

93
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

NIVEL DE SOCIALIZACION DEL
LACTANTE AL AMBIENTE DE ESTANCIA
Y SU EFECTO EN EL DESARROLLO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
P S I C O L O G O
P R E S E N T A :

MARIA GRACIELA MARQUEZ PALOMARES

Director de Tesis: Lic. Alma Mireya López Arce



MEXICO, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCION	1-3
I. MARCO TEORICO	
Factores genéticos	5-6
Factores adquiridos prenatales	6-14
Factores adquiridos perinatales	14-15
Factores adquiridos postnatales	15-17
Desarrollo Neonatal	18-22
Los Primeros Dieciocho Meses	
Desarrollo Físico	23-26
Desarrollo Mental	26-28
Desarrollo de la Personalidad	29-32
Desarrollo Social	33-37
Privación Materna y sus Efectos	38-44
II. ANTECEDENTES DE OTRAS INVESTIGACIONES SOBRE LOS EFECTOS DE ASISTIR A UNA ESTANCIA	45-53
III. METODO	
Planteamiento del Problema	55
Hipótesis	55-57
Sujetos	57
Escenario	57-59
Instrumentos	59-61
Procedimiento	62-63
Análisis estadístico	63
IV. RESULTADOS	64-81
V. DISCUSION	82-88
VI. CONCLUSION	89

	PAG.
VII. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	90
VIII BIBLIOGRAFIA	91 94
IX. ANEXOS	95-115

I N T R O D U C C I O N

De todos los seres vivos, el ser humano es aquel que más imposibilitado y desvalido nace por tanto el que más necesita de la ayuda y protección de otros para poder desarrollarse favorablemente. La simbiosis que existe entre madre e hijo durante la vida intrauterina no termina abruptamente cuando el niño nace, sino físicamente continúa durante la lactancia y emocionalmente aún mucho tiempo después.

Las relaciones emocionales que tiene el niño con su madre son por lo tanto, de suma importancia para el desarrollo psíquico del individuo, ya que en los primeros años formativos de la vida, en los cuales la personalidad es cimentada, la dependencia hacia la madre o de algún sustituto materno es casi exclusiva. Por lo que la calidad del cuidado materno que recibe el niño en sus primeros años es de vital importancia para su futura salud mental. Bowlby (1950) considera esencial para la salud mental que el bebé experimente una relación cálida, íntima y continua con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce.

También Bowlby y otros (1972) afirman que cualquier desviación de una exclusiva relación de pareja entre madre e hijo resulta en privación. De acuerdo a los hallazgos de Spitz y de Skeels (1954), la privación materna ocasiona retrasos en el desarrollo

y los procesos específicos más gravemente afectados son el desarrollo social y del lenguaje.

De acuerdo a lo anterior y tomando en cuenta que en la actualidad una gran cantidad de mujeres se han incorporado a la vida productiva y se han visto en la necesidad de dejar a sus hijos en estancias, surge por lo tanto la inquietud de conocer como es que el ambiente de estancia influye en el desarrollo normal de los niños. Siendo el objetivo principal de esta investigación el de valorar los efectos que tiene la estancia en el desarrollo del niño, sobre todo en lo que se refiere al desarrollo social.

El motivo inicial se basó en la observación directa de un grupo de lactantes de estancia los cuales lloraban y dormían demasiado además de no mostrar interés en las actividades que realizaban, este evento hizo suponer, en la posibilidad de que se estuviera presentando un retraso en su desarrollo social.

Se utilizó la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine para determinar el C.D. (Cociente de Desarrollo) del Area Social, Postural, de Adaptación Oculomotora y del Lenguaje así como el índice de gravedad de cada una de ellas.

Se considera -- que una de las aportaciones de mayor importancia que puede brindar esta investigación es el hecho de conocer en que medida y en

que áreas se ve afectado el desarrollo del lactante de estancia y con base a este conocimiento poder generar programas de estimulación contando con el personal asistencial así como con la participación de las madres de los lactantes.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

Aunque el nacimiento es el surgimiento de un nuevo individuo en el mundo, el inicio real de la vida lo precede aproximadamente un periodo de nueve meses. Durante el intervalo entre la concepción y el nacimiento existen factores genéticos y adquiridos por la madre que influyen en el desarrollo del niño aún no nacido. Por lo que se considera importante hacer una breve descripción de estos factores ya que pueden influir en las pautas de crecimiento posteriores engrandeciendo o limitando al niño no sólo física sino también psicológicamente. Mercado T. (1990) confirma en su estudio que las variables prenatales y perinatales juegan un papel importante en explicar el desarrollo posterior del niño. Por lo que al conocer que factores influyeron en el niño se podrá determinar el curso futuro de su desarrollo.

FACTORES GENETICOS

Se han identificado más de 900 enfermedades que son transmitidas -- por genes dominantes, entre las enfermedades que se transmiten en esta forma se encuentran la acondroplasia, que es un tipo de enanismo; la corea de Huntington, una degeneración progresiva del sistema nervioso; algunas formas de glaucoma, una de las principales causas de la ceguera, y la polidactilia (más dedos de lo normal) tanto en las manos como en los pies.

Entre las enfermedades transmitidas -- por genes recesivos se encuentran la anemia drepanocítica, la enfermedad de Tay Sachs, que deteriora el sistema nervioso central y la

fenilcetonuria (PKU), un desorden metabólico causado por la ausencia de una enzima hepática, lo cual ocasiona el retraso mental.

Dentro de las enfermedades transmitidas por genes ligados al sexo se encuentran la hemofilia, un trastorno de coagulación de la sangre; la distrofia muscular, un desgaste progresivo de los músculos algunas formas de ataxia espinal, una enfermedad degenerativa de la columna vertebral y el daltonismo entre el verde y el rojo (Pappalio D.E. 1978).

La aberración cromosómica puede determinar defectos mentales como el síndrome de Down, por la presencia de un miembro extra del par cromosómico número 21. Estos niños tienen 47 en vez de los 46 cromosomas normales. También pueden aparecer cromosomas extra en cualquiera de los 23 pares de cromosomas humanos, y algunas de estas anomalías pueden dar lugar a defectos del desarrollo y un posible retraso mental (Mussen, Conger, Kagan 1982).

FACTORES ADQUIRIDOS PRENATALES

- a) Edad de la Madre. - Las estadísticas demuestran una tasa de mortalidad más elevada cuando las madres tienen menos de 23 años o más de 29 años que cuando tienen una edad comprendida entre estas dos. Además, las madres de menos de 20 años y de más de 35 años de edad tienden a tener una proporción mayor de hijos retrasados que las madres cuyas edades oscilan entre los 20 y 35

años de edad. Estos problemas pueden deberse al insuficiente desarrollo del sistema reproductor en algunas mujeres jóvenes y a la decadencia paulatina del funcionamiento de los órganos de la reproducción en las de edad más avanzada. Las mujeres que tienen su primer hijo a la edad de 35 años o más, también suelen sufrir más enfermedades durante el embarazo, y un parto más prolongado y difícil que las mujeres de menor edad. Además propenden más a necesitar intervención quirúrgica o ginecológica para el alumbramiento; cuanto mayor es la edad de la mujer tanto más probable es que se presenten estos problemas (Nussen, Conger, Kagan 1982).

- b) Medicamentos y Sustancias Tóxicas.- Los medicamentos contenidos en la sangre de la madre entran también a la circulación del feto y pueden provocar efectos adversos sobre el bienestar y desarrollo del niño por nacer. Estos efectos pueden ser trágicos como en el caso de la talidomida, medicamento que se prescribió para aliviar las náuseas de las mujeres gestantes; quienes la ingirieron durante el primer trimestre del embarazo dieron a luz a recién nacidos con deformidades de los miembros -focomelia- en los que los huesos largos de los brazos no crecen, teniendo por resultado el que las manos nacen casi directamente de los hombros. Las piernas, que son menos afectadas, presentan una distorsión del crecimiento similar. (Angrilli y Helfat 1984). Durante el parto puede suministrarse a la madre varias clases de sedantes y calmantes. Se sabe que algunos de estos medicamentos pasan a través de la placenta rápidamente; con lo

que se deprimen las funciones vitales corporales del feto y --- los efectos pueden llegar al grado de impedir la respiración es pontánca del neonato (Bowes, 1970). Adicionalmente, estos efectos depresivos continúan en el neonato durante los primeros --- días y afectan su desarrollo, su actividad cerebral (Hughes, -- Ehemann & Brown 1948) y la conducta de amamantamiento (Kron, -- Stein & Goddard, 1966). Estos efectos depresivos son más intensos si el bebé nace entre una y seis horas después de que la madre ha ingerido la droga (Moya & Thorndike 1962).

Se conocen los efectos que pueden provocar en el bebé el uso de los analgésicos que en dosis altas causan defectos en el esqueleto, el sistema nervioso y el aparato cardiovascular. Los antihistamínicos (usados contra la tos y el resfrío) causan el paladar hendido en los animales pero se presumen posibles efectos en los humanos. Los narcóticos causan poco peso en el niño al nacer y síntomas de abstinencia y los tranquilizantes y sedantes se han descubierto algunas veces efectos dañinos en animales aunque se sospechan efectos en el ser humano. Los barbitúricos producen el síndrome de abstinencia en el ser humano (Saratino y Armstrong 1988).

- c) Alcohol.- En 1973, se identificó el "síndrome de alcohol fetal" el cual influye en el retraso del crecimiento: los bebés son -- bastante pequeños al nacer y no se recuperan luego; tienen una inteligencia subnormal así como un retraso en el desarrollo mo-

tor.

Los niños que padecen este síndrome presentan una cabeza anormalmente pequeña, defectos cardíacos, anomalías faciales y distorsiones en las articulaciones. Aún no se conocen los efectos producidos por el consumo moderado de bebidas alcohólicas (Papalia D.E. 1978). Pero el consumo excesivo durante el embarazo parece estar relacionado con el desarrollo de niños en los que 1) el peso cuando nacen y el desarrollo posterior se retardan, 2) la inteligencia es subnormal y 3) las anomalías físicas incluyen deficiencias cardíacas y cabeza pequeña (Jones, 1973) (Saratino y Armstrong 1988).

- d) Tabaco. - Durante los últimos 6 meses de embarazo, al consumo de cigarrillos por la madre sigue un aumento de la frecuencia del latido fetal. El efecto máximo aparece entre los 8 y los 12 minutos después de comenzar el cigarrillo. Montagu (1964) ha indicado.. "es muy posible que los productos del tabaco que penetran en la circulación embrionaria y fetal afecten de modo adverso no sólo al corazón y al sistema circulatorio sino también a muchos otros órganos". Hay pruebas de que el hábito de fumar guarda relación con la frecuencia de los partos prematuros. Las madres que fuman mucho (más de 10 cigarrillos al día) presentan la cifra máxima de prematuridad; las madres que fuman poco (de 1 a 10 cigarrillos al día) tienen una cifra menor; las

que no fuman en absoluto presentan la más baja proporción. -- La frecuencia de prematuridad en las fumadoras es aproximadamente el doble que en las no fumadoras (Hurlock E. 1979). También el fumar cigarrillos ha sido vinculado con la reducción de peso del bebé al nacer (Simpson & Linda, 1957, Peterson, Morese & Kaltreider, 1965). Puesto que la nicotina parece -- provocar vasoconstricción placentaria, es posible que una reducción de la transmisión de oxígeno o de nutrientes para el feto cause la disminución del peso del bebé cuando nace. (Sarantino y Armstrong 1988). Además en la actualidad hay indicios de que la nicotina disminuye la secreción de leche (Hurlock E. 1979).

e) Radiación.- Pequeñas cantidades de irradiación, como las que se emplean para tomar una placa de rayos X, no dañan al feto pero dosis terapéuticas grandes pueden causar daño o provocar el aborto (Mussen, Conger, Kaga 1982). La radiación entre la segunda y sexta semanas de la gestación es probablemente causa de defectos tales como la microcefalia, deficiencia mental, defectos de coordinación, síndrome de Down, espina bífida, de formaciones del cráneo, osificaciones, defectos de la cabeza, paladar hendido, ceguera, anomalías del oído, deformaciones genitales y subnormalidades mentales y físicas en general (Papalia D.E. 1978).

f) Enfermedades de la Madre.- Tales como la sífilis, gonorrea, poliomielitis y rubéola si la madre las adquiere durante los pri

meros meses del embarazo pueden causar aborto, parto con niño muerto, ceguera, sordera, oligofrenia, microcefalia, trastornos motores o sordomudez (Hurlock E. 1979). Las madres que padecen diabetes durante el embarazo a menudo dan a luz niños que tienen anormalidades físicas de los sistemas circulatorio y respiratorio (Mussen, Conger, Kagan 1982). La toxemia, un trastorno de la gestación en el que la madre presenta intoxicación de la sangre, puede producir defectos congénitos y prematuridad (Angrilli y Helfat 1984).

