

La resiliencia entre hermanos de un paciente con discapacidad

Luisa Manuela Valdez Ayala,* Manuela Soto Márquez**

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de resiliencia de acuerdo con la escala de resiliencia escolar entre hermanos de un paciente con una discapacidad de la Clínica C, del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Chihuahua. **Diseño:** Descriptivo, transversal. **Métodos:** Se les aplicó la escala de resiliencia escolar de Eugenio Saavedra y Castro, confiable y validada, previa firma de consentimiento informado de los padres de los hermanos del paciente de la clínica C. utilizando estadística descriptiva, medidas de tendencia central, y de asociación. **Resultados:** De los 47 hermanos incluidos, 57.4% fueron mujeres. Primogénitos 59.74%, con escala de resiliencia escolar 50% nivel medio. Segundos 37.17%, con escala de resiliencia escolar de 47.1%. Terceros 4.25%, con una escala de resiliencia escolar nivel medio de 50%. **Conclusión:** De acuerdo con la jerarquía filial y la capacidad de resiliencia entre los hermanos con una discapacidad, no existe una relación entre ellas; sin embargo, su tendencia es un nivel medio de resiliencia.

Palabras clave: Resiliencia, relación hermanos, jerarquía filial.

ABSTRACT

Objective: Identify the level of resilience according to the scale of resilience school sibling of a patient with a disability of the clinic, from the Center of Rehabilitation Children Telethon, CRIT Chihuahua. **Design:** Descriptive, transversal. **Methods:** Applied them scale resilience School of Eugenio Saavedra and Castro, reliable and validated, after signing an informed consent of the parents of the brothers of patient of the clinic C. using descriptive statistics, measures of central tendency, and association. **Results:** Of the 47 brothers included, 57.4% women. Firstborn 59.74%, with ERE 50% medium level. Second 37.17%, with ERE of 47.1%. Third 4.25% with an ere average level of 50%. **Conclusion:** Agree subsidiary hierarchy and the ability of resiliency among brethren with a disability not a relationship exists between them; Yet their tendency is a level of resilience.

Key words: Resilience, relationship brothers, subsidiary hierarchy.

INTRODUCCIÓN

Resiliencia

Aunque el término resiliencia es muy utilizado en la física y en las ciencias sociales (psicología, sociología, etc.), esta palabra no se encuentra en los diccionarios castellanos. El vocablo nos llegó desde el inglés *resilience* para expresar la capacidad de

un material de recuperar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones¹.

En Ciencias Humanas se utiliza el concepto de resiliencia para designar la capacidad que permite a las personas salir transformadas y enriquecidas al enfrentar situaciones adversas. En el concepto, podemos enfatizar sobre algunos aspectos, lo cual se ve reflejado en la definición formulada por diversos autores².

Suárez Ojeda (1993) afirma que la resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos.

El precursor en emplear el término en psicología, fue el psiquiatra conductista Michael Rutter, donde la reduce a «cierta flexibilidad social para la adaptación». Posteriormente, la definición trascendió el conductismo, cuando el etólogo Boris Cyrulnik estudió a personas sobrevivientes de campos de concentración y niños, tanto en orfanatos como los llamados «de la calle»³.

En general, los autores consideran la resiliencia, no como un rasgo, sino como un estado, producto de un proceso dinámico entre factores protectores y de riesgo que puede ser construido, desarrollado y promovido. Es decir, un conjunto

* Psicología Clínica C. Maestría en Problemas de Lenguaje y Adición.

** Atención Familiar Clínica C. Maestría en Educación. Maestría en Terapia Familiar.

Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Chihuahua, Chih. Fundación Teletón México, A.C.

Abreviaturas:

CRIT: Centro de Rehabilitación Infantil Teletón

ERE: Escala de resiliencia escolar

Recibido para publicación: julio, 2013.

Aceptado para publicación: agosto, 2013.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

de atributos y habilidades innatas para afrontar adecuadamente situaciones adversas, como factores estresantes y situaciones de riesgo⁴.

