrenia y los trastornos mentales de la edad avanzada ( Kolb, 1963).

Según Mayer-Gross, citados por Yates (1982) en 1946-1950 las enfermedades relacionadas con el alcohol constituyeron el 18% de las admisiones masculinas a la clínica psiquiátrica universitaria en Burgholzli (Suiza) y aproximadamente el 1% correspondían al alcoholismo crónico. Por otra parte en Brasil, por ejemplo, los ingresos hospitalarios por alcoholismo se triplicaron desde 1960; en Chile el 30% del presupuesto de los servicios de atención médica y psiquiátrica, fue destinado al "tratamiento" del alcoholismo y a las repercusiones que éste deja. La cirrosis hepática (secuela del alcoholismo), figura entre las cinco causas principales de morta

lidad para personas entre los 25 y 64 años.

En nuestro medio se recabaron datos de ingreso por alcoholismo en los Hospitales Psiquiátricos del país (ver anexo I) en los cuales se observa el alto porcentaje de ingresos a causa del alcoholismo en comparación con otros trastornos psiquiátricos. Estos datos pueden revelar la magnitud del alcoholismo como problema social y a esto agregar la imposibilidad de contar con estadísticas de personas alcohólicas que todavía no han llegado a una etapa crítica del proceso alcohólico, pero que van camino a ella.

Cabe señalar que los ingresos en el Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S. tienden a disminuir progresivamente. Esto se debe, según explicación del Jefe de Prestaciones (Pabellón de Alcohólicos del I.S.S.S.), a la situación actual que vive el país, las condiciones de desempleo inciden en la disminución de los cotizantes.

Existen otras investigaciones en nuestro medio que revelan el problema del alcoholismo y que a continuación se detallan:

En los años 1978-1979 el Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (MIPLAN) junto con la Dirección General de



Estadísticas y Censos (DIGESTYC) realizaron una investigación sobre "servicios médicos , invalidez, vacunación y alcoholismo"

El propósito de ésta era conocer la cobertura y efectividad de los programas de asistencia pública del sector salud, en la demanda de atención sanitaria ya que no existía información estadística que permitiera establecer metas reales y procesos en el campo de la planificación.

Investigando en el área de alcoholismo, en hombres de 15 años y más, la frecuencia con que se embriagan y que han sido hospitalizados (ver apéndice J), encontraron en estos aspectos, una mayor frecuencia en los hombres que beben los fines de semana y que han sido hospitalizados una vez. Por lo que puede observarse que no es necesario que el alcohólico se emborrache todos los días para presentar cuadros clínicos, sino los "bolos" de los fines de semana" también pueden presentar dichos cuadros. Por otro lado también investigaron en la zona rural y urbana la edad de inicio a la bebida -- con respecto a la frecuencia con que se embriagan (ver anexo K), obteniendo en los resultados que la edad de inicio en la bebida está entre los jóvenes de 15 y 19 años de edad. En cuanto a la zona rural

y urbana predomina el mayor porcentaje de alcoholismo en la zona rural. Puede suponerse que ésto se debe, por un lado que el patron cultural del machismo se encuentra más acentuado en estas zonas y por otro lado, que carecen de diferentes tipos de diversión por lo que el alcohol es un sustituto.

Con relación a la frecuencia con que beben, se encontró que predominan los jóvenes de 15 a 19 años del área urbana que beben casi todos los días.

En los que beben los fines de semana casi es -- igual el porcentaje en ambas zonas y en los que beben 1 ó 2 veces al mes; y los que rara vez predomina el área rural. }

Otra investigación realizada por Morán en el año de 1960 referente a los antecedentes alcohólicos familiares, se obtuvo que de una muestra de trabajo de 6012 casos, el 65% representaba los hogares en los que el padre presentaba un cuadro alcohólico, y las profesiones u ocupaciones a que se dedicaban estos padres eran variadas, desde profesionales y técnicos, hasta los subocupados, centrándose el mayor número de casos de padres alcohólicos entre los obreros y artesanos.

Ampliando la investigación, Morán(1960), realizó

un estudio con una muestra de 100 casos, en el que pretendió establecer la actitud del alcohólico ante sus responsabilidades de trabajo; administró una encuesta, obteniendo un 71% de pacientes que faltaban a su trabajo por haber ingerido licor, contra un 29% que manifestaba asistir aún influidos por el alcohol. En su estudio Morán(1960), refiere que quizá no habría que referirse al 71% de faltistas ya que su misma impotencia los habría librado de muchos accidentes de trabajo, pero ese 29% que asistía a sus labores bajo la depresión alcohólica, señalaba un grave peligro para la industria, ya que en ese estado, está expuesto a sufrir accidentes con las consiguientes pérdidas tanto para el industrial como para el obrero disminución de la capacidad de trabajo; respecto a este punto encontró un 70% que admitió la disminución de su capacidad laboral a consecuencia del alcohol, contra apenas 30% que dijo no haber disminuido . Con la declaración espontánea de los proprios pacientes Morán (1960), concluyó que tanto la industria como la agricultura y en fin todo el engranaje social, sufren disminución en rendimiento laboral, a consecuencia del alcoholismo.

Tal como puede observarse el alcoholismo es cau-

sante de problemas laborales, pues la persona alcoholizada no rendirá como individuo normal.

Por otra parte siempre en el aspecto social se tiene a Cotera (1969), quien investigó el elevado número de faltas al orden público causadas en su mayoría por el alcohol, citando entre éstas, ro bos, violaciones, secuestros, homicidios, etc. (ver anexo L), manifiesta que debido a ésto, cerca de un 75% de todas las actividades de la Guardia Nacional y de la Policía en esa época, eran debidas a la persecución o captura de ebrios. Esto coincide con investigaciones de otros países, tales como las realizadas, por Boor, (1975) y Leason (1976) en los efectos del uso del alcohol y delincuentes - arrepentidos sobre las dicisiones de sus sentencias, encontraron que los delincuentes tienen acu mul adas muchas convicciones previas de relaciones con el alcohol, percibiendose un gran número de - personas crónicas en el uso de éste y manifiestan que el uso del alcohol es un rasgo estable de con ducta entre los delincuentes. Mencionan que la em briaguez es a menudo utilizada como una defensa - legal ya que los delincuentes tratan de defenderse de las acusaciones, responsabilizando al alcohol por sus acciones.

Con estos datos puede decirse que el individuo comete más delitos bajo el efecto del alcohol, que riendo luego utilizarlo como una defensa legal, si tuación que en nuestro medio también es frecuente.

Con base a las investigaciones anteriores que nos revelan en forma cuantitativa, la realidad -- del problema en nuestra sociedad y siendo el hombre el elemento principal del grupo primario, su alcoholismo tiene desencadenantes catastróficos -- para la familia y la sociedad; en gran parte es - responsable de la desintegración familiar, trastor nos psicológicos en los hijos; lo cual es agravado por situaciones conflictivas de tipo social, econó mico y laboral.

El alcoholismo ha sido objeto de estudio en diferentes campos de la ciencia, así como por grupos sociales preocupados en encontrar métodos efectivos de tratamiento. Para los propósitos del estudio, es importante analizar algunos conceptos del alcoholismo, que han sido el resultado de diversas investigaciones , lo cual permitirá la formulación de un concepto a seguir en el curso de la investigación.

## 1.2. Definición

El Comité de Expertos de Salud Mental de la Orga

nización Mundial de la Salud, definió la población de alcohólicos como " aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado , que muestran una notable perturbación mental o una interferencia con su salud corporal y mental, con sus relaciones interpersonales y con su normal funcionamiento social y económico; o muestra signos preliminares de dicho desarrollo " (Yates, 1982, pág. 349)..

✓ ✕ Desde el punto de vista psicológico "El alcoholismo es un trastorno de conducta crónico manifestado por una preocupación desmedida por el alcohol, y su utilización, en detrimento de la salud física y mental, por pérdida de control cuando se empieza a beber y por una actitud auto-destructiva en las relaciones personales y situaciones vitales " ( Kaplan, 1983, pág. 427 ).\*

" Jellinek, citado por Fernández (1981), afirma -- que se puede llamar alcoholismo a todo uso de bebidas alcohólicas que causa un daño de cualquier tipo al individuo, la familia y la sociedad. "

La mayoría de autores, coinciden en definir el alcoholismo como causa de problemas físicos y mentales en el individuo y causante de influencias -- negativas a la familia y la sociedad.

UNIVERSIDAD "FRANCISCO GAVIDIA"

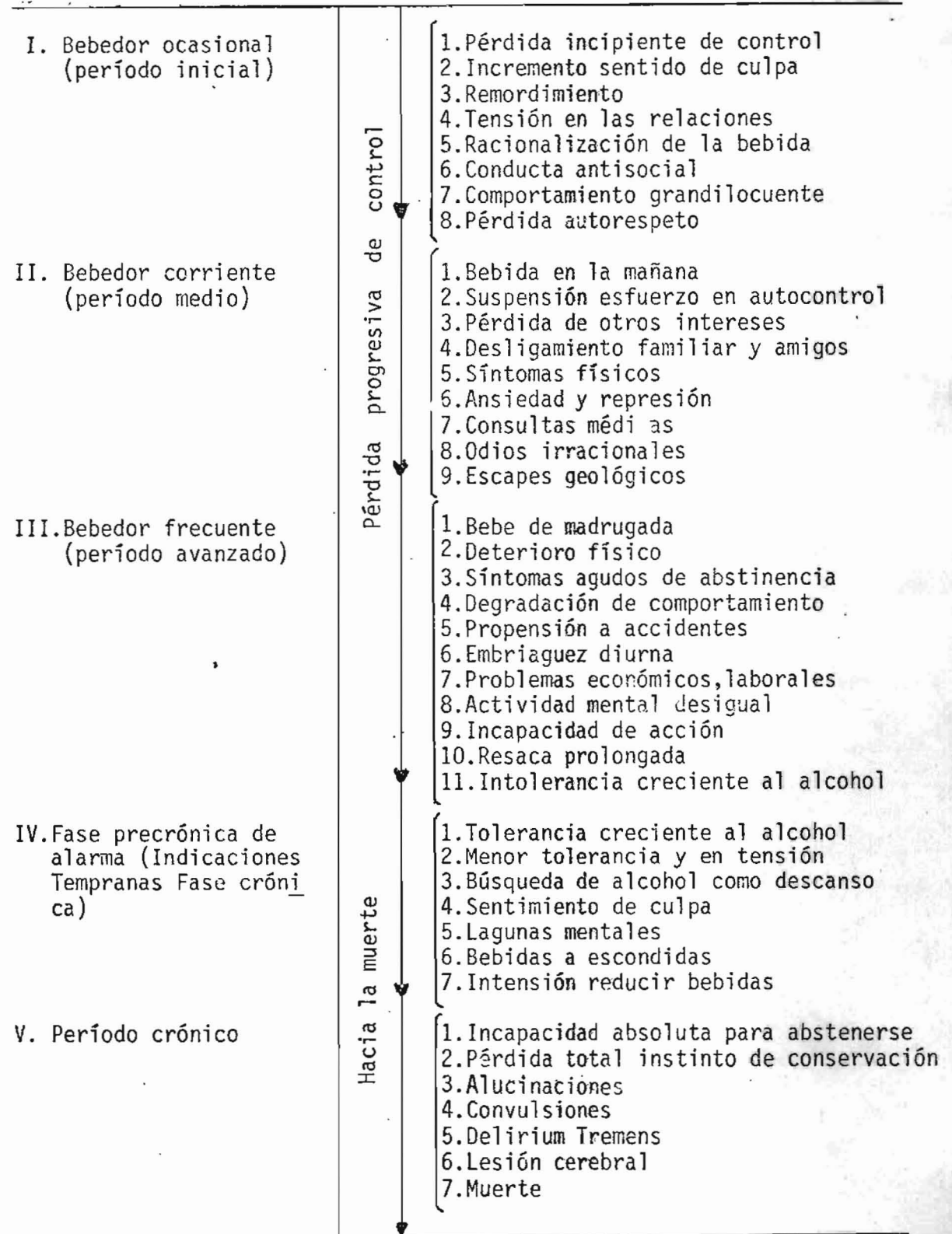
**BIBLIOTECA**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

Considerando que la definición de la O.M.S. es un aporte valioso para el estudio del alcoholismo como una enfermedad que interfiere en el desenvolvimiento normal del individuo en los diferentes ambientes, a causa de la perturbación mental, que le provoca el consumo excesivo del alcohol. Por la amplitud de esta definición, fué considerada como el punto de partida para este estudio.

A partir de esta comprensión, es oportuno definir operacionalmente al padre alcohólico como una persona del sexo masculino, jefe de familia que durante períodos prolongados ingiere grandes cantidades de alcohol y sufre desintegración de su personalidad, surgiendo cambios que varían desde una alteración en la estabilidad y el control emocional, hasta la demencia, que progresivamente lo lleva a un completo deterioro. Su afectividad, el deseo de superación y realización personal, así como el sentido de responsabilidad desaparecen. El estado de ánimo se caracteriza por euforia sin justificación o explosiones de irritabilidad. El alcohólico pasa por cinco fases definidas en el curso evolutivo de su carrera alcohólica que se describen a continuación:

DIAGRAMA DEL PROGRESO DEL ALCOHOLISMO DE MERSYDE, CITADO POR SUAREZ DE PADILLA, 1980, PAG. 49.





Tal como puede observarse en el diagrama anterior el alcoholismo aumenta en forma progresiva:

En el período inicial se observan los signos -- preliminares de perturbación llegando hasta el período más grave que es el crónico, donde el enfermo alcohólico presenta diferentes cuadros clínicos, a este respecto Bustamante (1979), refiere que el alcoholismo crónico, conlleva a la disminución de las facultades intelectuales donde, el pensamiento de conceptos abstractos da paso a otros más primitivos de forma sensorial. La apetencia intelectual se hace más pobre, se debilita mucho la memoria, la atención y ello repercute también desfavorablemente sobre cualquier actividad. Gradualmente el alcohólico desarrolla cuadros clínicos como : Delirium Tremens, psicosis, etc. que hacen necesario la hospitalización del sujeto.

El alcoholismo crónico puede dar lugar a psicosis agudas, subagudas y crónicas. Entre las primeras tenemos el delirium tremens, la alucinación alcohólica. Entre las subagudas están las pseudoparálisis alcohólicas y la psicosis de Korsakov. Como psicosis crónica figuran las psicosis delirantes y la debilidad mental alcohólica, Bustamante ( 1979).

Para ilustrar el curso de la enfermedad se cita una historia clínica textual presentada por un enfermo ( ver apéndice M).

Es importante conocer el origen del alcoholismo causante de los diferentes cuadros clínicos; por lo que se mencionan a continuación las formulaciones etiológicas.

### 1.3. Etiología

La etiología del alcoholismo ha sido objeto de estudio por diferentes autores, con el propósito de determinar los métodos efectivos de tratamiento y rehabilitación . Yates (1982), plantea la formulación sociológica en la que las influencias culturales ejercen un efecto significativo en la determinación de la incidencia del alcoholismo, cuando se mantiene constante la accesibilidad del alcohol.

Establece que hay incidencias ampliamente diferentes en distintos países y en diferentes áreas - dentro del mismo país. En general los hallazgos sociológicos apoyan la aproximación basada en la teoría del aprendizaje , en el sentido en que indican que la incidencia del alcoholismo es en parte una función del grado en el cual se puede reducir tensiones producidas por las condiciones de vida -

de una sociedad particular.

Las influencias culturales vienen a veces a reforzar los patrones familiares, abusan del uso del alcohol como medio para aliviar la angustia y la depresión.

Se considera que el planteamiento de esta formulación, es acertada ya que algunas investigaciones sociológicas demuestran que la cultura de cada país tiene mucha influencia en fomentar el consumo de bebidas alcohólicas. Para el caso, en nuestro medio claramente puede observarse como los patrones familiares y sociales inducen al individuo a la ingestión de licor en cualquier ámbito o circunstancia en que se encuentre. Los medios de comunicación, con la utilización de técnicas cada día más efectivas, gravan en la mente de los individuos un mensaje disfrazado de alegría, con confianza o seriedad, al encontrarse en un ambiente que permita el disfrute de diversas calidades de licor. Con esto se logra reforzar la conducta de ingestión excesiva, que posee el alcohólico y los efectos tóxicos que sufre, le impiden un enfrentamiento objetivo y saludable con la realidad.

Por otra parte, la teoría psicoanalítica enfoca la etiología del alcoholismo en la que Felman, cita

do por Yates (1982), manifiesta " que el concepto básico de la psicoterapia del paciente alcohólico es la idea de que el alcoholismo es un síntoma de una perturbación emocional subyacente" - ( pág. 351 ); respecto a esto Yates (1982) considera que generalmente se ha hecho énfasis en el empleo del alcohol como un sustituto adulto de -- efectos infantiles de alivio que posee la leche, ya que temporalmente produce un sentimiento de -- calmado bienestar que también reduce los sentimientos hostiles. }

Este autor hace notar, sin embargo, que no todos los adherentes a las corrientes dinámicas de la personalidad, rechazan el tratamiento "sintomático" del alcoholismo, fundamentando que debe trabajarse sobre el "conflicto", o perturbación subyacente. En forma similar Kant, citado por Yates (1982) sostiene que el condicionamiento contra el alcohol es un tratamiento sintomático , que no elimina las causas subyacentes del desajuste, lo que hace es frustrar un pseudo ajuste por el inadecuado medio del alcohol, y él mantiene la suposición hipotética , que se obliga al paciente a enfrentarse a la realidad sin ayuda del alcohol, se le impide retirarse y escapar hacia la intoxicación. Respec-

to a ésto se plantea la siguiente interrogante: ¿ cual será el resultado ?. Varios psicoterapeutas realmente ven un peligro en el tratamiento de los síntomas sin ajuste del trastorno de personalidad subyacente.

Es importante resaltar el valor de este enfoque terapéutico para la recuperación del alcohólico, ya que siendo el factor etiológico de la enfermedad, el problema de personalidad subyacente; al ser superado éste, el individuo ya no tendría necesidad de buscar la bebida.

Por otra parte , siempre en este mismo enfoque psicoanalítico, Kolb (1975), manifiesta que en un estudio acerca de familia y parientes de los alcohólicos se han encontrado que en el alcohólico es más frecuente que haya tenido una pérdida de padres en época temprana de su vida. También se ha encontrado que la persona que fungió como madre en el individuo alcohólico, fué indulgente y protectora en exceso, animó al individuo para que continuara las exigencias infantiles orales propias de los primeros períodos de la vida, llegando a ser estas exigencias tan grandes que no les es posible satisfacer.

El trastorno psicopatológico que conduce hacia

el alcoholismo, varía en cada individuo. En muchos casos parecería que el alcohólico pudo haber sufrido algún trauma psicológico en etapas tempranas de su vida, en ausencia de una figura conveniente, de tal forma que su personalidad permaneció fija en una etapa inicial, oral, del desarrollo. También se presenta el caso de personas que en ausencia de una figura conveniente con quien identificarse, nunca desarrollaron un superyo que los estabilizara.

Fernández (1979), plantea las hipótesis psicoanalíticas siguientes para explicar la etiología del alcoholismo:

- 1.- Los alcohólicos tienen una fijación oral que les estimula a beber, y en general, a usar la boca como la principal fuente de gratificación. El alcohólico, por medio de la bebida, trata de volver al estado de bienaventuranza que disfrutaba en el pecho materno. La personalidad del bebedor, por lo tanto, se adscribe al tipo oral.
- 2.- Los alcohólicos se sirven de la bebida para sedar la angustia de castración.
- 3.- La entrega del alcohólico a la bebida entraña una protesta hostil contra la sociedad al

proyectarse sobre ésta el odio que el alcohólico profesa a su padre. La agresividad sádica y las urgencias autodestructivas, el alcoholismo es un suicidio inconsciente.

- 4.- El alcoholismo es una enfermedad suscitada por la homosexualidad latente . A fin de satisfacer estas tendencias de la personalidad en el curso de las embriagueces y establecer vínculos de camaradería con otros bebedores. ( es la fijación anal lo que conduce con relativa frecuencia a una inclinación homosexual , en tanto que la fijación oral suele originar una personalidad pasiva y dependiente ).

Entre los autores que enfocan la teoría psicoanalítica, coinciden en plantear que en el individuo alcohólico existe un problema de personalidad. Este problema puede ser debido a las experiencias negativas que tuvo en su niñez, la cual cuando -- adulto lo lleva a beber sin medida.

El planteamiento teórico de Kolb (1975), referente a que la carencia de padres y experiencias traumáticas en la niñez conducen al alcoholismo, coinciden con los datos que se encontraron en una revisión de 78 historias clínicas de pacientes al-

cohólicos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Nacional, los cuales destacan los siguientes factores, en relación porcentual por la frecuencia con que se presentaron:

87% Edad de inicio en la carrera alcohólica ,predomina de los 14 a los 17 años.

55% Hijos provenientes de hogares desintegrados

45% Hijos sin padres

80% Hijos provenientes de padres alcohólicos

50% Padres o hermanos fallecidos a causa del alcoholismo.

25% Enuresis, en unos casos hasta los 12 años.

80% Maltrato a las familias e hijos de éstos

55% Intento de suicidio

Esta investigación de antecedentes de personalidad del alcohólico en nuestro medio pretendió realizarse también en el Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S. lo cual no fué posible , por no llevarse en este Centro historias clínicas y en el Hospital Rosales no se llevan registros por diagnósticos de alcoholismo.

Por los planteamientos anteriores puede concluirse que el alcoholismo es un problema de repercusiones incalculables, tanto para el sujeto que lo padece , la familia y la sociedad.



En lo individual sufre tanto de malestares físicos y psíquicos que le provocan una inadaptación al medio. Por otro lado en el campo familiar, el alcoholico no es capaz de cumplir satisfactoriamente su función como elemento principal de su familia.

Las investigadoras consideran que entre las víctimas inocentes en que repercute la gravedad de este problema se encuentran los hijos, y más que todo los niños que se encuentran en pleno desarrollo de su personalidad, donde con mucha facilidad éstos pueden adoptar el comportamiento conductual del padre, convirtiéndose en individuos en alto riesgo para el alcoholismo.

Por otra parte el niño en la época de su desarrollo necesita que el ambiente que le rodea tenga las condiciones propicias para el buen desenvolvimiento, cosa que el padre alcoholico no es capaz de brindarle, por lo tanto el niño se verá privado de aspectos determinantes que le afectarán su desarrollo emocional. Es así que se considera necesario conocer acerca de lo que es el desarrollo de la personalidad infantil, para entender las causas de la adaptación y desadaptación en el niño.

## 2. Desarrollo de la personalidad del niño, su adaptación y desadaptación

Cuando se observa a un grupo de niños jugar espontáneamente en cualquier lugar, llama la atención la gama de diferencias individuales, de conductas, características y motivaciones que presentan cada uno. Algunos muestran ser activos, extrovertidos, independientes, en tanto, que otros se muestran pasivos, dependientes, tímidos y retraídos. Cada niño manifiesta una personalidad única.

A este respecto, Reca (1976) plantea que el comportamiento de un niño en un momento dado "debe mirarse como una reacción de su personalidad tal cual es por sus caracteres heredados y tal cual ha sido modificado e integrado ya a lo largo de sus días; normal a veces, y dentro de lo normal capaz de enormes variaciones; anormal otras y; por lo tanto, llena de rincones y claroscuros imprevistos - a un estímulo que en ese momento obra sobre el " (pág. 25).

Se considera oportuno mencionar, qué se entenderá como personalidad para el presente estudio.

### 2.1. Definición de Personalidad

Según Mussen y Otros (1982), dicen que la personalidad es una perdurable organización o pauta de características o maneras de pensar, sentir, rela-

cionarse con los demás y adaptarse al ambiente; pauta o estructura que se manifiesta en toda una variedad de situaciones y ambientes.

Por otro lado, Reca (1976) plantea que "la personalidad está integrada por un sector consciente, de cuyos procesos tiene cabal conocimiento cada ser, y un sector inconsciente, sobre el que carece de dominio. En éste se acumulan las experiencias y las emociones que parecen olvidadas; en él queda el sedimento de los choques y conflictos -- anímicos; a él llegan y de él brotan, y se hacen visibles en la conducta, las manifestaciones de las tendencias instintivas" (pág. 25). Menciona también que el hombre recuerda su infancia en forma parcial, pero como experiencia vivida, como emociones sufridas y hábitos formados, esos años quedan en él y de muy lejos influyen sobre sus actos.

Es decir que el niño no siempre puede expresar lo que siente, no siempre manifiesta por qué obra de tal o cual manera. Las causas de sus actos son unas veces conscientes, otras no lo son. A veces no parecen tener relación con los hechos que aparentemente determinaron esos actos. Puede decirse, entonces que las diferentes formas de pensar, sen-

tir y actual del niño son reflejo de su personalidad.

La personalidad tiene un proceso de desarrollo, existen diferentes teorías que enfocan este desarrollo, entre las cuales se mencionan algunas:

## 2.2. Teoría Psicoanalítica

Freud , citado por Bee (1978), creía que el desarrollo de la personalidad obedecía a las reglas de un estatus fijo de desarrollo, con etapas originadas en parte por cambios madurativos del cuerpo. Consideraba que la secuencia de las etapas era la misma para todos los niños, pero la clase de trato que el niño recibía en cada etapa y en especial la clase de relaciones con los padres, que desarrolla en cada etapa, determinaría si el niño desarrollaría una personalidad adulta sana o una personalidad con conflictos y disturbios graves. Freud consideró que el bebé viene al mundo equipado con varios grupos de instintos , incluyendo uno que tiene que ver con la propia conservación (la respiración, el hambre y similares ) y otro que tiene que ver con la gratificación sexual.

El instinto sexual, en conjunto está dirigido a varios objetos en una secuencia fija durante la vida del individuo y en cada etapa la energía se-

xual, la cual se llama líbido, está concentrada en una sola parte del cuerpo llamada zona erógena.

En relación a las etapas del desarrollo psicoanalítico Freud citado por Mussen (1982), creyó que el individuo pasa por cierto número de etapas distintas en el curso de su maduración. Las etapas psicoanalíticas están centradas en las zonas corporales, es decir, diferentes partes son las fuentes primarias del placer en diferentes edades, y luego éstas son las que están más altamente catectizadas. Por ejemplo, se dice que en el primer año de vida el infante se encuentra en la etapa oral. La boca y las actividades orales (alimentarse, morder, escupir) están catectizadas con energía y proporcionan el más grande placer. Durante el segundo y tercer año, lo de la etapa anal, el niño experimenta satisfacción sensorial mediante la eliminación y la estimulación de la zona rectal. Los genitales se convierten en la fuente primordial de placer durante el cuarto y quinto año, que son los de la etapa fálica. Durante esta etapa el niño comienza a identificarse con el progenitor de su mismo sexo, a consecuencia de lo que Freud llamó complejo de Edipo. Según la teoría, el niño o niña pequeña tiene deseos (en su fantasía) de afec

to sexual hacia el progenitor del sexo contrario al suyo, y teme inconscientemente que el progenitor de su mismo sexo se enterará de estos deseos, se enfadará y le castigará. A fin de reducir la ansiedad engendrada por el conflicto, el niño o niña se defiende identificándose con el progenitor de su mismo sexo.

La identificación del niño conduce a la adopción de la conducta y de los valores del progenitor de su mismo sexo. Esto señala el comienzo del desarrollo del superego o conciencia del niño o la niña, que refleja el conjunto de lo aprobado o desaprobado por los padres y de tal modo, por la sociedad. Finalmente, en la adolescencia los objetos del amor se catectizan y los genitales maduros son la fuente primaria del placer; se llega así a la etapa genital.

Si la catexis, durante cualquier etapa, es demasiado intensa, el niño se muestra renuente a pasar a la etapa siguiente. La fijación puede producirse si el niño recibe demasiado o muy poco placer durante una determinada etapa del desarrollo.

Freud sugirió que tanto la insuficiencia como el exceso de placer durante la etapa oral podría dar lugar a problemas y síntomas en la edad adulta, co-

mo son el alcoholismo, la depresión o el optimismo y el pesimismo excesivo. La fijación en la -- etapa anal debía tener como resultado avaricia, - compulsividad, agresividad y resistencia pasiva, en tanto que la fijación en la etapa fálica, se - manifiesta en forma de pomposidad, narcismo y vani gloria. El integrar tipos de síntomas manifestados en la edad adulta, con algún tipo de fijación que ocurre en la primera infancia, fue indudablemente una de las conceptualizaciones más atrevidas de Freud.

### 2.3. Teoría Cognoscitiva

Piaget, citado por Bee (1982), fue el personaje central de la teoría del desarrollo cognoscitivo aunque muchos otros psicólogos contribuyeron considerablemente a la formación de esta teoría. Piaget se consagró casi exclusivamente al estudio de las similitudes entre los niños, llamándole la atención el hecho de que todos los niños parecen seguir la misma secuencia de descubrimientos del mundo, hacen la misma clase de errores y llegan a la misma clase de soluciones. Piaget supone que este proceso de descubrimientos y de desarrollo tiene lugar principalmente mediante la adaptación al medio ambiente. Las exploraciones del niño pueden ser

limitadas por el crecimiento, pero éstas conducen a nuevos descubrimientos, los cuales a su vez conducen a nuevas exploraciones. Piaget, ha concentrado casi toda su atención en el desarrollo mental de los niños, es poco en realidad lo que ha dicho sobre el desarrollo emocional o el desarrollo de la personalidad, casi nada sobre las diferencias entre los niños, a excepción tal vez de constatar que dado que el desarrollo del niño tiene lugar - por medio de exploraciones en el medio ambiente y de interacciones con éste, un medio ambiente rico y variado contribuye a un desarrollo más rápido del niño. Por tanto diremos que la Teoría de Piaget, coincide con la Teoría de Freud en la concepción específica del desarrollo que se dá por etapas; pero se diferencian en que Freud hace énfasis en la madurez emotiva, él se interesó en los deseos, sentimientos y temores de los niños, y le preocuparon las diferencias de personalidad entre ellos. Mientras Piaget se interesó primordialmente por el razonamiento del niño, en esta teoría cognoscitiva no existe la noción de fijación; se considera que el niño está creciendo continuamente.

#### 2.4. La Teoría del Aprendizaje

Robert Sears, Sidney Bijou y Donald Baer, citados



por Bee, (1982), son los partidarios de la teoría del aprendizaje, centraron su atención en el desarrollo del niño. Ellos han hecho conjeturas de cómo los niños se parecen los unos a los otros. Sostienen que el comportamiento de todos los seres humanos (así como el de los animales) está gobernado por leyes del aprendizaje y que éstas aplicadas al estudio de los niños, demuestran que el desarrollo también obedece a las leyes del aprendizaje.

Bijou y Baer citados por Bee (1982), hacen uso del modelo de condicionamiento operante para explicar el comportamiento de los niños. Demostraron que una gran parte de ese comportamiento está bajo el control de los refuerzos del medio ambiente y que se puede cambiar el comportamiento del niño controlando el patrón de refuerzos.

Bandura, citado por Bee (1982), hizo del aprendizaje por observación su instrumento básico, argumentando que prácticamente todos los nuevos aprendizajes de los niños se deben a la observación de -- otros. Conforme a este enfoque, en el caso de un ambiente donde el progenitor es alcohólico, qué refuerzos positivos podrá haber para el niño? qué ejemplos positivos podrá aprender el niño de su pa

dre? . La respuesta es desalentadora, pues el padre alcohólico por sus características conductuales, no está en capacidad de brindar estímulos positivos que favorezcan el desarrollo físico y mental del niño.

La Teoría del Aprendizaje , a diferencia de las teorías de Piaget o de Freud, centra su atención en la conducta manifiesta , y no en la solución de problemas por parte del niño, ni en sus deseos o sus sentimientos, ni tampoco en su pensamiento .En esta teoría se destacan los poderes del ambiente y de la experiencia, y se reduce al mínimo el papel desempeñado por la maduración biológica. Las transformaciones de los hábitos y creencias se entienden como funciones de la imitación de modelos y de las variaciones en las pautas de recompensas y castigos. Esta teoría no considera que el desarrollo del niño va en etapas.

Los teóricos del aprendizaje suponen que lo que es aprendido estará determinado por el ambiente en que crece el niño, por ejemplo si el ambiente recompensa el altruismo y castiga la competencia los niños serán altruistas. La dificultad principal que presenta la teoría del aprendizaje en su enfoque del desarrollo es que no es adecuada para

explicar los cambios espontáneos en las creencias, aptitudes y conducta del niño, que no pueden atribuirse fácilmente al condicionamiento o a la observación de un modelo (Mussen y Otros, 1982).