- g) Incompatibilidad R h.- Cuando la sangre de la madre es Rh negativa y la sangre del feto es Rh positiva, los anticuerpos producidos en la madre destruyen los eritrocitos fetales, lo cual da por resultado anemia y deficiencia de oxígeno: esto puede terminar la gestación, producir la muerte del recién nacido y oligofrenia (Angrilli y Helfat 1984). Aunque existe poco riesgo en los primeros embarazos, ya que el bebé puede haber nacido antes de que la madre produzca anticuerpos. --- Smith y colaboradores (1978) sugieren que el período más probable en el que la madre empieza a producir estos anticuerpos es a la hora del alumbramiento. Cuando se separa la placenta, una pequeña cantidad de sangre fetal puede penetrar en la --- circulación de la madre. Si esto sucede, estos glóbulos rojos del feto pueden estimular anticuerpos maternos permanentes. Durante los siguientes embarazos estos anticuerpos, que pasan de la madre al bebé a través de la placenta podrán dañarlo. La mayor parte de las veces, particularmente en los

primeros embarazos, el nivel de anticuerpos no es dañino. -- Después del nacimiento de la criatura, se le inyecta a la madre una sustancia llamada Rhoga, que evita que los anticuerpos se multipliquen en embarazos subsecuentes. No existe complicación si la madre es Rh positivo y tiene una pareja con Rh negativo. Similarmente, un bebé que es Rh negativo no causa que la madre multiplique sus anticuerpos. (Lorraine y --- Hassol, 1986).

- h) Estado emocional materno. - Las secreciones endocrinas y las sustancias químicas de la sangre se modifican notablemente -- cuando un individuo se encuentra bajo tensión emocional intensa; por tanto las hormonas y las sustancias químicas del torrente sanguíneo de la madre que experimenta ansiedad, tensión, ira o miedo se pueden transmitir a través de la placenta y afectar al niño (Angrilli y Helfat 1984). Los efectos de ansiedad, perturbación y tristeza crónicas por el embarazo tienen mucho que ver con la hiperactividad, irritabilidad, -- llanto, dificultades para la alimentación y problemas de sueño en el niño.

Además, por lo menos, un investigador refiere que las madres de lactantes propensos a los cólicos son más tensas y ansiosas durante sus embarazos que las madres de lactantes que no son propensos a los cólicos. Las madres de lactantes con cólico también dijeron que se sentían inadecuadas respecto a su capacidad para cuidar del futuro bebé (Fitzgerald, Strommen y --- Mckinney 1986).

La tensión y ansiedad extremas durante el embarazo pueden pre

disponer a la madre a experimentar un parto más difícil -----
(Mussen, Conger, Kagan 1982).

- i) Nutrición materna.- Muchos estudios han descubierto que las -
madres que tienen una buena alimentación tienen menos compli-
caciones en el embarazo y en el parto y da a luz bebés más sa-
ludables, y que las madres que tienen una dieta poco adecuada
están más propensas a tener hijos prematuros o de bajo peso -
al nacer, o a tener mortinatos o niños que mueren poco tiempo
después de nacer (Papalia D.E. 1978). La mal nutrición grave
de la madre causa oligofrenia o alguna anomalía física, co-
mo raquitismo, inestabilidad nerviosa, debilidad física gene-
ral, epilepsia, parálisis cerebral y trastornos neuropsiquiá-
tricos del niño. Una carencia de vitamina B en la dieta de -
las futuras madres afecta la inteligencia de sus niños duran-
te los primeros años de la vida (Hurlock E. 1979). Shank -
(1970) informó que la limitación de componentes calóricos y -
proteicos en la dieta materna causa problemas en el peso al -
momento del nacimiento, en la probabilidad de supervivencia y
en la conducta de la progenie. Más específicamente, los estu-
dios sobre animales mostraron que si la dieta materna era de-
ficiente en proteínas, los miembros de la progenie aprendían
lentamente (Caldwell & Chruchull, 1967) y sufrían un déficit
permanente en la cantidad de neuronas que se desarrollaban --
(Winick, 1968; Zamenhof, Marthens & Margolis, 1968). Adicio-
nalmente, una investigación posterior realizada por Winick y
Rosso (1969) descubrió déficit similares en la composición ce

rebral de los infantes humanos que habían muerto por desnutrición. (Saratino y Armstrong 1988).

FACTORES ADQUIRIDOS PERINATALES

La desproporción entre el tamaño del feto y el tamaño del canal genital, las anomalías en la postura del feto ("presentación") o la falta de contracciones uterinas son suficientes para demorar o complicar el alumbramiento. Todas estas complicaciones acarrearán una serie de dificultades para el neonato (Newman y Newman 1985).

Hay 2 principales peligros que asedian al alumbramiento:

1.- rompimiento de los vasos sanguíneos del encéfalo, causado por presiones fuertes aplicadas a la cabeza del feto.

2.- La falta de oxígeno suficiente porque el niño no logre comenzar a respirar en cuanto quede separado de la fuente materna de oxígeno.

Estos dos acontecimientos afectan el suministro de oxígeno a las células nerviosas del encéfalo y en casos extremos pueden producir una lesión en las células nerviosas y acarrear defectos psicológicos. Las neuronas del sistema nervioso central necesitan oxígeno, si se las priva del mismo, algunas pueden morir pero si son muy numerosas las neuronas que -

mueren, el niño puede sufrir una grave lesión cerebral, o en caso extremo, la muerte. (Mussen, Conger, Kagan 1982). Otro factor importante es el uso de drogas durante el alumbramiento ya que éstas cruzan la barrera placentaria y llegan al feto y algunas tienen el efecto de deprimir funciones en el recién nacido, como el reflejo respiratorio o el de succión. -- Existen dos principales categorías de drogas que se usan en el alumbramiento. Los analgésicos que eliminan el dolor, y los anestésicos que eliminan la sensación de dolor, ya sea durmiendo al paciente o creando una pérdida temporal de la sensibilidad en el área afectada. Un anestésico general tiene un intenso efecto depresivo en el feto. Se usa más a menudo durante los últimos momentos del parto o en una operación cesárea. El anestésico local aún cuando no afecta todo el cuerpo de la madre, no deja de ser riesgoso para el bebé. (Lorraine y Hassol 1986).

FACTORES ADQUIRIDOS POSTNATALES

La prematuridad significa un estado en el que el recién nacido está relativamente inadaptado para la vida extrauterina, por falta de desarrollo o retraso de éste, causado por un acortamiento del periodo fetal (Hurlock E, 1979). Para determinar si un recién nacido es prematuro o no, generalmente se aplican dos criterios. El primero es en términos del número

de semanas de edad de gestación. Un niño que nace teniendo -
menos de 37 semanas de edad de gestación (a partir del momen-
to de la fecundación) se clasificará como prematuro; el naci-
do entre las 37 y 40 semanas se clasificará como normal. El
segundo criterio es el peso que el niño tiene al nacer, si un
niño nace pesando menos de 2.300 kg. se considera como prema-
turo pero si nace pesando menos de 1.800 kg. se clasifica co-
mo gravemente prematuro (Mussen, Conger, Kagan 1982). Las --
malformaciones congénitas y las lesiones originadas por el na-
cimiento mismo son mucho más frecuentes entre los prematuros
que entre los que nacen a término (Hurlock E. 1979). Tam--
bién se sabe que la hemorragia intracraneal y otras lesiones
neurológicas son más comunes en los prematuros, que en los ni-
ños nacidos a término. La fragilidad de los capilares, el me-
nor nivel de protrombina, la sujeción de los delicados teji-
dos a las presiones del trabajo de parto y una mayor inciden-
cia de anoxia, se consideran factores contribuyentes. La de-
ficiencia mental independientemente de los factores etiológi-
cos inmediatos, es más elevada en los prematuros que en los -
niños nacidos a término. Cuanto más pequeño es el prematuro
tanto mayor es el peligro para la integridad de su sistema --
nervioso central. Los niños prematuros también tienen tenden-
cia a desarrollar raquitismo y esto puede ser debido a que --
sus necesidades de vitamina D parecen ser mayores que las de
los niños maduros. Además, ha habido menos almacenamiento an-
tenatal de calcio y de fósforo, a la vez que hay, gran deman-

da de estos elementos debido a la rápida velocidad de crecimiento. (Watson y Lowrey 1974).

DESARROLLO NEONATAL

El periodo neonatal abarca desde recién nacido a 28 días. El neonato promedio pesa al nacer un poco más de 3 kg. y mide alrededor de 51 cm.; algunos neonatos presentan una apariencia poco atractiva, no solamente por su cara arrugada y sus ojos hinchados, sino que también la cabeza puede estar alargada como consecuencia de la presión sufrida en el canal del parto. El color de la piel es algunas veces amarillento por ictericia leve (que es normal) se puede apreciar contusiones por el uso de forceps. Su cabeza es grande en relación con el tronco y los pies encogidos los primeros días en una posición fetal, parecen desproporcionadamente largos. El recién nacido tiene poco tejido graso, fuera del que cubre sus mejillas y sus glándulas sudoríparas no funcionan hasta cerca de 30 días después del nacimiento, por lo tanto es en extremo sensible al frío o al calor y requiere protección hasta que empiecen a funcionar los mecanismos reguladores de la temperatura (Angrilli y Helfat 1984).

El neonato tiene insuficiencia para el control motor ya que sus músculos son pequeños, blandos e incontrolados; los de las piernas y el cuello están menos desarrollados que los de los brazos y las manos. (Hurlock E. 1974), por lo que depende de la manipulación de su cuerpo por otros para lograr comodidad. Es hasta el final del primer mes de su vida cuando el niño empieza a ejercer cierto control motor al levantar su barbilla cuando se encuentra acostado boca abajo. (Angrilli y Helfat 1984).

Los huesos del neonato están compuesto especialmente por cartílagos, por lo que son blandos y flexibles (Hurlock E.) y -- aún no se han osificado; cerca de la parte más elevada de la cabeza se encuentran áreas blandas llamadas fontanelas, que desaparecen cuando el niño cumple 1 ó 2 años de edad y el cerebro queda cubierto completamente por tejido óseo. Los huesos se endurecen a velocidad diferente entre ellos; al final del período neonatal se han desarrollado lo suficiente los huesos y músculos del cuello para permitir que el niño levante su barbilla; cuatro meses más tarde se puede rodar (Angrilli y Helfat 1984).

Los reflejos vienen a ser un punto de partida para hacer contacto con los objetos y la gente que hay en el ambiente que rodea al recién nacido.

Se clasifican 3 tipos de reflejos:

- 1.- Reflejos que facilitan la adaptación y la supervivencia como el reflejo pupilar, el reflejo de hozar, el reflejo de sobresalto y el reflejo de natación.
- 2.- Reflejos que son adaptativos para la supervivencia de especies filogenéticamente vinculadas como el reflejo de agacharse, el reflejo de flexión, el reflejo de prensión, el reflejo de Moro, el reflejo de salto y el reflejo de andar.
- 3.- Reflejos cuyas funciones no se conocen como el reflejo abdominal, el reflejo del tendón de Aquiles, el reflejo de Babinski y el

reflejo tónico del cuello (Newman y Newman 1985).

Al examinar las conductas reflejas del niño, es posible juzgar su grado de funcionamiento cortical y determinar si el desarrollo neurológico se está presentando en forma normal o no. (Papalia D.E. 1978).

El neonato succiona, deglute, digiere y elimina desechos luego del nacimiento, sin haber experimentado antes estas funciones (Angrilli y Helfat 1984). El meconio, que es un material de desperdicio de color negro verdoso que se forma en el tubo digestivo fetal, aún se encuentra allí en el momento de nacer aunque se expulsará durante los primeros días de vida extrauterina (Papalia D.E. 1978).

La mayoría experimentan hambre aproximadamente cada 3 horas y requieren alrededor de 8 comidas al día, con alguna variación según las preferencias individuales (Angrilli y Helfat 1984).

Cuando los intestinos del neonato están llenos los esfínteres anales se abren de manera refleja, de la misma manera, cuando la vejiga está llena el esfínter de la uretra se abre automáticamente (Mussen, Conger, --- Kagan 1982). El recién nacido se orina entre 18 y 20 veces al día y defeca entre 3 y 5 veces al día (Fitzgerald, Strommen y McKinney 1986).

Los neonatos, por término medio, se pasan el 80% del tiempo dormidos y el 20% despiertos, en tanto que los niños de un año de edad, por término medio, se pasan despiertos un tiempo igual al --

que se pasan dormidos (Mussen, Conger, Kagan 1982). La mayoría de los neonatos duermen de 17 a 20 horas al día con alrededor de 3 horas por cada período (Angrilli y Helfat 1984). En los recién nacidos son frecuentes dos formas distintas de sueño: regular, en la que el ritmo respiratorio es suave y regular, e irregular, con respiración irregular o alteración entre excursiones rápidas y superficiales y otras lentas y profundas (Hurlock E. 1979).

La respiración del neonato es de 35 movimientos respiratorios por minuto, -- siendo rápida, irregular y abdominal. El pulso basal al nacer oscila entre 130 y 150 latidos por minuto, y luego baja a un promedio de 117, al cabo de varios días (Hurlock E. 1979).