Existen diversos factores que fortalecen la resiliencia internamente a niños y adolescentes, los cuales son²:

1. Vínculo estable (apego seguro), con al menos uno de los padres y otra persona significativa.
2. Apoyo social, actitud de comprensión, cuidado y amor por parte de los cuidadores.
3. Ambiente educativo regido por normas claramente establecidas y relaciones afectivas positivas.
4. Modelos sociales que estimulen un aprendizaje constructivo.
5. Responsabilidades sociales y exigencia acordes a la edad cronológica y madurez de los sujetos.
6. Oportunidades de desarrollo de destrezas y competencias cognitivas, afectivas y conductuales.
7. Estrategias de afrontamiento que favorezcan la resolución eficaz de los problemas.
8. Expectativas de auto eficiencia, confianza en sí mismo y auto concepto positivo.
9. Actitud optimista y fuertes expectativas de auto eficiencia frente a situaciones generadoras de estrés.
10. Capacidad de otorgar sentido y significado al sufrimiento.

Los esposos Wolin mencionan que existen ciertos factores que ayudan a las personas a superar con éxito la adversidad y a crecer a partir de ella, identificando siete de ellos, los cuales se desarrollan a lo largo de todas las etapas de la vida: infancia, adolescencia y edad adulta. Donde realizaron una figura a la cual llamaron «mándala de las resiliencias»⁵.

Según los autores mencionados, las resiliencias son siete y evolucionan progresivamente a través de cada una de las etapas del desarrollo de la persona, adoptando diferentes manifestaciones en cada una de ellas. En los niños, aparecen todavía sin forma, sin estar orientadas; son comportamientos motivados intuitivamente. En la adolescencia, estos comportamientos se agudizan y llegan a ser deliberados. En la edad adulta se ensanchan y ahondan, hasta llegar a ser una parte perdurable de la personalidad.

Se realizó un estudio sobre la medición de la resiliencia donde se revisaron 30 textos, resultados de investigaciones en las que se abordó directamente el problema de la medición de la resiliencia, la mayoría escritos en inglés y de las áreas de psicopedagogía, psiquiatría y salud comunitaria⁶. Donde lograron agrupar las técnicas e instrumentos en tres áreas: pruebas proyectivas, pruebas psicométricas y pruebas de imaginología.

Ante la dificultad de no contar con instrumentos validos y confiables, que midan esta la resiliencia y que están probados

en una población nacional, debiendo recurrir muchas veces a escalas extranjeras, que generalmente responden a otros patrones culturales, debiendo adaptarse el lenguaje y el sentido de los textos⁷. Con la publicación de la escala de resiliencia para jóvenes y adultos de Saavedra y Villalta en 2008, se dio a la tarea de diseñar un instrumento que abarcara entre los 9 y 14 años de edad, contrayéndose así la escala de resiliencia escolar (ERE) de Eugenio Saavedra y Ana Castro en el 2009⁶.

Relación entre hermanos: relación filial

Las relaciones entre hermanos, su interacción y rivalidad han sido objeto de muchas investigaciones. Existen diversas perspectivas teóricas, en donde se han abordado, el problema de la influencia del contexto familia en el establecimiento de las relaciones entre hermanos. Entre ellas (teoría del apego, la teoría de aceptación, rechazo de los padres), sugieren que la percepción que tienen los hijos de las relaciones con sus padres y los patrones de relación que se aprenden en la familia constituyen su nivel de ajuste psicológico (Elicker, Englund & Sroufe, 1992; Ladd, 2005; Rohner, 2005). Otras enfatizan la interconexión entre los diferentes sistemas sociales en los que se desenvuelve el niño (sistema parental, sistema de pareja, sistema entre hermanos) y las diferentes relaciones que se establecen entre las dimensiones que componen dichos sistemas (Hetherington, 1994; Borwoski, Ramey & Bristol Power, 2002)⁸.

Ahora bien, tener un hermano con alguna discapacidad enfrenta a la pareja de padres, a la familia, hermanos, a una situación de crisis. Marca un punto de inconsistencia, una ruptura en la organización de la configuración familiar. Implica un doloroso y esforzado proceso para hacer un lugar para algo no pensado.