Resumido puede decirse que las tres teorías que enfocan el desarrollo de la personalidad del niño -la de Piaget, Freud y la teoría del Aprendizaje, concentran su atención sobre diferentes aspectos de la personalidad del niño, y en realidad no son tan contradictorias como podrían parecerlo a primera vista. Estas teorías difieren en sus suposiciones básicas acerca de la naturaleza del niño y la meta del desarrollo y cada enfoque concentra su atención en una faceta distinta del desarrollo: el psicoanálisis en la motivación, el ajuste y el crecimiento emocional, además sostiene que es importante el tipo de relaciones que el niño establece con sus padres en cada una de las etapas, ya que de ello depende lo bien o mal que se estructure su personalidad.

La teoría de Piaget en el pensamiento, ésta sostiene que para que el niño tenga un rápido desarrollo necesita de un ambiente rico y variado en el cual se desenvuelva y finalmente la teoría del aprendizaje en la conducta manifiesta, ésta consi

dera que el comportamiento está bajo el control de los refuerzos del medio ambiente y controlando estos patrones de reforzamiento se pueden cambiar el comportamiento del niño. Todas estas teorías - hacen señalamientos muy importantes acerca del desarrollo del niño.

Habiendo enfocado brevemente el desarrollo de la personalidad, es necesario conocer las causas de la desadaptación y adaptación en el niño, ya que se sabe que la adaptación está determinada en gran medida por la personalidad, el conocimiento de ésta contribuirá al entendimiento de los principios y condiciones de la adaptación.

#### 2.5. Adaptación y desadaptación en el niño

En el desarrollo de la personalidad del niño - existen diferentes aspectos que ejercen influencia para su estructuración. Mussen (1982), plantea que la adquisición y modificación de la personalidad y conductas sociales de los niños están reguladas - por muchos factores entre los cuales figuran el - temperamento, los valores de la clase social y del grupo étnico al que pertenecen, las recompensas y castigos en el hogar, las interacciones con los demás y el contacto con otras conductas y normas a través de los medios de comunicación de masas. Men

ciona que al reflexionar acerca de la historia del propio desarrollo , se percata fácilmente de que es la familia la que mayor influencia ejerce en la formación de la personalidad, pero que otras personas y experiencias fuera del hogar también - desempeñan papeles importantes tales como la escuela, maestros, amigos, etc. Es por ello que en el presente estudio se ha considerado como factor determinante la influencia de la familia en el desarrollo de la personalidad del niño. Es oportuno mencionar que el ambiente interno de la familia - dentro de la vivienda , a diferencia de lo que - ocurre en el ambiente externo, depende por entero de los padres. El niño pasa cierta parte de su tiempo con sus compañeros en paseos, en la escuela, en la calle, con el transcurso de la edad, la compañía de sus amigos juega un papel cada vez mayor; luego los padres no pueden asumir la dirección de esas influencias, pero tienen la posibilidad de controlarlas cuando en la familia se formó una experiencia sana de la vida.

Estas consideraciones son respaldadas por Reca (1976), quien plantea que son los padres quienes - están llamados por la ley natural, a dar al hijo - los elementos fundamentales para edificar su perso

na y su vida. Su ayuda en los primeros años, su influencia es omnímoda siempre.

Por otro lado Finch (1976), plantea que el clima emocional en el que el niño se desarrolla es determinante, manifiesta que puede definirse el clima emocional de la familia como "el tono emotivo global del hogar. Todo miembro de la casa contribuye a crear ese clima, pero los padres y su ajuste emocional entre sí son los principales factores - determinantes del aura familiar. Algunos matrimonios crean un clima amigable y preparan con buen éxito a sus hijos. Otros matrimonios, en cambio, - tienen hijos en medio de constante hostigamiento, reyertas y turbulencias emocionales " (pág. 41 ).

Si el clima familiar donde nace el niño es confortable y estable, el desarrollo de su personalidad será normal. Por lo contrario si el niño nace en un matrimonio desdichado es víctima de circunstancias sobre las cuales no tiene dominio y que envolverán su desarrollo emocional. Adelaide de Johnson ( citado por Finch, 1976) ha destacado que los niños son blanco de los problemas emocionales inconsciente de los padres. A este respecto Mussen y Otros (1982), plantea que los desajustes emotivos de los niños son resultado frecuentemente de expe

riencias adversas en la familia y en el ambiente social. Mantiene que si supiésemos exactamente - cuáles son esas experiencias nocivas y las edades en que con mayor probabilidad se producirán, nos sería posible intervenir y de tal modo prevenir los desajustes emotivos en los niños.

Por consiguiente puede decirse que si el niño - satisface todas sus necesidades en el ambiente - que sus padres le crearon, es de esperar que el - niño reaccionará ante las diferentes circunstan - cias de la vida en una forma realista y adecuada; caso contrario si el niño no cuenta con esas con - diciones, se verá afectado en su desarrollo, lo - cual puede causar dificultades en su adaptación al medio.

Enfocados de este modo los factores obvios en el ambiente del niño por ejemplo, " un hogar deshecho, peleas entre los padres, pobreza, descuido o desnutrición, etc. son significativos sólo en sus efectos sobre la capacidad del niño para establecer relaciones que, a su vez afectarán su conducta exterior. Como es natural, un niño cuyas relaciones hogareñas son conflictivas tenderá a llevar a la vida social las pautas neuróticas desarrolladas frente a situaciones difíciles previas"(Frank y

Otros ( 1965, pág. 76 ).

Sé considera que dependiendo de las circunstancias en que el niño se desarrolle, éste tendrá o no facilidad para adaptarse al medio.

El desarrollo y la adaptación emocional son parte integrante el uno de la otra y viceversa, de modo que si las condiciones son favorables, la adaptación aparecerá invariablemente . Frank y Otros (1965), plantea que las condiciones de salud y adaptación incluye los siguientes factores:

- 1) Crecimiento y desarrollo físico adecuado y mantenimiento del bienestar físico.
- 2) Adecuado desarrollo intelectual y evolución de un concepto saludable del yo.
- 3) Sana expresión de las necesidades humanas físicas y reducción de las frustraciones dañinas.
- 4) Desarrollo de la integración personal y del autodomínio.
- 5) Buen desarrollo social y moral
- 6) Relaciones interpersonales sanas y expansivas.
- 7) Aplicación del condicionamiento, entrenamiento y otros procedimientos del aprendizaje de modo que aseguren un crecimiento emocional sano.

Para mejor comprensión sobre lo que se entiende como niño inadaptado y niño mentalmente sano, se -



vuelve necesario hacer una diferenciación de ambos ,para lo cual se realiza a continuación una comparación entre el área de la salud física y el campo de la salud mental.

Entendiendo,que en el campo de la salud física se puede aceptar como una persona sana a la que posee un físico fuerte y flexible, capaz de soportar sin fatiga indebida todos los esfuerzos físicos normales y de evitar la enfermedad,de la que, cuando sucumbre en ella,se recupera en forma más rápida y completa.De modo similar,el niño mentalmente sano es capaz de reaccionar con facilidad a todas las tensiones normales a que el medio ambiente puede someterlo;no muestra signos duraderos de esfuerzo durante el proceso de crecimiento y aprendizaje; y tiene recursos para recuperarse rápida y completamente de los desastres.

El niño psíquicamente sano, normal, desarrolla constante actividad,ama el juego y la compañía de otros niños,duerme bien,muestra curiosidad e interés por objetos y personas,conocimientos,sucesos hace sentir su necesidad de buenas experiencias y cambios de ambiente, es capaz de cuidarse de los peligros físicos y bastarse a sí mismo para los menesteres cotidianos, tiene iniciativa, tiende a dar afirmación de su personalidad. Su atención

puede fijarse por mucho tiempo sobre un mismo ob jeto de manera obligada sin que aparezcan mues - tras de cansancio e inquietud. A medida que crece va siendo más capaz de refrenar voluntariamente sus impulsos .(Reca, 1976). Además, menciona que toda desviación franca y persistente, toda marcada divergencia de esta caracterización general cons - tituye un problema de conducta o anormalidad de - carácter . Entre las más comunes manifestaciones de anormalidades de carácter cuentanse las siguien tes: excitabilidad acentuada, impulsividad, agre - sividad, actividad desmedida, depresión, apatía, preferencia por la soledad, y el aislamiento, timi dez extrema, inmoralidad , crueldad, indiferencia, falta de afectuosidad, acceso de ira, tendencia a emocionarse fácilmente y por motivos pueriles, sus ceptibilidad y orgullo exagerado, celos , fuga del hogar, hábitos de vagancia, hurto y otras manifesta ciones antisociales, mentira excesiva, forja de fá bulas e invenciones imaginarias más allá de la -- edad a que esto suele ocurrir, falta completa de iniciativa y dependencia total de los demás, prác - ticas sexuales precoces acentuadas, terror, ansie - dad. Estas manifestaciones si se presentan en for ma aislada, combinadas entre si o asociadas a otras,

pueden ser síntomas de enfermedades mentales, en sí no constituyen enfermedades pero son terreno donde con relativa facilidad prende ésta, de ingrencias nocivas del ambiente y serias fallas educativas.

El niño inadaptado es análogo al niño achacoso y físicamente enfermo, exhibe reacciones anormales frente a las tendencias ambientales normales, incluyendo las del crecimiento y reacciona mal ante la dificultad. Se deduce que tiende a reaccionar a las experiencias ambientales en términos de la significación interna o personal que encierran - para él, y no según su realidad objetiva, en - otras palabras, su conducta física y psicológica resulta inadecuada al observador circunstancial. "...todo problema es muestra o síntoma de una de sadaptación que puede ser motivada por incapacidad de grado variable del niño de adaptarse al medio, por deficiencia o incapacidad del medio para realizar la adaptación o por la combinación, en - proporción diversa de ambos" ( Reca 1976, pág. 121).

Resumiendo puede decirse que para conocer a los niños se requiere de investigaciones profundas, en

primer lugar tener conocimiento acerca de lo que es el desarrollo de la personalidad infantil, se necesita conocer el ambiente en que se desenvuelve, la personalidad de los adultos que lo rodean.

Anteriormente se ha señalado que el desarrollo de la personalidad es un proceso en el que intervienen muchos factores para que el niño pueda tener un buen desarrollo, uno de los principales es la influencia del hogar. El niño crecerá en el ambiente que sus padres le han creado, ya que ellos son los encargados de satisfacer todas sus necesidades, desde las más elementales hasta las primordiales. Requiere un hogar donde pueda recibir amor y seguridad, que lo proteja contra daños físicos, morales, enfermedades, etc. de lo contrario el niño al verse privado de estas necesidades fundamentales para su desarrollo, consecuentemente tendrá dificultades que posiblemente lo conducirán hacia una inadaptación al medio.

En el presente estudio, nos interesa enfocar la influencia del clima emocional en el niño, principalmente, se trata de analizar el ambiente familiar que caracteriza un hogar precedido por un padre alcohólico, que ejerce influencia nociva sobre el desarrollo de la personalidad del niño.

## 2.6. Efectos del padre alcohólico en el desarrollo emocional del niño

Muchas de las actividades comunes normales de la vida familiar están negadas a los hijos de alcohólicos. El niño necesita que sean ambos padres quienes le enseñen las reglas de nuestra cultura.

Puede incluso enfrentar a un padre con el otro, terminando por no respetar a ninguno. Uno de los padres puede expresar el enfado en contra de su cónyuge en el niño inocente que no puede responder o también un padre encolerizado puede mimar excesivamente a su hijo a fin de obtener su preferencia no por cariño por el hijo, sino para castigar al otro. En fin existen muchas diferencias entre la vida familiar que lleva un hogar normal y la vida familiar de un alcohólico.

Entre los documentos que existen sobre el alcoholismo al concentrarse en las variables sociológicas, psicológicas y fisiológicas, dejan de lado un problema más grave y más trágico: los hijos de los alcohólicos, existen escasas investigaciones sobre esta área, a este respecto Roe, citado por Southwick (1974), plantea que hay pocos estudios empíricos sobre los efectos del alcoholis-

mo en los niños y la mayor parte de ellos proceden de estudios de niños delincuentes, menciona que prevalece la opinión de que un progenitor alcohólico produce inevitablemente un efecto pernicioso en la personalidad y en el desarrollo social de sus hijos y esto aparece en comportamientos anómalos y en tensiones emotivas superiores a las de otros niños. Además sostiene que la imagen del padre alcohólico llega a ser a ojos de su hijo la de una persona sin responsabilidad, un fracasado, no la persona importante de la que el niño podría estar orgulloso. Asimismo la mujer -- puede llegar a obsesionarse tanto con su marido alcohólico y con sus problemas que puede llegar a no ver las dificultades que surgen en los hijos y conceder a sus necesidades tiempo y atención -- suficientes.

Por otro lado Finch (1976), plantea que el hogar formado por un padre alcohólico somete al niño al imprevisible e inconstante comportamiento - instintivo de un adulto. El alcohólico crónico sufre grandes estados psicopatológicos aunque no beba, y si ingiere alcohol, su trastorno emocional se vuelve más evidente todavía. El alcohólico crónico es severamente narcisista. Su hijo experimenta

ta alternativamente un vacío emocional y estallidos emotivos consecuentemente el padre es incapaz de establecer una relación estable y cálida con su hijo." Como el alcoholismo se presenta en una variedad de síndromes psiquiátricos, el niño puede estar expuesto a todo, desde psicosis hasta exhibicionismo, sadismo o deserción. Es así que el niño raras veces desarrolla una actitud sana hacia el alcohol. Cuando sea mayor tenderá a hacerse alcohólico o se volverá sádicamente orientado hacia todo el que consumo alcohol "(Finch 1976, pág. 56). Siempre analizando las características de estos hogares Southwick, (1974) manifiesta que el niño de una familia de alcohólicos se encuentra con otros niños a medida que crece. Entonces comienza a darse cuenta del contraste entre sus circunstancias familiares y las de ellos. Empieza a experimentar vergüenza con respecto a su casa . Estos sentimientos de vergüenza se convierten frecuentemente en cólera y resentimiento y como consecuencia, se hace rebelde e impulsivo. Empieza a actuar en contra de la sociedad de acuerdo con la forma que le han mostrado los adultos. También puede replegarse en sí mismo y convertirse en un joven patético, rastrero, perturbado emo-

cionalmente.

Con frecuencia , estos jóvenes adquieren códigos de conducta rígidos y moralistas y son emprendedores, enérgicos y exigentes. Asimismo, pueden llegar a ser perfeccionistas, incapaces de aceptar sus limitaciones o de fallar después de haberse fijado objetivos inalcanzables.

Por otro lado Fernández (1981), es más específico con respecto a las características encontradas en este tipo de familia, enfoca : " que entre los modelos más representativos de estructura familiar esquizofrénica , la familia amorfa o autista y la fragmentaria, se halla más a menudo entre los alcohólicos " (pág. 126). Las familias de los alcohólicos están impregnadas muchas veces de violencia, temor e inestabilidad afectiva y comunicativa que son los rasgos esenciales de la estructura familiar fragmentaria. Menciona que la fragmentación familiar se refiere a la vez a una integración estructural insuficiente y a la frecuente interrupción de los hábitos familiares por las crisis coléricas experimentadas al menos por uno de los progenitores.

A los padres alcohólicos corresponde la mayor parte de las veces una estructura familiar frag-



mentaria y no raramente esta dosociación de la dinámica familiar culmina en una disociación o disgregación estructural, que comporta la desaparición de la entidad familiar como tal.

Los progenitores alcohólicos suelen adoptar -- una conducta familiar esencialmente agresivas. Las crisis de excitación agresivas son más frecuentes e intensas entre los padres alcohólicos y siembra el pánico en el seno familiar, la estructura de la familia no llega a integrarse unitariamente, quedando en un estado embrional y -- fragmentario (Fernández, 1981).

Cuéllar Ortíz (1964), manifiesta que en la vida familiar del alcohólico son inevitables los conflictos, se bebe gran parte de sus ingresos, cada vez más bajos; empeora la situación económica de la familia y ello es causa de riñas con la mujer y los parientes. Esto se agrava, además porque sin interés alguno para la familia se muestra grosero en el trato con ella especialmente en estado de embriaguez. En algunos casos esto acaba por desintegrarla totalmente.

Guerin (1980), plantea que el alcoholismo es un problema recurrente perpetuándose de generaciones en generaciones; con respecto a la familia se esta

blece una polarización de los niños alineados con el padre no alcohólico. El sistema familiar es marcadamente sensible a los efectos de las -- drogas, entre ellos el alcoholismo, este problema se traduce en una abundancia de problemas físi--cos, emocionales y sociales, luego cada problema se convierte en eventos de stress en el seno fami--liar, ampliando las áreas para cada uno de sus - miembros. Así Fernández (1981), plantea entre las consecuencias del alcoholismo en la familia:

- desajuste familiar
- separación familiar
- separación conyugal
- disgregación familiar
- degradación familiar

Divide estas categorías en complicaciones de grado leve y de grado grave, el desajuste familiar lo considera de grado leve y las demás complica--ciones como graves.

Winokurt citado por Fernández, (1981) encontró entre los parientes de primer grado de los alcohólicos una incidencia incrementada de alcoholismo y depresión. El alcoholismo, más frecuente entre - los hombres y la depresión entre las mujeres.

Entre los problemas específicos en estas fami-

lias Fernández (1981), plantea que la morbilidad psiquiátrica entre los hijos de los alcohólicos, se concentra sobre todo, en tres alteraciones psíquicas ; la misma alcoholomanía , la psicosis esquizofrénica y los trastornos de conducta.

Considera que el alcoholismo de los padres se transmite en gran proporción a los hijos a través de la convivencia y no a través de la herencia.

Esta transmisión se da por dos vías:

- 1) Una vía indirecta : en los hogares precedidos por un enfermo alcohólico los sentimientos de soledad y desesperanza, por razones obvias, proliferan extraordinariamente entre sus descendientes, con lo que éstos, por de pronto, ya son portadores de la constelación personal que representa el condicionamiento psíquico de la alcoholomanía.
- 2) Una vía directa: por un mecanismo de imitación y sobre todo, de identificación parcial, los descendientes se entregan al desmedido uso de bebidas alcohólicas reproduciendo el anómalo modelo parental. El riesgo es mayor entre los hijos que tienen el mismo sexo que el progenio

tor alcohólico, ésto se da por la identificación con el adulto del mismo sexo.

Entre las hijas del padre alcohólico, la morbilidad para el alcoholismo es mucho más baja que en los hijos varones . Por lo general la hija se identifica con la martirizada madre y poco a poco va adquiriendo la psicología de la víctima.

La doctrina de la victimología ha demostrado - que entre las víctimas se desarrolla una gran hostilidad contra el tirano y además es una especie de concierto secreto con el que les conduce a hacer muchas concesiones a las personas que las esclavizan. Una de ellas es quizás casarse con un hombre alcohólico.

En un estudio de James y Feldam, 1971, (citado por Fernández ) había un 22 por 100 de mujeres esposas de alcohólicos que provenían de un padre alcohólico.

Bourgesis, 1975, (citado por Fernández) encontró en una investigación que el 90 por 100 de los padres de los niños maltratados son alcohólicos.

Lo anteriormente expuesto, coincide con lo planteado por Mitchell (citado por Hall, 1979), en los efectos del padre alcohólico en el sistema familiar:

1. discordia marital
2. abuso y negligencia

Plantea el autor que son las diferencias más - relevantes que sufre esta familia, la tensión doméstica provocada por el padre alcohólico fácilmente conduce a la violencia doméstica, eventos sin importancia pueden desencadenar insultos o agresiones hacia los miembros de la familia, se establecen situaciones de víctima-agresor, el -- abuso físico incluye algunas veces abuso sexual en los hijos especialmente violación e incesto.

Con respecto a negligencia se ha observado un mayor índice de accidentes en los niños preescolares, hijos de padres alcohólicos, otro conflicto en los niños es que provoca mucha hostilidad y - culpa.

3. Deficiencia en la percepción de la realidad
  - a) muchos niños niegan el problema del padre.
  - b) la conducta irracional del padre alcohólico confunde al niño pues ocurren patrones de -- conducta paternos diferentes entre el "período seco" y otros patrones generalmente más patógenos durante el período "húmedo"

4. Confusión emocional

Aquí hay un conflicto básico entre amar y odiar

al padre, especialmente por la cólera y decepción que produce el padre alcohólico, esta confusión genera cuatro problemas básicos:

1. problemas de rendimiento escolar
2. conductas de acting-out
3. conductas de autodesprecio
4. problemas hipocondríacos

Mendoza (1981) citado por Fernández (1981), sos tiene que el alcoholismo de los padres es algo - así como una enzima que impide con su presencia el desarrollo normal de la personalidad de los - descendientes , dándoles muchas veces un perfil esquizofreniforme, en especial en lo tocante a una escasa capacidad de comunicación. También ex presa que las familias de los alcoholómanos están impregnadas muchas veces de violencia, temor e inestabilidad afectiva y comunicativa.

Miller (1973), afirma que el alcoholismo crónico crea una grave inseguridad social, financiera y emocional en las familias, ya que no están en condiciones de actuar como padres providentes. El tipo corriente de tales hogares suele caracterizarse por confusión y crisis familiar, pobreza, hogares deshechos, trastornos emocionales graves y retraso en los niños en la escuela. Así tam --

bién Fernández ( 1981) afirma que en cuanto al rendimiento escolar existe un retraso considerable o muy marcado en los hijos varones de alcohólicos , el rendimiento escolar es muy bajo incluso existe una total ausencia de aprendizaje. Tales alteraciones tienen una afiliación psicorreactiva y atribuirse en primer lugar a las desfavorables cualidades.

Mendoca citado por Fernández (1981), menciona que en un estudio comparativo de un grupo de 100 niños de padres alcohólicos con un grupo testigo estudio no finalizado hasta ahora, llegó a la -- conclusión de que entre los hijos de un hombre -- alcohólico acumula las alteraciones del desarrollo psicomotor especialmente inestabilidad y lentificación, el desequilibrio emocional y el rendimiento escolar insuficiente " ( Fernández,1981, pág. 122).

Por otro lado, siempre en los problemas escolares de estos niños Roe, citado por Southwick . - (1974), manifiesta que en su experiencia con estas familias : "En más de una ocasión, he hallado madres que me han dicho que no se habían dado -- cuenta de las deficiencias escolares de sus hijos hasta que la familia se hallaba ya en pleno trata

miento " ( página No. 53).

En un estudio de Sumerville Cambridge de 1935 a 1965, se descubrió debilidad en la imagen paterna en un 25% de hijos de padres alcohólicos. En este caso el padre eludía sus responsabilidades; el 50% de los padres se desatendían de los hijos y como consecuencia, los hijos de estos padres al llegar a mayores tuvieron dificultades para afirmar su virilidad y controlar su agresividad " ( Suárez de Padilla, 1980, pág. 71).

Como resultados de las características de los padres alcohólicos, se dan los siguientes rasgos de personalidad pre-alcohólico en los hijos : - "inmadurez afectiva, incapacidad para superar dificultades, deseo de evasión, dependencia, ansiedad, inestabilidad, acumulación de frustraciones" ( Suárez de Padilla, 1980, pág. 72).

En investigaciones hechas sobre la importancia que tiene el grupo familiar en la dinámica de la personalidad del joven drogadicto, algunos de estos trabajos sugieren que el adolescente tiene un trastorno de personalidad subyacente, que depende fundamentalmente de su vinculación a padres alcohólicos, con trastornos mentales o sociopáticos, así como el efecto negativo de la separa



ción de los padres y de la desintegración del hogar ( Colección Rehabilitación, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1982).

Todas las investigaciones realizadas acerca de los efectos del padre alcohólico en sus hijos, demuestran una diversidad de trastornos psicológicos en el niño, unos de mayor repercusión que otros, talvez éste dependa del grado de alcoholismo que el padre ha alcanzado , pues es de esperar que entre más avanzado esté, mayores serán los - problemas.

En resumen puede decirse que en el hogar donde el niño se desenvuelve , no se logra una estructura familiar adecuada, no es extraño que en muchos desaparece la entidad familiar, debido a que la esposa no logra soportar toda la situación provocada por el alcohólico.

El niño se ve obligado a soportar el ambiente lleno de confusión que genera su padre alcohólico, ya que éste cuando se encuentra en período de abstinencia, presenta patrones de conducta inadecuada y cuando se encuentra en su período activo, estos patrones se vuelven más patógenos, ya que da rienda suelta a su inconsciente, es irracional en su forma de actuar. En fin la cantidad de problemas -

en estas familias es tan variado, que existe toda clase de limitaciones materiales, espirituales, afectivas, etc. que son básicas para el desarrollo saludable del niño. Respecto a estas -- consideraciones, para la presente investigación, las autoras tomaron como base uno de los derechos universales del niño " " Para cada niño, un hogar y el amor y la seguridad que provee un hogar, un medio ambiente armonioso y enriquecido, liberado de las condiciones que tiendan a retrasar su desarrollo ".

Planteadas de esta forma las necesidades fundamentales del niño para su desarrollo, puede suponerse que es imposible que el niño hijo de un alcohólico goce de este derecho tan fundamental para poder crecer sano y llegar a ser un buen ciudadano, un buen padre, en fin que pueda llegar a ser un individuo adaptado , lo más probable es que será un individuo resentido, un padre irresponsable, otro alcohólico más. A este respecto - Aristóteles y Plutarco citados por Fernández(1981) dicen "... los borrachos engendran borrachos"... ( pág. 107).

Como una muestra más patética de los efectos -- del padre alcohólico, se anexa la noticia apareci-

da en un periódico nacional donde dice : " Un --  
muchacho alemán decapitó a su propio padre de -  
trece hachazos harto de soportar que el padre, -  
borracho empedernido, maltratase continuamente a  
la madre y a los dos hijos " ( ver anexo Ñ).En  
esta noticia se relata una historia cruda de la  
realidad por la que atraviezan estos hogares , y  
hasta donde pueden perjudicar a sus hijos, al --  
grado de llegar a provocar los peores sentimien-  
tos y conductas; tal es el caso de este joven -  
que llegó a cometer un parricidio.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo es un tema que ha sido objeto de investigación, por las ciencias interesadas en lograr la adaptación y desenvolvimiento satisfactorio del hombre en la sociedad,

Cotera (1969) plantea que las actitudes hacia el alcohol tiene su origen en costumbres muy antiguas ,describiendo que en la época precolombina los indígenas fabricaban el alcohol utilizando miel para su elaboración, por lo que lo denominaban " agua miel " . En esta época los motivos para la ingesta de licor estaban completamente desligados del solo hecho de emborracharse; practicándolo exclusivamente para la celebración de acontecimientos importantes de alegría o desdicha para la comunidad.

En nuestra sociedad actual también se celebran todos los acontecimientos familiares y sociales con la ingestión de bebidas alcohólicas,pero por supuesto, que no solo este antecedente histórico es lo que determina las actitudes de nuestra sociedad,sino que es un complejo de circunstancias que participan en el conducción del individuo en el proceso

de adicción al alcohol, tales como lograr ciertas ventajas dentro de la sociedad, como ganar amigos, ser aceptado en determinados círculos socioeconómicos, participar de un negocio, constituyendo así una costumbre impuesta por la misma sociedad y a veces se dan situaciones, que el que no cumple con esta costumbre, se expone al ridículo.

Es así que el alcoholismo progresivamente, se ha constituido en un problema social, debido a que gran porcentaje de la población, no es capaz de controlar la cantidad de alcohol a ingerir por compromiso social y se introduce en un cuadro progresivo de alcoholismo, que causa muchos daños al individuo como a la familia y a la sociedad en general. La persona alcohólica cada vez se va degradando más moral y físicamente; en su vida familiar aumentan toda clase de problemas, porque para él, el licor ocupa un lugar primordial en su vida, perdiendo así todo interés por su propia superación y por su familia.

Esto a la vez conlleva otro tipo de problemas sociales, como son niños desamparados dedicados a la mendicidad, mujeres en las mismas condiciones, que si su moralidad no ha tenido bases sólidas pueden dedicarse al robo, a la prostitución, etc. Coterá (1969), considera que la educación desde el punto de vista integral, es un factor de prime

ra importancia para superar en forma progresiva, en la lucha por la solución del alcoholismo como problema social, pues no sólo basta con eliminar el alcohol, ya que se buscaría - sustituirlo con otras drogas. Lo más importante es que el individuo desde su niñez, aprenda a ser responsable de sus actos. Pero actualmente, cómo vamos a esperar que un hijo de un alcohólico, asuma la responsabilidad de sus actos, si en su hogar hay constantes actos de irresponsabilidad?

En este estudio es importante mencionar además, que durante muchos años el alcoholismo fue valorado como "vicio" que podía ser superado a voluntad del individuo, de lo contrario su irresponsabilidad lo llevaba a formar parte de una lacra social, de lo cual su familia sufría consecuencias en la satisfacción de sus necesidades biológicas, afectivas, de seguridad, etc.

Posteriormente, dada la creciente incidencia de este problema, se realizaron estudios sobre las causas, sintomatología y consecuencias, llegando a considerar que el alcoholismo es una enfermedad, en la que el enfermo sufre trastornos psíquicos que le impiden desenvolverse adecuadamente dentro de su medio familiar, laboral y social.

El alcoholismo es una enfermedad que está catalogada como la cuarta enfermedad mundial, que después del corazón, cáncer y tuberculosis, es la que más víctimas cobra en el género humano (Hablemos claro, 1984).

El abuso de las bebidas ha tomado proporciones alarmantes en las últimas décadas, representando la causa y consecuencia de variados problemas que afrontan las sociedades modernas.

El alcoholismo es un hecho reconocido en dimensión universal, los trastornos sociales que originan el uso desmedido de bebidas embriagantes agudizan cada día más, en proporciones increíbles y alarmantes; consecuencia en parte de una serie de factores socio-económicos y culturales.

Las consecuencias del alcoholismo son múltiples y de todo orden, afectando al individuo y como consecuencia a la familia, y a la sociedad.

En el aspecto individual, la bebida en exceso le trae al individuo malestares tanto físico como psíquicos. En el aspecto físico es el causante de trastornos orgánicos por el exceso de las bebidas y que tiene acción directa sobre su organismo, que generalmente conducen a la muerte, siendo las principales alteraciones físicas :

- afección en el sistema cardiovascular
- afecciones en el aparato digestivo
- estreñimiento alternado con diarrea
- afecciones en el aparato respiratorio, tales como: laringitis, faringitis, bronquitis crónica y efisema pulmonar.

-Enfermedades del hígado, hepatitis crónica

En el aspecto psicológico, tiene un progreso que comienza desde las perturbaciones de inadaptación hasta presentar cuadros clínicos como psicosis, delirium tremes y llegar a una demencia total.

Con relación al aspecto social, el alcoholismo es el origen de conductas delincuenciales, riñas, accidentes, diversos, etc.

Además agudiza la condición de desempleo. En nuestro ámbito nacional entre las escasas investigaciones que existen y que a continuación se citan, revelan la magnitud del problema.

Considerando la gravedad de este problema en 1951, se fundó el primer consultorio anti-alcohólico por el doctor Rosendo Morán Cáceres, donde Cáceres (1969), hizo un ensayo estadístico sobre diferentes aspectos sociales del alcoholismo encontrando datos que anteriormente se han señalado y que le permitieron analizar cuantitativamente el problema.

Este ensayo estadístico reveló, que en esa época las edades en que la juventud comenzaba a ingerir bebidas alcohólicas era de los 15 años, coincidiendo estos datos con investigaciones más recientes, como la hecha por la Dirección General de Estadísticas y Censos y Ministerio de Planificación en



Cuando las experiencias de la infancia favorecen las relaciones humanas, el trabajo y la felicidad, el niño responde a su ambiente de un modo realista y puede adaptarse a diferentes circunstancias; no así cuando las primeras experiencias del niño se dan entre tensiones abrumadoras, se produce un patrón de personalidad que le acarrearán un tipo de comportamiento de reiterada inadaptación. El desarrollo de la personalidad se va deteriorando si el ambiente no satisface las necesidades psicológicas del niño. La familia de un alcohólico no tendrá un ambiente que favorezca este desarrollo.