Aunque los ojos del neonato difieren de los de los adultos en varios aspectos: son de menor tamaño, tienen estructuras retinales incompletas y un nervio óptico subdesarrollado, son capaces de ejecutar ciertas actividades visuales (Papalia D.E. 1978) como: orientar su cabeza y ojos hacia los estímulos visuales, o bien apartan la cabeza y cierran los ojos ante una luz intensa, responde a variantes de la brillantez, y ven mejor a una distancia de 20 cm. (Newman y Newman -- 1985).

El neonato es capaz de oír y es sensible tanto a la localización del sonido, a la frecuencia, duración y ritmo. Además es capaz de responder a olores, y lo manifiesta volviendo la cabeza hacia el otro lado cuando le llegan olores desagradables, como el del amoníaco o el del ácido acético (Mussen, Conger, Kagan 1982).

En cuanto al sentido del gusto los niños muy pequeños tienen un paladar relativamente insensible (Papalia D.E. 1978). - La sensibilidad al dolor aumenta rápidamente después del nacimiento, pero a velocidades distintas en partes diferentes del cuerpo. El umbral doloroso es más bajo en la cabeza que en las extremidades (Hurlock E. 1979). Los recién nacidos requieren y responden bien a la estimulación táctil (toque) y a otras formas de estímulo; el mecerlos los aquieta y libera la tensión motora (Angrilli y Helfat 1984).

LOS PRIMEROS DIECIOCHO MESES

DESARROLLO FISICO

Talla.- El niño al nacer mide entre 48 y 50 centímetros, a los 4 meses de edad la estatura es por término medio de 58 a 60 centímetros; a los 8 meses, de 66 a 70 centímetros, y al año, de 71 a 76 centímetros; a los 2 años el niño tiene una estatura de 81 a 86 centímetros, y a los 5 años la estatura al nacer tiene que haberse multiplicado por dos --- (Hurlock E. 1979).

Proporciones Corporales.- En el momento del nacimiento las piernas del infante representan aproximadamente una quinta parte del largo que tendrán cuando el individuo sea adulto, pero a partir de las 8 semanas de edad crecen rápidamente. En contraste, la cabeza y la cara crecen más lentamente que el conjunto del cuerpo, aunque el tamaño y la forma del cráneo se modifican significativamente. La longitud total de la cabeza y la cara del infante de 3 meses de edad equivale aproximadamente a un tercio de la longitud total de su cuerpo; en el momento del parto esta altura representa aproximadamente una cuarta parte; en la edad adulta, aproximadamente una novena parte (Mussen, Conger, Kagan 1982).

Peso.- Al final del primer mes de la vida el niño promedio no solo ha recuperado el peso perdido después del nacimiento, sino que ha comenzado a mostrar un aumento de peso. A los 4 meses, debe haber doblado su peso al nacer y al final del primer año debe haberlo triplicado. Durante el segundo y tercer años aumenta de uno a dos kilogramos anualmente (Hurlock E. 1979). El peso es particularmente sensible a las condiciones externas como manías en las dietas, patrones nutricionales,

factores emocionales y hábitos de alimentación; por ello se encuentran diferencias en las pautas de peso en diversas partes del mundo, particularmente en áreas de privación económica (Angrilli y Helfat 1984)

Estructura Esquelética. - El desarrollo óseo consiste en el crecimiento del tamaño de los huesos, el cambio del número de éstos y la modificación de su composición. Se ajusta a la misma tendencia general que el aumento de tamaño; es decir, es más rápido durante el primer año de la vida y después relativamente lento, hasta la pubertad, en que vuelve a hacerse rápido (Hurlock E. 1979). A través de un proceso llamado osificación, el cartílago más suave es reemplazado gradualmente por hueso, comenzando en la primera parte del primer año y terminando durante la pubertad (Angrilli y Helfat 1984).

Dientes. - El primer diente, que por lo general es un diente delantero inferior, aparece por término medio a la edad de 7 meses (Mussen, Conger, Kagan 1982). Al final del primer año, el niño tiene aproximadamente 8 "dientes temporales", estos dientes continúan apareciendo durante los primeros 3 años de vida (Angrilli y Helfat 1984). Las niñas son más precoces en la caída de los dientes temporales que los niños. Son también más precoces en la erupción de los dientes permanentes, con excepción de las muelas del juicio (Hurlock E. 1979).

Sistema Nervioso Central. - El cerebro aumenta desde un promedio de 350 gramos al nacer hasta cerca de 1000 gramos (tres cuartas partes de su peso adulto total) a la edad de 2 años (Mussen, Conger, Kagan 1982). Conforme el cerebro empieza a crecer, el lactante obtiene más control sobre su cuerpo, a los 6 meses de edad se ha establecido bien el funcionamiento sensorial (visión y audición), a esta misma edad existe ya desarrollo notable en las áreas motoras del cerebro que controlan la

cabeza, manos, parte superior del tronco y piernas. Esto se debe a que la mielinización (envainamiento) de las fibras nerviosas hace menos difuso los impulsos nerviosos (Angrilli y Helfat 1984).

Desarrollo Motor.- La calcificación ósea el aumento del tejido muscular, el desarrollo de la corteza cerebral y la mielinización de las fibras nerviosas, son requisitos para el desarrollo motor. Con la aparición de estas bases biológicas, el lactante empieza a demostrar aumento de la actividad motora voluntaria y coordinada (Angrilli y Helfat 1984). Alrededor de los 3 meses sostiene la cabeza erguida y estable pero hasta los 6 meses levanta la cabeza al estar sentado sin apoyo (Papalia D.E. 1978). A los 6 meses el lactante debe de ser capaz de dar vuelta completa desde el decúbito prono hasta el decúbito prono otra vez. Antes de poderse sentar solo, el niño tiene que tener todo el tronco bajo control. A las 16 semanas puede ya ponerse sentado, a las 20 semanas puede estar sentado solo, si hay un apoyo, con el cuerpo derecho. Entre el noveno y el décimo mes un niño, por término medio, es capaz de estar sentado solo sin apoyo durante 10 o más minutos (Hurlock E. 1979). A los 9 meses el niño puede gatear, a los 10 meses puede sostenerse en pie y al año 3 meses en promedio caminar solo (Papalia D.E. 1978).

El desarrollo en el empleo del pulgar y los dedos es manifiesto durante los primeros meses del bebé en el momento del nacimiento, la mano, aunque tenga la fuerza suficiente en la presión refleja para sostener el peso del objeto, carece de utilidad, como vehículo de la voluntad. El pulgar permanece -

flácido e impotente en la palma o se extiende sin objeto hacia afuera. Al mes los dedos de las manos del bebé podrán juntarse, tocarse y explorarse unos a otros (Breckenridge y Murphy 1985). A los 4 meses no establecen un contacto real con un objeto, pero hacia los 5 meses pueden tocar y apretar cosas de manera primitiva, sin cogerlas firmemente. A los 7 meses de edad, utiliza la palma suavemente al cerrarla sobre un cubo, pero su dedo pulgar y los demás dedos no participan en este movimiento. El dedo índice comienza a participar en los movimientos de agarrar aproximadamente a los 9 meses. En las etapas finales del desarrollo de la aprehensión el pulgar y el índice funcionan juntos, y los demás dedos se usan también con precisión para coger un cubo. Cuando el niño tiene 1 año 5 meses de edad, los movimientos -- que hace para agarrar son muy semejantes a los del adulto. (Mussen, Conger, Kagan 1982).

DESARROLLO MENTAL

El desarrollo mental radica en la emergencia y progreso de las estructuras físicas como el Cerebro, el Aparato Sensorial, que por medio del proceso de percepción el lactante organiza e interpreta la información de sus sentidos y formula un modelo del mundo; el Conocimiento, el cual abarca dentro de su significado el proceso del uso de los esquemas, símbolos y conceptos para comprender su mundo, para aprender, pensar y resolver problemas; el Aprendizaje es en relación con individuos, sucesos, objetos o ideas específicos es así como ha aprendido técnicas elementales de comunicación, principalmente no verbales, tiene todavía que desarrollar la capacidad de comprensión

de los símbolos, no puede formar conceptos, excepto de manera rudimentaria. (Angrilli y Halfat, 1984).

Por último el desarrollo del Lenguaje, donde los sonidos que el bebé emite no son empleados constantemente o no se refieren a algo en particular: parece ser más bien una especie de ejercicio de las cuerdas vocales. Los bebés de corta edad, de recién nacidos a 6 meses, emiten muy pocos sonidos salvo aquellos producidos por el llanto. Existen sonidos como consonantes, pero estos no ocurren con frecuencia.

A los 6 meses empieza una nueva fase llamada generalmente la fase del balbuceo y durante este periodo hay una gran variedad de sonidos, incluyendo muchos que no se dan en el idioma que el bebé oye. Son varias características que distinguen este periodo. Primero, el bebé pasa más tiempo haciendo esos ruidos; muchas veces habla "para si" -- cuando está solo en su cuna, apenas despierta o antes de dormirse. Segundo, empieza a combinar las vocales y las consonantes en lo que podríamos llamar sílabas, tales como "ga" y "da". Finalmente hacia el término de la fase del balbuceo, el bebé empieza a hilvanar secuencias enteras de la misma combinación de sonidos: se le oye decir "dadadada" o gagaga" o combinaciones más complejas

Más o menos entre los 10 meses y 1 año, el bebé dice su primera palabra o empieza a decir sus primeras palabras. Las primeras palabras se llaman también holofrases: frases enteras o contenidas en una sola palabra. Para comprender este primer lenguaje es necesario no sólo oír lo que el niño dice sino también ver lo que está haciendo o en qué situación se encuentra.

Entre los 18 y los 20 meses de edad, el bebé empieza a hilar dos palabras formando las primeras frases y también empieza a descubrir la combinación de las palabras que le permite toda clase de significados. Al principio el niño combina generalmente sólo frases de dos palabras. Hasta los 2 años de edad y después, su lenguaje es una mezcla de palabras sueltas y de frases de dos palabras. Luego hacen su aparición las frases de tres o cuatro palabras y hay un aumento gradual hasta que el niño construye frases como las del adulto.

Por otra parte, la mayoría de los niños retardados mentales son muy lentos en su desarrollo lingüístico; muchas veces no forman frases de 2 palabras sino hasta los 3 o 4 años de edad. Tal lentitud extrema es causa de preocupación: un retardo muy grande desarrollo del lenguaje está asociado con un retardo del desarrollo intelectual. (Bee H. - 1975).

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Para seguir los eventos del primer año de vida el Dr. Spitz recurre a la observación directa y a los métodos de la psicología experimental además de atribuir los trastornos específicos psicotóxicos del niño a desórdenes emocionales específicos de la madre. Por lo que se considerará que la Teoría de Spitz resultó ser la más idónea como marco de referencia para la realización de esta investigación.

Spitz (1954) estudió algunos "periodos críticos" durante los cuales la integración de distintos factores evolutivos llevaba a la formación de nuevas estructuras psíquicas. Tales estructuras son los llamados "organizadores" de la personalidad infantil. Spitz reconoce 3

- 1.- La respuesta sonriente
- 2.- La angustia ante los extraños
- 3.- El inicio del "no"

LA RESPUESTA SONRIENTE aparece en el tercer mes de vida si se cumplen ciertas condiciones: que el rostro se muestre de frente, de modo que el infante pueda ver los dos ojos y que el semblante tenga movilidad. No importa que parte del rostro o de la cabeza se mueva, si se meneja la cabeza o si se mueve la boca, etc. En esta respuesta el niño de 3 meses no percibe un congénere humano, y tampoco una persona o un objeto libidinal, sino sólo un signo. Ciertamente, este signo es proporcionado por el rostro humano, pero no es la totalidad del semblante con todos sus detalles lo que constituye el signo, sino más bien lo compone la frente, los ojos y la nariz, todo esto en movimiento. Esta sonrisa es la primera manifestación de conducta activa, dirigida e intencional; la primera indicación del tránsito del infante desde la pasividad completa al comienzo de la conducta activa. En esta etapa se marca el inicio de un yo rudimentario, en cuanto a las relaciones de objeto estas se hallan en la etapa preobjetual; ésto señala el primer paso importante en el desarrollo de las relaciones de objeto.