Cuando una pareja espera un hijo, imagina cómo será ese hijo, fantasías, ideas, proyectos, deseos, temores; van construyendo un representante psíquico, conformando un niño ideal, imaginando que tendrá que transformarse, luego del nacimiento, según las características en el niño real⁹.

Puede producir cierto grado de estrés entre los miembros de la familia. El estrés también puede ser causado por múltiples factores o bajo circunstancias especiales. No sólo es un desconcierto para los padres, sino también para los hermanos, influyendo directamente sobre la construcción de su psicología y afectividad. Los hermanos se ven envueltos, a su pesar y desde muy temprana edad, en una aventura de múltiples consecuencias¹⁰.

El vivir con un hermano o hermana, incluyendo uno con discapacidad, puede ser reconfortante, confuso, instructivo y estresante. Los hermanos del niño discapacitado expresan un amplio rango de emociones y respuestas al niño en cuestión, similar en muchos aspectos al abanico de emociones experimentados hacia hermanos que no tienen discapacidad¹¹.

Existen diferentes formas de reacción de los hermanos ante la discapacidad, se mencionan algunas reacciones normales que pueden tener los hermanos pero que podrían constituir problemas futuros si persisten, como el enojo, preocupación, miedo, culpa, confusión y ansiedad por la tristeza¹².

Los hermanos y hermanas asumen diferentes roles, como de ayudante, maestro/a, cuidador/a, siendo estos dos últimos roles ejercidos mucho más por las hermanas. Los niños necesitan respuestas francas y honestas a todas las cuestiones que plantean; tienen necesidad de comprender lo que está ocurriendo a su alrededor, en su mundo familiar. No se trata sólo de transmitir ideas en un momento determinado, sino de volver sobre las mismas una y otra vez para permitir la expresión de sentimientos.

Por otro lado, es imposible ocultar los indicios de los sentimientos, los hermanos y hermanas de las personas con discapacidad necesitan comunicar lo que sienten, expresarlo, ser escuchados, compartir todo esto con otras personas y sentirse comprendidos. Ser respetados en su individualidad, en sus pertenencias personales, en sus hobbies y diversiones, en sus actividades. El hecho de tener un hermano con discapacidad es un motivo para recortarles de su tiempo libre y sus vacaciones de manera significativa¹². De hecho no es la discapacidad de un hermano lo que logra explicar el porqué los hermanos de los niños con discapacidad son optimistas acerca de la vida, adaptándose en el ámbito escolar o social; mientras otros se desenvuelven con ciertos problemas de conducta, porque algunos presentan tal rivalidad, celos o rabia constante; mientras otros juegan juntos alegremente, encantados de invitar a amigos a su casa a jugar involucrando a su hermano, otras se muestran avergonzados de la discapacidad y permanecen aislados¹³.

Definiremos dos conceptos importantes a tomar en cuenta, los cuales son:

Relación filial o entre hermanos: es el primer laboratorio social en el que el niño puede experimentar relaciones con sus iguales. Ahí los niños se apoyan, se aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. Aprenden a negociar, a cooperar y competir, a lograr amigos y aliados¹⁴.

Discapacidad: se define como la «restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia». Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. Algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras; para bañarse, comer o ir al servicio¹⁵.

Muchas personas nos preguntaremos, ¿cuál es la importancia que tiene la resiliencia entre los hermanos y sobre todo cuando uno de ellos tiene una discapacidad?; pues, esta pregunta nos lleva a situaciones específicas del desarrollo humano, como es la aceptación, la asimilación de una discapacidad, y esto independientemente de su clasificación.