Educadores y psicólogos están de acuerdo en que la mayor parte del comportamiento se aprende y que la primera etapa de enseñanza de comportamiento social tiene lugar en la familia. Es precisamente en este núcleo donde un niño aprende o no cómo la gente se relaciona entre sí, cómo comparten o no, cómo ceden o no y cómo se comunican o no. Sin duda la familia es la matriz básica de la educación del niño. Al respecto Southwick (1974) se plantea la siguiente interrogante: ¿cómo aprende un niño en su familia? Un niño aprende, sobre todo, por identificación, al observar y absorber los sentimientos, actitudes y métodos familiares de tratar con los demás. Un niño aprende también mediante la comunicación, pero comunicándose no es únicamente lo que se di-

ñalados, demuestran la magnitud del problema del alcoholismo en nuestro medio. Desde el punto de vista social, puede decirse que el problema constituye principalmente el daño que sobre la familia hace; y siendo la familia el núcleo de la sociedad, se puede comprender los efectos nocivos que sobre ésta tiene.

Las consecuencias que sufre directamente la familia en los aspectos de alimentación, educación, vivienda, vestuario y falta de apoyo moral por parte del padre alcohólico, evidencia que no se comporta como un padre providente.

Es así, que como consecuencia del alcoholismo la familia y especialmente los niños experimentan tensión, inestabilidad emocional, ya que frecuentemente son partícipes involuntarios de conflictos que derivan en riñas, discordia marital, desintegración familiar y hasta en conductas degradantes ejecutadas por el enfermo alcohólico. Por lo tanto el niño carece de un ambiente psicológico adecuado para su desarrollo.

El niño nace en su familia con ciertos potenciales -- constitucionales y en lo sucesivo el ambiente que sus padres le crearán determinará en gran medida lo bien o mal que se desarrolle su personalidad. Es decir, que para evaluar el desarrollo emocional del niño deben comprenderse las personalidades de los adultos allegados a él.

1979, donde encontraron que la edad promedio de inicio del alcoholismo es de 15 años (Anexo K). Esta investigación la realizaron en las zonas urbana y rural de El Salvador, encontrando un mayor porcentaje de personas alcohólicas en la zona rural. Esto permite suponer que podría deberse al patrón cultural del machismo, el cual es más acentuado en el campesino, a la falta de otro tipo de estímulos sociales; por lo que el individuo busca una forma de diversión en la bebida.

Por otro lado Cotera (1969), encontró en los registros de 1957 a 1960, que entre las actividades de la Guardia Nacional y de la Policía Nacional el 75% son dedicadas a la persecución o captura de ebrios (ver anexo L) observándose que en el año de 1966 el número de faltas al orden público fue de 39.968.

Para tratar de actualizar estos datos se consultó los archivos del departamento de alcoholismo y drogadicción de la Policía Nacional, los cuales actualmente no tienen registros de alcohólicos debido a la situación socio-política que vive el país.

Para una cuantificación actual del alcoholismo se revisaron los registros de los Hospitales Psiquiátricos del país, donde se observa el alto porcentaje de ingreso por diagnóstico de alcoholismo en comparación con otras patologías mentales (Anexo I).

Tal como puede observarse los datos anteriormente se

ce, sino también lo que no se dice. Incluye no sólo la palabra sino el lenguaje corporal del encogimiento de hombros la mueca, la sonrisa y el gesto. En la casa de un alcoholíco la comunicación frecuentemente es a base de medias verdades y mentiras. Estas pueden venir no sólo del progenitor alcoholíco, sino igualmente del otro padre que necesita, o cree que necesita, proteger a los niños de la verdad ,relacionada con el otro progenitor bebedor.

Otra manera de aprender es representar un papel, esto dá al niño un entendimiento del sistema familiar. Los derechos , responsabilidades y privilegios de cada miembro de la familia llegan a su comprensión, su propia función se encuentra definida. En un medio familiar sano adquiere dignidad, desarrolla un concepto positivo de sí mismo y llega a conocerse, comprende su identidad, su autonomía se afirma. En un hogar de alcoholícos por el contrario, las funciones están distorsionadas, encubiertas, usurpadas, sintetizadas, exageradas y dramatizadas. La dignidad de todos los miembros de esta unidad social se pierde, personalidades en vía de desarrollo se retrasan y las respuestas emotivas están condicionadas a formas aberrantes inaceptables para la sociedad ( Southwick, 1974).

Además existen otros problemas que contribuyen a la desorganización de los niños hijos de padres alcoholícos. -

Una consistencia en la estructura y el establecimiento de límites, son importantes para que los niños se den cuenta de las reglas y regulaciones existentes dentro de la familia, y que no tienen por que ser rígidas . Los niños tratan de encontrar esos límites. Al hallarlos, encuentran seguridad y se dan cuenta de la preocupación de sus padres. Al no encontrar ninguno de estos límites, sienten una ausencia de amor y cariño. Desgraciadamente en la familia del alcohólico es difícil conseguir una consistencia, ya que los altibajos del alcohólico y la reacción de su cónyuge causan aturdimiento, ansiedad, turbación, culpabilidad y miedo en la mente del niño' implicado.

De acuerdo a ésto los efectos del comportamiento del padre alcohólico en el niño pueden ser directos y devastadores, pudiendo ser también indirectos, a través de los efectos causados en el cónyuge no alcohólico que llega a encontrar difícil el mostrarse relajado y cariñoso con sus hijos cuando se siente hostil, tenso, enfadado, asustado, exhausto y preocupado por la diversidad de problemas que le causa el esposo alcohólico, así el niño estará por una parte sometido a saber llevar los problemas de su padre alcohólico y por otro lado no encontrar apoyo en su madre, ya que ésta , está abrumada por los mismos problemas. Por tanto el efecto en el niño será más trágico.

Partiendo de ésto se decidió realizar un estudio que permitiera enfocar el daño que sobre el desarrollo de la personalidad y nivel de madurez en la percepción visomotriz del niño, ejerce el alcoholismo del padre; considerando que sus resultados serán un aporte a los profesionales de la salud mental para la comprensión y diagnóstico del problema, así como para las entidades a las que corresponde: la prevención y tratamiento del alcoholismo y las dedicadas a proteger el desarrollo integral del niño.

De acuerdo a lo anterior, las preguntas iniciales de esta investigación son las siguientes: ¿ Cuáles son las consecuencias del alcoholismo del padre en la familia? ¿ Qué relación existe entre el desarrollo de la personalidad del niño y la condición de alcoholismo de su progenitor? ¿ Qué relación existe entre el nivel de madurez visomotriz del niño con respecto al alcoholismo de su padre?

Para poder dar respuestas a estas interrogantes se plantea el siguiente problema :

¿ El alcoholismo del padre influye negativamente en el desarrollo de la personalidad del niño y en su maduración en la percepción viso-motriz? .

## 1. Objetivos

### 1.1. Objetivo General

Investigar la influencia que sobre el desarrollo de la personalidad del niño y su maduración en la función visomotriz, ejerce el alcoholismo del padre.



## 1.2. Objetivos Específicos

- 1.2.1. Establecer una comparación en la presencia de indicadores emocionales entre los niños hijos de padres no alcohólicos, niños hijos de padres alcohólicos, y niños hijos de padres alcohólicos hospitalizados.
- 1.2.2. Establecer una comparación en el nivel de madurez en la percepción visomotriz, entre los grupos de niños hijos de padres no alcohólicos, niños hijos de padres alcohólicos y niños hijos de padres alcohólicos hospitalizados.
- 1.2.3. Determinar el grado de incidencia de indicadores emocionales, entre las niñas y niños, hijos de padres alcohólicos activos.
- 1.2.4. Verificar si existe diferencia en el nivel de madurez visomotriz, entre los niños y niñas, hijos de padres alcohólicos.
- 1.2.5. Comprobar si las repercusiones que sobre el desarrollo de la personalidad del niño causa el alcoholismo del padre, es mayor en los niños de 6 a 7 años que entre niños de 8 a 10 años 11 meses.
- 1.2.6. Incentivar a profesionales, entidades de

servicio e instituciones gubernamentales para que realicen investigaciones de esta naturaleza, para arribar a datos más concretos sobre la influencia negativa del progenitor alcohólico en la personalidad del niño y su maduración viso-motriz que sirvan de base para establecer programas de atención psicológica a estos niños.



## CAPITULO III

### SISTEMA DE HIPOTESIS Y DEFINICION DE VARIABLES

#### 1. Definición de Hipótesis

- H1: Los niños de 6 años a 10 años 11 meses, hijos de padres alcohólicos presentan mayor número de indicadores emocionales que los niños de 6 a 10 años 11 meses. hijos de padres no alcohólicos.
- H2: Los niños del sexo masculino de 6 años a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos presentan mayor número de indicadores emocionales que los niños de 6 años a 10 años 11 meses del sexo femenino hijos de padres alcohólicos.
- H3: Los niños de 6 a 7 años 11 meses, hijos de padres alcohólicos presentan mayor número de indicadores emocionales que los niños de 8 años a 10 años 11 meses, hijos de padres alcohólicos.
- H4: Los niños de 6 años a 10 años 11 meses hijos de paadres alcohólicos presentan un menor nivel de madurez en la percepción visomotriz que los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres no alcohólicos.
- H5: Los niños de 6 años a 10 años 11 meses del sexo - masculino hijos de padres alcohólicos presentan un

menor nivel de madurez en la percepción visomotriz que las niñas del sexo femenino de 6 a 10 años 11 meses hijas de padres alcohólicos.

H6 : Los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos que han presentado cuadro clínico por lo que ha ameritado ingreso al Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S., presentarán un menor nivel de madurez en la percepción visomotriz que los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos, de padres alcohólicos que no han presentado ingreso hospitalario.

H7 : Los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos que han presentado cuadro clínico que ha ameritado ingreso al Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S., presentarán mayor número de Indicadores Emocionales que los niños de 6 a 10 años 11 meses, hijos de padres alcohólicos que no han presentado ingreso hospitalario.

## 2. Definición y control de variables

### 2.1. Variables Independientes

Padre alcohólico. Persona del sexo masculino que está en contacto directo y constante con el alcohol, que experimenta dependencia psicofisiológica y que por medio del efecto que el alcohol le provoca, causa problemas a su familia y a sí mismo. Es

ta se seleccionó de acuerdo a los ítems Nos.12, 14,15, 16,17,18,20 contestados por el niño en la encuesta (Aped.G)

Padre no alcohólico. Persona del sexo masculino que no ingiere bebidas alcohólicas y si las ingiere no experimenta dependencia psicofisiológica ,se seleccionó de acuerdo a los ítems Nos. 12,15,16,17,20 contestados por el niño en la encuesta (Ver Apéndice G)

Padre alcohólico hospitalizado. Persona del sexo masculino que a causa de la ingesta de alcohol, ha presentado cuadro clínico, por lo que ha ameritado ingreso hospitalario se seleccionaron de personas hospitalizadas en el pabellón de Alcohólicos del Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S.

Edad cronológica de los niños. Sujetos que se encuentran entre las edades de 6 a 10 años 11 meses, se seleccionaron de acuerdo con la edad dada por los niños, corroborando ésta con los registros de la maestra.

Sexo. Son las características anatómicas y psicológicas que diferencian a la hembra del varón.

## 2.2. Variables Dependientes

Indicadores Emocionales. Conjunto de signos que señalan las actitudes y preocupaciones del niño reflejados por medio del test D.F.H. y Bender.

Nivel de madurez en la percepción visomotriz. Proceso de desarrollo de la función visomotora ( percepción visual, coordinación motriz y la integración de ambas ) en el niño. Establecido mediante la edad

cronológica del niño y la edad equivalente según datos normativos para el sistema de puntuación de la Escala de Maduración del Test Bender (Koppitz, 1974, Apéndice D).

### 2.3. Variables Intervinientes

De los sujetos: Se seleccionaron los sujetos que no presentaran incapacidad física aparente.

Del ambiente: Iluminación

Lugar de trabajo

Se controlaron, solicitando a la dirección de las escuelas un local que reuniera las condiciones necesarias para la aplicación del instrumento. Estas condiciones también se controlaron en el domicilio de los hijos de padres alcohólicos hospitalizados.

Del experimentador: Experiencia en la aplicación de la prueba.

Grado de rapport alcanzado

Mantenimiento de la motivación

Uniformidad en la aplicación -  
de la prueba.

Se controlaron mediante el entrenamiento previo de las investigadoras en la aplicación del instrumento. Las relaciones interpersonales entre las examinadoras y los sujetos tuvieron como finalidad mantener el clima de confianza necesaria para el desarrollo de la prueba.

## CAPITULO IV

### METODOLOGIA

#### 1. Sujetos

1.1. La población de hijos de padres alcohólicos e hijos de padres no alcohólicos estuvo formada por 960 niños de 6 a 10 años 11 meses y la población de hijos de padres alcohólicos hospitalizados fué de 249. Pertenecientes a Escuelas Públicas en los primeros, segundos y terceros grados de la zona - nor-oriental de San Salvador, ubicadas en el área de la Colonia Guatemala y Colonia Atlacatl. Esta zona se seleccionó, tomando en cuenta su accesibilidad y lo cercano que se encontraban las escuelas entre sí, además contaban con una población numerosa. Estas escuelas fueron:

Escuela Constitución 1950 No.1

Escuela Constitución 1950 No.2

Escuela Quinteros No.2

Escuela República de Panamá No.2

1.2. La muestra de los hijos de padres alcohólicos y no alcohólicos, representa al 20.8%, es decir 200 niños distribuidos así:

Hijos de padres alcohólicos            100

Hijos de padres no alcohólicos        100

Clasificación por sexo y edad así:

	<u>Hijos de padres</u> <u>alcohólicos</u>	<u>Hijos de padres</u> <u>no alcohólicos</u>
<u>Por sexo</u>		
Sexo masculino	54	59
Sexo femenino	<u>46</u>	<u>41</u>
Total	100	100
<u>Por Edad</u>		
de 6 años a 6 años 11 meses	19	14
de 7 años a 7 años 11 meses	35	29
de 8 años a 8 años 11 meses	24	24
de 9 años a 9 años 11 meses	11	11
de 10 años a 10 años 11 meses	11	19

- 1.3. La muestra de hijos de padres ingresados en el Hospital Psiquiátrico del Seguro Social por diagnóstico de alcoholismo ,correspondió al 10% de la población encontrada de 249, equivalente a 25 niños, distribuidos de la siguiente manera:

<u>Por Sexo</u>	<u>Cantidad</u>
Sexo masculino	13
Sexo femenino	<u>12</u>
total	25

<u>Por edad</u>	<u>Cantidad</u>
de 6 años a 6 años 11 meses	4
de 7 años a 7 años 11 meses	4
de 8 años a 8 años 11 meses	6
de 9 años a 9 años 11 meses	7
de 10 años a 10 años 11 meses	<u>4</u>
total	25

## 2. Instrumentos y Técnicas

### 2.1. El Test Gestáltico Visomotor de Bender (Koppitz, 1974)

#### 2.1.1. Antecedentes

El Test Gestáltico Vismotor ha sido brevemente conocido como B.G., es decir de integración viso-motriz, construido por Lauretta Bender en 1932-1938. Esta integrado por 9 tarjetas (tamaño 10x15 cms.), con dibujos abstractos y con adaptaciones de figuras - que Wertheimer (1923) usó en experimentos sobre la percepción (Bender, 1981).

Bender (1981), plantea que las configuraciones visualmente perceptibles que Wertheimer empleara por primera vez en sus experimentos con Gestalten visuales, fueron presentadas tanto a niños y adultos como a pacientes deficientes y débiles mentales, para que las copiara. El producto final fué un patrón

visomotor que revelaba modificaciones en el patrón original, por la acción del mecanismo integrador del individuo que lo ha experimentado.

La Psicología de la percepción, tal como ha sido tratada por la Gestalt Psychologic, constituye, la base científica del B.G. La influencia principal señalada por L. Bender la ejerció el cuerpo teórico de los principios Gestálticos y el concepto de la "gute Gestalt" (buena forma), tal como fueron establecidos por Max Wertheimer. También sus investigaciones sobre la génesis de la percepción de la forma en el niño en desarrollo, le permitieron a Bender arribar a conclusiones personales diferentes y formular nuevos principios. Otras influencias teóricas que mediaron en la concepción del B.G. las ejercieron las investigaciones de psicología del niño normal y anormal de Kurt Koffka, Kurt Lewin, Heinz Werner y W. Wolff. Finalmente, también se vinculan con el B.G. las investigaciones de David Rapaport y sus colaboradores sobre el pensar conceptual y las estructuras de la emoción y de



la memoria.

Bender(1981),define la función Guestáltica:"como aquella función del organismo integrado por la cual éste responde a una --constelación de estímulos dados como un todo siendo la respuesta misma una constelación,un patrón,una Guestalt"(pág.12).

La integración no se produce por adición, sustracción o combinación,,sino por diferenciación o por aumento o disminución de la complejidad interna del patrón en su cuadro. Es el cuadro total del estímulo y el estado de integración del organismo lo que determina el patrón de respuesta.Sobre esta tesis,Bender concibió la posibilidad de utilizar una constelación estimulante dada,en cuadros más o menos similares,con el fin de estudiar la función Guestáltica en las distintas condiciones integradoras patológicas de los diferentes desordenes orgánicos y -funcionales,nerviosos y mentales.Entendió Bender que cualquier patrón del campo sensorial puede considerarse como un estímulo potencial,pero prefirió los patrones visomotores,más satisfactorios en virtud de que el

campo visual se adapta mejor al estudio experimental y, en especial, a causa de la cooperación que por lo general el sujeto - presta cuando se le pide que copie unos pocos dibujos y halló que la gestal elaborada por Wertheimer resultaba más apropiada a sus fines.

#### 2.1.2. Descripción del Test

El test de Bender es un test de integración viso-motriz. Bender, citado por Koppitz (1974) habla de la naturaleza global de la función gúestáltica y de la imposibilidad de separar las capacidades motoras y perceptivas. Se opone a cualquier intento de - analizar esta función global a través de su componente, ya que evidentemente el proceso de integración es mucho más complejo que - cualquiera de los dos: la percepción visual o la coordinación motriz. No obstante, dice que es lógico que un niño con una percep-ción visual inmadura o deficiente tenga tambien dificultades con la percepción visomo-triz y tendrá una pobre realización en el test Bender. Una buena percepción viso-mo-triz y un buen resultado en el test de Ben-

der presupone que el niño posee una relativa madurez o adecuación de la percepción visual. Lo contrario, sin embargo, no es necesariamente cierto. Con relación a la coordinación motriz, se da una situación similar, solamente un niño con una buena coordinación de la motricidad fina puede realizar un protocolo perfecto en el test de Bender. Los niños con una pobre coordinación de la musculatura fina tendrán dificultades para dibujar sin imperfecciones en figuras del Test de Bender.

Koppitz (1974), sostiene que en el proceso que se da en la aplicación del test, es que el dibujo o estímulo que se le presenta al niño impacta la retina del ojo y es -- transmitido al cerebro; suponiendo que el niño posea una visión normal, el dibujo es visto por el niño. Pero el hecho de que el niño pueda ver el dibujo no significa que pueda percibirlo o entenderlo. La percepción o la interpretación de lo que se ve, depende de la maduración como de las experiencias del niño. Plantea que cuando el niño entiende bien las formas del dibujo, se habla de una

percepción visual, pero el hecho de que el niño pueda percibir o incluso describir lo que percibe no significa necesariamente - que pueda copiarlo. Para poder copiar, el niño tiene que traducir lo que percibe en una actividad motriz, es decir debe traspasarlos al papel. El niño es capaz de realizar esta tarea con exactitud solamente si la integración de su percepción y de su coordinación motora, ha alcanzado el nivel de madurez que habitualmente posee un niño de 8 a 9 años.

"Por consiguiente, las dificultades en la copia de las figuras del test de Bender pueden ser debidas a inmadurez o mal funcionamiento de la percepción visual, de la coordinación motriz o de la integración de ambas. Un niño que realiza un pobre protocolo en el test de Bender puede tener dificultades en uno o dos de estas áreas o en el conjunto de las tres " (pág. 24).

Cuando se aplica el test se les pide que copien los dibujos uno cada vez, con un lápiz del No. 2, en única hoja de papel en blanco.

Si lo desean pueden usar más de una hoja de papel en blanco. No hay límite de tiempo en este test.

La consigna es la siguiente:

" Aquí tengo nueve tarjetas. En cada una de ellas hay un dibujo , yo te voy a mostrar una por una, para que las copies como tu las veas. Esta es la primera ". Al finalizar cada figura inmediatamente se le entrega otra tarjeta diciendo " trabaja ahora con esta ".

Las tarjetas standarizadas del test Bender han sido publicadas por la Asociación Ortopsiquiátrica Americana (Koppitz, 1974).

### 2.1.3. Interpretación

Koppitz (1974), plantea que el test Bender puede ser interpretado de diferentes maneras. A través de la administración del test se obtiene un protocolo que podrá ser analizado tanto objetivamente como intuitivamente.

Se observa el comportamiento del niño en la realización del test. Se pueden interpretar los protocolos del Bender a través de la Escala de Maduración y de los Indicados

res Emocionales.

Koppitz, sostiene que " el registro del test de Bender refleja el nivel de madurez del niño en la percepción viso-motriz y - puede revelar posibles disfunciones o deterioro en la integración viso-motriz. Además puede también ser empleado como test de - personalidad" (pág. 30), plantea que una ejecución dada en el test de Bender refleja el estado actual de la madurez en la - percepción viso-motriz, así como sus actuales actitudes y estados emocionales. Como todo cambia a medida que el niño evoluciona, su ejecución en el test Bender cambiará y evolucionará también. Un test de Bender puede suministrar información válida y fiable concerniente a la posición relativa del niño en el momento exclusivo de la administración del test.

El test suele usarse con mucha frecuencia como test proyectivo para el estudio de la personalidad. Puede diferenciar niños con y sin problemas emocionales.

A continuación se describen los indicadores emocionales y sus sistema de puntua--

ción, así como también el nivel de madurez visomotriz.

#### 2.1.4. Indicadores Emocionales

Los indicadores emocionales son signos clínicos, que deberán ser evaluados individualmente como cualquier otro síntoma clínico.

Pueden aparecer separadamente o en combinación, no son mutuamente exclusivos (Koppitz, 1974).

##### Antecedentes

Koppitz (1980), formula que el test Bender es útil para la evaluación de niños con problemas emocionales. Para establecer las normas de los Indicadores Emocionales realizó una investigación con niños, dividiéndolos en 2 grupos : " uno de 136 niños enviados a una clínica de conducta o al Psicólogo de la escuela por problemas emocionales, mientras que los otros 136 eran alumnos sin historia conocida de desajuste emocional. Todos los sujetos con problemas emocionales realizaron el Bender como parte de una batería completa en el momento del examen psicológico.

Los niños del grupo control fueron examinados individualmente en la escuela por la autora" ( pág. 165).

A continuación evaluó todos los protocolos del Bender empleando como base once Indicadores Emocionales, que se consideraban que reflejaban actitudes emocionales y la estructura de personalidad. Estas once categorías de puntuación, se derivaron de la experiencia clínica de la autora y de los descubrimientos de otros investigadores - ( Byrd 1956; Clawson 1959; Hutt y Brisken 1960; Kitay 1950; Murray y Roberts 1956; Pascall y Suttell 1951; Tucker y Spielberg 1956).

Los once indicadores emocionales evaluados fueron: orden confuso, línea ondulada, círculos sustituidos por rayas, aumento progresivo de tamaño, gran tamaño, tamaño pequeño, línea fina , repaso descuidado o línea fuertemente reforzada, segunda tentativa, expansión, constricción. Encontró que los primeros diez indicadores diferenciaban en el sentido correcto entre los sujetos - con y sin problemas emocionales, no así ,el



último (constricción) que no llegó a adquirir significación estadística, por lo que fue eliminado.

Koppitz (1974), en su última investigación añade dos indicadores emocionales más, como son "marcos alrededor de la figura" y "elaboración espontánea o adición a la figura" cuando uno u otros de estos signos aparecen en el protocolo del test de Bender suelen tener una implicación clínica considerable ( Ver apéndice B). Los indicadores se puntúan como presentes o ausentes. Al indicador presente se le adjudica el valor de uno y al que está ausente el valor de -cero. Cada indicador solamente se puntúa una vez , independientemente de que aparezca en una o varias figuras, finalmente se observa la cantidad de indicadores emocionales presentes, y se compara con los límites de indicadores emocionales presentados por Koppitz para niños normales según sea el caso.

Un único indicador emocional en un protocolo del test de Bender, de un niño refleja

una actitud o tendencia dada pero no indica por sí mismo ningún problema emocional serio.

Koppitz (1974), encontró en sus últimas investigaciones que es necesario tres o más indicadores emocionales antes de poder decir con cierto grado de confianza que un niño tiene serios problemas emocionales, ya que necesitará una evaluación posterior. Esto no significa que un niño con seis indicadores emocionales esté dos veces más perturbado que un niño que tenga solamente tres.

Los indicadores emocionales no están relacionados principalmente con la edad y maduración; a pesar de que muchos niños con percepción visomotora inmadura revelan indicadores emocionales en su protocolo del test Bender. Los niños con una pobre integración perceptivo-motriz suelen ser vulnerables y propensos a desarrollar dificultades emocionales secundarias, pero no todos los sujetos con pobre puntaje de maduración en el test Bender, tienen necesariamente problemas emocionales, tampoco todos los niños con in-

dicadores emocionales en su protocolo del Bender mostraron inevitablemente disfunciones o inmadurez en la área viso-motriz ( Koppitz, 1974).

Los niños considerados clínicamente normales pueden presentar menos de tres indicadores , es decir que su incidencia es muy baja, sin marcar con ello que adolece de una serie de perturbaciones emocionales - (Koppitz, 1974).

#### 2.1.5. Nivel de madurez en la percepción visomotriz

Koppitz (1974), manifiesta que para determinar el nivel de madurez en la percepción viso-motriz de los niños en el test de Bender, fue diseñado el sistema de puntuación de la escala de maduración para niños de 5 a 10 años. Ya que hacia los diez años el niño puede copiar las figuras del test Bender sin ninguna dificultad, por lo que únicamente es apropiado para alumnos en edades de la escuela primaria. Ha sido estandarizado para edades entre 5 años 0 mese y 10 años 11 meses, en intervalos de 6 meses. Como en todos los test de desarrollo, la puntuación

de un niño en la escala de maduración del test Bender sólo puede ser interpretada - con sentido, cuando se tiene en cuenta la edad cronológica o la edad mental.

Según el sistema de puntuación cada dibujo del test Bender es puntuado en lo que respecta a la distorsión de la forma, rotación de todo o de parte del dibujo o por perseveración, siempre que así se requiera. En total hay 30 ítems puntuables en donde cada uno describe los tipos de errores (Ver apéndice C).

A la presencia de cada ítem se le adjudica el valor de uno y a la ausencia el valor de cero. Los ítems puntuables se suman para formar puntajes que representan el grado de inmadurez visomotora del sujeto.

El puntaje obtenido se interpreta de la siguiente manera: a mayor número de errores (puntaje alto) corresponde menor grado de desarrollo y a menor número de errores (puntaje bajo) corresponde un grado mayor de madurez visomotora. La escala de maduración de Koppitz se basa en que los errores en la copia de la figura, son signos de inmadurez

en el desarrollo de la función visomotora.

La medida de inmadurez está basada por los puntajes ( de errores, normas , etc) para cada grupo de edad, con los cuales se comparan los puntajes individuales y se deduce el nivel de maduración alcanzado por los niños de distintas edades.

## 2.2. El Test D.F.H.

Koppitz (1974), considera que el test D.F.H. es una de las técnicas más valiosas para evaluar a los niños ,precisamente porque puede ser empleado como test de maduración y como una técnica proyectiva. Es una variante del clásico test de Florence Goodenough y consiste en obtener el dibujo de una figura humana en donde el examinando queda en libertad de determinar la edad y el sexo de la figura que hará según su preferencia. Las instrucciones empleadas ejercen una influencia significativa y determinante en los resultados de la prueba.

Manifiesta Koppitz (1974), que la investigación a cerca del D.F.H. surgió de la necesidad que experimentó en su trabajo clínico, de contar con un método integrado y sistemático de interpretar los dibujos de la figura humana, es así que comenzó con su trabajo de exploración. Entre las teorías

básicas para su estudio, tomó la Teoría de las relaciones interpersonales de Harry Stack Sullivan como la más útil. Consideró explorar los estadios evolutivos del niño y sus actitudes interpersonales. Su hipótesis básica es que los D.F.H. reflejan primordialmente el nivel evolutivo del niño y sus relaciones interpersonales, es decir sus actitudes hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida. Postula que el D.F.H. revela las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo enfrentarlas, también reflejan los intensos miedos y ansiedades que pueden afectarlo consciente o inconsciente en un momento dado.

Koppitz (1974), se basa en la suposición que el D.F.H. de un niño, muestra tanto una estructura básica, como también un cierto estilo que es peculiar de ese niño. Así Kellog citado por Koppitz (1974), manifiesta que "la estructura del dibujo de un niño pequeño está determinado por su edad y nivel de maduración, mientras que el estilo del dibujo refleja sus actitudes y aquellas preocupaciones que son más importantes para él en ese momento" (Koppitz, 1974, pág. 22). Consideró que los D.F.H. se podían analizar en función de 2 tipos di

ferentes de signos objetivos. " un conjunto de - signos se considera que está primariamente relacionado con la edad y el nivel de maduración; a estos signos los denomina ítems evolutivos, el se gundo conjunto de signos se estima que está prima riamente relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño, a estos signos los denomina in dicadores emocionales" ( Koppitz, 1974, pág. 22). El mismo autor plantea que un indicador emocional es definido como " un signo en el D.F.H. que puede cumplir los 3 criterios siguientes:

- 1) debe tener validez clínica, es decir debe poder diferenciar entre los D.F.H. de niños con problemas emocionales de los que no los tienen.
- 2) Debe ser inusual y darse con escasa frecuencia en los D.F.H. de los niños normales, que no son pacientes psiquiátricos, es decir, el signo debe estar presente en menos del 16 por ciento de los niños en un nivel de edad dado.
- 3) No debe estar relacionado con la edad y la madu ración, es decir ,su frecuencia de ocurrencia en los protocolos no debe aumentar solamente so bre la base del crecimiento cronológico del niño " ( Koppitz, 1974, pág. 53).

Para su investigación seleccionó una lista tenta

tiva de 38 signos que parecían responder a la definición dada de indicador emocional. Estos se derivaron del trabajo de Machover y Hammer y de la propia experiencia clínica de la autora. " La lista comprende 3 tipos diferentes de ítems ; el primer tipo incluye ítems referentes a la calidad de los D.F.H. , el segundo grupo de ítems se compone de detalles especiales que no se dan habitualmente en los D.F.H. ; y el tercer grupo comprende las omisiones de ítems que serían esperables en un determinado nivel de edad " ( Koppitz 1974 , pág. 53).

Los 38 ítems de la lista tentativa de indicadores emocionales fueron definidos en detalle en un manual de tabulación. Se les asignó un valor a los indicadores emocionales según estuvieran presentes o ausentes. Luego efectuó un estudio normativo de los indicadores emocionales para determinar si los ítems incluidos en la lista provisoria podrían cumplir los dos criterios siguientes : "1) no están relacionados primordialmente con la edad y maduración, por lo tanto, no aumenta en frecuencia de ocurrencia como resultado del incremento en edad y 2) Son raros o inusuales y se dan en el 15% o menos



de los protocolos en un nivel dado de edad " (Kopittz, 1974, pág. 55), utilizó 1.856 niños que sirvieron como población normativa para el estudio de los ítems evolutivos, estos mismos fueron empleados para el estudio normativo de los indicadores emocionales. Se comprobó que la mayoría de los ítems examinados podían cumplir con los dos criterios establecidos para los indicadores emocionales. La mayoría de los ítems no aumentaba en frecuencia de ocurrencia a medida que aumentaba la edad de los niños, y la mayoría de ellos eran raros o inusuales. Sin embargo hubo algunas excepciones que no pudieron llenar uno o ambos criterios en uno ó más niveles de edad, por lo que fueron suprimidos, quedando 32 ítems, pero para que éstos fueron aceptados como indicadores emocionales era preciso que tuvieran significación clínica. Para ello la autora diseñó varios estudios y determinar si los 32 ítems podrían discriminar los D.F.H. de niños con problemas emocionales y síntomas de conducta de aquellos que no lo presentan.