LA ANGUSTIA DEL OCTAVO MES entre el sexto y el octavo mes se produce un cambio decisivo en la conducta del niño hacia los otros, ahora el infante distingue claramente entre el amigo y el extraño. Si un extraño se acerca a él dará muestras de diversas intensidades de recelo y de angustia y rechazará al desconocido. Sin embargo, la conducta individual del niño varía en una escala bastante amplia. Puede bajar los ojos tímidamente, puede cubrirse los ojos con las manos, alzar sus vestidos para ocultarse el rostro, arrojarse bocabajo y esconder la cara entre las mantas o puede llorar o chillar. Siendo el denominador común en una negativa a entrar en contacto con el desconocido, un volverle la espalda, con matiz más o menos pronunciado de angustia. Si reacciona así al enfrentarse con un desconocido es porque éste no es su madre: su madre "le ha dejado". La angustia que manifiesta es en respuesta de su percepción de que el rostro del desconocido no coincide con las huellas mnémicas del rostro de la madre. Este organizador nos indica que el niño diferencia el semblante de la madre y le adjudica un lugar único entre todos los demás rostros humanos. Desde este momento y durante algún tiempo después, el niño preferirá el rostro materno y rechazará todos los otros que difieran de él. Esto es lo que indica el establecimiento del "objeto" libidinal, no sólo en el sector óptico (cognitivo) sino también en el sector afectivo. Una vez que el objeto queda establecido, el niño ya no confunde nada con él, esto le permite al niño formar vínculos estrechos que confieren al objeto sus propiedades únicas. En las semanas que siguen inmediatamente a los primeros indicios de la angustia del octavo mes, hacen su aparición muchos patrones de conducta, realizaciones y relaciones. El más destacado entre ellos es la emergencia de nuevas formas de re-

laciones sociales. La comprensión de los ademanes sociales y su uso, como vehículo de comunicación recíproca, da comienzo. Esto es más -- impresionante en la comprensión de las prohibiciones y órdenes y su -- respuesta a ellas. El avance en la comprensión de las relaciones so-- ciales es evidente en la participación creciente del niño en los jue-- gos de reciprocidad social. Al mismo tiempo se producen también cam-- bios significativos en el trato del niño con el medio inanimado ya que se percata del espacio que queda más allá de los barrotes de la cama, tomando el juguete que se le ofrece. También se da la capacidad de -- discriminación entre cosas inanimadas aquí el niño si se colocan va-- rios juguetes delante de él asirá su preferido. El progreso en la -- ideación como en los comienzos de la comprensión por el niño de la re lación entre las cosas también surge después del octavo mes. En el nivel afectivo, empieza a surgir una matización de actitudes emociona-- les, los celos, la cólera, la envidia, el sentido de posesión, de una parte y de otra el amor, el afecto, el apego, la alegría, el placer, -- etc., pueden observarse hacia el fin del primer año de vida.

EL INICIO DEL "NO" (1978) la presencia del "no" en la vida del bebé -- viene a partir del momento en que su desarrollo motor le permite mo-- verse con mayor libertad y su curiosidad también le incita a ello, -- por lo que las prohibiciones son mucho más numerosas y la madre las -- expresa en su mayor parte verbalmente, recalcándolas con gestos apro-- piados, como el sacudir la cabeza o el movimiento del dedo. La loco-- moción erecta aumenta rápidamente su autonomía y por lo tanto el es-- cuchar el "no, no" del adulto, el cual se hace más frecuente en situa-- ciones cada vez más variadas. Pueden distinguirse 3 factores en la --

conducta de la madre, cuando ella impone una prohibición. Son su - -
gesto (o palabra); su pensamiento consciente y su afecto.

El dominio del "no" (gesto y palabra) aparece en el niño normal después de los 15 meses y es el resultado de una identificación con el gesto del objeto libidinal del niño. Esta palabra significa rehusar y negar además de que es una señal semántica intencionalmente dirigida, con el propósito de comunicar este rechazo a otra persona.

También alrededor de los 15 meses surge el self el cual es el producto de la concienciación. -
Es la toma de conciencia del individuo de que es una entidad que siente y actúa, separada y distinta de los objetos y del ambiente. Spitz concibe al self como una elaboración de experiencias emocionales y somáticas, tendientes a la realización de la separación, de ser un individuo. Ahora el infante se ha convertido de entidad física separada - en una entidad psicológicamente separada, y por último en unidad so---
cial separada, una persona, mediante la confrontación de sí mismo con el no - si mismo, es decir, "los otros".

EL DESARROLLO SOCIAL

Una de las principales consecuencias del desarrollo físico, mental y de la personalidad del lactante es su entrada al mundo social. Desde el nacimiento, el niño interactúa socialmente con sus padres quienes lo abrigan y alimentan; en sus primeras semanas de vida, el niño no muestra reacciones definidas a tales encuentros. Sin embargo, al poco tiempo empieza a responder a estímulos sociales y en lugar de mirar al vacío, observa el rostro de su madre. (Angrilli y Helfat 1984).

Siendo este binomio madre-lactante la relación humana básica. Para el sociólogo Georges Simmel es en esta diada madre-hijo donde se podrá encontrar el germen de todo desarrollo ulterior de las relaciones sociales (Reymond R. 1978). También Spitz (1977) considera que todas las relaciones interpersonales tienen origen primario en la relación madre-hijo por lo que para el hombre sea un ser social, el efecto y los intercambios afectivos tienen un significado central. Spitz sostiene que la capacidad del ser humano para establecer relaciones sociales fue adquirida en las relaciones maternofiliales: "es a través de éstas como se efectúa la canalización de los impulsos funcionales en el objeto libidinal como se ponen los cimientos del templo para las relaciones humanas posteriores"

Entre las primeras respuestas del infante, junto con las que son necesarias para mantener la vida, como respirar y mamar, están el llorar y el sonreír, que parecen tener una función primordial para establecer y mantener el contacto social. (Reymond R. 1978).

El contacto visual, el balbuceo y la imitación se hallan entre las --

conductas expresivas más prominentes que surgen durante los primeros meses. Reflejan la necesidad espontánea de establecer un contacto social y experimentar estímulos sociales. Del mismo modo en que el niño requiere el estímulo que le proporciona la visión de objetos físicos, y también sonidos, para desarrollar su percepción, requiere asimismo el estímulo de otros individuos para que su sentido social evolucione. En un período posterior de la infancia comienzan a diferenciarse y a influir sobre el desarrollo social otras dos formas de conducta expresiva; la conducta de vínculo y el lenguaje. Sin duda, estas formas de conducta expresiva van tornándose más elaboradas, -- complejas y diferenciadas con el correr de los años. (Weiner y Elkind 1985).

El proceso mediante el cual alguien aprende de los modos de una sociedad o grupo social dado, en tal forma que puede funcionar en ellos se denomina socialización.

Son necesarias tres condiciones previas para que el niño llegue a socializarse. Primero, debe haber una sociedad en funcionamiento, el mundo dentro del cual va a ser socializado. Segundo, el niño debe poseer la herencia biológica adecuada. Si es un débil mental o sufre de un serio trastorno mental la socialización apropiada llega a ser extremadamente difícil, si no imposible. Tercero, un niño necesita de la "naturaleza humana", definida como la capacidad para establecer relaciones emocionales con otros y de experimentar sentimientos tales como amor, simpatía, vergüenza, envidia, lástima y temor.

La socialización transcurre en muchos ámbitos y en interacción con --

mucha gente, siendo la familia, la iglesia, la escuela, el grupo de los pares, y los medios (comunicación de masa) los agentes de la socialización. Cada agente socializa al niño en sus propias pautas y valores. La familia tiene ciertos rituales; la escuela sus reglas de orden; el grupo de pares, sus códigos y jueces, y los medios de comunicación de masa, sus formas y tramas tradicionales. También -- existen otros tres factores que se toman en cuenta dentro de la socialización, la clase social, la del grupo étnico y la de la comunidad. (Frederick E. 1989).

Los principales intentos de explicación de la conducta social pueden clasificarse con base en la importancia que le conceden a los factores de la maduración. Las explicaciones que enfocan casi exclusivamente los factores ambientales, pero minimizan las influencias biológicas, se denominan teorías del aprendizaje social. En contraste, las aproximaciones epigenéticas reciben el nombre de teorías psicoanalíticas.

Dentro de la teoría del aprendizaje social Albert Bandura se ha convertido en el principal defensor de esta teoría. Su teoría afirma que los procesos básicos del aprendizaje tienen un gran impacto en el desarrollo de la conducta social y de la personalidad, Bandura ha insistido en destacar la función del aprendizaje observacional y, según él, el acto de observar la conducta de otra persona, sin reforzadores externos, puede ser suficiente para que ocurra el aprendizaje.

Por aprendizaje social Bandura se refiere a algo más que la mera imitación mímica de otras personas; pues concibe que el observador lle-

ga a actuar y a ser similar a determinados modelos especiales. El niño está predispuesto a adoptar la conducta y los valores que son similares a la conducta y valores de individuos importantes, particularmente sus padres. Muchas conductas sociales importantes pueden adquirirse a través de la observación. Los niños aprenden a hablar, usar palabras y acentos similares a sus modelos en su medio ambiente. Aprenden cómo ser amables y agresivos; y mediante el modelamiento, los niños desarrollan un rol sexual y su identidad. Bandura (1969) ha notado varias características de los modelos que provocan la imitación. Por ejemplo, los modelos que se consideran protectores (cálidos, premiadores y afectuosos) y similares al observador (el mismo sexo, edad y raza) serán probablemente los más imitados. Otra característica es el poder, es decir, la habilidad para obtener y emplear recursos deseables y ejercer influencia sobre otros. Un niño está más predispuesto a imitar a un individuo poderoso que a uno débil. (Bandura, Ross y Ro 1963). (Saratino y Armstrong 1988).

Dentro de la teoría psicoanalítica se encuentra la de Erikson el cual sostiene una teoría de la personalidad que destaca el contexto social en el que ocurre el desarrollo. Erikson trazó una gráfica epigenética de las "ocho etapas del hombre". La primera etapa es la confianza básica vs. la desconfianza básica que transcurre durante el primer año de vida del niño.

Entre el primer y el tercer año de vida aparece la segunda etapa que es la autonomía contra la vergüenza o la duda.

A los cuatro y cinco años de edad surge la tercera etapa que es la

iniciativa contra la culpa.

Entre los 6 y los once años de edad aparece la cuarta etapa que es la laboriosidad contra la inferioridad.

La quinta etapa ocurre de los doce a los dieciocho años de edad en donde aparece la identidad contra la confusión de roles.

Durante los primeros años de la edad adulta aparece la sexta etapa que es la intimidad contra el aislamiento.

En la edad adulta posterior y los años medios de la vida surge la séptima etapa la cual es la generatividad contra el estancamiento.

Finalmente, la octava etapa que ocurre en los años de la vejez donde aparece la integridad contra el disgusto o desesperación.

Las tres primeras etapas corresponden a las psicosexuales de Freud. Sin embargo, a Erikson le interesan las vicisitudes de la personalidad a lo largo de todo el ciclo de vida; las cinco etapas subsiguientes incluyen las cuestiones cruciales de desarrollo de la niñez media, de la adolescencia, de la madurez y de la vejez.

Atribuye a cada forma una polaridad básica entre dos tipos de experiencia emocional que son también básicamente medios opuestos de relacionarse con los demás. (Ferguson R. 1979).

PRIVACION MATERNA Y SUS EFECTOS

Lo que se cree esencial para la salud mental es que un niño pequeño debería experimentar una relación afectuosa, íntima y continua con su madre (o substituto materno permanente) en la que ambos encuentren satisfacción y gozo. La situación genérica en la que un niño carece de esta relación se llama "privación de madre" ó "privación materna"

Existen 2 tipos de privación

- 1) Privación Parcial.- se refiere a los niños que aunque vivan en el seno del hogar sus madres son incapaces de darles cariño y cuidados que necesitan o que por cualquier motivo se les aleja del cuidado de sus madres. Este tipo de privación produce ansiedad, una excesiva urgencia de cariño, poderosos sentimientos de venganza y, como resultado de estos últimos, sentimientos de culpa y depresión.
- 2) Privación Completa.- es frecuente en instituciones, guarderías residenciales y hospitales donde a menudo un niño no cuenta con una persona que lo cuide de una manera individual y con la que pueda sentirse seguro. Esta privación tiene efectos de mayor alcance sobre el desarrollo del carácter y puede invalidar completamente la capacidad de relacionarse con otras personas.

En ambas circunstancias la privación de madre consiste en insuficiencia de interacción entre el niño y una figura materna.

También, el término "privación de madre" se emplea algunas veces para abarcar a casi todos los tipos de interacción entre madre e hijo que se cree que tienen un resultado adverso.

Hay 3 condiciones que producen efectos graves

- a) Cuando un infante o un niño pequeño es separado de su madre o sustituto materno permanente y atendido en una institución donde recibe cuidado materno insuficiente.

b) Cuando un infante o un niño pequeño no recibe, dentro de su propio hogar cuidado materno suficiente por parte de la madre o sustituto materno permanente, ni el cariño de otras personas que pueda mitigar la insuficiencia de interacción.

c) Cuando un niño pequeño se ve obligado a sobrellevar una serie de separaciones de su madre y/o figuras maternas substitutas con cada una de las cuales ha establecido vínculos.

Para saber que consecuencias tiene la privación materna es importante tomar en cuenta la edad en que el niño pierde el cuidado de su madre, el período de tiempo que dura su privación y el grado de su falta de cariño materno.