En la medida que el ser humano aprenda a levantarse ante los obstáculos y dificultades logrando salir fortalecido de esas experiencias, irá caminando al desarrollo de su resiliencia personal. Se ha observado en el trabajo diario, que dentro de la dinámica familiar cuando hay un hermano con discapacidad neuromusculoesquelética también está el hermano mayor o menor con fortalezas que hacen afrontar con mayor claridad el diagnóstico de su hermano y, por consiguiente, en el involucramiento para una mejor rehabilitación. Por lo cual, dentro del área y/o departamento de psicología del CRIT se ha observado la gran necesidad de indagar la relación que existe entre los hermanos cuando uno de ellos presenta algún tipo de discapacidad. De ahí nuestra inquietud de identificar el nivel de resiliencia entre hermanos con un paciente con discapacidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

En octubre del 2010 en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Chihuahua, con autorización del Comité de Enseñanza e Investigación se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en donde participarán hermanos de pacientes con una discapacidad neuromusculoesquelética. Se inició el proyecto seleccionando la muestra, posterior a la firma del consentimiento informado por los padres, se aplicaron 47 escalas de manera grupal, el día 17 de febrero del 2012. El escenario fueron las aulas del CRIT Chihuahua con la presencia permanente de la psicóloga de valoración clínica.

Se utilizó la escala de resiliencia escolar (ERE) para niños entre 9 a 14 años de edad (Eugenio Saavedra y Castro, 2009), con una confiabilidad de alfa de Cronbach 0.88 y la correlación de Pearson de escala ERE-escala de México $R = 0.78$. La ERE mide el nivel de resiliencia global de los niños y preadolescentes en tres áreas principalmente (yo soy, yo puedo y yo tengo), subdividiéndose en cinco dimensiones:

- D1 «identidad-autoestima»: (ítems de 1 al 9) se refiere a las fortalezas personales y condiciones internas de los niños.
- D2 «redes-modelos»: (ítems de 10 al 18) se refiere al apoyo o posibilidad de apoyo percibido desde los otros, a la posibilidad de generar recursos en red.
- D3 «aprendizaje-generatividad»: (ítems de 19 al 27) se refiere a las habilidades del niño para relacionarse y resolver sus problemas.

- D4 «recursos internos»: (ítems 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 16, 18, 20, 26, 27) se refiere a las características que tienen una dependencia más personal del sujeto, más estructural.
- D5 «recursos externos»: (ítems 4, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25) se refiere a las características interaccionales que el sujeto establece con su entorno.

Consta de 27 ítems, los cuales respondían a cinco alternativas: a) muy de acuerdo, b) de acuerdo, c) ni acuerdo ni desacuerdo, d) en desacuerdo y e) muy en desacuerdo, se puntúa una sola respuesta y de ahí se hace la sumatoria total y por dimensiones de acuerdo con la clasificación de ítems. Después se convierten las puntuaciones naturales a percentiles, ya sea total o por dimensiones, y finalmente se realiza la interpretación de los percentiles de acuerdo con la escala.

Se usó muestra no probabilística por cuota, utilizando el programa estadístico SPSS versión 13¹⁶. Las frecuencias de las características de los hermanos según datos en media, desviación estándar, se hizo la comparación de distribución de promedios en la variable dependiente nivel de resiliencia y variable independiente edad y jerarquía filial.

RESULTADOS

Se evaluaron 47 hermanos de pacientes de la clínica C, edad promedio 9 años, rango de 9-14 años, 57.4% mujeres y 42.6% hombres, primogénitos n = 28 (59), segundos n = 17 (36.2%), terceros n = 2 (4.2%). Tomando en cuenta su jerarquía filial y su nivel de resiliencia hay una tendencia a nivel medio (50%) (Cuadro 1).

Se analizó de manera independiente la ERE, así como su dimensiones de acuerdo con las variables establecidas en el estudio (edad, sexo, su nivel de resiliencia y las dimensiones); donde en **hijos primogénitos** la edad promedio es de 10 años (25%), prevalencia el sexo femenino (57.1%), ERE n = 14 con un nivel medio de resiliencia (50%); en donde cada una de las dimensiones

Cuadro 1. Características generales.

Variable	Frecuencias (%)	Nivel de resiliencia
Edad promedio	9 años	
Género		
Femenino	57.4%	
Masculino	42.6%	
Jerarquía filial		
Primogénito	n = 28 (59.6%)	Medio (50%)
Segundo	n = 17 (36.2%)	Medio (47.1%)
Tercero	n = 2 (4.2%)	Medio (50%)

su tendencia es un nivel medio de resiliencia sólo en la dimensión tres que se refiere a las habilidades del niño para relacionarse y resolver conflictos su nivel es bajo (46.4%) (Cuadro 2).