Realizaron investigaciones con 76 pacientes de una clínica de orientación infantil ( Grupo A ) y 76 niños que asistían a una escuela suburbana (Grupo B). La autora administró el D.F.H. a los sujetos -

en forma individual resultándole que dos de los ítems no cumplían con el criterio de validez clínica, es decir que no podrían discriminar entre los D.F.H. de pacientes clínicos y los de alumnos bien adaptados ; quedando solamente 30 ítems (ver Apéndice A ) clínicamente válidos.

También se demostró que los niños perturbados - tienen un número significativamente mayor de indicadores emocionales que los protocolos de los niños sin problemas emocionales serios. Cuando un D.F.H. no muestra ninguno de los 30 indicadores emocionales parece probable que el niño no tenga problemas emocionales serios. La presencia de solo un indicador emocional no parece ser concluyente y no es necesariamente un signo de perturbación emocional. Sin embargo, dos o más indicadores emocionales son altamente sugestivos de problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias.

El test D.F.H. puede ser administrado en forma individual o colectiva. La administración individual es preferible ya que permite observar la conducta del niño cuando dibuja y efectúa preguntas aclaratorias si es necesario . Se ha observado que la mayoría de niños producen dibujos más ricos y

reveladores en el contexto de una relación individual examinado-examinador, que en una situación grupal ( Koppitz, 1974).

No hay tiempo límite para el paso de esta prueba, la mayoría de los niños termina en menos de 10 minutos.

La consigna es la siguiente : " Querría que en esta hoja dibujaras una persona entera. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, -- siempre que sea una persona completa y no una caricatura o una figura hecha con palotes "(Koppitz, 1974, pág. 21). Este tipo de consigna permite según Machover, obtener un D.F.H. más rico en contenido de la personalidad de cada sujeto ya que la consigna ambigua de dibujar una persona entera parece llevar al niño " a mirar dentro de sí mismo y sus propios sentimientos, en el intento de capturar la esencia de una persona. La persona que un niño conoce mejor es él mismo, su dibujo de una persona se convierte por consiguiente en un retrato de su interior , de sus actitudes" (Koppitz, 1974, pág. 20 ).

El D.F.H. se trata de una prueba proyectiva tipo gráfico, cuya ejecución exige únicamente papel y lápiz, es económico y sumamente útil para el psico-

logo.

" El dibujo y la pintura son un modelo natural de expresión infantil. Los niños pueden pintar sus sentimientos y actitudes en imágenes y símbolos - gráficos, mucho antes de que puedan transmitirlos en concepto verbales abstractos" (Koppitz, 1974, pág. 99).

Parece haber consenso entre los expertos en --- D.F.H. en cuanto a que no existe una relación -- unívoca entre ningún signo aislado de esta prueba y un rasgo determinado de personalidad o conducta por parte del varón o la niña que hace el dibujo.

2.3. Cuestionario para corroborar la selección de ni ños hijos de padres alcohólicos y no alcohólicos ( Ver apéndice G).

### 3. Procedimiento

3.1. Delimitación de la población

3.2. Selección de la muestra

3.2.1. Para la obtención de las muestras de los hijos de padres alcohólicos e hijos de padres no alcohólicos se utilizó un tipo de muestreo selectivo. Primeramente se llevó a cabo una reunión en cada escuela con los maestros de 1o.2o. y 3er. grado y poder así coordinar el sistema de selección, contando

para ello, cada grado con 2 secciones y cada sección con 40 niños de ambos sexos entre las edades de 6 años a 13 años.

Para corroborar los datos aportados por el maestro sobre los casos detectados en el aula, de alumnos hijos de padres alcohólicos, se preparó un Instrumento para entrevistar al niño y ubicarlo en la categoría de la investigación correspondiente. Este instrumento previamente fué validado con 15 niños seleccionados al azar determinándose la necesidad de reelaborar algunas preguntas y añadir otras ( ver apéndice G).

De los niños no reportados por la maestra, se escogieron al azar los niños hijos de padres no alcohólicos administrándoles el mismo cuestionario ( apéndice G).

- 3.2.1. Para la obtención de la muestra de hijos de padres alcohólicos hospitalizados también se utilizó un tipo de muestreo selectivo. Se contó con la colaboración del Jefe de la Sección de Bienestar (Pabellón de Alcohólicos ) del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, quien nos permitió el acceso a los ~~registros médicos de 1984~~, de donde -

UNIVERSIDAD "FRANCISCO GAVIDIA"

**BIBLIOTECA**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

se hizo la selección de acuerdo a los criterios de : que los padres residieran en la zona nor-oriente de San Salvador y que tuvieran hijos de 6 años a 10 años 11 meses y que estudiaran en escuelas públicas.

3.3. Una vez obtenida la muestra, se procedió a administrar las pruebas, en una entrevista individual en la cual se aplicó el D.F.H. como test introductorio y luego el Bender Gestáltico.

3.3.1. Administración del test de la figura humana (D.F.H. ). Una vez establecido el rapport con el niño se le entregó una hoja de papel bond blanco, tamaño 28 x 21 cms. y un lápiz negro con borrador. Cuando ya el niño se encontraba perfectamente acomodado se le dió la consigna establecida. El total de D.F.H. se distribuyeron en grupos de hijos de alcohólicos e hijos de no alcohólicos y posteriormente se procedió a la calificación según el manual proporcionado por Koppitz ( ver apéndice A).

3.2.2. Administración del Bender Gestáltico

Luego del dibujo de la figura humana, se motivó al niño a continuar trabajando y se le colocó frente a él, una página de papel -

bond tamaño 28 x 21 cms. y un lápiz negro con borrador, dándole a continuación la consigna correspondiente.

Una vez administradas las pruebas se procedió a la calificación en la escala de maduración; según el manual de puntuación de Koppitz ( ver apéndice C), lo mismo para los indicadores emocionales, según el manual de Koppitz ( ver apéndice B).

3.3.3. Para los niños hijos de padres alcohólicos hospitalizados, se siguió la misma mecánica solamente que la administración se realizó a través de visitas domiciliarias con el consenso del padre a quien el jefe de la Sección de Bienestar del Hospital -- Psiquiátrico del I.S.S.S. , ya había comunicado el propósito de nuestra visita, que era realizar un estudio psicológico de los niños, con el objeto de obtener colaboración en todos los casos.

Antes de iniciar el análisis estadístico fueron revisadas las calificaciones de las pruebas para corroborar la exactitud de los puntajes asignados.

## CAPITULO V

### ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante tres procedimientos , así:

1) Para la comprobación de las hipótesis 1,2,4 y 5 se utilizó el diseño factorial 2x2, que permitió realizar cuatro combinaciones posibles de valores entre las variables - independientes, así: Celda 1) Niños Varones hijos de padres alcohólicos, Celda 2) Niños varones hijos de padres no alcohólicos, Celda 3) Niñas hijas de padres alcohólicos, Celda 4) Niñas hijas de padres no alcohólicos.

Hijos de padres alcohólicos	Hijos de padres no alcohólicos	
1	2	Niños
3	4	Niñas

Para la Hipótesis 3:

Hijos de padres alcohólicos	Hijos de padres no alcohólicos	
1	2	Niños de ambos sexos de 6 a 7 años 11 meses
3	4	Niños de ambos sexos de 8 a 10 años 11 meses



Para el análisis estadístico de este Diseño Factorial se utilizó el Análisis de Varianza (McGuigan ,1977), al nivel de significación de 0.01 ( Ver cuadros 1 al 4)

2) Para el análisis de las hipótesis 6 y 7, del grupo de hijos de padres alcohólicos hospitalizados con los demás grupos, se utilizó la prueba de rangos de Duncan para muestras desiguales, al nivel de significación del 0.05 (McGuigan, 1977 ) ( Ver Cuadro No. 5 y 6).

3) Para realizar un análisis descriptivo de los datos obtenidos en cada grupo, se utilizó una medida de tendencia central, la más común la Media y una Medición de Variabilidad, la Desviación Standard. Esto permitió conocer el promedio que representan todos los puntajes logrados por cada grupo, así como la distribución de las puntuaciones (Cuadro No. 7 al Cuadro No. 15).

Las hipótesis nulas y alternas sometidas a comprobación fueron :

H<sub>0</sub>: No existe diferencia significativa en el número de indicadores emocionales presentados entre los niños de 6 a 10 años 11 meses, que se educan en un ambiente donde el padre es alcohólico y los niños de 6 a 10 años 11 meses que se educan en un ambiente donde el padre no es alcohólico.

H<sub>1</sub>: Los niños de 6 a 10 años 11 meses que se educan -

en un ambiente donde el padre es alcohólico, presentarán mayor número de indicadores emocionales, que los niños de 6 años a 10 años 11 meses que se educan en un ambiente donde el padre no es alcohólico.

Ho : No existe diferencia significativa en el número de indicadores emocionales presentados entre los niños del sexo femenino y del sexo masculino de 6 a 10 años 11 meses; hijos de padres alcohólicos.

H2 : Los niños del sexo masculino de 6 años a 10 años 11 meses, hijos de padres alcohólicos presentarán mayor número de indicadores emocionales que las niñas del sexo femenino de 6 a 10 años 11 meses - hijas de padres alcohólicos.

Ho : No existe diferencia significativa en el número de indicadores emocionales presentados entre los niños de 6 a 7 años 11 meses y los niños de 8 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos.

H3 : Los niños de 6 a 7 años 11 meses hijos de padres alcohólicos presentarán mayor número de indicadores emocionales, que los niños de 8 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos.

Ho : No existe diferencia significativa en el nivel de madurez en la percepción visomotriz presentado en

tre los niños de 6 años a 10 años 11 meses que se educan en un ambiente donde el padre es alcohólico y los niños de 6 a 10 años 11 meses que se educan en un ambiente donde el padre no es alcohólico.

H4 : Los niños de 6 a 10 años 11 meses que se educan en un ambiente donde el padre es alcohólico presentarán un menor nivel de madurez en la percepción visomotriz , que los niños de 6 años a 10 años 11 meses que se educan en un ambiente donde el padre no es alcohólico.

Ho : No existe diferencia significativa en el nivel de madurez de la percepción visomotriz, presentado entre los niños del sexo femenino de 6 años a 10 años 11 meses y del sexo masculino de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos.

H5 : Los niños del sexo masculino de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos, presentarán un menor nivel de madurez en la percepción visomotriz, que las niñas de 6 a 10 años 11 meses hijas de padres alcohólicos.

Ho : No existe diferencia significativa en el nivel de madurez de la percepción visomotriz presentado entre los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de pa

dres alcohólicos que han presentado cuadro clínico que ha ameritado ingreso al Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S. y los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos que no han tenido ingreso hospitalario

- H6: Los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos que han presentado cuadro clínico que ha ameritado ingreso al Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S. presentarán un menor nivel de madurez en la percepción visomotriz, que los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos que no han presentado ingreso hospitalario.
- Ho: No existe diferencia significativa en el número de indicadores emocionales presentado entre los niños de 6 a 10 años 11 meses, hijos de padres alcohólicos que han presentado cuadro clínico que ha ameritado ingreso al Hospital Psiquiátrico del I.S.S.S. y los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos que no han presentado ingreso hospitalario.
- H7: Los niños de 6 a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos que han presentado cuadro clínico que ha ameritado ingreso al hospital psiquiátrico del I.S.S.S. presentarán un mayor número de indicadores emocionales, que los niños de 6 años a 10 años 11 meses hijos de padres alcohólicos que no han presentado ingreso hospitalario.

Los resultados se describen a continuación:

CUADRO No.1

ANALISIS DE VARIANZA DE INDICADORES EMOCIONALES PRESENTADOS EN EL GRUPO DE NIÑOS DE ESCUELAS PUBLICAS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS E HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS PRESENTADOS EN EL D.F.H.

Niños hijos de padres alcohólicos.      Niños hijos de padres no alcohólicos

N <sub>1</sub>	54	N <sub>2</sub>	59	♂
N <sub>3</sub>	46	N <sub>4</sub>	41	♀

VARONES HIJOS DE PADRES ALCOHOLIC.	VARONES HIJOS DE PADRES N/ALCOHOL.	NIÑAS HIJAS DE PADRES ALCOHOLICOS	NIÑAS HIJAS DE PADRES N/ALCOHOL.
3 4 4 3 3	2 3 1 1 2 3	5 8 4 2 4	3 1 1 1 3
4 1 4 6 1	3 2 2 2 1 1	5 5 2 4 3	3 0 1 1
4 5 4 4 3	2 0 2 1 1 1	3 3 3 3 3	2 2 0 3
3 4 5 4 3	1 2 3 1 0 4	2 3 5 6 3	1 2 0 1
6 2 3 2 4	2 4 3 2 2 0	7 3 4 5 3	0 2 2 1
3 2 1 4 5	4 2 1 2 2 0	3 4 3 2 4	2 1 2 4
4 3 7 6 3	4 3 0 2 2 1	3 4 4 4	5 1 2 3
5 3 4 2 5	1 0 2 2 2 1	3 4 4 7	6 3 1 2
4 2 3 4 3	4 1 1 1 0 4	3 5 2 3	5 1 1 2
5 3 2 5 3	4 0 4 4 0 0	2 1 3 3	2 1 3 1
3 2 3 3	0 1 1 2		
N <sub>1</sub> = 54	N <sub>2</sub> = 59	N <sub>3</sub> = 46	N <sub>4</sub> = 41
Σ X = 191	= 106	= 168	= 78
Σ X <sup>2</sup> = 765	= 278	= 704	= 224
$\bar{X}$ = 3.54	1.80	3.65	1.90

CUADRO RESUMEN

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media de cuadrados	fob	Valor F crítica
Entre grupos	(153.752)	(3)			1%
Entre P	153.125	1	153.125	87.5	> 6.64
Entre S	1.952	1	1.952	1.115	< 6.64
Interacción PxS	-1.352	1	1.352	-0.773	< 6.64
Intra grupos	343.029	196	1.750		
Total	496.781	199			

Los resultados demuestran que para la H1, la Fob es mayor que la F crítica, lo que permite rechazar la Ho. lo que significa que existe diferencia significativa en los Indicadores Emocionales presentados por los hijos de padres alcohólicos y los hijos de padres no alcohólicos. Para la H2, la Fob es menor que la F crítica por lo que se acepta la Ho, que significa que no existe diferencia en indicadores presentados en los Grupos en cuanto a sexo femenino y sexo masculino. También puede observarse que no existe interacción entre las variables padre y sexo, pues la Fob es menor que la F crítica.

CUADRO No.2

ANALISIS DE VARIANZA DE INDICADORES EMOCIONALES PRESENTADOS EN NIÑOS DE ESCUELAS PUBLICAS, HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS E HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS EN EL TEST DE BENDER.

Niños hijos de padres alcohólicos      Niños hijos de padres no alcohólicos

$N_1 = 54$	$N_2 = 59$	♂
$N_3 = 46$	$N_4 = 41$	♀

VARONES HIJOS DE PADRES ALCOHOLIC.	VARONES HIJOS DE PADRES N/ALCOHOL.	NIÑAS HIJAS DE PADRES ALCOHOLICOS	NIÑAS HIJAS DE PADRES N/ALCOHOL.
4 2 1 2 2 1 5 4 4 3 3 3 2 4 1 2 4 3 2 2 2 4 2 1 2 2 2 4 2 3 2 3 5 2 4 2 2 2 4 4 3 3 0 3 3 3 3 3 3 2 1 2 3 1	3 2 2 1 3 1 2 3 1 1 1 1 2 2 1 1 1 2 3 1 4 3 1 2 1 4 2 0 3 1 2 3 2 2 1 1 1 2 1 1 2 2 3 1 3 2 1 3 2 2 2 1 0 2 2 2 2 2 2	3 4 2 2 3 2 3 3 1 3 2 3 2 0 2 1 3 4 4 2 3 3 2 3 2 3 4 3 0 3 3 4 2 3 3 2 2 3 5 3 2 3 2 2 2 4	3 2 0 2 3 2 0 2 2 3 2 4 1 2 1 0 0 1 1 2 2 1 2 3 2 1 2 2 2 2 2 1 3 2 2 2 2 2 2 2 2 1 3
$N_1 = 54$	$N_2 = 59$	$N_3 = 46$	$N_4 = 41$
$\sum X = 141$	107	122	74
$\sum X^2 = 431$	239	362	166
$\bar{X} = 2.61$	1.81	2.65	1.80

CUADRO RESUMEN

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media de cuadrados	Fob	Fcrítica
Entre grupos	(33.664)	(3)			1%
Entre P	33.619	1	33.619	36.9	> 6.64
Entre S	0.166	1	0.166	0.18	< 6.64
Interacción PxS	-0.123	1	-0.123	0.135	< 6.64
Intra grupos	178.656	196	0.911		
Total	212.32	199			

Los resultados obtenidos demuestran que para la H1 la Fob es mayor que la Fcrítica, por lo que se rechaza la Ho. Para la H2 la Fob es menor que Fcrítica por lo que se acepta la Ho. Se observa también que no existe interacción entre la variable padre y sexo.

CUADRO No.3

ANALISIS DE VARIANZA DE INDICADORES EMOCIONALES PRESENTADOS EN LOS NIÑOS DE ESCUELAS PUBLICAS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS POR EDADES EN EL D.F.H..

Alcohólicos	No alcohólicos	
N <sub>1</sub> = 55	N <sub>2</sub> = 43	Niños de ambos sexos de 6 años a 7 años 11 meses
N <sub>3</sub> = 45	N <sub>4</sub> = 57	Niños de ambos sexos de 8 años a 10 años 11 meses

NIÑOS AMBOS SEXOS DE 6 AÑOS A 7 AÑOS 11 MESES HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS	NIÑOS AMBOS SEXOS DE 6 AÑOS A 7 AÑOS 11 MESES HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS	NIÑOS AMBOS SEXOS DE 8 AÑOS A 10 AÑOS 11 MESES HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS	NIÑOS DE AMBOS SEXOS DE 8 AÑOS A 10 AÑOS 11 MESES HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS
3 4 4 5 5	2 0 1 5	3 3 2 4 3	2 1 1 1 2 3
4 1 4 3 3	3 3 1 2	3 3 3 3	3 1 0 3 1 2
4 5 4 2 3	2 2 2 3	6 1 5 6	3 2 2 1 1
3 4 5 7 3	1 0 3 1	4 3 4 5	1 2 2 2 1
6 2 3 3 4	2 2 3 0	4 3 3 8	0 2 2 1 3
3 2 1 3 4	4 4 2 2	2 4 4 4	2 2 2 1 1
4 3 7 3 4	4 2 1 2	4 5 4 7	1 1 0 1 1
5 3 4 3 5	1 3 0 2	6 3 2 3	4 4 0 0 3
4 2 3 2 1	4 0 2 1	2 5 3 3	1 2 0 0 1
5 3 2 3 3	4 1 5 1	4 3 4 3	1 2 3 2 1
3 2 5 8 4	4 0 6	5 3 2 4	2 1 1 2 4
N <sub>1</sub> = 55	N <sub>2</sub> = 43	N <sub>3</sub> = 45	N <sub>4</sub> = 57
Σ X	198	93	162
Σ X <sup>2</sup>	824	297	652
$\bar{X}$	3.6	2.16	3.6
			1.60

CUADRO RESUMEN

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media de cuadrados	Fob	Fcrítica
Entre grupos	(162.740)	(3)			1%
Entre P	154.88	1	154.88	90.467	6.64
Entre S	11.951	1	11.951	6.981	6.64
Interacción PxS	-4.091	1	-4.091	2.389	6.64
Intra grupos	335.579	196	1.712		
Total	498.32	199			

En los resultados para la H3, la Fob es mayor que la Fcrítica, lo que permite rechazar la Ho, lo que demuestra que existe diferencia en los indicadores emocionales presentados en niños de 6 a 7 años 11 meses y niños de 8 a 10 años 11 meses.

CUADRO No.4

ANÁLISIS DE VARIANZA DE NIVEL DE MADURACION VISOMOTRIZ EN NIÑOS DE ESCUELAS PUBLICAS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS

Alcohólicos	No alcohólicos
N <sub>1</sub> = 54	N <sub>2</sub> = 59
N <sub>3</sub> = 46	N <sub>4</sub> = 41

VARONES HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS	VARONES HIJOS DE PADRES N/ALCOHOL.	NIÑAS HIJAS DE PADRES ALCOHOLICOS	NIÑAS HIJAS DE PADRES NO ALCOHOLICOS
0 1.92 2.58	0 1.08 0.83	0 0.75 3.42	0.33 0 1.08
0 0 3.42	0.17 0 0	0.5 0.75 3.58	0 0
0 0 2.75	0 0 0	1.17 0 4	0 0
0 0 0.75	0 0.75 0	0.58 3.25 2.92	0 2.17
0 1.75 0	0 0.17 1.75	1.17 2.5 0	0.58 0.33
0 0 1.83	1.5 1.75 2.33	1.5 0 4	1.08 0
0 0 1.83	0 0 1.42	0 1.75	1.5 2.08
0 0 1.42	0 0 0	2.33 2.5	0 1.83
0 0.58 0	0.58 0 0.25	1.75 2.17	1.75 3.5
0 0 2.58	0.58 1.08 1.17	1.75 1.5	1.75 0.67
0 0 2.75	1.08 0 3.58	0 1.67	0 1.25
0 2.67 0	0 1.58 0.83	1.25 0	0 4.25
0 1.67 0.83	0.17 0.58 0	1.83 1.75	0 2.33
0 2.42 3.33	1.75 1.58 0	1.83 0	0.58 0
0 0.92 0	0.83 0 1.75	0 2	0 0
0 0.92 0	0 0 1.75	1.42 0	0.17 2.58
0 3.67 5.67	1.75 1.75 3.08	0.42 3.92	1.83 2.58
0 5.08 3.75	4.08 0.25 0	0 2.67	0 4.83
	0.33 0 2.92	2.58 1.17	0 2.67
	0 1.5	0 3.83	2.92 3.42
N <sub>1</sub> = 54	N <sub>2</sub> = 59	N <sub>3</sub> = 46	N <sub>4</sub> = 41
$\sum X = 79.09$	45.8	75.18	48.78
$\sum x^2 = 240.96$	92.62	194.87	127.78
$\bar{x} = 1.46$	0.78	1.63	1.19

CUADRO RESUMEN

Fuente de Variación	Suma de cuadrados (22.666)	gl (3)	Media de cuadrados	Fob	Fcrítica
Entre grupos	17.814	1	17.814	10.777	> 6.64
Entre P	5.021	1	5.021	3.038	< 6.64
Entre S	-0.169	1	-0.169	0.102	< 6.64
Interacción PxS	323.929	196	1.653		
Intra grupos	346.933	199			
Totál					

Según los resultados para H4, la Fob es mayor que la FCrítica, por lo que se rechaza la Ho. y acepta la H4, lo que demuestra que existe diferencia significativa en el nivel de madurez visomotriz en los niños hijos de padres alcohólicos e hijos de padres no alcohólicos. Para la H5, la Fob es menor que la F Crítica, por lo que se acepta la Ho, que indica que no existe diferencia significativa en el nivel de madurez visomotriz presentado en cuanto a sexo femenino y sexo masculino.



CUADRO No.5

PRUEBA DE RANGOS DE DUNCAN PARA MUESTRAS DESIGUALES: NIVEL DE MADUREZ VISOMOTRIZ EN LOS GRUPOS 1, HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS, COMPARADO CON GRUPO 2, HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS Y GRUPO 3, HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS.

GRUPO 1				GRUPO 2				GRUPO 3			
Niños de ambos sexos de Esc.Públicas hijos de padres no alcohólicos				Niños de ambos sexos de Escuelas Públicas hijos de padres alcohólicos				Niños de ambos sexos hijos de padres alcohólicos hospitalizados			
0	2.67	3.67	1.42	0	1.08	3.08	0			1.25	
0	1.67	0	0.42	0.17	0	4.08	0.17			1.42	
0	2.42	0	0	0	1.58	0.25	1.83			0.25	
0	0.92	5.67	2.58	0	0.58	0	0			0.75	
0	0.92	5.08	0	0	1.58	0.33	0			1.16	
0	0	3.75	0.75	1.5	0	2.33	2.92			2.58	
0	2.58	0	0.75	0	0	2.92	0			1.16	
0	3.42	0.5	0	0	0.83	0	0			3.5	
0	2.75	1.17	3.25	0.58	0	1.5	0			0.83	
0	0.75	0.58	2.5	0.58	0	0.33	2.17			1.5	
0	0	1.17	0	1.08	0	0	0.33			4.75	
0	1.83	1.5	1.75	0	1.75	0	0			4.16	
0	1.83	0	2.5	0.17	0	0	2.08			0.83	
0	1.42	2.33	2.17	1.75	2.33	0	1.83			1	
0	0	1.75	1.5	0.83	1.42	0.58	3.5			0.42	
1.92	2.58	1.75	1.67	0	0	1.08	0.67			0	
0	2.75	0	0	1.08	0.25	1.5	1.25			3.42	
0	0	1.25	1.75	0	1.17	1.08	4.25			1.08	
0	0.83	1.83	0	0	3.58	0	2.33			0.16	
0.58	3.33	1.83	2	0.75	0.83	1.75	0			3.75	
0	0	1.83	0	0.17	0	1.75	0			2.58	
0	0	0	3.92	1.75	1.5	0	2.58			4.58	
2.67	1.17	3.83	3.42	0	1.75	0	2.58			4.5	
3.58	4	2.92	0	0	1.75	0	4.83			3.08	
0	4	0	0	0	1.75	0.58	2.67			2.92	
1.75							2.42				
N = 100				N = 100				N = 25			
$\bar{X} = 0.914$				1.30				2.06			
$\sum X = 91.44$				130.06				51.63			
$\sum X^2 = 211.02$				355.774				163.41			

	No. de Grupos	
	2	3
rp	2.77	2.92
Rp	0.35	0.59

	GRUPOS		
	1	2	3
Media	0.91	1.30	2.06

Diferencia de  $\bar{X}$ s de Grupos 2 y 3 = 0.76 > Rp 0.59  
 Diferencia de  $\bar{X}$ s de Grupos 1 y 2 = 0.39 > Rp 0.35  
 Diferencia de  $\bar{X}$ s de Grupos 1 y 3 = 1.15 > Rp 0.59

Para la H6, se encontró que la diferencia de medias del Grupo 2, hijos de padres alcohólicos y Grupo 3, hijos de padres alcohólicos hospitalizados, es mayor que el Rp obtenido, lo que permite rechazar la H0, por lo tanto se comprueba la H6, que significa que existe diferencia en el nivel de madurez visomotriz presentado por ambos grupos. También se comprueba la H4, al resultar la diferencia de medias de los Grupos mayor que el Rp obtenido de los Grupos 1 y 2, y grupos 1 y 3

CUADRO No. 6

PRUEBAS DE RANGOS DE DUNCAN PARA MUESTRAS DESIGUALES: INDICADORES EMOCIONALES DEL D.F.H. EN LOS GRUPOS 1, HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS, COMPARADOS CON GRUPO 2, HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS Y GRUPO 3, HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS.

GRUPO 1							GRUPO 2						GRUPO 3		
Niños de ambos sexos, de Es- cuelas Públicas hijos de pa- dres no alcohólicos							Niños de ambos sexos de Es- cuelas Públicas hijos de pa- dres alcohólicos.						Niños de ambos sexos hi- jos de padres alcohóli- cos hospitalizados		
2	2	1	2	6	0	2	3	2	7	3	7	1	5	5	2
3	2	1	2	4	4	1	4	2	4	3	3	4	2	2	7
4	4	3	2	0	2	4	4	3	3	1	3	2	4	4	8
3	0	1	0	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	6	3
3	3	1	0	2	1	4	6	2	3	3	3	5	3	4	2
2	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	2	4	3	6	2
1	4	2	1	1	0	2	4	2	6	5	8	3	4	3	3
2	2	0	0	3	1	1	5	4	4	3	5	4	3	5	6
4	3	3	2	1	0	2	4	4	4	5	3	4	3	3	4
5	5	2	1	0	2	2	5	4	2	3	3	2	3	0	3
2	1	1	3	1	1	1	3	5	4	3	3	3	4		
1	0	2	2	2	1	1	4	3	6	5	4	2	3		
3	1	1	3	1	1	4	1	1	2	5	4	4	4		
3	2	2	1	3	0	0	5	7	4	3	4	3	5		
1	1						4	4	5	2	5	6	3		
N = 100							100						25		
$\bar{X}$ 1.85							3.66						4.04		
$\sum X$ 185							366						97		
$\sum X^2$ 507							1536						455		

	No. de Grupos	
	2	3
rp	2.77	2.92
Rp	1.05	1.75

	GRUPOS		
	1	2	3
Media	1.85	3.66	4.04

Diferencia de  $\bar{X}$ s de Grupos 1 y 3 = 2.19 > Rp 1.75

Diferencia de  $\bar{X}$ s de Grupos 1 y 2 = 1.81 > Rp 1.05

Diferencia de  $\bar{X}$ s de Grupos 2 y 3 = 0.38 < Rp 1.66

Se puede observar que para la H7, la diferencia de medias presentadas por los Grupos 2, hijos de padres alcohólicos y Grupo 3, hijos de padres alcohólicos hospitalizados es menor que el Rp obtenido, lo que permite aceptar el Ho, por lo tanto se afirma que no existe diferencia significativa en Indicadores Emocionales presentados por los niños en ambos grupos. Para la H1 se comprueba; ya que la diferencia de media - presentada por el Grupo 1 y Grupo 2, es mayor que el Rp. obtenido; así como también la diferencia marcada que se observa en el Grupo 1 y Grupo 3.

CUADRO No.7

MEDIAS DE INDICADORES EMOCIONALES EN LA MUESTRA TOTAL PRESENTADA EN NIÑOS DE ESCUELAS PUBLICAS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS, NIÑOS DE ESCUELAS PUBLICAS HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS E HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS EN D.F.H.

GRUPOS	MUESTRA	MEDIA	DESVIACION STANDARD	- + 1 DS	
				X	
Hijos de no alcohó- licos	100	1.85	0.06	1.91	a 1.79
Hijos de Alcohóli- cos	100	3.6	1.40	5	a 2.2
Hijos de Alcohóli- cos hospitalizados	25	4.04	1.65	5.69	a 2.39

Los datos presentados nos señalan la clara diferencia en los promedios de cada grupo. Puede observarse el progresivo aumento que presenta la media en los niños hijos de padres alcohólicos, siendo mayor en el grupo de hijos de padres hospitalizados.

CUADRO No.8

MEDIA DE INDICADORES EMOCIONALES EN LAS MUESTRAS DISTRIBUIDAS POR SEXO EN EL D.F.H. EN CADA GRUPO.

GRUPOS	SEXO	MUESTRA	MEDIA	DESVIAC STANDAR	- + 1 DS	
					X	
Hijos de padre no alcohólico	F	41	1.90	1.37	3.27	a 0.53
	M	59	1.80	1.22	3.02	a 0.58
Hijo de padre al- cohólico	F	46	3.65	1.41	5.06	a 2.24
	M	54	3.54	1.29	4.83	a 2.25
Hijo de padre alco- hólico hospitaliz.	F	12	3.58	2.1	5.68	a 1.48
	M	13	4.15	1.5	5.65	a 2.65

En los datos presentados por los dos grupos primeros se observa que la media de Indicadores Emocionales en ambos sexos, es similar para cada grupo. En el grupo de hijos de padres alcohólicos hospitalizados las medias de ambos sexos difieren por un pequeño margen.

En general se observa que no existe mayor diferencia en los promedios presentados de Indicadores por sexo femenino y masculino.