EFFECTOS ADVERSOS DE LA PRIVACION MATERNA COMPLETA

Los estudios de observación directa de la salud y desarrollo mental de los niños en instituciones y hospitales y hogares substitutos dejan bien sentado que al faltar el cuidado materno el desarrollo de un niño casi siempre se retrasa física, intelectual y socialmente y que pueden aparecer síntomas de padecimientos físicos y mentales. Varios investigadores han estudiado en gran detalle el efecto de la necesidad de cuidado materno entre infantes de instituciones, todos demuestran que desde las primeras semanas muchos infantes manifiestan el efecto perjudicial de su separación de la madre. Entre los síntomas observados es que el niño privado difícilmente sonríe a un rostro humano o responde a un niño, puede tener mal apetito o a pesar de estar bien alimentado, no aumentar de peso, -

puede dormir mal o no mostrar iniciativa alguna. Un estudio del balbuceo y lloriqueo de infantes demostró que desde el nacimiento hasta los 6 meses los niños de orfanatorios siempre son menos expresivos que los que viven en familia y que esta diferencia se percibe con claridad antes de los 2 meses de edad. Este retraso en el "habla" es especialmente característico del niño de institución de todas las edades (Bowlby J. 1972).

Las separaciones prolongadas (en la relación madre-hijo) durante los tres primeros años de vida dejan un sello característico en la personalidad del niño siendo estos emocionalmente retraídos y aislados. No pueden crear lazos amorosos con otros niños o con adultos, y en consecuencia no tienen amistades. Este tipo de privación materna sobresale entre las causas de formación del carácter delincuente. Tanto el Dr. Goldfarb como el Dr. Lowrey informan que el 100% de los niños que viven en instituciones en sus primeros años tienen un mal desarrollo; otros estudios demuestran que muchos de estos niños alcanzan un grado tolerable de adaptación social cuando llegan a adultos. Las observaciones de niños gravemente privados demuestran que sus personalidades y sus conciencias no están desarrolladas; su conducta es impulsiva e incontrolada y son incapaces de perseguir objetivos a largo plazo, pues son víctimas del capricho momentáneo.

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A UNA ESTANCIA

Varios Psicólogos (Shirley 1941, Heathers 1954, Murphy 1962, Janis 1967) registraron la conducta de los niños pequeños cuando ingre--

san por primera vez a una estancia y los datos prueban que el ingreso a la estancia mucho antes de los 3 años constituye una experiencia indeseable para la mayoría de los niños debido a las tensiones que les provoca (ansiedad y zozobra) En base a la observación de los niños durante su estadía en un marco institucional se delinea por primera vez la secuencia de respuestas denominadas de protesta, desesperación y desapego (Robertson y Bowlby 1952) --- (Bowlby J. 1960).

Siempre que un niño pequeño ha tenido oportunidad de desarrollar un vínculo de afecto hacia una figura materna y se ve separado de ella contra su voluntad da muestras de zozobra y sí, por añadidura, se lo coloca en un ambiente extraño y se lo pone al cuidado de una serie de figuras extrañas, esa sensación de zozobra suele tornarse intensa. El modo en que el chiquillo se comporta sigue una secuencia característica.

Al principio protesta vigorosamente y trata de recuperar a la madre por todos los medios posibles. Luego parece desesperar de la posibilidad de recuperarla pero, no obstante sigue preocupado y vigila su posible retorno.

Posteriormente parece perder el interés por la madre y nace en él un desapego emocional. Sin embargo, siempre que el período de separación no sea demasiado prolongado, ese desapego no se prolonga indefinidamente. Más tarde o más temprano el reencuentro con la madre causa el resurgimiento del apego. El cuidado de los niños

en estancia produce privación en la medida en que carecen del elemento de un sustituto materno adecuado así como la dispersión de la responsabilidad del cuidado de un niño entre una multiplicidad de personas, que en conjunto no dan oportunidad suficiente para una acción recíproca niño-adulto. La multiplicidad de figuras maternas frecuentemente está acompañada de interacción insuficiente adulto - niño ya que en el curso del día el niño tiene muchas cuidadoras, cada adulto es parcialmente responsable de muchos niños. En estas circunstancias dos factores se combinan para producir insuficiencia de interacción: ningún adulto puede dedicar mucho tiempo y atención a un sólo niño; y como ningún adulto está familiarizado con la conducta particular de cada niño, muchas de las señales sociales de éstos pasan inadvertidas.

Harriet Rheingold (1964) demostró que este patrón de cuidado contribuye a una disminución de la respuesta social en infantes menores de 12 meses, aún en una institución donde la cantidad total de cuidado brindado a cada niño o sea obviamente deficiente. Descubrió que un grupo de infantes a quienes brindó cuidado materno intensivo -a cuatro a la vez- durante un período de 8 semanas, demostraron mayor respuesta social y hablaron más que un grupo de control, de la misma institución que era atendido por muchas figuras. Después de los 9 meses de edad todos estos infantes fueron criados en familia, y el estudio de contacto constante no demostró diferencias duraderas de importancia entre el grupo de control y los infantes a quienes ella había brindado cuidado materno

intensivo (aunque éstos últimos todavía manifestaban mayor actividad verbal que el grupo de control) No obstante, si la insuficiencia de este tipo es extrema, o se prolonga hasta el segundo año de vida o más allá los resultados pueden ser nocivos.

Ciertos hallazgos señalan la probabilidad de que la privación materna tenga un efecto especialmente adverso sobre determinados procesos. Entre los procesos intelectuales los más vulnerables parecen ser el Lenguaje y la Abstracción. Entre los de personalidad, los más vulnerables parecen ser los que yacen bajo la capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales profundas y significativas, y de refrenar los impulsos en favor de objetivos a largo plazo. También hay razones para creer que los procesos particulares afectados se ven influidos por la edad del niño o, más exactamente, por el estado de desarrollo del niño en el comienzo del período de privación: así, la privación durante el primer año de vida afecta el desarrollo del Lenguaje y el funcionamiento Abstracto (y en forma indirecta, el C I) más que la privación en períodos posteriores.

C A P I T U L O I I

ANTECEDENTES DE OTRAS INVESTIGACIONES SOBRE LOS EFECTOS DE
ASISTIR A UNA ESTANCIA.

Actualmente las madres de la mitad de los niños en los Estados Unidos trabajan fuera de casa y tienen la necesidad de dejar a sus hijos en estancias por lo que se han realizado algunas investigaciones referentes a los posibles efectos negativos en estos niños. Algunas investigaciones han sido concernientes al vínculo emocional entre el niño y la madre en términos de la relación de apego. Para valorar esta conducta de apego se utiliza la técnica de Situación Extraña de Ainsworth y colaboradores (1982) la cual consiste en una serie de situaciones que implican a el niño, un padre, y un extraño. Desde separaciones y reuniones con el padre, en la presencia y ausencia del extraño, estas reuniones son medidas de una manera estandarizada Ainsworth y sus colaboradores (1978) identificaron 3 modelos de apegos. El tipo B (seguro) los apegos son caracterizados por proximidad y búsqueda de contacto durante los episodios de reunión y juego independiente mientras el padre está en el cuarto. El tipo A (evitando la ansiedad) los niños evitan a sus padres durante la reunión y conflicto durante el juego libre. El tipo C (ansiedad ambivalente) los niños mezclan la cólera y la resistencia al padre durante la reunión con proximidad y búsqueda de contacto. Ellos buscan contacto, pero parecen ser incapaces de sentirse confortados por este.

La investigación realizada por Belsky y Rovine (1988) donde valoró a 149 niños, 90 niños y 59 niñas de clase media, los cuales se dividieron en 4 grupos en base a la cantidad del tiempo que el niño permanece en la estancia, el primer grupo con 35 horas por semana (N=38) el segundo con 20 a 35 horas por semana (N=20), el tercero con 10 a 20 horas por semana (N=24) y el último con 5 horas por semana (N=67),

para determinar si la experiencia de un cuidado no maternal en el primer año de vida se asocia con un peligro de inseguridad de apego del niño a la madre y en el caso de los hijos inseguridad de apego al padre. Los niños fueron observados durante la técnica de situación extraña a la edad de 12 meses con sus madres (N=149) y a los 13 meses con sus padres (N=130), los resultados revelaron que los niños expuestos a 20 o más horas de cuidado por semana exhibieron más evitación a la madre en una reunión y fueron clasificados como apegados ansiosos a ella que los niños con menos de 20 horas de cuidado por semana. Los hijos quienes sus madres fueron empleadas todo el tiempo (más de 35 horas por semana) fueron clasificados como más inseguros en sus apegos hacia sus padres que los otros niños.

Un factor importante que pudo influir en los resultados es la calidad de interacción que tiene la madre con su hijo y no la cantidad de tiempo que permanece con él. Esto lo confirma el estudio de Owen y Cox(1988) en donde encontraron que las madres que trabajaban más de 40 horas a la semana estaban más descontentas y ansiosas por lo que fueron menos sensibles, animadas y recíprocas en sus interacciones con sus niños y éstos tienden a desarrollar apegos inseguros.

La investigación realizada por Pope Carolyn, Ellin Mary, R. Sandra y B. Sanford (1987) referente a los efectos de la estancia sobre la interacción padre-niño para lo cual formaron 2 grupos el primero eran los niños que asistían a una estancia bajo un programa universitario con un cuidador hombre, el segundo grupo eran niños que no asistían a la estancia, cada grupo estaba compuesto por 10 niños y

9 niñas de 2 a 22 meses de edad, los cuales fueron seguidos por 8 meses durante el año académico 1980-1981. Las familias eran de clase media, integradas y de educación universitaria. Los padres de los niños de estancia y de casa no diferían en edad, educación o características de empleo pero sí en las actitudes hacia la estancia. Esto lo hicieron con el objeto de determinar si los padres quienes tienen en sus niños en la estancia son influenciados por el entrenamiento profesional de los maestros, por una orientación social debido a la relación adulto-niño y por el apoyo de un hombre en fomentar roles. Utilizaron la técnica etnográfica de observación de Spot la cual fue adoptada para examinar las actividades diarias y las relaciones sociales de los niños. Las observaciones de los niños que no asistían a la estancia se hicieron en sus casas por medio del teléfono el cual contestaba el padre o el cuidador quien anteriormente era seleccionado, el cual observaba y contestaba una lista de preguntas breves concernientes a las identificaciones, lugar donde estaba el niño, actividades principales y posiciones físicas en el momento en que sonaba el teléfono. Las observaciones de los niños de estancia se realizaron directamente a través de las ventanas del salón, el observador tenía que recordar la escena circundante del niño para dar la información cuando se requería. Las observaciones se realizaron en ambos lugares de 9 a 11 a.m., 3 a 5 p.m. y de 5 a 7 p.m. Se encontró que los padres de los niños de estancia jugaron, tuvieron más contacto físico y abrazaron más a sus niños; los adultos tendieron a estar cerca del niño y en particular el padre el cual estuvo presente frecuentemente y más involucrado. En contraste fue--

ron los padres de los niños de casa, donde la madre esta más involucrada y desempeña los quehaceres de la casa y el niño estuvo más tiempo solo en otra habitación. Referente al tipo de cuidado se encontró que en la estancia el adulto juega y hay más contactos físicos con el niño, se encuentran uno o más adultos cerca del niño y la presencia de un cuidador hombre.

Respecto a estos resultados pudo influir el hecho de que los niños de estancia estaban bajo un programa universitario (el cual no explican en que consiste) para que determinara la calidad de interacción entre el padre y el niño.

ANTECEDENTES DE OTRAS INVESTIGACIONES EN MEXICO

Se encuentra la tesis "Influencia de la institucionalización en el desarrollo psicomotor de niños maternales y lactantes de casa cuna y estancia jardín infantil" (estudio comparativo). Se trabajó con 2 grupos, 64 institucionalizados y 64 de estancia jardín infantil. Al primer grupo se le llamó experimental, integrado por 16 lactantes sexo femenino, 16 lactantes sexo masculino, 16 maternales sexo femenino, 16 maternales sexo masculino, los cuales se encontraban institucionalizados, procedentes de familias desorganizadas e incompletas, nivel socioeconómico bajo y en tratamiento médico para establecer su salud, que habían estado un mínimo de 6 meses separados o privados del ambiente familiar, ya que es el tiempo mínimo establecido para que puedan considerarse como institucionalizados. Al segundo, se le llamó grupo control, integrado por 16 lactantes sexo mascu

lino, los cuales asistían a la estancia jardín infantil, en aparente estado de salud, y que habían estado inscritos un mínimo de 6 meses. Los resultados obtenidos con base a la aplicación de la prueba de Gesell fueron que la institucionalización afecta el desarrollo psicomotor de los menores.

En el área de Lenguaje se vieron afectados los maternos de sexo femenino y masculino del grupo experimental.

En el área Adaptativa se vieron afectados los lactantes de sexo femenino y masculino del grupo experimental.

En el área Motriz no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental.

En el área Personal Social se vieron menos afectados los maternos de sexo femenino y masculino del grupo experimental. (Ruiz Esparza N.E., Martínez Rodríguez M. y Muciño Nava B. UNAM 1981).