En los **hijos segundos** su edad promedio es de nueve años (47.1%), siendo un 64.7% mujeres, con una ERE con un nivel medio (47.1), donde de igual forma la tendencia general es nivel de resiliencia medio sólo la dimensión dos, que se refiere al apoyo o posibilidades de apoyo que percibe de los otros o la capacidad de formar redes existe una tendencia maya con un 41.2% (Cuadro 3).

En **hijos terceros** los datos no son tan significativos, puesto que son dos personas de la muestra que están dentro de la edad de 12 años, que corresponden al sexo masculino con una ERE de nivel medio, es decir, un 50% (Cuadro 4).

Cuadro 2. Hijos primogénitos y sus variables.

Hijos primogénitos n = 28		
Variable	Tendencia	Porcentaje
Edad	10 años	25
Sexo	Mujer	57.1
ERE	n = 14 nivel medio	50
D1 «identidad-autoestima»	n = 15 nivel medio	53.6
D2 «redes-modelos»	n = 11 nivel medio	39.6
D3 «aprendizaje-generatividad»	n = 13 nivel bajo	46.4
D4 «recursos internos»	n = 14 nivel medio	50.0
D5 «recursos externos»	n = 13 nivel medio	46.4

Cuadro 3. Segundos hijos y sus variables.

Segundos hijos n = 17		
Variable	Tendencia	Porcentaje
Edad	9 años	47.1
Sexo	Mujer	64.7
ERE	n = 8 nivel medio	47.1
D1 «identidad-autoestima»	n = 9 nivel medio	59.9
D2 «redes-modelos»	n = 7 nivel bajo	41.2
D3 «aprendizaje-generatividad»	n = 6 nivel medio	35.3
D4 «recursos internos»	n = 8 nivel medio	47.1
D5 «recursos externos»	n = 7 nivel medio	41.2

Cuadro 4. Terceros hijos y sus variables.

Terceros hijos n = 2		
Variable	Tendencia	Porcentaje
Edad	12 años	50
Sexo	Hombre	50
ERE	n = 2 nivel medio	50
D1 «identidad-autoestima»	n = 2 nivel medio	50
D2 «redes-modelos»	n = 2 nivel medio	50
D3 «aprendizaje-generatividad»	n = 2 nivel medio	50
D4 «recursos internos»	n = 2 nivel medio	50
D5 «recursos externos»	n = 2 nivel medio	50

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se cumplieron los objetivos establecidos en la investigación, donde los hallazgos más relevantes fueron: el rango promedio de edad es de nueve años, siendo la muestra de un 57.4% mujeres, ocupando los hijos primogénitos los de mayor frecuencia. Se identificó que el nivel de resiliencia entre los hermanos con un paciente con discapacidad es de un nivel medio, encontrándose las dimensiones más altas: la «identidad-autoestima», así como hacer uso de sus «recursos internos»; sin embargo, la dimensión más baja se encuentra la capacidad para resolver conflictos o solucionar problemas, es decir, la de «aprendizaje-generatividad».

Al tomar el nivel de resiliencia bajo tanto en hijos primogénitos como en segundos, observamos que un 28.57 y 23.52% respectivamente, nos arrojan un valor de $z = -2.19$ en segundos hijos y en primogénitos $z = -2.25$, estos resultados nos revelan un indicador de alerta en ambos basándose en el valor de z , alejado de la media, siendo en hijos segundos mayor alejamiento, es decir, su capacidad para hacer frente a las situaciones adversas es un foco de alerta; así como en las diversas dimensiones hay una tendencia baja de resiliencia; por lo cual es necesario establecer programas de intervención, para favorecer en ellos conductas de autoestima, identidad, favorecer redes de apoyo y modelos, generar mayor posibilidad para resolver conflictos, tanto interna como externamente.

Por lo tanto, se observa que la jerarquía filial como las variables de edad y género se ven involucradas en el nivel de resiliencia entre los hermanos, mostrándose que las mujeres tienden a ser más resilientes que los hombres y entre menor edad su tendencia es mayor a un nivel medio de resiliencia; tanto en hijos primogénitos como segundos es importante el

número de ellos que presentan una tendencia posterior a nivel bajo para hacer frente a las adversidades en la vida diaria.