## CUADRO No.9

MEDIA DE INDICADORES EMOCIONALES EN MUESTRAS POR EDADES, EN AÑOS EN EL -  
TEST D.F.H. POR CADA GRUPO

GRUPOS	MUESTRA	MEDIA	DESVIACION STANDARD	$\bar{X} \pm 1DS$
hijos de padres no alcohólicos				
EDADES				
de 6.0 a 6. 11	14	2.57	1.60	4.17 a 0.97
" 7.0 a 7. 11	29	1.96	1.45	3.41 a 0.51
" 8.0 a 8. 11	24	1.54	1.02	2.56 a 0.52
" 9.0 a 9. 11	14	1.64	0.93	2.57 a 0.71
" 10.0 a 10.11	19	1.63	1.16	2.79 a 0.47
Hijos de padres alcohólicos				
de 6.0 a 6. 11	19	4	1.25	5.25 a 2.75
" 7.0 a 7. 11	35	3.39	1.49	4.88 a 1.9
" 8.0 a 8. 11	24	3.61	1.16	4.77 a 2.45
" 9.0 a 9. 11	11	3.64	1.80	5.44 a 1.84
" 10.0 a 10.11	11	3.54	0.82	4.36 a 2.72
Hijos de padres al cohólicos hospita- lizados				
de 6.0 a 6. 11	4	5.5	2.08	7.58 a 3.42
" 7.0 a 7. 11	4	3.5	0.57	4.07 a 2.93
" 8.0 a 8. 11	6	3.6	1.36	4.96 a 2.24
" 9.0 a 9. 11	7	3.7	1.79	5.49 a 1.91
"10.0 a 10.11	4	3.2	2.75	5.95 a 0.45

Los datos demuestran que las medias de los Indicadores Emocionales presentados por los niños de 6 años sufren un incremento; o sea a menor edad más Indicadores y a medida que aumenta la edad disminuye la media presentada, aunque por poca diferencia. Este fenómeno se da en los tres grupos. Se observa también el incremento de Indicadores Emocionales en los grupos de hijos de padres alcohólicos en relación con el grupo de hijos de padres no alcohólicos. Claramente se observa que la media presentada por los niños de 6 años de hijos de padres alcohólicos hospitalizados alcanzan un promedio de 5.

CUADRO No.10

MEDIA DE LAS MUESTRAS DE INDICADORES EMOCIONALES PRESENTADAS EN EL TEST BENDER POR LOS NIÑOS DE CADA GRUPO

GRUPOS	MUESTRA	MEDIA	DESVIACION STANDARD	$\bar{X} \pm 1 DS$
Hijos de padres no alcohólicos	100	1.81	0.88	2.69 a 0.93
Hijos de padres alcohólicos	100	2.61	1.04	3.65 a 1.57
Hijos de padres alcohólicos hospitalizados	25	2.75	1.15	3.9 a 1.6

Se observa la diferencia en los promedios presentados por cada grupo.

CUADRO No.11

MEDIA DE INDICADORES EMOCIONALES PRESENTADOS EN LAS MUESTRAS POR SEXO EN CADA GRUPO DE TEST BENDER

GRUPO	SEXO	MUESTRA	MEDIA	DESVIAC. STANDARD	$\bar{X} \pm 1 DS$
Hijos de padres no alcohólicos	F	41	1.80	0.9	2.7 a 0.9
	M	59	1.81	0.8	2.7 a 0.9
Hijos de padres alcohólicos	F	46	2.6	0.9	3.59 a 1.7
	M	54	2.6	1.0	3.69 a 1.6
Hijos de padres alcohólicos hospitalizados	F	12	3	1.5	4.5 a 1.4
	M	13	2.3	0.8	3.41 a 1.4

Estos datos nos revelan la igualdad de medias presentadas por sexo, en cada uno de los grupos; solamente difieren en forma mínima los del tercer grupo. También se puede ver el aumento gradual por cada grupo.

CUADRO No.12

MEDIA DE INDICADORES EMOCIONALES EN LAS MUESTRAS DISTRIBUIDAS POR EDADES EN CADA GRUPO, EN EL TEST BENDER.

GRUPOS	MUESTRA	MEDIA	DESVIACION STANDARD	$\bar{X} \pm 1 DS$
Hijos de padres no alcohólicos				
EDADES				
de 6.0 a 6. 11	14	1.9	0.91	2.81 a 0.99
" 7.0 a 7. 11	29	1.8	0.77	2.57 a 1.03
" 8.0 a 8. 11	24	1.7	1.57	3.27 a 0.13
" 9.0 a 9. 11	14	1.9	0.91	2.81 a 0.99
" 10.0 a 10.11	19	1.8	0.89	2.69 a 0.91
Hijos de padres alcohólicos				
de 6.0 a 6. 11	19	2.4	0.90	3.3 a 1.5
" 7.0 a 7. 11	35	2.8	1.13	3.93 a 1.67
" 8.0 a 8. 11	24	2.3	0.98	3.28 a 1.32
" 9.0 a 9. 11	11	2.2	1.19	3.39 a 1.01
" 10.0 a 10.11	11	3.0	0.70	3.7 a 2.3
Hijos de padres alcohólicos hospitalizados				
de 6.0 a 6. 11	4	3	0.82	3.82 a 2.18
" 7.0 a 7. 11	4	3	0.82	3.82 a 2.18
" 8.0 a 8. 11	6	2.8	0.75	3.55 a 2.05
" 9.0 a 9. 11	7	2.1	0.69	2.79 a 1.41
" 10.0 a 10.11	4	3	2.94	5.94 a 0.66

Según las medias presentadas por cada grupo, se infiere que no existe diferencia en el número de indicadores emocionales, - que caracterice a un determinado grupo de edad. Es observable que las medias aumentan en forma progresiva, del grupo de niños hijos de padres no alcohólicos, al grupo de hijos de alcohólicos y al grupo de hijos de alcohólicos hospitalizados

CUADRO No.13

MEDIAS DEL NIVEL DE MADURACION VISOMOTRIZ OBTENIDAS POR LOS NIÑOS EN CADA GRUPO

GRUPOS	MUESTRA	MEDIA	DESVIACION STANDARD	$\bar{X} \pm 1 DS$
Hijos de padres no alcohólicos	100	0.91	1.13	2.04 a-0.22
Hijos de padres alcohólicos	100	1.24	1.39	2.63 a-0.15
Hijos de padres alcohólicos hospitalizados	25	2.07	1.5	3.57 a 0.57

En las medias presentadas, se observa la marcada diferencia de un grupo con el otro; aumenta progresivamente el puntaje, en los grupos de niños hijos de padres alcohólicos.

CUADRO No.14

MEDIA DE LAS MUESTRAS, POR SEXO DEL NIVEL DE MADURACION VISOMOTRIZ OBTENIDA POR LOS NIÑOS EN CADA GRUPO.

GRUPOS	SEXO	MUESTRA	MEDIA	DESVIAC. STANDARD	$\bar{X} \pm 1 DS$
Hijos de padres no alcohólicos	F	41	1.19	1.33	2.52 a-0.14
	M	59	0.77	0.99	1.76 a-0.22
Hijos de padres alcohólicos	F	46	1.52	1.28	2.8 a 0.24
	M	54	1.00	1.45	2.45 a-0.45
Hijos de padres alcohólicos hospitalizados	F	12	1.96	1.54	3.5 a 0.42
	M	13	2.12	1.74	3.86 a 0.38

Los datos observados no revelan mayor diferencia entre sexos en cada grupo .

UNIVERSIDAD "FRANCISCO GAVIDIA"  
**BIBLIOTECA**  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

## CUADRO No.15

## MEDIA DEL NIVEL DE MADURACION VISOMOTRIZ EN EDADES EN GRUPO

GRUPOS	MUESTRA	MEDIA	DESVIACION STANDARD	$\bar{x} \pm 1 DS$
Hijos de padres no alcohólicos				
EDADES				
de 6.0 a 6. 11	14	0.43	0.59	1.02 a 0.16
" 7.0 a 7. 11	29	0.52	0.71	1.23 a 0.19
" 8.0 a 8. 11	24	0.72	0.96	1.68 a 0.24
" 9.0 a 9. 11	14	1.60	1.12	2.72 a 0.48
" 10.0 a 10.11	19	1.86	1.60	2.78 a 0.26
Hijos de padres alcohólicos				
de 6.0 a 6. 11	19	0.26	0.48	0.74 a 0.22
" 7.0 a 7. 11	35	0.82	0.92	1.74 a 0.1
" 8.0 a 8. 11	24	1.64	1.10	2.74 a 0.54
" 9.0 a 9. 11	11	1.85	1.66	3.51 a 0.19
" 10.0 a 10.11	11	2.92	2.02	4.94 a 0.9
Hijos de padres al cohólicos hospita- lizados				
de 6.0 a 6. 11	4	0.97	0.61	1.58 a 0.36
" 7.0 a 7. 11	4	0.43	0.37	0.8 a 0.06
" 8.0 a 8. 11	6	1.65	1.21	2.83 a 0.44
" 9.0 a 9. 11	7	3.02	1.68	4.7 a 1.34
" 10.0 a 10.11	4	3.58	1.22	4.8 a 2.36

En este cuadro se observa claramente, el incremento de las medias, o sea que a mayor edad aumenta la inmadurez del nivel visomotriz de los niños. Este fenómeno se dá por igual en cada grupo por separado, siendo evidente la diferencia entre el grupo de niños hijos de padres alcohólicos y no alcohólicos.



CUADRO No.16

PORCENTAJE DE SUJETOS QUE PRESENTARON CADA INDICADOR EMOCIONAL EN EL TEST BENDER EN HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS

INDICADOR	PRESENTES % SUJETOS	AUSENTES % SUJETOS	TOTAL
I	7	93	100%
II	30	70	100%
III	3	97	100%
IV	0	0	0
V	9	91	100%
VI	49	51	100%
VII	4	96	100%
VIII	59	41	100%
IX	16	84	100%
X	3	97	100%
XI	0	0	0
XII	2	98	100%

En este cuadro puede observarse que los Indicadores Emocionales que se presentaron con mayor frecuencia fueron los VIII, VI y II

CUADRO No. 17

PORCENTAJES DE INDICADORES EMOCIONALES DEL BENDER PRESENTADOS EN NIÑOS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS

INDICADOR	PRESENTE %	AUSENTE %	TOTAL
I	17	83	100%
II	50	50	100%
III	4	96	100%
IV	3	97	100%
V	17	83	100%
VI	64	46	100%
VII	3	97	100%
VIII	73	27	100%
XIX	20	80	100%
X	2	98	100%
XI	2	98	100%
XII	6	94	100%

En este cuadro puede observarse que los Indicadores Emocionales que se presentaron con mayor frecuencia fueron los VIII, VI, II y XIX

CUADRO No.18

PORCENTAJE DE INDICADORES DEL BENDER PRESENTADOS EN NIÑOS  
HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS

INDICADOR	PRESENTE %	AUSENTE %	TOTAL
I	5	95	100%
II	12	88	100%
III	0	100	100%
IV	0	100	100%
V	2	98	100%
VI	19	81	100%
VII	3	97	100%
VIII	16	84	100%
IX	4	96	100%
X	1	99	100%
XI	0	100	100%
XII	4	96	100%

En este cuadro puede observarse que los Indicadores Emocionales que se presentaron con mayor frecuencia fueron los VI, VIII y II .

PORCENTAJE DE SUJETOS QUE PRESENTARON CADA INDICADOR EN EL  
D.F.H. EN HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS

INDICADOR	PRESENTE % SUJETOS	AUSENTES % SUJETOS	TOTAL
I	35	65	100%
II	3	97	100%
III	1	99	100%
IV	2	98	100%
V	31	69	100%
VI	20	80	100%
VII	26	74	100%
VIII	1	99	100%
IX	4	96	100%
X	0	100	100%
XI	2	98	100%
XII	5	95	100%
XIII	12	88	100%
XIV	5	95	100%
XV	6	94	100%
XVI	3	97	100%
XVII	9	81	100%
XVIII	7	93	100%
XIX	0	100	100%
XX	4	96	100%
XXI	1	99	100%
XXII	0	100	100%
XXIII	0	100	100%
XXIV	10	90	100%
XXV	0	100	100%
XXVI	3	97	100%
XXVII	5	95	100%
XXVIII	2	98	100%
XXIX	7	93	100%
XXX	6	94	100%

Puede observarse que los Indicadores Emocionales que se presentaron con mayor frecuencia fueron los I, V, VI, VII y XIII

PORCENTAJES DE INDICADORES EMOCIONALES DEL D.FH., PRESENTADOS EN NIÑOS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS

INDICADOR	PRESENTE %	AUSENTE %	TOTAL
I	51	49	100 %
II	4	96	100%
III	5	95	100%
IV	3	97	100%
V	51	49	100%
VI	36	64	100%
VII	47	53	100%
VIII	2	98	100%
IX	10	90	100%
X	1	99	100%
XI	6	94	100%
XII	8	92	100%
XIII	19	81	100%
XIV	14	86	100%
XV	6	94	100%
XVI	7	93	100%
XVII	20	80	100%
XVIII	1	99	100%
XIX	1	99	100%
XX	13	87	100%
XXI	3	97	100%
XXII	1	99	100%
XXIII	2	98	100%
XXIV	21	79	100%
XXV	8	92	100%
XXVI	6	94	100%
XXVII	4	96	100%
XXVIII	1	99	100%
XXIX	5	95	100%
XXX	7	93	100%

Entre los Indicadores Emocionales presentados con mayor frecuencia se tienen los I, V, VII, VI, XVII, XXIV

CUADRO No.21

PORCENTAJE DE SUJETOS QUE PRESENTARON CADA INDICADOR EN EL DFH EN HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS

INDICADOR	PRESENTE % SUJETO	AUSENTE % SUJETO	TOTAL
I	72	28	100%
II	12	88	100%
III	0	100	100%
IV	8	92	100%
V	36	64	100%
VI	32	68	100%
VII	48	52	100%
VIII	4	96	100%
IX	4	96	100%
X	12	88	100%
XI	8	92	100%
XII	4	96	100%
XIII	20	80	100%
XIV	8	92	100%
XV	8	92	100%
XVI	0	100	100%
XVII	4	96	100%
XVIII	8	92	100%
XIX	4	96	100%
XX	2	98	100%
XXI	0	100	100%
XXII	0	100	100%
XXIII	0	100	100%
XXIV	20	80	100%
XXV	16	84	100%
XXVI	8	92	100%
XXVII	12	88	100%
XXVIII	4	96	100%
XXIX	4	96	100%
XXX	12	88	100%

En este cuadro puede observarse que los Indicadores Emocionales que se presentaron con mayor frecuencia fueron el I,VII, V, VI

CUADRO No.22

CUADRO COMPARATIVO EN PORCENTAJES DE INDICADORES EMOCIONALES MAS FRECUENTES EN EL D.F.H. ENCONTRADOS EN NIÑOS HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS, NIÑOS HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS E HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS.

INDICADORES EMOCIONALES		NIÑOS DE ESC.PUB. HIJOS DE PADRES N/ALCOHOLICOS	NIÑOS DE ESC.PUB. HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS	HIJOS DE PADRES ALCOH.QUE HAN SI DO HOSPITALIZADOS EN HOSP.PSQUIATR.
I	Integración pobre	35%	51%	72%
V	Asimetría grosera de las extremidades	31%	52%	36%
VI	Figura inclinada	20%	36%	32%
VII	Figura pequeña	26%	45%	48%
XIII	Brazos cortos	12%	18%	20%
XIV	Brazos largos	5%	15%	8%
XVIII	Manos omitidas	9%	18%	4%
XX	Figura grotesca o monstruosa	4%	12%	2%
XXIV	Omisión de nariz	10%	21%	20%

CUADRO No.23

CUADRO COMPARATIVO EN PORCENTAJES DE INDICADORES EMOCIONALES EN EL BENDER MAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN NIÑOS DE ESCUELAS PUBLICAS HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS, PADRES ALCOHOLICOS E HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS HOSPITALIZADOS EN HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL SEGURO SOCIAL

INDICADORES EMOCIONALES DEL BENDER		NIÑOS DE ESC.PUB. HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS	NIÑOS DE ESC.PUB. HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS	HIJOS DE PADRES ALCOHOL.QUE HAN SIDO HOSPIT.HOSP PSIQUIATRICO
I	Orden confuso	7%	17%	20%
II	Línea ondulada	30%	50%	48%
V	Gran tamaño	9%	18%	8%
VI	Tamaño Pequeño	49%	63%	76%
VII	Línea fina	4%	4%	12%
VIII	Repaso descuidado o línea reforzada	59%	72%	64%
IX	Segunda tentativa	16%	20%	16%

Estos cuadros contienen el resumen de los porcentajes de los Indicadores Emocionales que se presentaron del 10% en adelante por lo menos en uno de los grupos.

## CAPITULO VI

### DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Se evaluaron los protocolos del Test Bender con la Escala de Maduración Infantil y el listado de Indicadores Emocionales y los protocolos del Test de la Figura Humana In-fantil, D.F.H. con el listado de Indicadores Emocionales, -llegando a obtener los resultados siguientes:

Se encontró en los resultados arrojados por ambas prue-bas, una diferencia significativa en el número de Indicado-res Emocionales presentados por cada grupo, predominando un número mayor en el Grupo de Hijos de Padres Alcohólicos Hos-pitalizados. Por tanto se corroboran los planteamientos he-chos por Finch (1976), Fernández (1981), Miller (1973), Sou-thwick (1974) y Hall (1979), en cuanto al efecto negativo que el padre alcohólico ejerce sobre la conducta emocional del niño. Sobre lo planteado por Mitchell, citado por Hall (1979), en relación a la confusión emocional que se dá en el niño hijo de padre alcohólico, se encontró que algunas de las respuestas dadas por los niños coincidían con dicho plantea-miento; algunas de las respuestas textuales se exponen a con-tinuación:

Sujeto 20: "Pelean mucho con mi mamá, porque él tiene



otra mujer y a veces sólo llega a dejar un poco de dinero; y ya no vuelve como a los tres días.

Sujeto 5: "Cuando sale del trabajo siempre pasa por la cantina, a veces cuando ya es bien noche lo vamos a buscar allí, ya sabemos que allí se encuentra".

Sujeto 30: " El se embola los sábados, domingos, los viernes, a veces un día sí un día no ".

Sujeto 35: " Triste porque se enoja y nos castiga, no nos hace caso ".

Sujeto 50: " Lo detesto cuando anda bolo, le hiede la boca, apesta "

Sujeto 8: " Me abliga a ir a comprar guaro a la cantina, sino lo hago me castiga, por eso me cae mal".

Sujeto 3: " No me gusta cuando toma, porque llora, a veces se enoja porque no le hacemos caso y le pega a mi mamá ".

Sujeto 16: " Cuando llega bolo, le quiebra las cosas a mi mamá, casi no tiene vasos porque todos los ha quebrado ".

Sujeto 7: " Se gasta todo el dinero en guaro y no nos compra nada, a veces tenemos los zapatos ro

tos y él nunca tiene pinto, para comprar-  
nos " .

Sujeto 15: " Me pongo triste porque mi mamá, cuando mi papá llega bolo ella toma guaro también del que él lleva y entonces, se pelean y des --  
pués todos terminamos llorando".

Sujeto 27: " Casi siempre llega bolo, por eso nosotros nos acostamos temprano porque le tenemos -  
miedo, porque nos llega a regañar y a pegar por gusto " .

Sujeto 81: " Me gusta que se embole porque se pone -  
contento, se ríe mucho, me abraza, y cuando está bueno sólo pasa enojado " .

Sujeto 95: " Ahora no vive en la casa, desde hace días mi mamá lo hechó de la casa por bolo " .

Sujeto 70: " le gusta tomar cerveza, guaro, "Chepe To-  
ño" , Tick Tack y a veces chicha, a mi me -  
gusta cuando toma cerveza , porque cuando -  
él se descuida tomo un poquito" .

Sujeto 69: " Ya no lo quiero, porque solo bolo pasa " .

Para una ilustración cualitativa, pueden observarse algunas de las ilustraciones sobre las pruebas elaboradas por los niños en cada grupo ( ver apéndice N).

En cuanto a la Escala de Maduración de Bender, los resultados demuestran que el nivel de madurez visomotriz se ve afectado entre los niños hijos de padres alcohólicos y que esta deficiencia es mayor entre los niños hijos de padres alcohólicos hospitalizados. Estos hallazgos podrían ser causa de explicación de las investigaciones de Mendoca, citado por Fernández (1981) y Miller (1973) con niños hijos de padres alcohólicos, en los que obtuvieron como resultado que el rendimiento escolar en estos niños es muy bajo, incluso plantea Fernández (1981) que existe una total ausencia de aprendizaje.

Se sabe que entre las causas del bajo rendimiento escolar en los niños está la inmadurez en el nivel viso-motriz, así plantea Crisonino (1977), que para el aprendizaje se necesita un determinado estado de maduración en el organismo en sus órganos y funciones, sostiene que el desarrollo, tanto en la vida física como en la psíquica, es un proceso que va diferenciando los diversos órganos y sus respectivas funciones, y se lleva a cabo de acuerdo al plan constructivo del organismo. La maduración está influenciada tanto por la herencia, como por el medio ambiente, y puede retrasarse o adelantarse. Por otro lado, Koppitz (1974), dice "que los niños con una pobre percepción visomotriz que tienen también problemas en las diversas áreas pueden no ser capaces de superar sus dificultades perceptivo-motrices y pueden desarro-

llar serias dificultades de aprendizaje" (Pág. 117).

Por estos planteamientos y los hallazgos encontrados en esta investigación en la inmadurez de la percepción visomotriz de los niños, pueden ser motivo de inquietud para investigar el rendimiento escolar en niños hijos de padres alcohólicos.

#### Análisis específico de las hipótesis:

Para el análisis de la H1 (ver cuadro 1 y 2) se encontró en el análisis de varianza que la Fob es mayor que la F crítica lo que permite aceptar la H1, indicando con ello la presencia de un mayor número de Indicadores Emocionales presentados en los hijos de padres alcohólicos, lo que permite suponer que sí existe influencia negativa de parte del padre alcohólico en el desarrollo de la personalidad del niño. Estos resultados pueden coincidir con los planteamientos expuestos en páginas anteriores, entre ellos, Finch (1976), que dice que el niño que convive con su padre alcohólico estará sometido al imprevisible e inconstante comportamiento instintivo del padre, el alcohólico crónico es severamente narcista. Su hijo experimentará alternativamente un vacío emocional. Por otro lado Fernández (1982), plantea que el niño hijo de padre alcohólico estará expuesto a una variedad de síndromes psiquiátricos.

Esta hipótesis 1, también se comprueba con la Prueba de rangos de Duncan (ver cuadro No. 6), en la que se analizan

los tres grupos simultáneamente. Donde la diferencia de medias presentadas en el Grupo 1 y 2 es mayor que el  $R_p$ , por lo que se rechaza la  $H_0$ . Lo mismo para el Grupo 1 y 3 la diferencia de medias es mayor que el  $R_p$  obtenido. Además se puede observar en el análisis descriptivo la marcada diferencia en el número de Indicadores Emocionales representados por las medias en cada grupo (ver cuadros 7 y 10). El promedio más elevado se observa en los niños hijos de padres alcohólicos hospitalizados.

Para la  $H_2$  la  $F_{ob}$  es menor que la  $F$  crítica por lo que se acepta la  $H_0$ . (ver cuadro No. 1 y 2). Estos resultados demuestran que no existe diferencia significativa en el número de Indicadores Emocionales presentados entre los niños del sexo femenino y masculino, hijos de padres alcohólicos, por lo que se deduce que los niños indiscriminadamente son afectados por el alcoholismo del padre.

En los cuadros No. 8 y 11, se observan que en las medias presentadas por cada grupo de sexos, es casi similar, no existe mayor diferencia, únicamente en el grupo de hijos de padres hospitalizados en la media presentada por el grupo del sexo masculino es poco elevado.

Para la  $H_3$ , (ver cuadro No. 3), se encontró que la  $F_{ob}$  es mayor que la  $F$  crítica por lo que se rechaza la  $H_0$ , lo que demuestra que existe diferencia significativa en los  $I_n$

dicadores Emocionales presentados en los niños de 6 años a 7 años 11 meses, y los niños de 8 a 10 años 11 meses; lo que permite suponer que los niños de menor edad han sido - más afectados por el ambiente alcohólico de su hogar. Esto también se puede observar en el análisis descriptivo (cuadros 9 y 12) donde los niños de 6 años a 7 años presentan medias más elevadas.

Para la H4 (ver cuadro No.4) en los resultados observados la Fob es mayor que la F crítica , lo que permite rechazar la Ho y aceptar la H4, lo que demuestra que existe diferencia significativa en el nivel de maduración visomotriz en los niños hijos de padres alcohólicos y niños hijos de padres no alcohólicos.

También pueden observarse estos datos en forma descriptiva en el cuadro No. 13, donde el promedio presentado por cada grupo , sufre un incremento en los grupos de hijos de padres alcohólicos, siendo éste mayor en el grupo de niños hijos de padres alcohólicos hospitalizados.

Para la H5, (ver cuadro No. 4) la Fob es menor que la F crítica, por lo que se acepta la Ho, lo que indica que no existe diferencia en cuanto a sexo, en el nivel de madurez visomotriz presentado por los niños. Por lo que se puede suponer que el efecto del alcoholismo del padre en la inmadurez visomotriz de los niños se presenta indiscriminadamente

en ambos sexos . Así , puede observarse la descripción de medias en el cuadro No. 14. Los promedios por cada grupo no difieren mucho en ambos sexos, únicamente se observa en el grupo de hijos de padres hospitalizados del sexo masculino un mayor incremento.

Para el análisis simultáneo de los tres grupos en el nivel de madurez visomotriz se observan los resultados en el Análisis de la Prueba de rangos de Duncan (Cuadro No.5).

La H6 se comprueba, ya que la diferencia de medias presentadas por los Grupos 2 y 3 es mayor que el Rp obtenido, por lo que se considera que entre más severo es el cuadro clínico del padre alcohólico, mayor será el daño en el nivel de madurez en sus hijos.

Para la H4, permite también su comprobación, ya que la diferencia de medias encontradas en los Grupos 1 y 2 es mayor que el Rp obtenido; lo mismo que para el Grupo 1 y 3, ésto coincide con el análisis de varianza. Puede suponerse que estos resultados permitan ser causa de explicación de los planteamientos hechos por Mendoca citado por Fernández (1981), sobre el rendimiento escolar insuficiente en el niño y Miller (1973) sobre el retraso de los niños en la escuela; ya que el niño para su aprendizaje necesita cierto grado de madurez, de lo contrario tendrá dificultades en la escuela.

Por las concepciones anteriores, podría considerarse -

que el alcoholismo del padre tiene relación directa con el bajo nivel de madurez visomotriz presentados en sus hijos.

Para analizar los tres grupos simultáneamente en cuanto a la presencia de Indicadores Emocionales presentados en los tres grupos se trabajó con la Prueba de rangos de Duncan ver cuadro No.6, donde se analizó la  $H_7$ , así: la diferencia de medias presentadas por los grupos 2 y 3, es menor que el RP obtenido por lo que se acepta  $H_0$ , lo que significa que no existe diferencia significativa entre los Indicadores Emocionales presentados por los niños hijos de padres alcohólicos y niños hijos de padres alcohólicos hospitalizados.

#### Perfil de Indicadores Emocionales

De acuerdo al porcentaje de Indicadores Emocionales presentados por los niños en el test D.F.H. y Bender se elaboró un Perfil de Indicadores Emocionales de niños hijos de padres alcohólicos, tomando como base los Indicadores que se presentaron del 25% en adelante, considerando que éste porcentaje ya es representativo. Primeramente se tabuló el porcentaje del total de Indicadores Emocionales del test Bender, presentados por los grupos de hijos de padres no alcohólicos (ver cuadro No.16) hijos de padres alcohólicos (ver cuadro No.17) e hijos de padres alcohólicos hospitalizados (cuadro No. 18).

El mismo procedimiento fue para los Indicadores del test D.F.H. (ver cuadro Nos. 19, 20 y 21).



En los cuadros No. 22 y 23 se presentaron los porcentajes de Indicadores Emocionales más frecuentes presentados - por los niños en los tres grupos tomando como base desde el cuadro No. 16 al cuadro No. 21.. No se encontró ningún Indicador Emocional que permitiera diferenciar un grupo de otro, sino que la única diferencia es el porcentaje elevado presentado por los niños de padres alcohólicos, contrariamente a la disminución observada en los hijos de padres no alcohólicos. Con base a éstos datos se elaboró el siguiente perfil de Indicadores Emocionales.

Según D.F.H. : Integración pobre, asimetría de extremidades, inclinación de la figura, figura pequeña.

Según Bender : Línea ondulada, tamaño pequeño, repaso descuidado o línea reforzado.

Se encontró que estos indicadores son comunes en ambas pruebas ( ver anexo H).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se concluye que :

1º Los niños hijos de padres alcohólicos demostraron estar perturbados emocionalmente en comparación con los niños hijos de padres no alcohólicos.

2º El alcoholismo del padre influye en forma indiscriminada, en la presencia de indicadores emocionales, en los hijos del sexo femenino y del sexo masculino.

3º Entre menor es la edad de los niños, mayor es el nivel de influencia del alcoholismo del padre en la presencia de indicadores emocionales.

4º Los niños hijos de padres alcohólicos e hijos de padres alcohólicos hospitalizados, presentan diferencia significativa en cuanto a mayor cantidad de indicadores emocionales en relación con los niños hijos de padres no alcohólicos.

5º No se encontraron indicadores emocionales que caracterizarán a cada uno de los grupos de trabajo.

6º El nivel de madurez en la percepción visomotriz se encuentra afectado en los niños hijos de padres alcohólicos en relación con los niños hijos de padres no alcohólicos

7º La puntuación total en la escala de maduración, discrimina entre los niños hijos de padres alcohólicos hospita-

- lizados y los niños de escuelas públicas hijos de padres - alcohólicos , por tanto entre más avanzado es el alcoholismo del padre más afecta la madurez del niño.

8º De las pruebas psicológicas administradas, el Test D.F.H. discrimina más en cuanto a indicadores emocionales que el test Bender.

9º Estos resultados son válidos únicamente para la población con la cual se ha trabajado.

A partir de estas conclusiones, se considera pertinente formular las siguientes recomendaciones

- 10.- Es de urgente necesidad que las instituciones en cargadas de velar por el bienestar del niño y la familia,elaboren programas terapéuticos para los niños que sufren actualmente las consecuencias - negativas de su progenitor alcohólico.
- 20.- Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordine con el Ministerio de Educación, programas orientados a prevenir el alcoholismo, a través de labor de educación para la salud, dirigi da a la población en general y especialmente a los jóvenes , púberes y adolescentes por ser los futu ros padres de familia, haciendo énfasis en las re percusiones individuales , familiares y sociales que el alcoholismo como enfermedad conlleva.

- 30.- Que el presente estudio, sirva de inquietud a es tudiantes y profesionales de la salud mental ,así como a entidades dedicadas a prevenir condiciones de alcoholismo, para que se realicen investiga - ciones más exhaustivas que permitan:
- Determinar las repercusiones del alcoholismo del padre en las diferentes etapas de desarrollo del niño salvadoreño.
  - Determinar el nivel de incidencia de alcoholismo en los hijos de padres alcohólicos.
  - llegar a establecer estrategias efectivas para - controlar y disminuir progresivamente la incidencia de alcoholismo en la población salvadoreña.
- 50.- Que los grupos de auto ayuda (Alcohólicos Anóni- mos, Al-ANON, ALATEEN), reciban asesoría de profe<sup>u</sup> sionales de la salud mental, para que los resulta dos esperados, sean obtenidos en el menor tiempo posible y con alto grado de satisfacción para el individuo recuperado, su familia y el medio social en el cual se desenvuelve.

## CAPITULO IX

### REFERENCIAS

- Burt-Miller. Salud Individual y Colectiva.El Hombre y la -  
Sociedad Actual.México:Edit.Interamericano.1973
- Bustamante, J.Psiquiatría. Habana (Cuba): Ediciones Nuevo  
Mundo, 1979.
- Bee, H. El Desarrollo del Niño. México : Edit. Industria,  
1978.
- Corman, Loius. El Test del Dibujo de la Familia. Buenos Ai-  
res : Edit. Kapeluz, 1967.
- Despert, J.I., El niño y sus perturbaciones Emocionales.  
Buenos Aires : Edit. Paidos, 1965.
- Frank y Otros, Dinámica y Desviación de la Conducta del Ni-  
ño. Buenos Aires: Edit. Paidos, 1965.
- Freedman, A. y Otros. Compendio de Psiquiatría.Barcelona:  
Edit. E.S.A. , 1975
- Fernández, F.A. Alcohol-Dependencia. Madrid: Edit. Pirámide,  
1981 .
- Fernández,F.A. Bases Psicosociales del Alcoholismo.Madrid:  
Gráficos Orbe, 1979.
- Finch, S.M. Fundamentos de Psiquiatría Infantil.Buenos Aires  
Edit. Psique, 1976

- Guerin, J.R. Philip J. The Best of de Family. 1973-78  
(1980).
- Geseel, A. y Otros. El niño de 5 a 6 años. Edit. Paidos, --  
Buenos Aires : Edit. Paidos, 1977
- Hall, J.S. , T.B. Family Process. Alcoholic Family. Philadel  
phia: Lippincott Company . 1979
- Henger G. Introducción a la Psiquiatría Infantil. ( 5a.Edic.)  
Barcelona :Edit.Luis Mirales. 1968.
- Koppitz, Elizabeth. El Test de la Figura Humana .(2a.Ed.) -  
Buenos Aires: Edit. Guadalupe, 1974.
- Koppitz, E.M. El Test Gestáltico Visomotor para niños.  
(5a. Ed.) Buenos Aires:Edit.Guadalupe, 1974
- Kolb, L.C. Psiquiatría Clínica Moderna, 5a. Ed. 1975
- Kaplan H., y Otros. Compendio de Psiquiatría. Barcelona  
(España ): Edit. Salvat.
- McGuigan, F.J., Psicología Experimental. Enfoque Metodológi  
co, Edit. Trillas, 1977.
- Mussen y Otros. Desarrollo de la Personalidad del Niño-  
(2a. Ed. ) México: Edit. Trillas, 1982
- Perron, R. Los Niños Inadaptados. (1a. Ed.).España:Edit.  
Oikos-Tau, 1973.
- Reca, Thelma. Personalidad y Conducta del Niño. Edit. Ateneo,  
Buenos Aires. 1976.
- Wolff, Sula. Trastornos Psíquicos del Niño : causas y trata-  
mientos. México, 1969.