De acuerdo a esta investigación los resultados no son muy confiables ya que pudo influir el nivel socioeconómico bajo, el que procedían de familias desorganizadas e incompletas y que estaban en tratamiento médico para que el grupo experimental tuviera un desarrollo inferior al grupo control y no el hecho de que estuvieran en la institución.

Otra investigación realizada es la del "Estudio comparativo del desarrollo psicomotor de niños lactantes institucionalizados y no -- institucionalizados" en donde se trabajó con 2 grupos, el primer grupo formado por 16 hombres y 16 mujeres de 6 a 18 meses que asistían a 5 CENDI de la SEP, eligiéndose 2 hombres y 2 mujeres para cada nivel de edad 6,7,8,9,10,12,15 y 18 meses. El segundo grupo con 16 hombres y 16 mujeres de 6 a 18 meses procedentes de diversos grupos familiares eligiéndose 2 hombres y 2 mujeres para cada nivel de edad 6,7,8,9,10,12,15 y 18 meses. Todos los niños fueron evaluados con la Prueba de Desarrollo de Brunet Lezinc. Los resultados fueron:

En el desarrollo Postural se vieron más favorecidos los niños no institucionalizados a los 7,9 y 12 meses a diferencia de los niños de la institución a los 15 meses (edad clave para la iniciación de la marcha) en donde se vieron más favorecidos con el cuidado diario en el CENDI. Esto se puede deber a que en la institución los niños tienen más posibilidades de desplazamiento al mismo tiempo que se les permite mayor libertad de movimiento, a diferencia de ello las madres son menos permisivas por el sobrecuidado que ejercen sobre las acciones del niño. El desarrollo Oculomotor se vio más favorecido en los niños no institucionalizados a los 7,9 y 15 meses aunque se vió más favorecido a los 12 meses en los niños del CENDI. Sin embargo no se puede especificar que tipo de estímulos ofrecidos al niño por la familia son la causa de esta diferencia. De cualquier forma estos estímulos provienen más directamente de la madre y de los objetos o estímulos físicos que el

niño está en posibilidades de conocer. Por lo que considero (López Medina B. E. 1981) que las prácticas de crianza de los padres tienen influencia más directa en el desarrollo psicológico de los niños. Los niños que asisten a un CENDI pueden encontrar una ambientación más rica en estímulos físicos pero pueden carecer de un medio que les ayude a conocerlos. Los estímulos que este les provee están condicionados por las prácticas de crianza de un programa con objetivos específicos encaminados a cubrir determinadas áreas del desarrollo y depende directamente del personal de asistencia que cubre estas áreas del desarrollo.

El desarrollo del --
Lenguaje de los niños no institucionalizados fue superior al de los niños institucionalizados en la mayoría de las edades evaluadas, siendo más notable esta diferencia a los 7,10,12 y 15 meses. Estas diferencias sugieren que dentro de la familia el niño se encuentra más estimulado en sus primeras vocalizaciones.

En el desarrollo de la Socialización las diferencias más notables entre los niños del CENDI y los niños de casa se presentan a los 7,8,9 y 15 meses, donde los niños de casa tienen un desarrollo mayor a los niños del CENDI. Por lo cual supongo (López Medina B.E. 1981) -- que la relación afectiva del niño con su mamá a esas edades fue más rica en estímulos afectivos que la relación del niño con la asistente en la institución.

De acuerdo a los resultados observados se puede decir que el desarrollo psicomotor de los niños lac-

tantes se vió más favorecido por el cuidado diario en el medio familiar que en el CENDI. (López Medina B.E. UNAM 1981).

Respecto

a los resultados de esta investigación pudieron influir las variables de nivel socioeconómico, grado de escolaridad de los padres y que los lactantes no institucionalizados procedían de diferentes grupos familiares para que los lactantes institucionalizados tuvieran un desarrollo psicomotor bajo.

La investigación realizada por Piña Espallargas D.(1992) sobre -- "La importancia de la retroalimentación psicológica a los padres y educadores en un centro de desarrollo infantil" (estudio exploratorio). Trabajó con la población total de menores que conformaban el centro al igual que con sus padres y con los educadores de los distintos niveles. La muestra de la sala de lactantes quedó comprendida por 12, cuyas edades fueron de los 2 meses a 1 año 3 meses siendo 8 niñas y 4 niños. Los resultados obtenidos con base a la aplicación de la prueba de Gesell fueron los siguientes: El Área Adaptativa tuvo el mayor puntaje, la Motriz y la Social tuvieron el mismo puntaje y la de Lenguaje fue la de menor puntaje.

Respecto a estos resultados pudieron influir las variables de nivel socioeconómico, grado de escolaridad de los padres así como el tipo de interacción que tenían los lactantes con las asistentes.

CAPITULO III

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que en la actualidad más mujeres se incorporan a la vida productiva y trabajan fuera del hogar tanto por necesidad económica como por razones de realización personal y tienen la necesidad de dejar a sus hijos en las estancias, surge la inquietud de determinar si el desarrollo normal de los lactantes se ve afectado, más específicamente el desarrollo social. Esta inquietud surge de la observación directa de un grupo de lactantes de estancia los cuales lloraban y dormían demasiado además de mostrar poco interés en las actividades que realizaban por lo que se pensó en -- que existiría algún retraso en su desarrollo social. Surgiendo -- la siguiente pregunta de investigación:

¿La asistencia a la estancia influye en el desarrollo social del lactante?

Para lo cual se realizó un estudio de campo con un diseño pretest-postest.

HIPOTESIS

H_1 Habrá diferencias significativas en el C.D. Social obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.

H_0 No habrá diferencias significativas en el C.D. Social obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.

- H₂ Habrá diferencias significativas en el C.D. global obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.
- H₀ No habrá diferencias significativas en el C.D. global obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.
- H₃ Habrá diferencias significativas en el C.D. Postural obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.
- H₀ No habrá diferencias significativas en el C.D. Postural obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.
- H₄ Habrá diferencias significativas en el C.D. de Coordinación obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.
- H₀ No habrá diferencias significativas en el C.D. de Coordinación obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.

- H₅ Habrá diferencias significativas en el C.D. de Lenguaje obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezinc en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.
- H₀ No habrá diferencias significativas en el C.D. de Lenguaje obtenido a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezinc en el pretest y postest después de un periodo de 5 semanas de asistir a la estancia.

SUJETOS

Los sujetos se eligieron por medio de un muestreo no probabilístico intencional con base en 2 criterios 1o. tener una edad cronológica de 8 meses en adelante, 2o. no haber faltado durante 5 semanas, quedando la muestra comprendida con 13 niños siendo 8 niñas y 5 niños cuyas edades quedaron comprendidas así: de 8 meses 3 niños y 2 niñas, de 9 meses 1 niño y 2 niñas, de 10 meses 1 niño, de 11 meses 3 niñas y de 1 año 1 niñas; los cuales asistían a la estancia de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (No fue esta la estancia en donde se realizó la observación de los lactantes).

ESCENARIO

La Estancia de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social la cual tenía sala de lactantes, maternales y preescolares. Estando la sala de lactantes bien ventilada e iluminada considerándose el área física y la distribución adecuadas para lograr que --

los niños se sientan en un ambiente agradable.

En cuanto a la ambientación contaba con móviles y decorados en la pared de colores llamativos, espejo, colchones, 2 cunas, sillas portabebé, 1 mesa de cambio, 1 tarja, 2 mesas y sillas pequeñas.

El horario de actividades de los lactantes era:

De 7:00 a 8:40 La recepción de los niños donde el doctor revisa la temperatura, garganta y vientre y la enfermera revisa la higiene corporal y presentación. Las asistentes educativas reciben al niño y revisan las mudas de ropa y los colocan en los colchones.

De 8:40 a 9:30 Desayuno se les colocan los baberos para dar--les generalmente una yema o huevo entero, cereal y jugo o papilla de fruta (dependiendo de la edad del niño).

De 9:30 a 10:00 Asco Personal se les quita el babero, se les limpian las manos y la cara y se les cambia el pañal.

De 10:00 a 10:30 Biberón se les acomoda en las sillas portabebé y a los pequeños se les sostiene el biberón y a los más granditos se les deja solos.

De 10:30 a 11:15 Actividades psicopedagógicas se les dan cubos u otro tipo de material que los niños puedan manipular o se les enseña a caminar en un salón el cual está alfombrado con 2 espejos y 2 barras de madera para que los niños se sostengan.

De 11:15 a 11:30 Hidratación se les coloca en las sillas portabebé y se les da agua en biberón a los niños pequeños y a los más grandes en vaso.

De 11:30 a 12:00 Aseo Personal es el mismo procedimiento que el de las 9:30 a 10:00 a.m.

De 12:00 a 13:00 Comida se les colocan los baberos y a los niños pequeños se les coloca en las sillas portabebé o a los más grandes en las sillas.

De 13:00 a 13:45 Arreglo Personal se les limpia la cara y las manos se les peina y si es necesario se les cambia de muda completa, y se les prepara su maleta para salir.

De 13:45 a 14:30 Biberón es el mismo procedimiento que el de las 10:00 a 10:30 a.m.

De 14:30 a 16:00 Despedida cuando llegan los padres se les entrega al niño y se les informa como estuvo el niño ese día.

INSTRUMENTOS

a) Entrevista de Ingreso.- Es una entrevista estructurada con reactivos cerrados y abiertos de la cual se obtuvieron los datos generales de los niños como son sexo y edad así como edad y escolaridad de los padres. Expectativas y Sensaciones de los padres ante el nacimiento del hijo, Antecedentes del Embarazo, Antecedentes Heredofamiliares y Condiciones del Parto. (Anexo A)

b) La Escala de Desarrollo de Brunet Lezine que se estandarizó -- con 90 niños desde 1 mes hasta 6 años los cuales eran asegurados del IMSS del Distrito Federal. Esta escala conserva la división hecha por Gesell en 4 áreas de desarrollo que son:

- P - Control de postura y movilidad
- C - Coordinación oculomotora o de conducta de adaptación ante los objetos.
- I - Lenguaje
- S - Relaciones sociales y personales

Las edades claves son:

de 1 a 10 meses, 12, 15, 18, 21, 24, 30, 36, 48, 60 y 72 meses, - siendo 10 ítem para cada nivel de edad de los cuales 6 son pruebas propiamente dichas por tratarse de condiciones experimentalmente controlables y otros 4 se relacionan con comportamientos de la vida diaria y del niño y fáciles de observar. Los ítem -- se califican con 1 si hay acierto y con 0 si hay fracaso. (Anexo B).

Esta prueba permite obtener un cociente de Desarrollo (C.D.) global y parciales por área de desarrollo. La fórmula para obtener el C.D. es la siguiente:

$$CD = \frac{\text{Edad en días de desarrollo} \times 100}{\text{Edad cronológica}}$$

$$\text{C.D. parcial} = \frac{\text{Edad en días de desarrollo por área por 100}}{\text{Edad cronológica}}$$

Para el cálculo de la edad cronológica se consideran meses de 30 días para simplificar las operaciones.

También esta Escala nos permite determinar la edad de desarrollo de un niño prematuro utilizándose esta corrección hasta los 3 años.

La ecuación para obtener el Cociente de Desarrollo es:

$$\frac{A}{x} = \frac{B}{x+c}$$

Con esta ecuación se puede establecer el valor cronológico que revela el grado más probable de madurez.

Donde:

X = edad desconocida, ya que el grado de prematuridad es indeterminado, pero se puede obtener mediante resta del número de semanas de prematuridad, cuando éstas se conocen, a la edad cronológica.

A y B = edades de desarrollo certificadas por los dos exámenes sucesivos.

C = intervalo cronológico desconocido entre los dos exámenes.

PROCEDIMIENTO

Primero fue la presentación ante la Directora por parte de la psicóloga de la estancia quien informó sobre la investigación que llevaría a cabo, previa aprobación.

Después se revisaron los expedientes de todos los niños de la sala de Lactantes para saber su fecha de nacimiento así como para extraer la información de la entrevista que se les había hecho anteriormente, además de obtener los resultados de la primera aplicación de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine (pre-test).

Se seleccionaron a los niños que cumplieran con el requisito de edad (8 meses en adelante) y de asistencia continua (5 semanas) y con base en estos requisitos se elaboró un calendario de aplicación de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine.

Se le pidió a la psicóloga de la estancia que presentara al investigador ante las asistentes de la sala de lactantes para informarles que los niños iban a ser llevados para evaluarlos y de acuerdo a la lista que se les había entregado anteriormente (muestreo).