De hecho no es la discapacidad lo que logra explicar el porqué los hermanos de los niños con este diagnóstico son optimistas acerca de la vida, adaptándose en el ámbito escolar o social, ya que dentro de esta investigación los pacientes de los hermanos de la muestra seleccionada ocupan el último lugar dentro de la jerarquía filial. Es decir, son los hijos menores dentro de la dinámica familiar. Por consiguiente no es la discapacidad la que determina la relación entre los hermanos, sino la edad de los hermanos al afrontar la discapacidad y el proceso madurativo por el cual estén pasando de acuerdo con su desarrollo, ya que algunos están en la infancia y otros en la preadolescencia.

Se presentaron algunas limitaciones dentro de la investigación, ya que el grupo o muestra se limitó a sólo hermanos dentro del núcleo familiar y no se consideró a hijos de madres solteras, o bien, separadas. Otra limitante es la edad que establece la ERE (9 a 14 años), está la considero limitada e inestable por el proceso madurativo en el que se encuentran.

Esto nos da pie a sugerir y/o proponer algunas recomendaciones que considero importantes, como es la realización de una nueva investigación de casos y controles donde se aplique la escala a hermanos, donde no se tenga un hermano con discapacidad y así comparar la variable de discapacidad si tiene o no relación con el nivel de resiliencia.

Además de establecer estrategias que favorezcan una mejor aceptación y un adecuado desarrollo individual y/o familiar, lográndose así una integración social, poniendo énfasis en los hijos primogénitos.

REFERENCIAS

1. Vera B. Resiliencia y trauma en la infancia. *Revista Digitalis*. 2008; 23: 1-7.
2. Fiorentino M. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*. 2008; 15(1): 1-10.
3. Naranjo R. Neurología de la resiliencia y desastres. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2010; 36(3): 1-4.
4. <http://www.cedro.org.pe/lugar/articulos/resiliencia.htm>
5. Puerta de Klikert MP. *Resiliencia: La estimulación del niño para enfrentar desafíos*. Grupo Editorial Lumen Humanitas, Buenos Aires-México, 2003, p. 160.
6. Ospina D. La medición de la resiliencia. Investigación y educación en enfermería. *Medellín*. 2007; 25(1): 1-7.
7. Saavedra GE, Castro RA. Escala de resiliencia escolar para niños entre 9 y 14 años. Santiago, Febrero 2009.
8. Ripoll K, Carrillo S, Castro J. Relación entre hermanos y ajustes psicológicos en adolescente: los efectos de la calidad de la relación padres-hijos. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2009; 27(1): 1-10.
9. Lizasoain O, Onieva C. Un estudio sobre la fratria ante la discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*. 2010; 19(1): 1-9.
10. Amores S. Tener un hermano discapacitado: acerca de la discapacidad y los vínculos familiares. *San Paola*. 2012; 20(20): 1-6.
11. Núñez B, Rodríguez L. Los hermanos de personas con discapacidad: una asignatura pendiente. *Fundación Telefónica Asociación AMAR*. 2004.

12. Miller NB. Nadie es perfecto. *Cómo vivir con niños que tienen necesidades especiales*. Ed. Diana, Julio 2007.
13. Stoneman Z. Siblings of children with disabilities: research themes. *Mental Retardation*. 2005; 43(5): 365-368.
14. Watzlawick P, Beann J, Jackson PH. *Teoría de la comunicación humana*. España: Ed. Herder; 1985.
15. Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*. 2010; 16: 1-13.
16. Metodología cuantitativa SPSS versión 13.

Dirección para correspondencia:
Luisa Manuela Valdez Ayala
Blvd. Juan Pablo II Núm. 4101,
Frac. Zona Industrial Robinson,
31074, Chihuahua, Chih. México.
CRIT Chihuahua, Chih.
Tel: 01 614 4 29 53 54, ext. 5409
E-mail: luisavaldeza@hotmail.com
valdez@teleton-chh.org.mx

www.medigraphic.org.mx