Yates, Aubrag, J. Terapia del Comportamiento. México:Edit. Trillas, 1982.

American Psychiatric Association. D.S.M. II Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, Hasson, 1983.

Boor, Gleason y Otros. " The Effects of alcohol Use and - Offender Remorsefulness and sentencing decisions. Journal of applied social Psychology, 1981, Vol II, No. 1, pp. 83-91

Colección Rehabilitación, Drogo-dependencia. Madrid 3: Edit. Servicios de Publicidad del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Marín de Guzmán-52, 1980.

Southwick, B. William, " Hijos de Alcohólicos " Psicodeia, 1974, Vol 1 No. 05, pág. 51-54.

Cáceres, Ernesto Morán. "Ensayo Estadístico de Alcoholismo en El Salvador" Tesis Doctoral ,Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1964.

Cotera, José Eduardo de la . Centro de rehabilitación para Alcohólicos en El Salvador. Tesis para optar al grado de Arquitecto.Facultad de Ingeniería y Arquitectura. Universidad de El Salvador. 1960.

Cuéllar Ortíz, C. La Enfermedad del Alcoholismo, Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1962.

Crisonino, I. "Usos del Test Gestáltico Visomotor para discriminar entre buenos y malos lectores, utilizando la Escala de Maduración Infantil en niños de segundo grado de Nueva San Salvador". Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología . Universidad José Simeón Cañas. 1977.

Gutierrez, J. " Estudio de la Función Visomotora en niños salvadoreños de 5 a 10 años a través del Bender Gestalt evaluado con la escala de maduración de Koppitz". Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Universidad José Simeón Cañas. 1972.

Suárez de Padilla V., " Una nueva línea de Alcohólicos Anónimos en el país y más probabilidades de controlar el alcohol" . Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Universidad José Simeon Cañas, 1980.

Hablemos claro, Algunas preguntas y respuestas sobre el alcoholismo . Pan American Life Insurance Company. 1984



A P E N D I C E S

## APENDICE "A"

MANUAL DE TABULACION PARA LOS 30 INDICADORES EMOCIONALES DEL DFH INFANTIL

(Todos los indicadores emocionales se consideran válidos para varones y niñas de 5 a 12 años a menos que expresamente se indique lo contrario, se tomaron ejemplos de Indicadores en las ilustraciones dadas por Koppitz 1974)

- 1.- Integración pobre de las partes (varones, 7 años; niñas 6): una o más partes no están unidas al resto de la figura, una de las partes sólo está unida por una raya, o apenas se toca con el resto.
- 2.- Sombreado de la cara: sombreado deliberado de toda la cara o de parte de la misma, inclusive "pecas", "sarampion", etc. ; un sombreado suave y parejo de la cara y las manos para representar el color de la piel no se computa.
- 3.- Sombreado del cuerpo y/o extremidades: (Varones ,9 años; niñas 8): sombreado del cuerpo y/o extremidades.
- 4.- Sombreado de las manos y/o cuello :(varones 8 años, niñas 7).
- 5.- Asimetría grosera de las extremidades: un brazo o pierna difiere marcadamente de la otra en la forma. Este ítem no se computa si los brazos o las piernas tienen forma parecida, pero son un poco disparejos en el tamaño.

- 6.- Figura inclinada :el eje vertical de la figura tiene una inclinación de  $15^{\circ}$  o más con respecto a la perpendicular.
- 7.- Figura pequeña:la figura tiene 5 cm. o menos de altura.
- 8.- Figura grande:(desde los 8 años, tanto en niñas como en los varones):figura de 23 cm o más de altura.
- 9.- Transparencias:se computan las transferencias que comprenden las porciones mayores del cuerpo o las extremidades. No se computan las rayas o cuando las líneas de los brazos atravisan el cuerpo.
- 10.- Cabeza pequeña: la altura de la cabeza es menos de un décimo de la figura total.
- 11.- Ojos bizcos o desviados: ambos ojos vueltos hacia adentro o desviados hacia afuera;miradas de reojo no se computan.
- 12.- Dientes:cualquier representación de uno o más dientes
- 13.- Brazos cortos:apéndices cortos a modo de brazos,brazos que no llegan a la cintura.
- 14.- Brazos largos:brazos excesivamente largos,por la longitud pueden llegar debajo de las rodillas, o donde éstas deberían estar
- 15.- Brazos pegados al cuerpo:no hay espacio entre el cuerpo y los brazos.
- 16.- Manos grandes: manos de un tamaño igual o mayor al de la cara.

- 17.- Manos omitidas: brazos sin manos ni dedos; no se computan las manos ocultas detrás de la figura o en los bolsillos.
- 18.- Piernas juntas: las piernas están pegadas, sin ningún es pacio entre sí; en los dibujos de perfil se muestra solo una pierna.
- 19.- Genitales: representación realista o inconfundible sím bólica de los genitales.
- 20.- Moustro o figura grotesca: figura que representa una per sona rídica, degradada o no humana, lo grotesco de la figura debe ser buscado deliberadamente por el niño, y no el resultado de su inmadurez o falta de habilidad - para el dibujo.
- 21.- Dibujo espontáneo de tres o más figuras: varias figuras que no están interrelacionadas o realizando una actividad significativa; dibujo repetido de figuras cuando se le solicitó solo "una "persona ; no se computa el dibujo de un varón y una niña o el de la familia del examinado.
- 22.- Nubes: cualquier representación de nubes, lluvia, nieve o pájaros volando
- 23.- Omisión de los ojos: ausencia total de ojos; ojos cerrados o vacíos no se computan .
- 24.- Omisión de la nariz: (varones 6 años, niñas 5)
- 25.- Omisión de boca
- 26.- Omisión de cuerpo

- 27.- Omisión de los brazos (varones 6 años, niñas 5)
- 28.- Omisión de las piernas
- 29.- Omisión de los pies: (varones 9 años, niñas 7)
- 30.- Omisión del cuello (varones 10 años, niñas 9)

APENDICE "B"  
 MANUAL DE PUNTUACION DE LOS INDICADORES EMOCIONALES EN EL BENDER  
 INFANTIL :  
 DEFINICIONES Y EJEMPLOS DE PUNTUACION

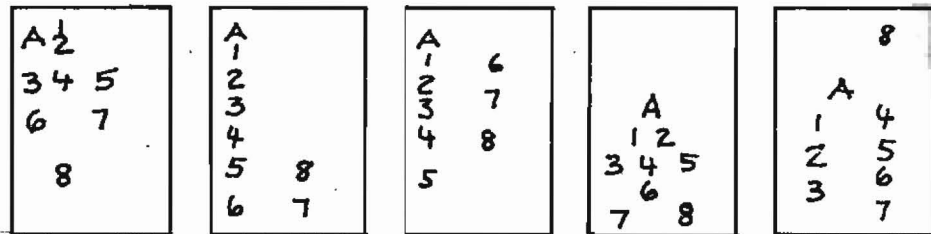
I. ORDEN CONFUSO:

Definición: Las figuras están desparramadas arbitrariamente en el papel sin ninguna secuencia ni orden lógico. Se considera positivo cualquier tipo de orden o secuencia lógica. Esto comprende una disposición de las figuras desde la parte superior de la página hasta abajo y nuevamente hacia arriba, de izquierda a derecha o de derecha a izquierda. Tampoco se puntúa este ítem si dibuja la figura 8 en el extremo superior de la página porque no le ha quedado espacio libre al costado o al pie de la página.

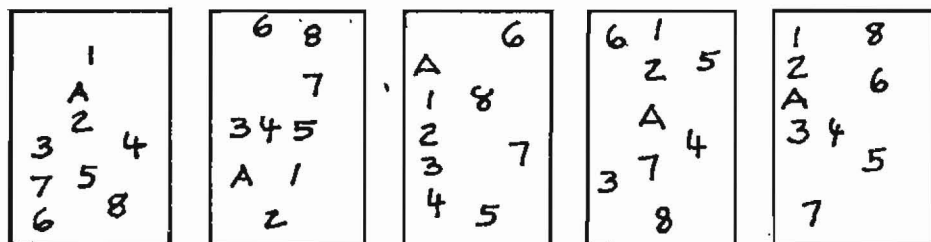
Implicaciones: El orden confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

Ejemplos de puntuación:

Aceptable, no se puntúa



Se computa Orden Confuso

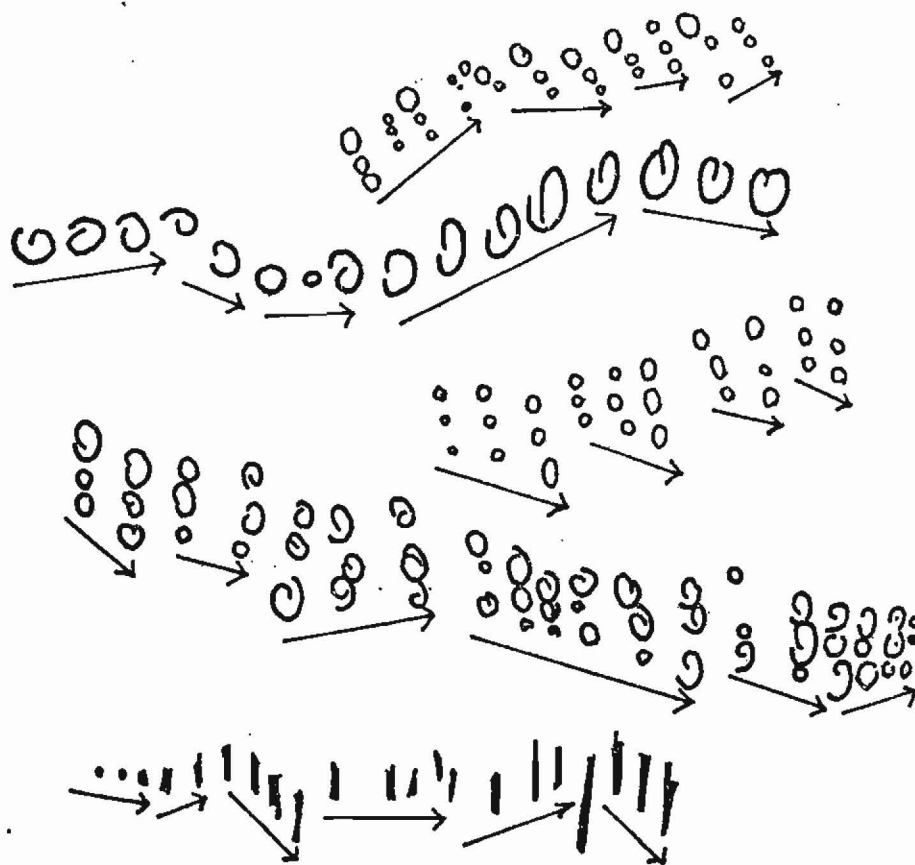


## II. LINEA ONDULADA (FIGURAS 1 Y 2)

Definición: Dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos de las figuras 1 y 2 , respectivamente. No se computa esta categoría cuando se trata de una rotación o curva continua, gradual. El cambio de dirección debe abarcar por lo menos dos puntos o círculos consecutivos. No se computa cuando hay un sólo punto o una columna de círculos fuera de la línea . Este ítem se acredita una sola vez independientemente de que se dé en una o en ambas figuras.

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada con inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

Ejemplos de puntuación:

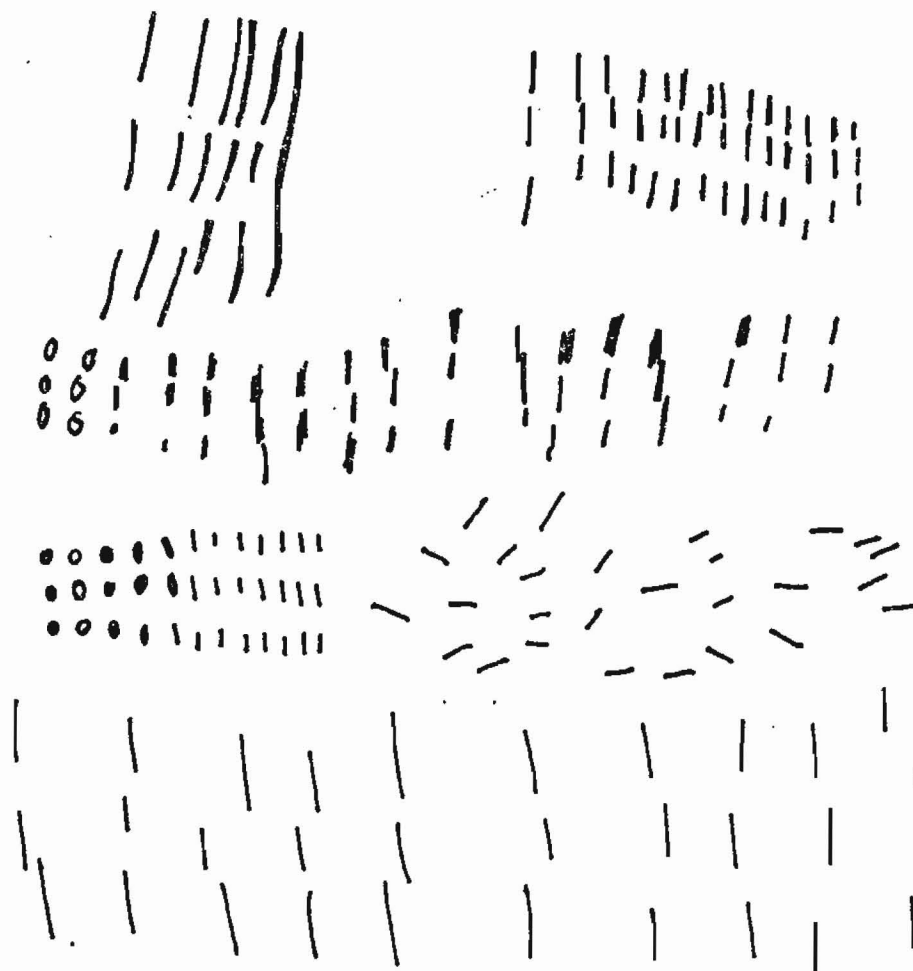


### III. CIRCULOS SUSTITUIDOS POR RAYAS (FIGURA 2)

Definición: Por lo menos la mitad de todos los círculos de la figura 2, están reemplazados por rayas de 2 mm o más. La sustitución de los círculos por puntos no se computa, pues esto no parece diferenciar entre niños con serios problemas afectivos y sin ellos

Implicaciones: La sustitución de círculos por rayas ha sido asociada con impulsividad y con falta de interés o atención en los niños pequeños. Se le ha encontrado en los niños que están preocupados por sus problemas o en los que tratan de evitar hacer lo que se les pide.

Ejemplos de puntuación:



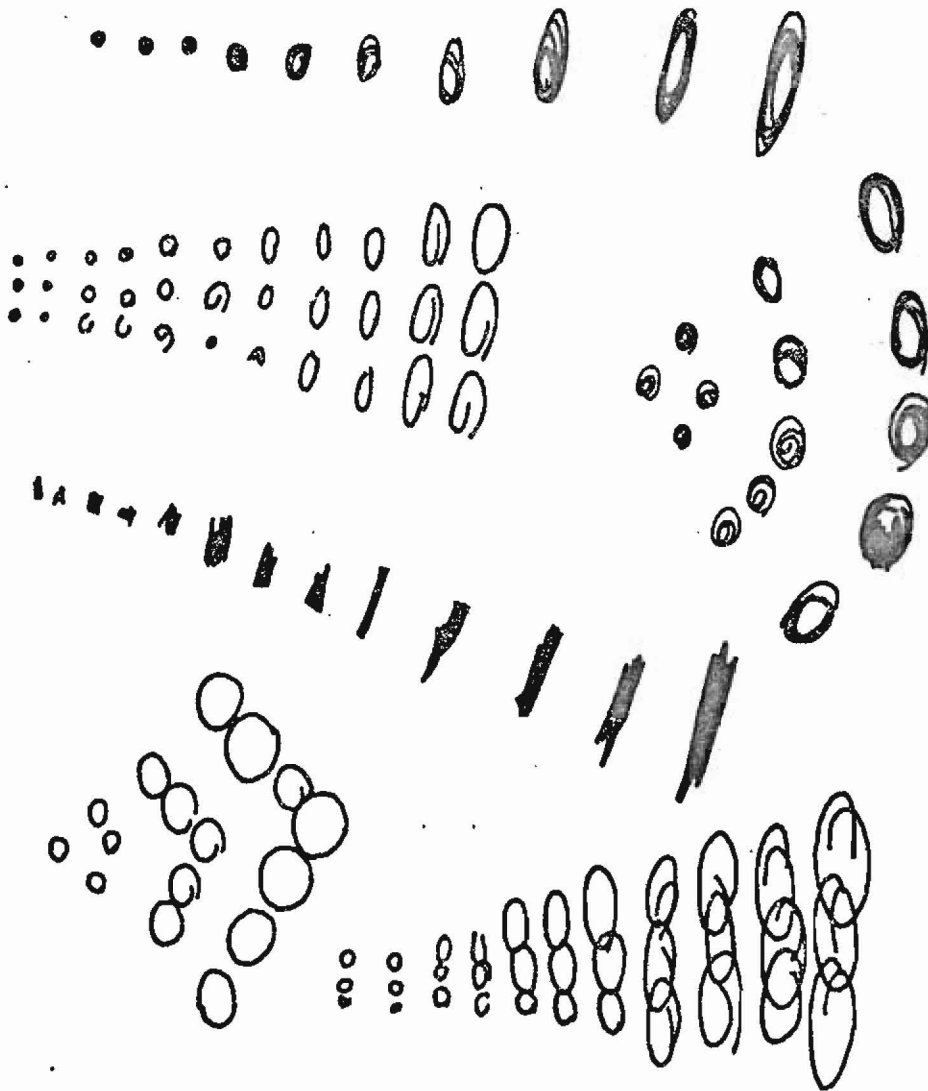


#### IV. AUMENTO PROGRESO DE TAMAÑO (FIGURAS 1, 2 Y 3 )

Definición: Los puntos y los círculos aumentan progresivamente de tamaño hasta que los últimos son por lo menos tres veces más grandes que los primeros. Este ítem se computa sólo una vez aunque se dé en más de una figura.

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden normalmente a tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumenta a medida que los niños crecen.

Ejemplos de puntuación:

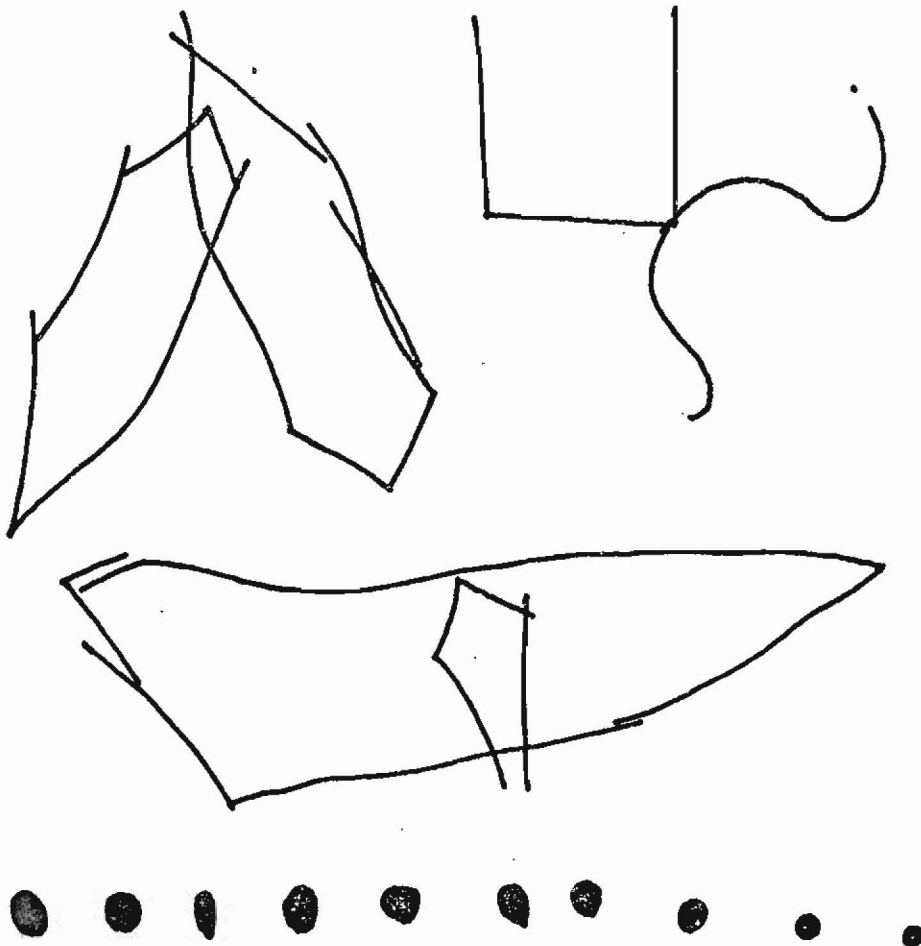


### V. GRAN TAMAÑO

Definición: Uno o más de los dibujos es un tercio más grande en ambas direcciones que el de la tarjeta de estímulo. Cuando el dibujo consta de dos partes , p.j. la figura A y la 7 ambas partes deben estar agrandadas para que se compute esta categoría. El ítem se acredita una sola vez independientemente de la cantidad de figuras agrandadas.

Implicaciones: El gran tamaño ha sido asociado con la conducta acting-out .

Ejemplos de puntuación:

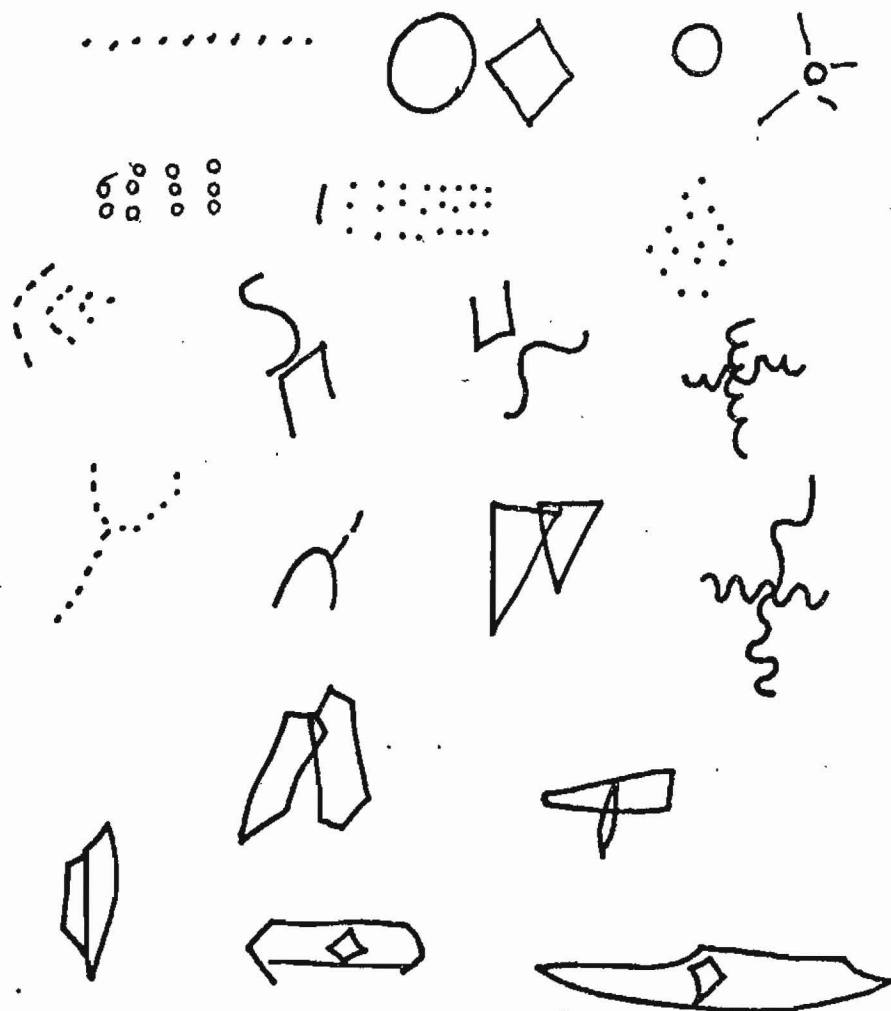


## VI TAMAÑO PEQUEÑO

Definición: Uno o más dibujos son la mitad más pequeña que el modelo el tamaño de cada figura se mide en ambas direcciones . Cuando un dibujo consta en dos partes , p.ej. la figura A ó la 4 ambas partes tienen que haber sido reducidas en su tamaño para que se compute esta categoría. Este ítem se acredita una sola vez independientemente de la cantidad de figuras que han sido reducidas en su tamaño .

Implicaciones: El tamaño ( micrografismo ) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída , constricción y timidez.

Ejemplos de puntuación:



## VII. LINEA FINA

Definición : El trazo es tan fino que hay que esforzarse para ver el dibujo completo .

Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez y retraimiento.

Ejemplos de puntuación:



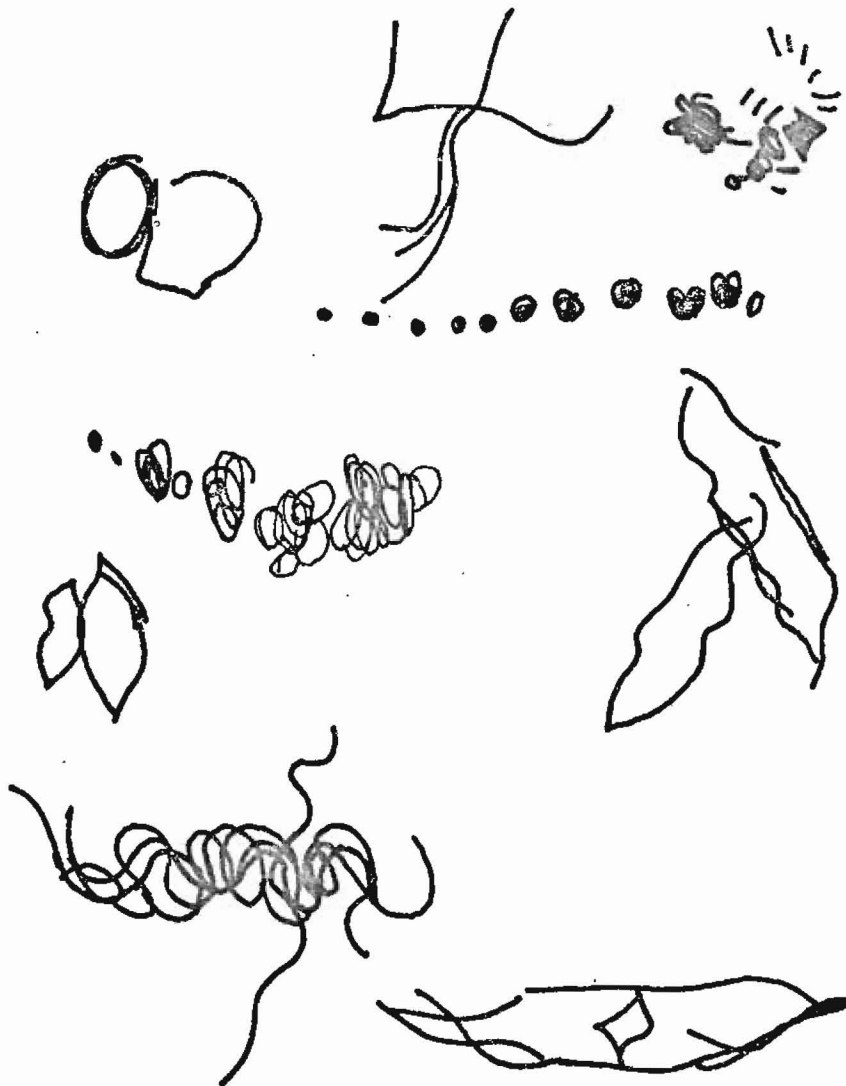
### VIII. REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS.

Definición : Todo el dibujo o parte del mismo ha sido repasado o reformado con líneas espesas, impulsivas. El dibujo puede haber sido primero borrado y luego vuelto a dibujar, o puede haber sido corregido sin ninguna borradura. Este ítem se computa una sola vez independientemente de que el repaso se dé en una o varias figuras.

Implicaciones: El repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad.

Se dá frecuentemente en los niños de conducta acting-out.

Ejemplos de puntuación:

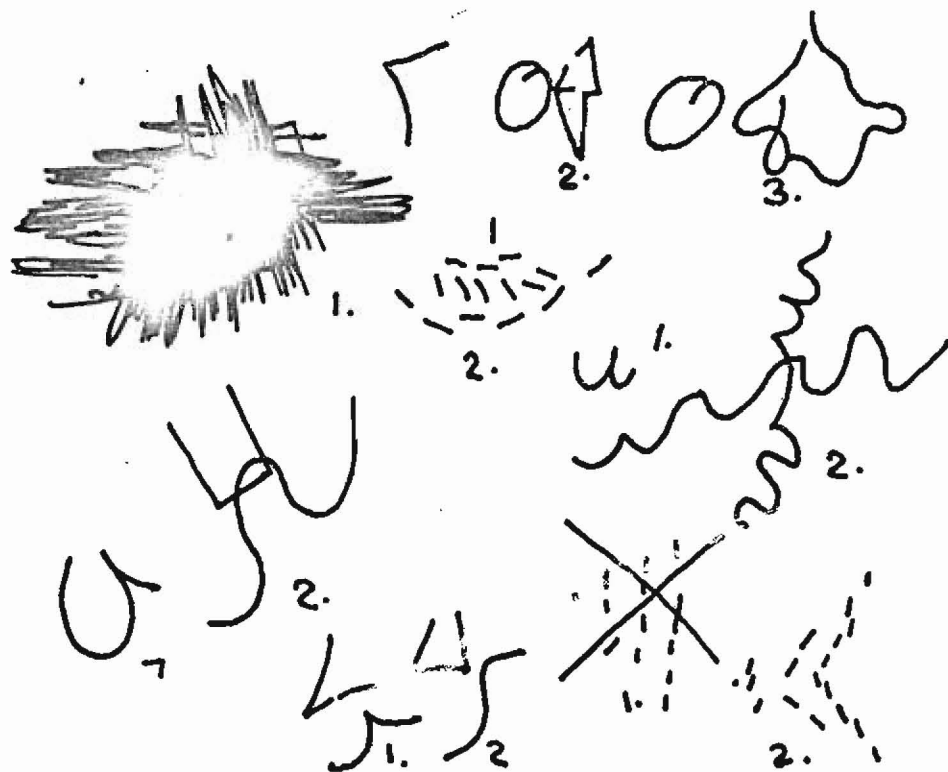


## IX SEGUNDA TENTATIVA.

Definición: Se abandona espontáneamente un dibujo o parte de él antes de haberlo terminado y se empieza a hacerlo nuevamente. Este ítem se computa sólo cuando se efectúan dos dibujos distintos de una misma figura, en dos lugares diferentes de la hoja. No se computa cuando se borra el dibujo y se lo vuelve a dibujar en el mismo lugar del primero. Si se computa cuando, después de borrarlo, se lo dibuja en un lugar diferente de la hoja.