Durante el trayecto de la sala de lactantes y el cubículo donde se evaluaría al niño se buscó establecer un ambiente de confianza entre la psicóloga y el lactante a través del juego, pretendiendo con esto evitar que la tensión provocara repercusiones -

en el desempeño de su ejecución así como poder evaluar al niño más rápidamente. (Postest)

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó un análisis de estadística descriptiva de la Entrevista en donde se obtuvieron las frecuencias absolutas y las -- frecuencias relativas. (Anexo C)

Para probar la hipótesis sobre si habría diferencias significativas en el C.D. Social de los niños en el pretest-postest después de un período de 5 semanas de asistir a la estancia se utilizó la Prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon con un nivel de -- significancia para prueba de dos colas de .05. (Anexo D)

Esta prueba se usa para decidir si los resultados de las res--- puestas de una de las muestras tienden a ser mayores que los de la otra.

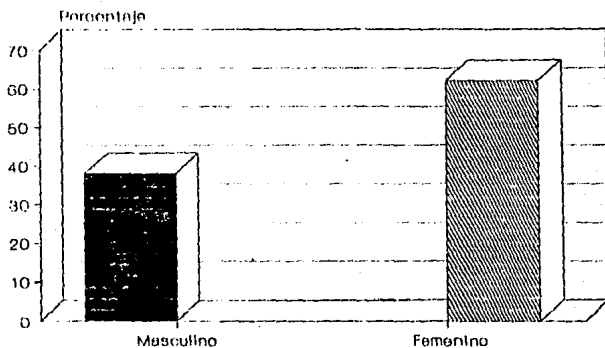
C A P I T U L O I V

R E S U L T A D O S

GRAFICAS DE LA INFORMACION EXTRAIDA DE LA ENTREVISTA

GRAFICA 1

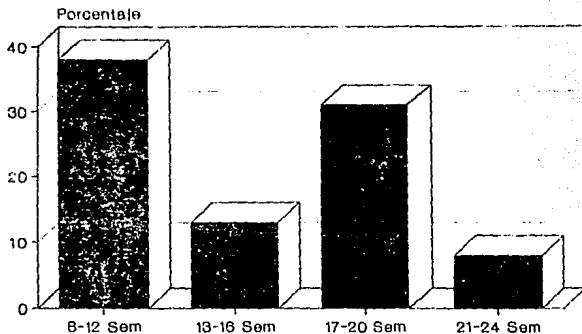
Características de la muestra por sexo



Sobre las características de la muestra por sexo se encontro que el 38 % (5 Ss.) fueron niños y el 62 % (8Ss.) fueron niñas.

GRAFICA 2

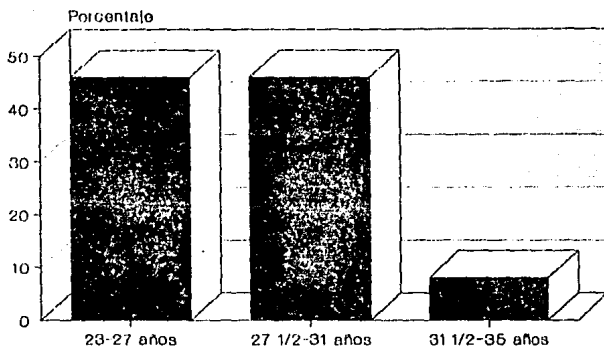
Distribución de los casos por edad



En relación a la distribución de los casos por edad se encontro que el 38 % (5 Ss) tenían de 8 a 12 semanas, el 13 % (3Ss) tenían de 13 a 16 semanas, el 31 % (4 Ss) tenían de 17 a 20 semanas y el 8 % (1 Ss) de 21 a 24 semanas

GRAFICA 3

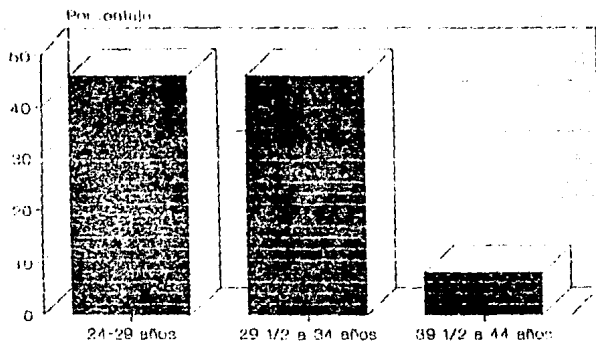
Distribución por edades de las Madres



Con respecto a la edad de las madres, se encontro que el 46 % (6Ss) tenían de 23 a 27 años, el 46 % (6Ss) tenían de 27 1/2 a 31 años y el 8 % (1Ss) tenían de 31 1/2 a 35 años.

GRAFICA 4

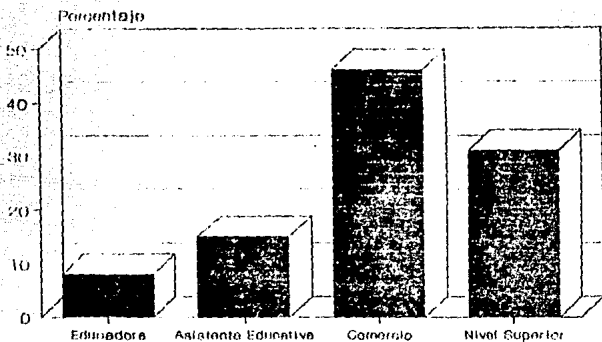
Distribución por edades de los Padres



Por lo que se refiere a la edad de los padres, se encontro que el 46 % (6 Ss) tenían de 24 a 29 años, el 46 % (6 Ss) de 29 1/2 a 34 años y el 8 % (1 Ss) de 39 1/2 a 44 años.

GRAFICA 5

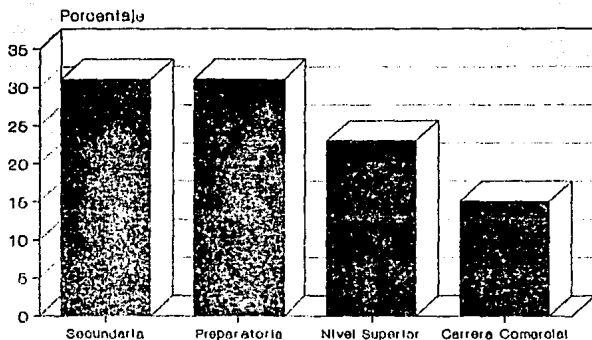
Escolaridad de las Madres



En relación a la escolaridad de las madres se encontró que el 8 % (1 Ss) estudio para educadora, el 15 % (2 Ss) estudio para asistente educativa, el 46 % (6 Ss) estudio una carrera comercial y el 31 % (4 Ss) estudio hasta el nivel superior.

GRAFICA 6

Escolaridad de los Padres

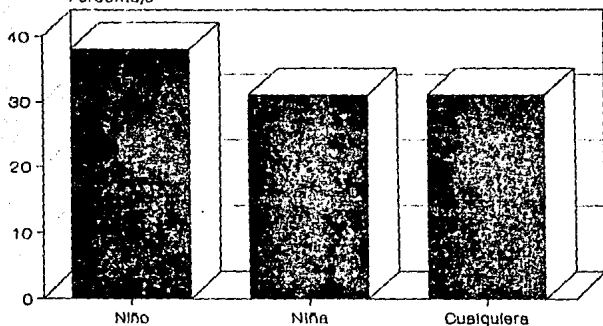


En cuanto a la escolaridad de los padres se encontro que el 31 % (4 Ss) estudiaron secundaria, el 31 % (4 Ss) estudiaron preparatoria, el 23 % (3 Ss) estudiaron preparatoria, el 23 % (3 Ss) estudiaron hasta el nivel superior y el 15 % (2 Ss) estudiaron una carrera comercial

GRAFICA 7

Preferencia Sexual de los Padres hacia EL NACIMIENTO DEL HIJO

Porcentaje

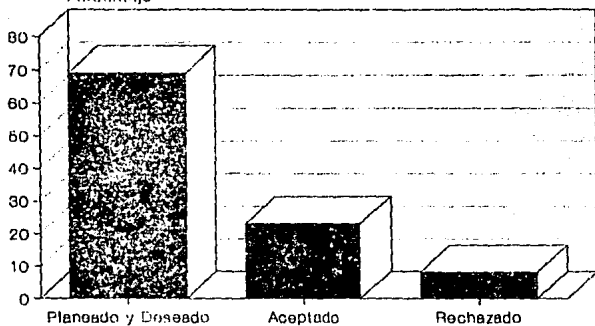


Sobre la preferencia sexual de los padres hacia el nacimiento del hijo el 38 % (5 Ss) quería niño, el 31 % (4 Ss) quería niña y el 31 % (4 Ss) cualquiera.

GRAFICO 8

Sensaciones de la Madre ante el NACIMIENTO DEL HIJO

Porcentaje



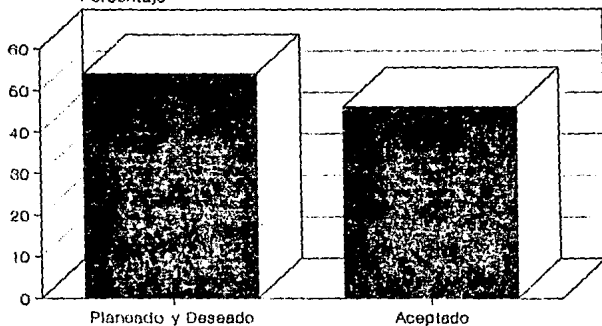
Con respecto a la pregunta de las sensaciones de la madre ante el nacimiento del hijo el 69 % (9 Ss) contestó que fue planeado y deseado, el 23 % (3 Ss) contestó que fue aceptado y el 8 % (1 Ss) contestó que fue rechazado.

GRAFICA 9

Sensaciones del Padre ante el nacimiento

DEL HIJO

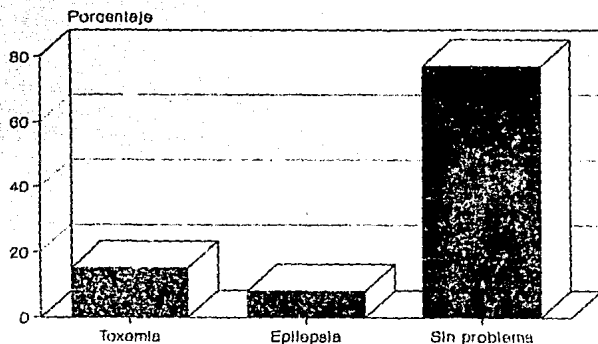
Porcentaje



Por lo que respecta a las sensaciones del Padre ante el nacimiento del hijo el 54 % (7 Ss) contesto que fue planeado y deseado y el 46 % (6 Ss) contesto que fue aceptado.

GRAFICA 10

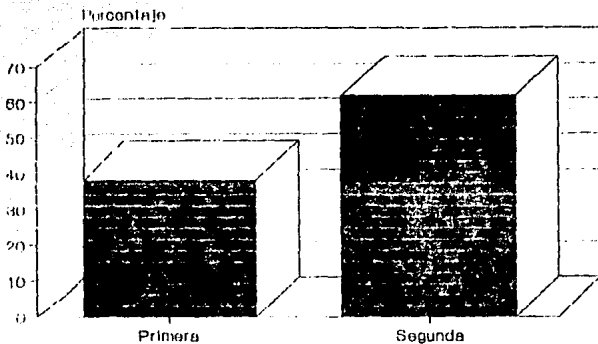
Antecedentes del Embarazo



En relación a los antecedentes del embarazo el 15 % (2 Ss) presentarán toxemia, el 8 % (1 Ss) tenía epilepsia y el 77 % (10 Ss) no presentarán ningún problema.

GRAFICA 11

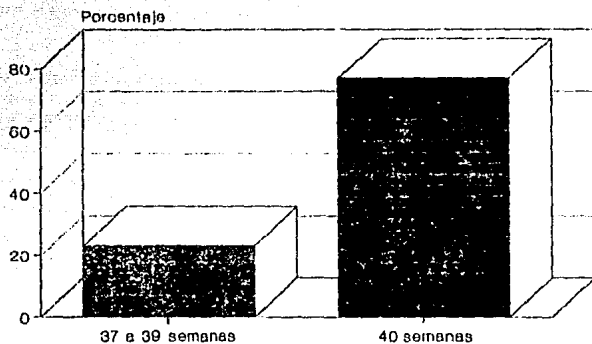
Número de gestación



Con respecto al número de gestación para el 38 % (55s) era su primer embarazo y para el 62 % (85s) era su segundo embarazo.

GRAFICA 12

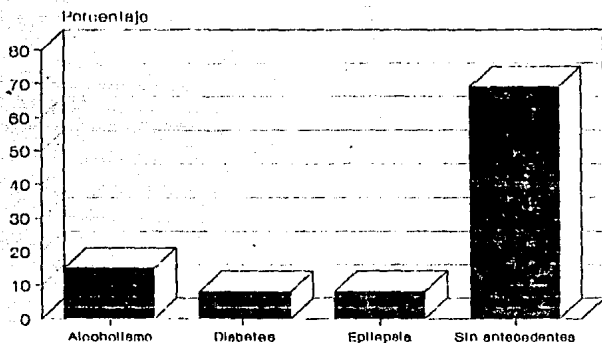
Edad gestacional



Sobre la edad gestacional el 23 % (3 Ss) tuvieron de 37 a 39 semanas y el 77 % (10 Ss) tuvieron las 40 semanas.