Implicaciones: Se ha asociado la segunda tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos les falta el control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, p. ej. la figura 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la figura 6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.

Ejemplos de puntuación:

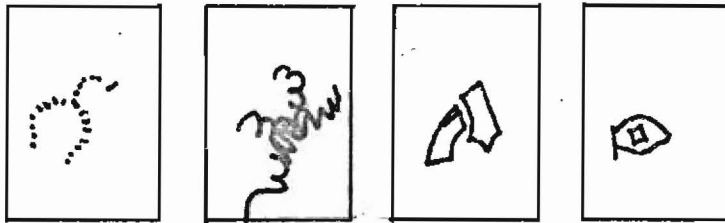
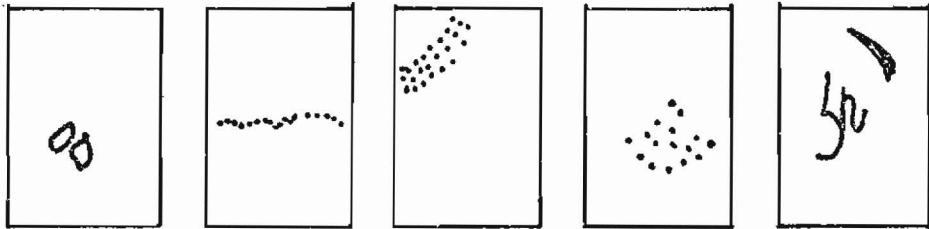


X. EXPANSION

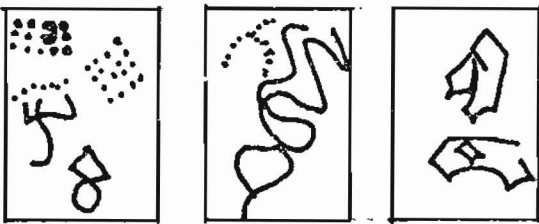
Definición: Se emplean dos o más hojas de papel para terminar las nueve figuras del Bender. Este ítem se computa sin considerar si cada dibujo está en una hoja diferente o si ocho dibujos están en una página y el último en el reverso de la misma.

Implicaciones: La Expansión está asociada en los niños pequeños con impulsividad y conducta acting-out. Este indicador parece darse normalmente en los preescolares. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de los que están emocionalmente perturbados y tienen una lesión neurológica

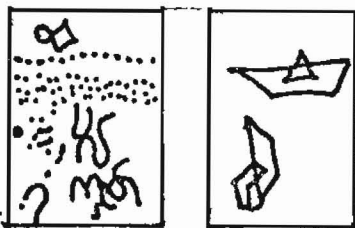
Ejemplos de puntuación:



9 HOJAS  
DE PAPEL



3 HOJAS  
DE PAPEL



2 HOJAS  
DE PAPEL

## APENDICE "R.2"

Indicadores Emocionales .Test Bender (Köppitz,1974)

En el manual de puntuación para los Indicadores Emocionales en el Bender Infantil(Köppitz ,1963,pág.172-81) se dan de talladas descripciones ,definiciones e ilustraciones de los diez IE y no precisan ser repetidas aquí. Lo siguiente es sólo un breve resumen de las definiciones e implicaciones de los diez IE junto con nuevos datos procedentes de la investigación.

I. Orden Confuso. Ver láminas 3,8,9,10,12,16,17,20,21,22, 28 y 33. Las figuras del Test de Bender están desparramadas arbitrariamente en el papel sin ninguna secuencia ni orden lógico. El Orden Confuso es común en los niños de 5 a 7 años. Parece estar asociado a un fallo en la capacidad de planificación y a una pobre organización. En los niños más inteligentes y mayores el Orden Confuso en el Test de Bender puede también reflejar confusión mental.

Hallazgos de investigaciones recientes.Ackerman y otros (1971) hallaron el orden confuso significativamente más a menudo en los protocolos del Test de Bender de niños de 8 a 11 años con dificultades de aprendizaje que en los protocolos de los buenos estudiantes.En la investigación de Naches(1967)el orden confuso aparecía más a menudo en los protocolos del Test



de Bender de los niños acting-out que en los del grupo control.

II. Línea ondulada en las figs. 1 y 2. Ver láminas 7,8, 11, 14, 16,17,20,21,33 y 37. Dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos de la fig.1 o fig. 2. La línea ondulada parece estar asociada con una pobre coordinación motora y/o inestabilidad emocional.

Hallazgos de investigaciones recientes. La línea ondulada en el Test de Bender se halló que discriminadamente significativamente entre un grupo de pacientes psiquiátricos y un grupo control de niños normales(Elliot,1968) y entre alumnos del Jardín de Infancia con y sin problemas emocionales(Kai, 1972).

III. Círculos sustituidos por rayas en la fig. 2. Ver láminas 9 y 11. Por lo menos la mitad de todos los círculos de la fig. 2 están sustituidos por rayas de 1'5 mm o más de largo. La sustitución de círculos por rayas ha sido asociada con impulsividad y con falta de interés en niños pequeños.

Hallazgos de investigaciones recientes.De acuerdo con Handler y McIntosh(1971) la sustitución de círculos por rayas está asociada con la impulsividad . Las rayas en la fig.2 se hallaron también significativamente más a menudo en los dibujos de los alumnos de Jardín de Infancia japoneses con problemas emocionales (Kai, 1972).

IV. Aumento progresivo del tamaño en las figs. 1,2 ó 3. Ver láminas 11, 16 y 28 . Los puntos o los círculos de las figs. 1, 2 ó 3 aumentan progresivamente de tamaño hasta que los últimos son por lo menos tres veces más grandes que los primeros. El aumento progresivo de tamaño en las figuras del Test de Bender está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Las implicaciones diagnósticas de este IE aumentan a medida que los niños se hacen mayores.

Hallazgos de investigaciones recientes. El aumento progresivo del tamaño fué hallado significativamente más a menudo en los protocolos del Test de Bender de los niños acting-out(Naches, 1967) y en los alumnos del Jardín de Infancia con problemas emocionales (Kai, 1972).

V Gran tamaño . Ver láminas 6, 10, 11, 12,13,14,21,23,28 y 37. El área cubierta por una figura es dos veces mayor que el área de la figura de la tarjeta estímulos. El gran tamaño está asociado con el comportamiento acting-out en los niños.

Hallazgos de investigaciones recientes. Los resultados del estudio de Naches(1967) concluyen que el gran tamaño en el Test de Bender está asociado con el comportamiento acting-out. Fue válido también para diferenciar entre pacientes psiquiátricos y un grupo control de alumnos normales(Elliot,1968) y entre alumnos del Jardín de Infancia con y sin problemas - emocionales (Kai, 1972).

VI Tamaño Pequeño. Ver láminas 2,3,7,9,11,13,15,20 ,21, 22, y 35. El área cubierta por cualquiera de las figuras del Test de Bender es la mitad o menos de grandes que el área de la figura de la tarjeta estímulo del Test de Bender. El tamaño pequeño de la figura tiende a estar relacionado con la ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez en los niños.

Hallazgos de investigaciones recientes. Elliot(1968) y Kai (1972) mostraron que el tamaño pequeño en las figuras del Test de Bender podía diferenciar significativamente entre pacientes psiquiátricos de 11 a 14 años y sujetos control, y entre alumnos de Jardín de Infancia emocionalmente perturbados y bien adaptados.

VII. Línea fina. . Ver láminas 4,18,22,23 y 39. El trazo del lápiz es tan fino que requiere esfuerzo para ver la figura completa .Este indicador está asociado con timidez, verguenza y decaimiento en los niños pequeños.

VIII. Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas. Ver láminas, 8, 12, 15, 20, 21, 23, 24, 28 y 30. Una figura completa o parte de ella está repasada con espesas líneas compulsivas. Cuando una figura es borrada y vuelta a dibujar cuidadosamente o si una figura es corregida con líneas deliberadad que realmente mejoran el dibujo, entonces esta categoría no se computa. El repaso del dibujo y las líneas reforzadas es

tan asociadas con impulsividad agresividad y comportamiento acting-out en los niños. La lámina 8 muestra un protocolo del test de Bender con repaso impulsivo y descuidado que es puntuado por este IE , mientras que la lámina 17 presenta un protocolo del Test de Bender con borraduras y nuevo dibujo deliberado de dos figuras que no es puntuado. La observación cuidadosa y la diferenciación entre estos dos métodos de dibujos, por lo tanto, decisiva para la puntuación de este ítem.

IX. Segunda tentativa. Ver láminas 8, 18, 21, 25 y 33. El dibujo de una figura del Test de Bender o de parte de ellas es espontáneamente abandonado antes o después de ser completado y se realiza un nuevo dibujo de la figura. Este ítem se puntúa solamente cuando se han efectuado dos dibujos distintos de una figura en dos lugares diferentes del papel. Este IE ha sido asociado con la impulsividad y la ansiedad. Los niños impulsivos abandonan fácilmente y vuelven a comenzar de nuevo o comienzan algo diferente en vez de terminar una tarea que resulta difícil.

X. Expansión. Ver láminas 4 y 6. Se emplean dos o más hojas de papel para completar los dibujos de las nueve figuras del Test de Bender. La expansión está asociada con la impulsividad y la conducta acting-out en los niños. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos

del Test de Bender de los niños retrazados emocionalmente perturbados.

#### OTROS INDICADORES EMOCIONALES

En estos momentos me gustaria añadir dos indicadores emocionales más a mi lista. Son "Marcos alrededor de la figura" y " elaboración espontanea o adición a la figura". Estos dos IE aparecen tan raramente en el test de Bender de los Niños que no es factible un estudio controlado y un tratamiento estadístico con los datos . Con todo, he hallado que cuando uno u otro de estos signos aparece en un protocolo del Test de Bender suele tener una implicación clínica considerable.

XI . Marcos alrededor de la figura. Ver lámina 24. Se dibuja un marco alrededor de una o más de las figuras después de haber sido copiadas . Este tipo de dibujo está asociado con un intento por parte del niño de controlar su impulsividad . Los niños que muestran esta clase de dibujo en el Test de Bender suelen tener un pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos para poder desenvolverse en la escuela y en casa.

XII. Elaboración espontánea o añadidos a la figura. Ver láminas 21, 25 y 26 . En una o más figuras del Test Bender se realizan cambios espontáneos que las convierten en objetos o las combinan en figuras caprichosas. Esta clase de dibujos son raros y ocurren casi exclusivamente en los protocolos del

Test de Bender de niños abrumados por temores o ansiedades o que se hayan totalmente preocupados por sus propios pensamientos. Estos niños a menudo tienen un débil contacto con la realidad y pueden confundir hechos con fantasias.

APENDICE "C"

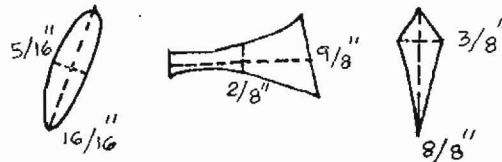
DEFINICION Y EJEMPLOS DE ITEMS PUNTUABLES

FIGURA A

1. Distorsión

1a. Distorsión de la forma: El círculo o el cuadrado o ambos están excesivamente deformados (ver láminas 3, 4, 11, 14, 16, 17, 22, 23, 27, 28, 29 y 30)

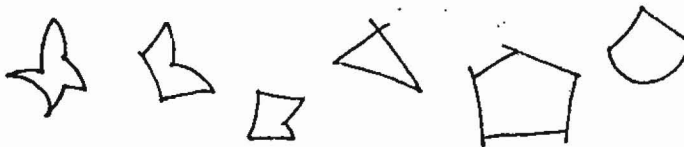
Ejemplos: La dimensión más larga del círculo o del cuadrado es dos veces más larga que el eje más corto:



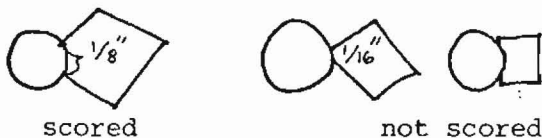
El círculo tiene puntas o angulos:



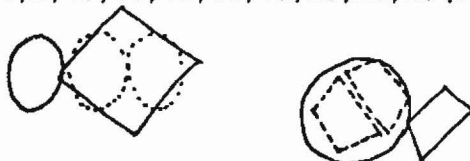
El cuadrado tiene "orejones" angulos añadidos u omitidos:



Dos lados de un angulo del cuadrado están separados más de 3 mm (1/8 in) en el punto de tangencia con el círculo:



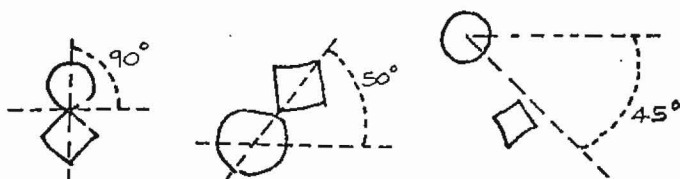
1b. Desproporción entre el tamaño del círculo y el cuadrado: el área de uno es al menos dos veces mayor que el área del otro (Ver láminas 4, 8, 10, 11, 12, 16, 18, 25, 28, 33, 35) Ejemplos:



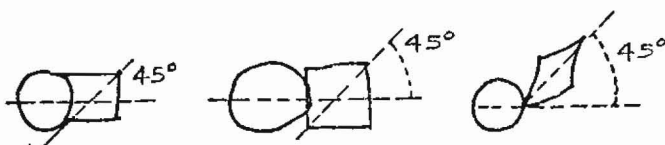
2. Rotación

Rotación de la figura completa o de parte de la misma en 45 o más (ver láminas 7,9,10,14,22).

Ejemplos: Rotación de la figura completa



Rotación del eje del cuadrado:



3. Integración.

Fallo en la unión del círculo con el cuadrado, el círculo y el vértice adyacente del cuadrado están separados más de 3 mm. (1/8 in); esto se aplica también a la superposición (ver láminas 2,3,4,14,16,17,24,30,33,39)

Ejemplos:

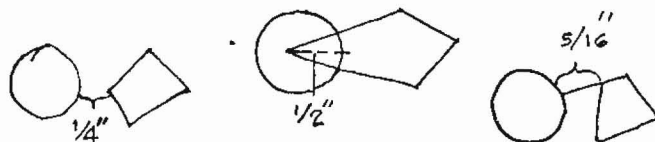
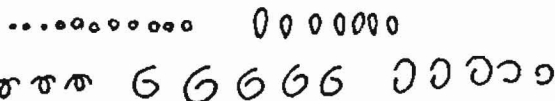


Figura 1

4. Distorsión.

Cinco o más puntos convertidos en círculos. El círculo se define como un espacio abierto, rodeado total o casi totalmente por una línea (ver láminas 2,4,12,13,17,20,24,25,29,39) Ejemplos: Se puntúan:



Puntos agrandados o círculos parcialmente rellenos, rayas y curvas no se puntúan; en caso de duda no puntuar.

Ejemplos: no se puntúan:

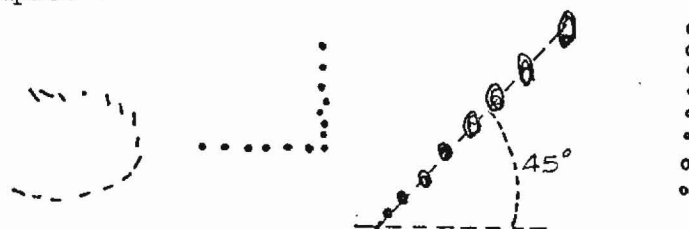




5. Rotación

Rotación de la figura 45° o más (ver láminas 9,10) .

Ejemplos :



6. Perseveración

Más de 15 puntos en una hilera (ver láminas 2,11,12,13,25,27,33,35,37)

Ejemplo:

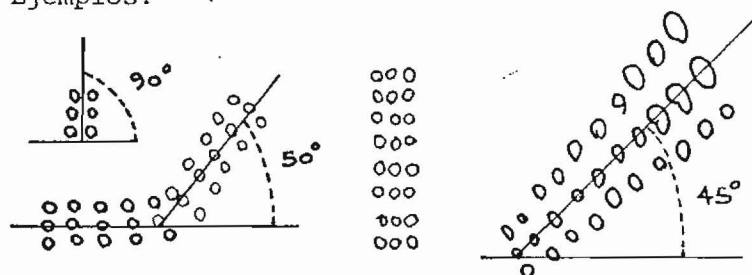


Figura 2

7. Rotación

La mitad de una hilera de círculos rotada en 45° o más (ver láminas 3,9,10,22, 37)

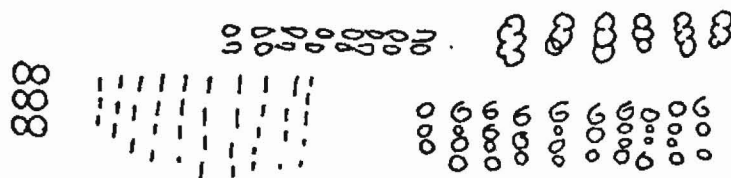
Ejemplos:



8. Integración

Omisión de una o dos hileras de círculos; la hilera de puntos de la figura 1 usada como tercera hilera para la fig.2; 4 o más círculos en la mayoría de las columnas, hileras de círculos añadidas. La sustitución de círculos por puntos y rayas no se puntúa (Ver láminas 3,4,11,12,16,30,33) .

Ejemplos: Se puntúan



Ejemplos : no se puntúan:



9. Perseveración

Más de 14 columnas de círculos en una hilera (ver lámina 6,24,27)

Ejemplo:

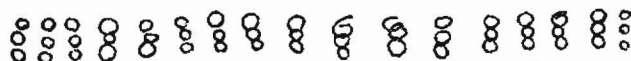


FIGURA 3

10. Distorsión

Cinco o más puntos convertidos en círculos. El círculo se define como un espacio abierto rodeado total o casi completamente por una línea; puntos agrandados o círculos parcialmente rellenos rayas y curvas no se puntúan. En caso de duda no puntuar (Ver láminas 2,12,13,14,16,20,24,28,29,35,37) Ejemplos: Ver fig. 1, ítem número 4.

11. Rotación

rotación del eje largo de la fig. en 45° ó más (ver lámina 3,5,8,9,10)

Ejemplos:



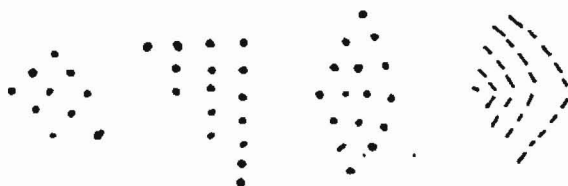
12. Integración

12a. Pérdida de la forma de la figura; fallo en el incremento del número de puntos en cada hilera sucesiva; forma irreconocible o invertida; conglomeración de puntos; una única hilera de puntos, no puntuar el número incorrecto de puntos o hileras de puntos añadidas u omitidas (Ver láminas 3,4,5,8,11,14,30)

Ejemplos: Se puntúan :



Ejemplos : no se puntúan:



12b. Línea continua, en lugar de o además de las hileras de puntos (ver láminas 4, 5, 21,23)

Ejemplos:



Figura 4

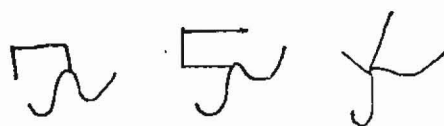
## 13. Rotación

Rotación de la figura completa o de parte de ella en  $45^\circ$  ó más (ver láminas 3, 4, 7, 9, 11, 13, 14, 22, 23, 27, 28, 39)

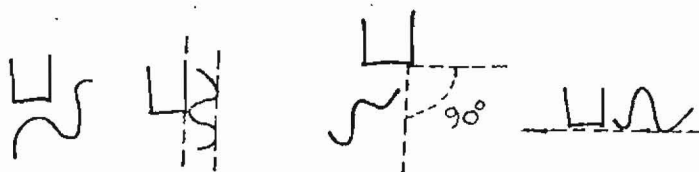
Ejemplos: Rotación o inversión de la figura completa :



Ejemplos: Rotación del cuadrado abierto:



Ejemplo: Rotación de la curva:



## 14. Integración.

Una separación de más de 3 mm. (1/8 in) entre la curva y el ángulo adyacente; esto se aplica también a la superposición; la curva se adhiere a un lado completo del cuadrado (ver láminas 2, 3, 4, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 22, 25, 27)

Ejemplos:

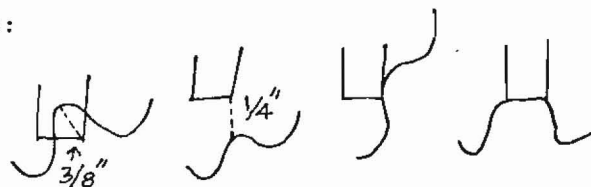


Figura 5

## 15. Distorsión

Cinco o más puntos convertidos en círculos. El círculo se define como un espacio abierto rodeado total o casi completamente por una línea (ver láminas 2, 6, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 29, 37, 39)

Ejemplos: Ver figura 1, ítem No. 4

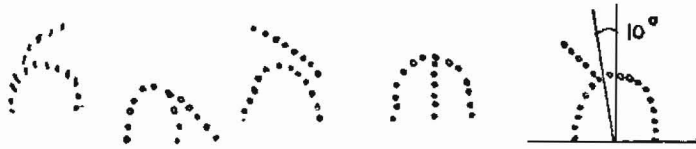
## 16. Rotación

Rotación de toda la figura o parte de ella en  $45^\circ$  ó más (ver láminas 3,9, 10,16,29,33)

Ejemplos: Rotación de la figura completa:



Ejemplos: Rotación de la extensión; esta señala hacia la izquierda o hacia abajo; la extensión está situada  $10^\circ$  ó más a la izquierda del punto medio de arco :



## 17. Integración

17a. Pérdida de la forma de la figura; conglomeración de puntos; línea recta o círculo de puntos en vez de arco, la extensión atraviesa el arco; no se puntúa el cuadrado o ángulo en vez de arco (Ver láminas 3,4, 11, 13,25,30,33)

Ejemplos:



17 b. Línea continua en vez de puntos en el arco, en la extensión o en ambos (ver lámina 4, 14, 22, 23,30)

Ejemplos:

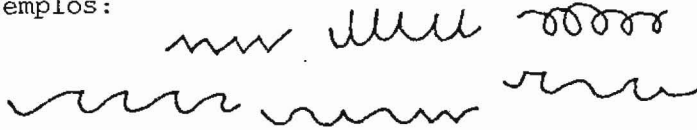


Figura 6

## 18. Distorsión

18a. Distorsión de la forma; tres o más ángulos evidentes o puntas en vez de curvas ;en caso de duda no puntuar (Ver láminas 2,6,8,9,10,11,12,13,14,16,20,22)

Ejemplos:



18b. Líneas rectas ; menos de dos curvas sinusoidales completas o ausencia total de curvas en una o en ambas líneas (Ver láminas 3,25,33)

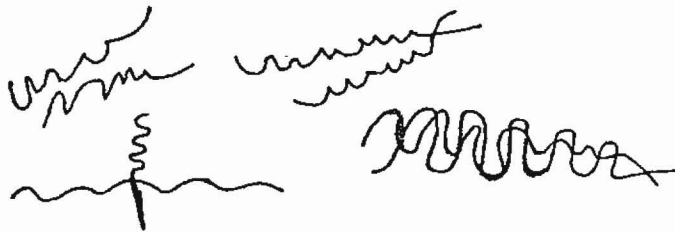
Ejemplos:



## 19. Integración

Las dos líneas no se cruzan en absoluto o lo hacen al extremo de una de ellas o de las dos, o a menos de una curva sinusoidal completa del extremo de la línea; dos líneas entre lazadas ( ver láminas 4,19,25,31)

Ejemplos:



## 20. Perseveración

Seis o más curvas sinusoidales completas en cualquiera de las direcciones (Ver láminas 2, 8,9,10,12,13,14,20,22,23,24,27)

Ejemplos:



Figura 7

## 21. Distorsión

21a. Desproporción entre el tamaño de los dos hexágonos; el área de uno debe ser al menos dos veces el tamaño del área del otro (ver láminas 2,3,8,10,12,16,17, 19,22,33,37)

Ejemplos:



21b. Los hexágonos están excesivamente deformados; ángulos añadidos u omitidos en una o ambos hexágonos; "orejones" o curvas en vez de ángulos (ver láminas 2,3,6,8,9,10,11,12,13,14,16,17,19,22)

Ejemplos:



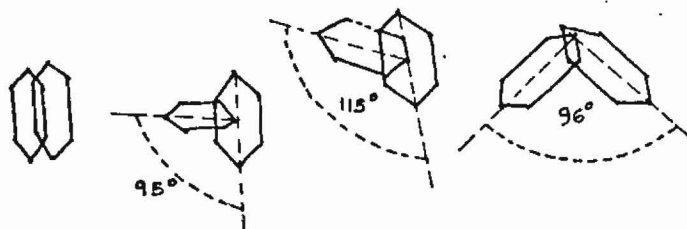
## 22. Rotación

Rotación de la figura completa o parte de ella (ver láminas 3,6,11,12,14,16,23,24,28,29,33)

Ejemplos: Rotación o inversión de la figura completa:



Ejemplos: hexágonos paralelos en lugar de ángulo; ángulo entre los hexágonos de  $90^\circ$  ó mas.



## 23. Integración

Los dos hexágonos no se superponen o lo hacen excesivamente un hexágono penetra atravesando al otro (ver láminas 3,6,7,8,14,16,17,19,22,23,24,25)

Ejemplos :

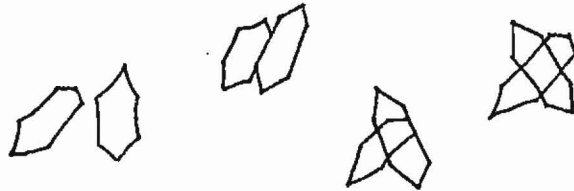
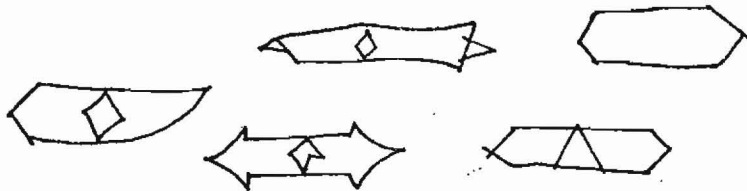


Figura 8

## 24. Distorsión

Distorsión de la forma; el hexágono y/ o el rombo están excesivamente deformados ; ángulos añadidos u omitidos; rombo omitido (ver láminas 2,3,8,9,11,12,13,14,16,18,20,22,23)

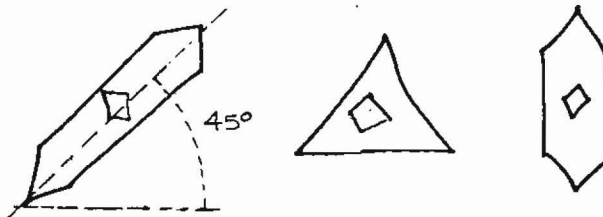
Ejemplos:



## 25. Rotación

Rotación de la figura  $45^\circ$  más; el girar el papel para un uso más económico del espacio , dibujando la figura en posición rotada con relación a las otras figuras no se puntúa, pero este comportamiento debe ser anotado en el protocolo (ver láminas 4,33)

Ejemplos:



APENDICE "D"

Datos normativos para el sistema de puntuación de la Escala  
de Maduración del Test de Bender

Puntuaciones individuales en el Test de Bender y  
Edades Equivalentes (Koppitz, 1974)

Puntuación Test Bender	Edad Equi- valente	Puntuación Test Bender	Edad equi- valente
21	< 4;0	10	5;6/5;8
20	4;0	9	5;9/5;11
19	4;1	8	6;0/6;5
18	4;2/4;3	7	6;6/6;11
17	4;4/4;5	6	7;0/7;5
16	4;6/4;7	5	7;6/7;11
15	4;8/4;9	4	8;0/8;5
14	4;10/4;11	3	8;6/8;11
13	5;0/5;1	2	9;0/9;11
12	5;2/5;3	1	10;0/10;11
11	5;4/5;5	0	11;0/11;11



PROTOCOLO DE CALIFICACION DEL BENDER INFANTIL

Nombre: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ meses. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_ Escuela o Colegio: \_\_\_\_\_  
 Tiempo empleado en la copia del Bender: \_\_\_\_\_ min.: \_\_\_\_\_ Seg.: \_\_\_\_\_  
 Fecha de examen: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_  
 Lateralidad de la mano. Destrozorzo  Masculino   
 Siniestrozorzo  Femenino

Escala de Maduración				Indicadores Emocionales	
A	1a	5	15	I	Orden Confuso
	1b		16	II	Línea Ondulada
	2		17a	III	Rayos en lugar de círculos
	3		17b	IV	Aumento progresivo de Tamaño
1	4	6	18a	V	Gran Tamaño
	5		18b	VI	Tamaño Pequeño
	6		19	VII	Líneas finas
			20	VIII	Repaso del dibujo de las Lín.
2	7	7	21a	IX	Segunda tentativa
	8		21b	X	Expansión
	9		22	Total	
			23		
3	10	8	24	Comentarios:	
	11		25		
	12a		Tot. _____		
	12b		Norma por edad		
4	13	Norma por grado			
	14				

Interpretación de la Escala de Maduración:

Conductas asociadas a los indicadores emocionales:

Observaciones:

Recomendaciones:



## APENDICE "G"

ENTREVISTA CON EL NIÑO

- 1.- ¿Cómo te llamas? \_\_\_\_\_
- 2.- ¿Qué tal te encuentras? \_\_\_\_\_
- 3.- ¿Qué haces en tu tiempo libre? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.- ¿Con quién vives? \_\_\_\_\_
- 5.- ¿Cuántos hermanos tienes? \_\_\_\_\_
- 6.- ¿Cómo te llevas con ellos? \_\_\_\_\_
- 7.- ¿Cuál es tu juego preferido? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8.- ¿Qué haces tú el fin de semana? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 9.- ¿Qué hacen tus padres el fin de semana? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 10.- ¿Qué bebida te gusta, o cual te gusta más  
gaseosa  refresco  leche  otro \_\_\_\_\_
- 11.- A tu madre y hermanos que les gusta tomar más ?

12.- A tu padre que le gusta tomar más ?

cafe  cerveza  gaseosa  refresco

trago(guaro )

13.- Tu padre se reúne con otros amigos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14.- Cada cuánto tiempo toma tu padre esa bebida?

todos los días

los lunes

el miércoles

el viernes

sábado y domingo

15.- Cuando tu padre toma como se comporta contigo, con tu madre y demás familia ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16.- A causa del trago o cerveza , tu padre tiene pleitos con tu madre \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17.- Te gusta o te molesta que tu padre tome trago \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18.- ¿ Qué sientes cuando tu padre toma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19.- Cuando tu padre toma falta al trabajo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20.- ¿ Qué dice tu madre cuando tu papá toma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21.- Sabes, si tu padre ha estado hospitalizado ,a causa  
de que mucho toma ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APENDICE "H"

CORRELACION DE INDICADORES EMOCIONALES DEL TEST BENDER Y D.F.H. PARA  
EVALUAR EL PERFIL DE CONDUCTAS

D. F. H.	BENDER
INTEGRACION POBRE(Niños 7,Niñas 6):inestabilidad,coordinación - pobre o impulsividad,personalidad pobremente integrada,inmadurez en el niño	LINEA ONDULADA: pobre coordinación motora y/o inestabilidad emocional.
ASIMETRIA DE LAS EXTREMIDADES: Coordinación pobre e impulsividad	MARCOS ALREDEDOR DE LA FIGURA: pobre autocontrol.
LA OMISION DEL CUELLO(Niñas 9, Niños 10)inmadurez,impulsividad y controles internos pobres	
INCLINACION DE LA FIGURA:Inestabilidad , y falta de equilibrio general.	
FIGURA GRANDE:(hasta 8 años)expansividad,inmadurez y controles internos deficientes	
OMISION DEL CUELLO:Inmadurez, controles internos pobres impulsividad.	
SOMBREADO:( 5 al 12 a.):descontento con uno mismo	
SOMBREADO CUERPO Y/O EXTREMIDADES(Niñas 7 niños 8):ansiedad por el cuerpo	
SOMBREADO MANOS Y/OCUELLO(Niños 8,niñas 7):timidez,angustia por actuación con las manos	TAMAÑO PEQUEÑO:ansiedad,conducta retraida,constricción y timidez.

D. F. H.

BENDER

FIGURA PEQUEÑA: extrema inseguridad, retraimiento y depresión

BRAZOS CORTOS: retraimiento al encerrarse dentro de si y a la inhibición de los impulsos, niños con dificultad de conectarse con el mundo circundante.

OMISION DE LOS OJOS: niños aislados socialmente.

OMISION DE NARIZ: tendencia a retraerse y a la timidez, angustia por el cuerpo

OMISION DE LA BOCA: sentimiento de angustia, inseguridad y retraimiento, incapacidad o rechazo del niño a comunicarse con los demás.

TRANSPARENCIA: inmadurez, impulsividad, y conducta actuadora y pensamiento concreto

DIENTES: agresividad (este protocolo se considera valido solo si aparecen con otros que corroboren)

MANOS GRANDES: una tendencia a actuar, impulsivos, agresivos con sus manos (como robar)

LINEA FINA: timidez, vergüenza y retraimiento en los niños pequeños.

REPASO DESCUIDADO O LINEAS FUERTE MENTE REFORZADO: impulsividad, agresividad y comportamiento acting out.

GRAN TAMAÑO: comportamiento acting out.

SEGUNDA TENTATIVA: impulsividad y ansiedad (dificultades de comportamiento)

EXPANSION: impulsividad conducta acting out.

AUMENTO PROGRESIVO DE TAMAÑO: baja tolerancia a la frustración y explosividad, conducta acting out.

ORDEN CONFUSO: fallo en la capacidad de planificación y a una pobre organización mental (niños más inteligentes y mayores)

D. F. H.

BENDER

LAS PIERNAS JUNTAS

MARCOS ALREDEDOR DE LA FIGURA: (intento del niño de controlar su impulsividad, pobre autocontrol)

ELABORACION EXPONTANEA O AÑADIDAS A LA FIGURA.

(Niños abrumados por temores o ansiedades, débil contacto con la realidad.

BRAZOS LARGOS: inclusión agresiva en el ambiente, está asociada con la conexión con los demás

CABEZA PEQUEÑA: sentimientos intensos de inadecuación intelectual.

OJOS BIZCOS: niños muy hostiles hacia los demás, las cosas están fuera de foco para él, que no ve el mundo como los demás.

BRAZOS PEGADOS A LOS COSTADOS DEL CUERPO: Control interno bastante rígido, dificultad en conectarse con los demás, poca flexibilidad en sus relaciones interpersonales y pobres.

MANOS SECCIONADAS. Sentimientos de inadecuación o de culpa por no actuar correctamente, (se da en niños que roban y niños psicossomático es válido si se corrobora con otros protocolos)

LAS PIERNAS JUNTAS: tensión en el niño, y un rígido intento por parte del mismo de controlar sus propios impulsos sexuales o sus temores a sufrir un ataque sexual)

DIBUJO DE GENITALES: indica psicopatología seria que implica aguda angustia, por el cuerpo y control pobre de los impulsos.



---

D. F. H.

BENDER

---

MOUSTROS O FIGURAS GROTESCAS: intensa inadecuación y un muy pobre concepto de si mismo.

EL DIBUJO EXPONTANEO DE TRES O MAS FIGURAS: capacidad limitada, proveniente de familias grandes y con privacidad cultural y/o lesiones cerebrales.

NUBES ,LLUVIA Y NIEVE: el niño se siente amenazado por el mundo adulto, especialmente por los padres.

OMISION DEL CUERPO: retraso mental, disfunción cortical, inmadurez severa debida a retraso evolutivo o perturbación emocional.

## REGISTROS DE INGRESOS POR DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL I.S.S.S.

AÑOS	1980		1981		1982		1983	
	Ingreso per Alcohol	Ingreso por otros trastornos	Ingreso per Alcohol	Ingreso por otros trastornos	Ingreso per Alcohol	Ingreso por otros trastornos	Ingreso per Alcohol	Ingreso por otros trastornos
Enero	129		115		123		68	
Febrero	113		73		79		52	
Marzo	115		94		61		49	
Abril	118		105		83		53	
Mayo	102		79		54		54	
Junio	56		81		48		47	
Julio	75		72		50		55	
Agosto	75		84		55		46	
Septiembre	112		92		52		39	
Octubre	85		81		56		38	
Noviembre	85		77		46		51	
Diciembre	88		104		62		51	
TOTAL	1,151	458	1,057	469	769	394	605	442

\* Fuente: Sección de Estadística del I.S.S.S.

## CUADRO "B"

## REGISTROS COMPARATIVOS DE INGRESOS POR DIFERENTES CUADROS CLINICOS Y ALCOHOLISMO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL

Meses	1980			1981			1982			1983		
	Ingreso Total	Ingreso per Alcohol	%	Ingreso Total	Ingreso per Alcohol	%	Ingreso Total	Ingreso per Alcohol	%	Ingreso Total	Ingreso per Alcohol	%
Enero	3787	518	13,68	3743	440	11,75	4818	711	14,75	4108	516	12,56
Febrero	3657	398	10,88	3746	435	11,61	4541	518	11,95	3656	450	12,34
Marzo	3485	427	12,70	4036	412	10,20	3720	456	12,25	3392	461	13,57
Abril	3558	374	10,51	3700	377	10,18	3491	391	11,20	3769	369	9,79
Mayo	2992	346	11,56	4094	522	12,75	4401	262	5,95	4131	378	9,15
Junio	819	277	15,23	4150	396	9,54	3728	198	5,31	3931	408	10,38
Julio	4032	497	12,33	4566	562	12,30	4457	178	3,99	4460	363	8,14
Agosto	3171	407	12,83	3669	426	11,61	3548	123	3,50	4192	436	10,4
Septiembre	3775	451	11,95	4298	482	11,21	3076	157	5,10	4542	352	7,75
Octubre	4108	455	11,08	4044	430	10,63	3572	165	4,63	4458	510	11,44
Noviembre	3814	426	11,17	4282	734	17,14	3599	386	10,72	4496	509	11,32
Diciembre	3357	386	11,50	3716	615	16,55	2929	352	12,01	3581	439	12,26
Total	40,553	4,962	12,24	48,044	5,831	12,14	45,880	3,897	8,50	48,716	5,191	10,70

\*Fuente: Registros médicos Sección de Estadísticas Hospital Psiquiátrico Nacional.

APENDICE "J"

Hombres de 15 años de edad y más que han estado hospitalizados a causa de la bebida . Por veces que han sido hospitalizados en los últimos 12 meses, según frecuencia con que se embriagan.

Frecuencia con que se embriaga	Veces de hospitalización en los últimos 12 mes.				
	H1	H2	H3	H4	+
El Salvador					
Total	6.506	5.096	1.160	164	86
Casi todos los días	1.149	738	411	*	*
Los fines de semana	2.479	1.016	302	95	86
1 ó 2 veces al mes	1.342	1.346	257	69	*
Rara vez	1.536	1.346	190	*	*

\* no se encontró

Fuente (Digestyc, 1979)

APENDICE "K"

HOMBRES DE 15 AÑOS DE EDAD Y MAS QUE ACOSTUMBRAN EMBRIAGARSE POR EDAD A LA QUE SE EMPEZARON A EMBRIAGAR, SEGUN FRECUENCIA CON LAS QUE SE EMBRIAGAN, EN ZONAS RURAL Y URBANA DEL PAIS.

Frecuencia con la que se embriagan	GRUPOS DE EDAD																			
	Total		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-55		+	
	URB.	RURAL	URB.	RURAL	URBANA	RURAL	URB.	RUR	URB.	RUR	URB.	RUR	URB.	RUR	URB.	RUR	URB.	RUR	URB.	RUR
Total	141483	193903	101922	148232	29395	33389	6181	8413	2407	2200	1193	821	229	558	156	*	*	197	*	93
Casi todos los días	9322	3371	6581	1947	1896	1146	610	01	*	*	235	104	*	93	*	*	*	*	*	*
Los fines de semana	36034	38947	26068	31307	7582	5524	1217	1363	694	266	229	197	157	93	87	*	*	104	*	93
1 ó 2 veces al mes	43895	63798	32507	48634	9068	11306	1526	2396	534	928	260	346	*	95	87	*	*	93	*	*
Rara vez	52232	87787	36766	66344	10849	15413	2828	4573	1179	1006	469	174	72	277	*	*	*	*	*	*

\* No se encontró

Fuente : ( DIGESTYC, 1979)

APENDICE "L "

PERSONAS ARRESTADAS POR LA POLICIA NACIONAL

Año	Delitos y faltas	Delitos	Faltas de Orden Público	Otros
1957	6393	1049	39983	12401
1958	5448	609	40207	17128
1959	3449	396	36617	18517
1960	3819	502	37248	18031
1961	3780	472	28193	16935
1962	3751	490	33394	17806
1963	3005	396	39552	16839
1964	2529	271	29303	14231
1965	2307	338	32263	12651
1966	2684	283	39968	13064

Nota: delitos y faltas incluye: robos, secuestros, violaciones, etc.

Faltas de Orden Público incluye: los desordenes y faltas causadas por ebrios.

Delitos incluye: homicidios

(Cotera, José Eduardo, 1969, pág. 250).

## APENDICE "M"

HISTORIA CLINICA

Enfermo A. "Cuarenta y tres años , motorista . El padre abusó del alcohol. Tomó bebidas embriagantes desde los quince años. Al principio bebía raras veces, los días de pago. Los últimos tres o cuatro años ha bebido mucho, gastando todo su dinero en licor, llegando incluso hasta vender - sus cosas para beber. Muy degradado, desenvuelto, gastaba - bromas groseras, era irresponsable con sus hijos; a veces se volvía apasible y otras sobrevaloraba su personalidad.

Durante los últimos dos años ha padecido delirio de celos. Sospechaba de su mujer. Una vez, al volver del club, no pudo entrar en casa. Llamó mucho tiempo sin que nadie abriera aunque, según él, su mujer debía estar dentro. Decidió esperarla. Al bajar por la escalera vio salir de la casa a un vecino. Se le ocurrió que era el amante de su mujer. Advirtió también que ella pasaba mucho tiempo guisando en la cocina y pensaba que era sin duda porque buscaba la ocasión de quedarse a solas con el vecino. El enfermo se figuraba - que su mujer estaba muy amable con el vecino, porque le sonreía cariñosamente al llegar el marido.- según él - cambiaba de conversación o se quedaban callados.

Por conjeturas llegó a la conclusión que su mujer tenía cuatro amantes. Además del vecino sospechaba que tenía

relaciones con el hermano del primer marido. Le prohibió - toda visita a sus parientes y amigos, en cuyas casas - según él - se entrevistaba con los amantes. En cierta ocasión echó de menos 100 colones, notó en aquel momento turbación y confusión en la cara de su mujer, por lo que dedujo que el dinero se lo había dado a un amante. Cuando la mujer se levantaba durante la noche, él estaba convencido de que iba a casa del vecino, " un hombre, joven, fuerte y soltero". Al volver del trabajo miraba la cama y la ropa interior de su mujer, en busca de indicios que probaran la traición. Tenía frecuentes escándalos con la mujer, a la que llegó a golpear repetidas veces.

En la clínica psiquiátrica manifestaba delirio de celos sistematizado. No se interesaba por su trabajo ni por su familia, ni pensaba para nada en el porvenir. El único motivo de inquietud era que su mujer lo había metido en el hospital para librarse de él y aprovecharse de que se quedaba sola. Presentaba también ideas delirantes de persecución.

Logró curarse de la crisis, pero no dejó de beber. Al poco tiempo vuelve a las andadas y debido a la frecuencia con que se emborrachaba, fue llevado repetidas ocasiones al Hospital Psiquiátrico cada vez en peores condiciones. Cree estar perdido para siempre, pues ha ensayado varios medios para curarse, sometiéndose a tratamiento médico, tomando pasti-

llas, visitando brujos, espiritistas y tomando brebajes"

Actualmente esta persona se encuentra integrado a un grupo de A.A. ( Cuellar Ortíz, pág. 76, 77 , 1962).



## APENDICE "N"

Caso textual sobre el efecto del alcoholismo del padre en la familia.

Nota aparecida en el Diario El Mundo de fecha viernes 12 de abril de 1985

### De 13 hachazos mata hijo a padre borracho

Bielefeld (Alemania Occidental), 12 de Abril (DPA).- Un muchacho alemán decapitó a su propio padre de 13 hachazos, harto de soportar que el padre, borracho empedernido, maltratase continuamente a la madre de 48 años, y a los dos hijos, de 11 y 16 años.

Según informaron hoy las autoridades de la ciudad norteaalemana de Bielefeld, el parricidio fue cometido ayer por la tarde en la vivienda familiar, cuando el padre, de 42 años, dormía tumbado boca abajo en su cama.

El padre, que había sido condenado 16 veces por distintos delitos, había sido sentenciado anteayer miércoles a seis meses de privación de libertad por resistencia a la autoridad y conducir en estado de ebriedad y sin licencia de manejar. Nada más abandonar la sala del

Tribunal, el hombre obligó a su mujer y a su hijo mayor a conducirlo, en un coche prestado, a lugares donde pudiera beber de nuevo. La "juerga" terminó en una borrachera tal, que la Policía detuvo de nuevo al individuo.

Al día siguiente, después de pasar la noche en un calabozo policial, el hombre regresó a casa, empezó a beber otra vez entre amenazas a la esposa y a los hijos y los obligó a que le llevaran de comer a la cama, donde se quedó dormido. En ese momento, el hijo de 16 años, agarró un hacha y asestó 13 hachazos al padre en el cuello, hasta separarle la cabeza del tronco.

Luego del parricidio, el joven huyó de casa, pero vecinos y parientes le convencieron para que regresase.

A P E N D I C E " Ñ "

I L U S T R A C I O N E S

ILUSTRACIONES

DE

HIJOS DE PADRES NO ALCOHOLICOS



S 72  
8 años

padre no alcohólico



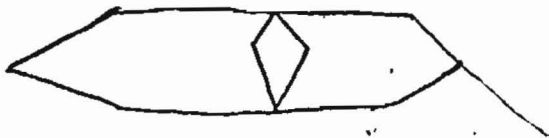
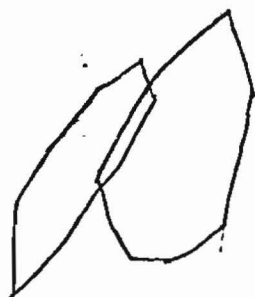
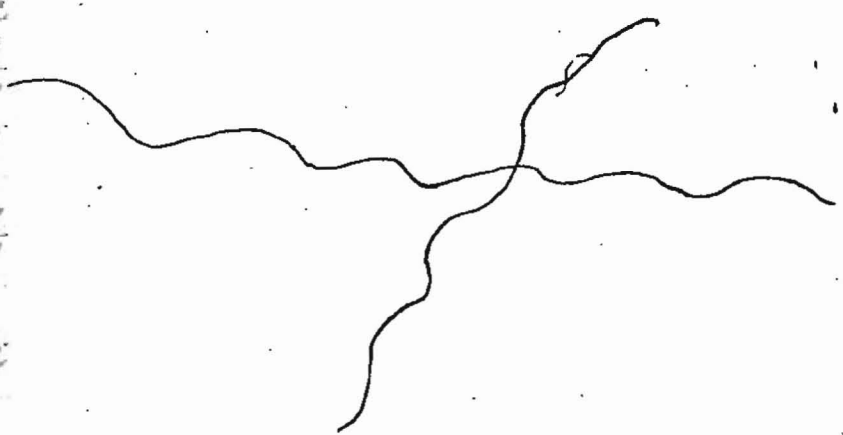
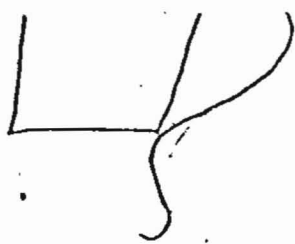
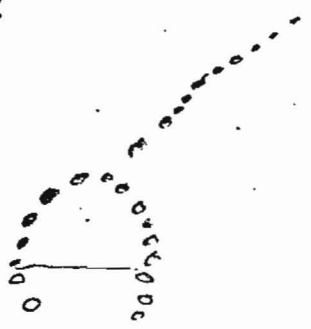
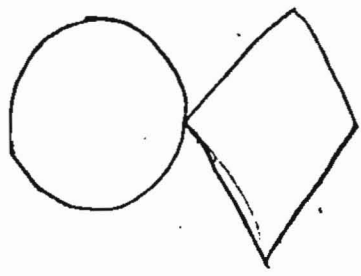
— S47

10 años 3 meses

Podría no aliarlos.

—

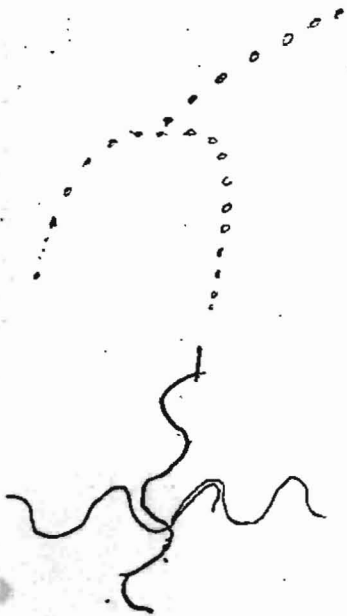
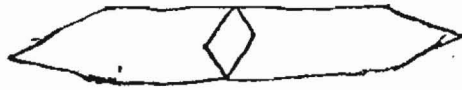
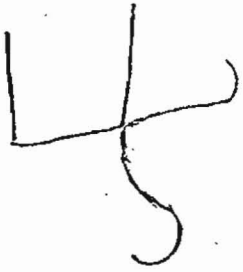
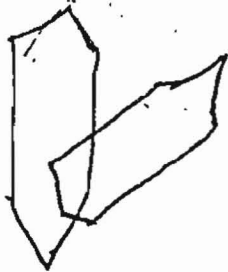
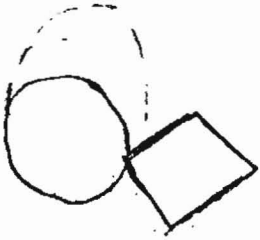
(4) room 10-11 (11)  
BQ-5m

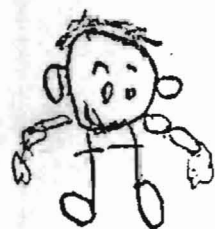


S (33)

100m 301

Niji de no Alca.





Xa: 0

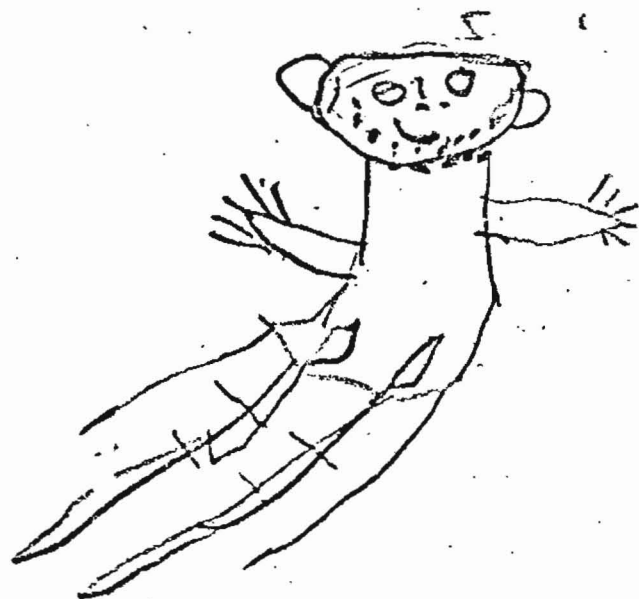
al 573

Niño de padre alcohólico  
Bañar 2 meses



Seiyto 17  
7 años 6 meses

Hijo de Alcoholico

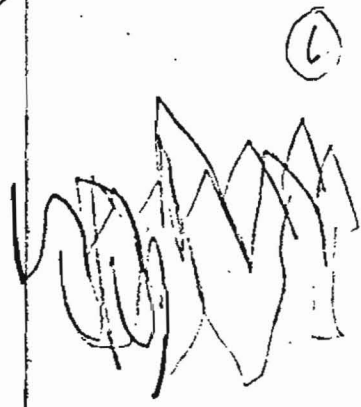
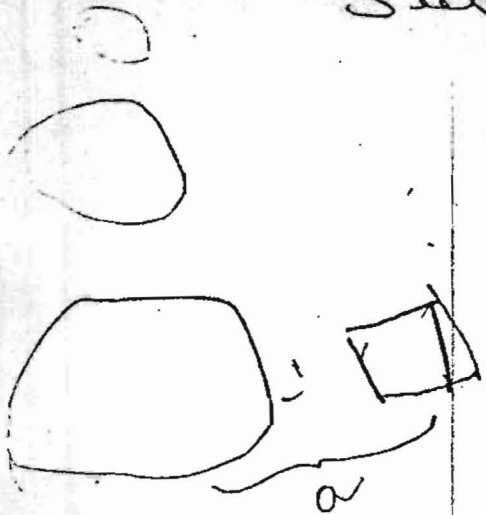


Sigto 11

Hijo de A. Leal  
7 años 2 meses



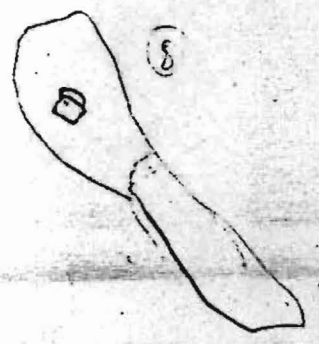
Fig. 8. *Chrysomelidae*



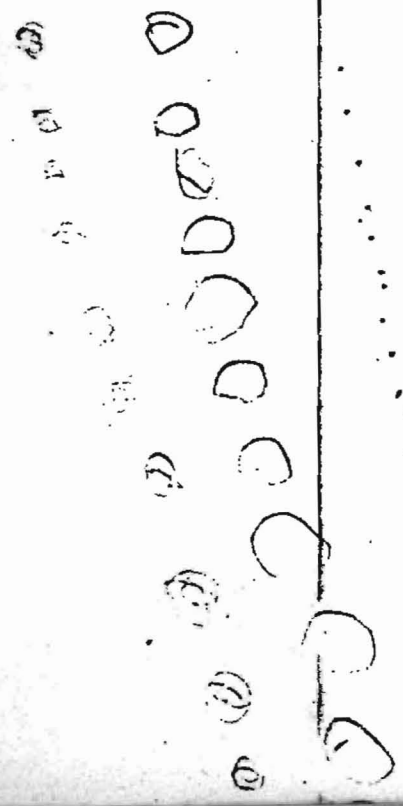
1



2

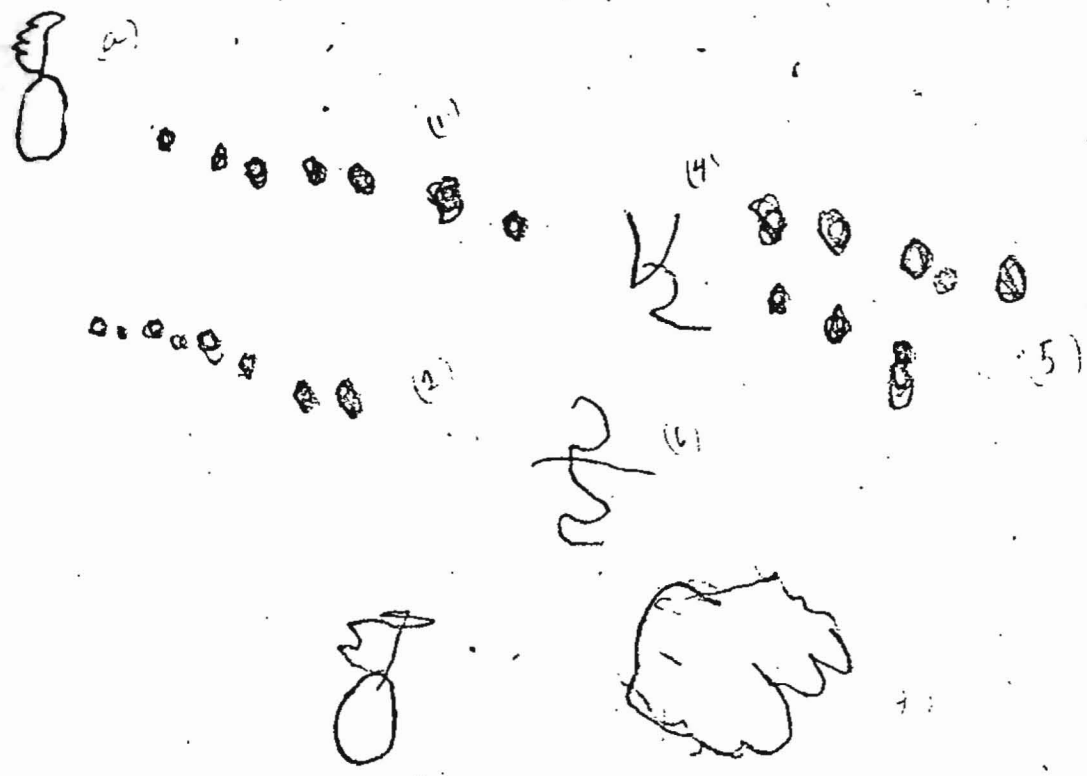


3



S 42

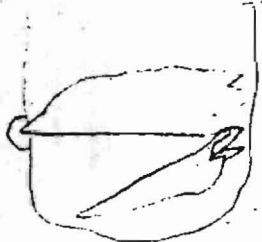
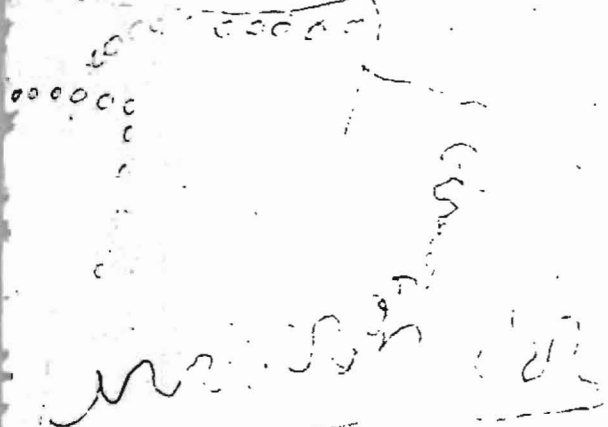
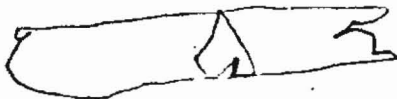
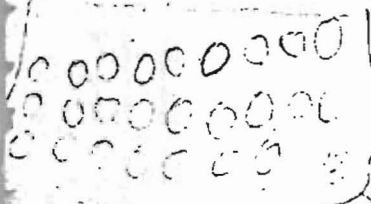
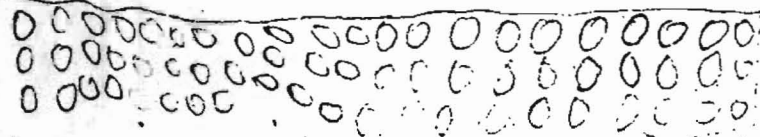
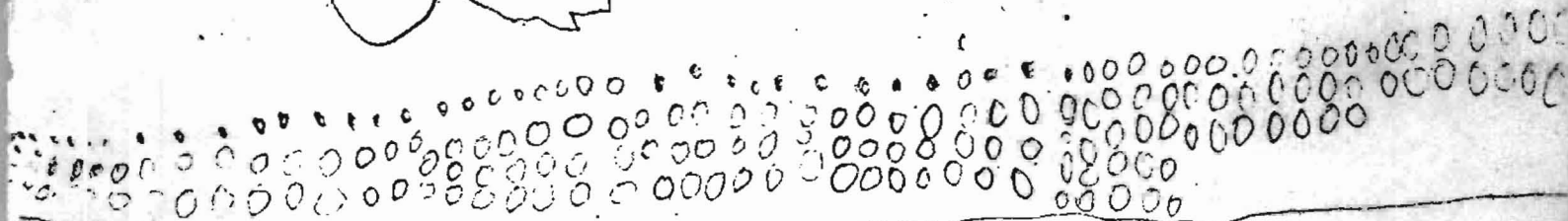
Hijo Alcohólico  
8 años 2 m.



5,50

Hijo Alcoholico

9 años



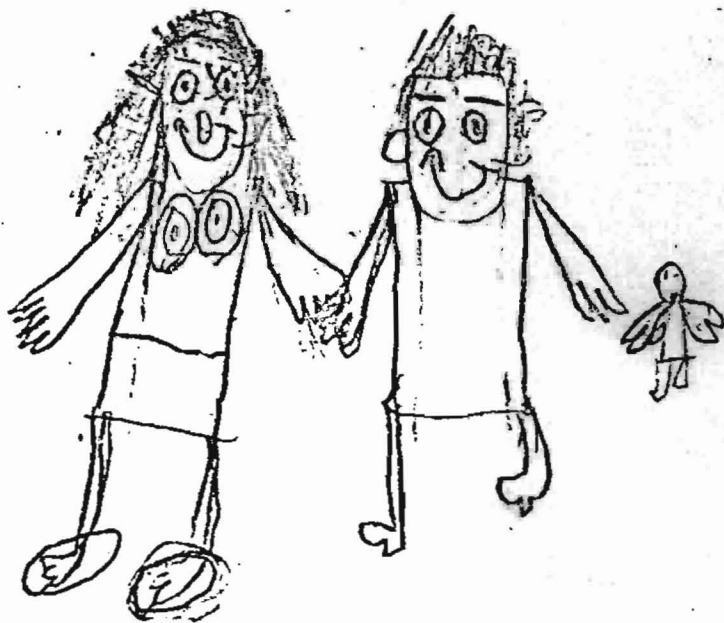
ILUSTRACIONES

DE

HIJOS DE PADRES ALCOHOICOS HOSPITALIZADOS

Sigüta (7) Hijo Alcohol

8 años 2 meses



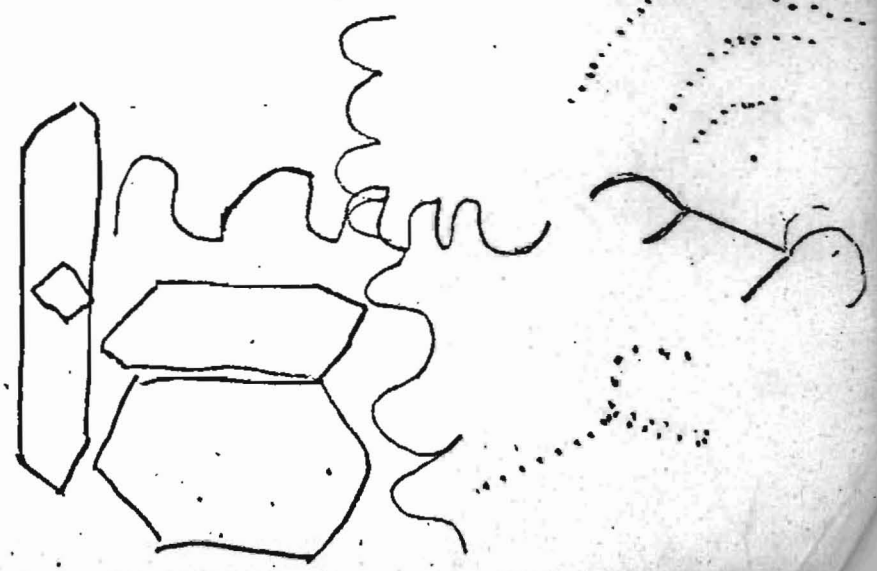
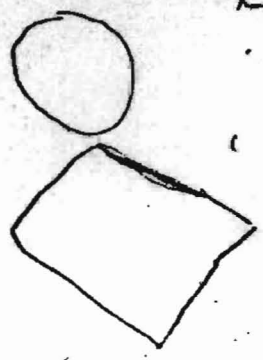
Seiyto 81 - Hijo de A. Lealillo Hospital  
10 años, 10 meses

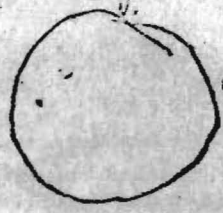
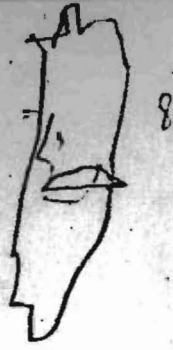




Sejto 62 - Hejo de A dentolico  
Hospitalizado.

9 años





S-92  
Hijo padre Hro'hoi  
7 años 10 mes