GRAFICA 13

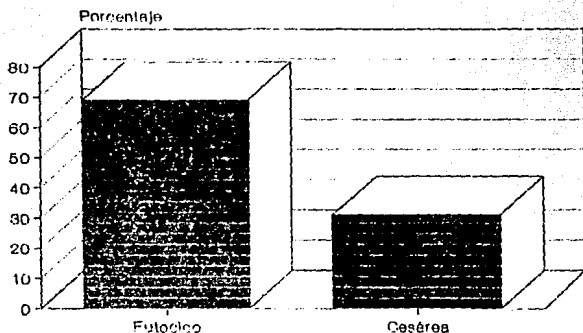
Antecedentes Heredofamiliares



Referente a los antecedentes heredofamiliares el 15 % (2 Ss) presento alcoholismo, el 8 % (1 Ss) presento diabetes, el 8 % (1 Ss) tenía epilepsia y el 69 % (9 Ss) no presento antecedentes.

GRAFICA 14

Condiciones del Parto



En relación a las condiciones del parto en el 69 % (9 Ss) fue eutócico y en el 31 % (4 Ss) fue por cesárea.

PRIMERA APLICACION DE LA ESCALA DE DESARROLLO
DE BRUNET LEZINE

# Caso	Sexo	Edad	Social	Postural	C.Oculomotora	Lenguaje	Diag- nóstico
1	Masc.	2m6d	98	95	100	99	Normal
2	Fem.	2m19d	96	90	99	97	Normal
3	Fem.	4m15d	96	101	100	99	Normal
4	Masc.	3m23d	90	100	99	96	Normal
5	Masc.	2m6d	99	95	100	99	Normal
6	Masc.	4m12d	97	95	100	98	Normal
7	Masc.	3m5d	98	95	99	93	Normal
8	Fem.	4m6d	86	99	100	99	Normal
9	Fem.	4m28d	99	90	100	99	Normal
10	Fem.	5m13d	99	102	95	100	Normal
11	Fem.	5m13d	96	98	98	97	Normal
12	Fem.	4m6d	95	102	99	96	Normal
13	Fem.	5m16d	93	100	93	95	Normal

De acuerdo a la primera aplicación de la Escala de Desarrollo de --
Brunet Lezine todos los niños obtuvieron puntajes de acuerdo a su --
edad cronológica por lo tanto su C.D. fue normal.

SEGUNDA APLICACION DE LA ESCALA DE DESARROLLO DE
BRUNET LEZINE

# Caso	Sexo	Edad	Social	Postural	C.Oculomoto- ra	Lenguaje	Diag- nóstico
1	Masc.	8m17d	97	101	105	93	Normal
2	Fem	9m8d	97	97	97	86	Normal
3	Fem.	12m2d	90	99	93	82	Normal
4	Masc.	9m	96	100	100	77	Normal
5	Masc.	8m11d	99	103	102	107	Normal
6	Masc.	10m10d	87	91	96	87	Normal
7	Masc.	8m10d	104	104	102	84	Normal
8	Fem.	8m18d	89	96	98	81	Inferior
9	Fem.	11m14d	85	95	95	90	Normal
10	Fem.	11m21d	93	95	99	102	Normal
11	Fem.	11m21d	102	95	92	85	Normal
12	Fem.	8m12d	99	103	104	83	Normal
13	Fem.	9m10d	96	101	100	96	Normal

En cuanto a la segunda aplicación de la Escala de Desarrollo de Brunet --
Lezine en relación a la primera aplicación se encontró que:

En el área Social tuvieron puntajes bajos el sujeto 1,3,6,9 y 10.

En el área Postural tuvieron puntajes bajos en el sujeto 3,6,8,10 y 11.

En el área de Coordinación Oculomotora tuvieron puntajes bajos el sujeto --
2,3,6,8,9 y 11.

En el área de Lenguaje tuvieron puntajes bajos el sujeto 1,2,3,4,6,7,8,9,
11 y 12.

Como se observa el sujeto 3 y 6 obtuvieron puntajes bajos en todas las --
áreas sin que su C.D. fuera inferior pero para el sujeto 8 aunque solo ob-
tuvo puntajes bajos en 3 áreas su C.D. fue inferior notándose el puntaje
más bajo en el área de Lenguaje.

DISCUSION

Respecto a los factores genéticos no se presentaron casos de enfermedades transmitidas por genes dominantes ni recesivos así como tampoco por genes ligados al sexo.

En cuanto a los factores adquiridos por la madre durante la gestación no se presentaron casos en donde la madre ingiriera medicamentos o sustancias tóxicas, ni alcohol o fumara (solo se presentó en los abuelos), ni recibiera radiaciones, ni tuvieran problemas de incompatibilidad R.h., ni de desnutrición, ni enfermedades virales aunque se presentaron 2 casos de toxemia sin que los niños tuvieran problemas de prematuridad ni defectos congénitos.

La edad de las madres estaba comprendida entre los 25 y 35 años, sin que se presentara ningún problema en los niños cuyas madres tenían más de 30 años. Las madres reportaron que durante el embarazo su estado emocional fue de tranquilidad por lo que no experimentaron un parto difícil.

Dentro de los factores perinatales no se presentaron casos de rompimiento de los vasos sanguíneos del encéfalo, ni la falta de oxígeno en los niños.

Respecto a los factores posnatales no hubo ningún prematuro.

De acuerdo al reporte médico el desarrollo físico de los niños referente a su talla, proporciones corporales, --

peso, estructura esquelética y dentición fue normal desde que ingresaron a la estancia a la fecha de la investigación. En cuanto al desarrollo motor que fue evaluado cuando ingresaron los niños a la estancia fue de acuerdo a la edad cronológica de cada uno.

Los lactantes al realizar esta investigación ya habían pasado el 1º organizador al que Spitz denominó "la respuesta sonriente" que aparece alrededor del 3er mes, pero algunos se encontraban dentro del 2º organizador al que llamó la angustia del 8o. mes y éste se pudo observar al acercarse a los niños, algunos de ellos se arrojaban bocabajo o escondían su cara y sólo 2 lloraron, estas diferentes manifestaciones son las mismas que Spitz registró dentro de este 2º organizador. El 3º organizador denominado "el inicio del no" que aparece alrededor del año y medio que sería posible observar cuando estos niños estuvieran en la sala de maternales.

Dentro del desarrollo social y de acuerdo a la teoría de Erikson los lactantes se encontraban en la 1a. etapa que denominó confianza básica vs. desconfianza básica. En esta etapa los padres desempeñan la función principal en la formación de su sentido de confianza.

Los resultados obtenidos con base a la aplicación de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine fueron los siguientes: En el desarrollo Social no hubo diferencias significativas en el C.D. entre el pretest-postest por lo tanto la hipótesis nula se acepta. Estos resultados si con-

cuerdan con la investigación de Nieto Garay (1983) donde encontró - diferencias significativas a favor de los niños de estancia después de asistir por un periodo de cinco años. También en la investiga-- ción de Piña Espallargas (1992) no encontró puntajes bajos en el -- área Social.

Si bien estos resultados no concuerdan con lo que de-- mostró Harriet Rhamgold (1964) de que los niños de estancia menores de 12 meses tienen una disminución en la respuesta social, ni tampo-- co con las investigaciones que realizaron Ruiz Esparza y colb. (1981) y López Medina (1981) en la población mexicana, aunque en la inves-- tigación de Ruiz Esparza y colb. (1981) encontraron que la sociali-- zación de los lactantes se ve más afectada que la de los maternos de ambos sexos.

Tal vez el área Social no fue afectada porque las asistentes estimularon más a los niños en forma estructurada y pro-- gramada ya que los hacían participar en actividades como jugar o -- golpear dos objetos, hacer ademanes como adiós y ojitos, beber en va-- so o taza, etc. y estas actividades están comprendidas dentro de -- los ítems del área Social de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezi-- nes.

En el Desarrollo Postural no se encontraron diferencias significati-- vas en el C.D. entre el pretest-postest por lo que se acepta la hi-- pótesis nula.

Estos resultados concuerdan con los de la investiga--

ción realizada por Ruiz Esparza y colb. (1981) en donde no se ven -- afectados los niños de estancia así como en la investigación realiza da por Piña Espallargas (1992) en donde no encuentro puntajes bajos - en esta área. En cambio la investigación de López Medina (1981) en contró que el desarrollo postural es favorecido en los niños de casa pero antes de los 15 meses. Esto se puede deber a que los niños de estancia estan bajo un programa estructurado en donde llevan activi dades para que los niños empiezen a pararse y a caminar ya que cuen tan con un lugar adecuado con espejos y barras. En el desarrollo de Coordinación Oculomotora no se encontraron diferencias significati-- vas en el C.D. entre el pretest-postest por lo que se acepta la hipó tesis nula. Estos resultados concuerdan con la investigación reali zada por Piña Espallargas (1992) donde encontro un mayor puntaje en esta área en cambio no concuerdan con los resultados de las investi gaciones de Ruiz Esparza y colb. (1981) y la de López Medina (1981) en donde encontraron que los niños de estancia se ven afectados en - esta área de coordinación oculomotora.

Esto puede deberse a que ade más de tener una ambientación rica en estímulos físicos y contar con el material adecuado las asistentes les permitian manipular los obje jetos así como el fomentar actividades de coordinación ojo-mano con cubos, cucharas, vasos, campanas, aros, etc.

En el desarrollo del -- Lenguaje se encontraron diferencias significativas en el C.D. entre el pretest-postest por lo que se rechazó la hipótesis nula. Estos - resultados se confirman con los de la investigación de López Medi---

na (1981) y la de Piña Espallargas (1992), pero no con los de la investigación de Ruiz Esparza y conIB (1981), en donde los lactantes de estancia no se ven afectados solo los maternos de ambos sexos.

Esto pudo deberse a que los niños los separaron de sus madres después de los 6 meses ya que de acuerdo a las observaciones del Dr. Bowlby y de Anna Freud las separaciones que habían causado daño en los niños fueron después de los 6 meses de edad. Aunado a esto es el tipo de cuidado que reciben en la estancia (cuidadoras múltiples) que causa en cierta medida una interacción insuficiente adulto-niño y los procesos más vulnerables durante el primer año de vida son el desarrollo del lenguaje y el funcionamiento abstracto. También se pudo deber a la pobre interacción de las asistentes con los niños y esto lo pudo comprobar Huitrón (1981) que observó que las asistentes pasan la mayor parte del tiempo en su arreglo personal o conversando con otras compañeras y en segundo lugar, realizando actividades con los niños. Salinas (1986) registró la interacción de las asistentes con los lactantes concluyendo que la conducta de interacción que se presenta con más alto porcentaje corresponde a órdenes e instrucciones, en 2° lugar interacción con compañeras, en 3° lugar contacto físico por cuidado, en 4° lugar corresponde a reforzar conductos adecuados y en 5° lugar a proporcionar material cuando el niño llora.

También en la investigación de Barranco Morales y colb. (1988) encontró que las conductas que

más frecuentes se presentaban eran en 1° lugar conductas de interacción negativa, en 2° lugar la estimulación verbal pero solo para dar órdenes e instrucciones sin estimular las verbalizaciones de -- los lactantes, en 3° lugar conductas de atención y en 4° lugar con ductas de interacción positiva.

Y la investigación más reciente de Escalona Terron y colb. (1989) - encontró que el 51.08% (41Ss) de las asistentes tienen una interacción indiferente hacia su función. La mayor parte de las conductas que se registraron se encaminaron hacia actividades que implican -- cambio de pañales, alimentación, traslado del infante de un lugar a otro. Al realizar dichas actividades, las asistentes platicaban entre ellas o permanecían distraídas, pero sin establecer más que el contacto físico mínimo que requiere esta actividad.

En cuanto a los lactantes que obtuvieron puntajes bajos en todas las -- áreas se encontró que no fueron planeados sino que uno fue aceptado y el otro rechazado. Y el lactante que obtuvo un C.D. inferior a -- lo normal se encontró que no fue planeado sino aceptado. Tal vez -- estos niños se vieron más afectados debido a las pobres interacciones que sus madres tienen con ellos además de que no existe un clima emocional cálido que facilite el establecimiento de una interacción enseñante por parte de la madre. Y como señala Wenar (1976) - un niño criado con afecto puede obtener mayores ganancias en la adquisición de habilidades y en la facilidad de adaptación social, por el contrario una relación impersonal de parte del adulto no incrementa en forma alguna la competencia ejecutiva, reduce el nivel de

complejidad y no fomenta la autosuficiencia del niño.

Respecto a las investigaciones hechas en población norteamericana - se encuentra la de Bolsky y Rovine (1988) en donde encontraron que los niños que se encuentran separados más de 35 horas por semanas - durante el primer año de vida fueron inseguros en sus apegos hacia sus padres, sin que esto se pudiera comprobar ya que no era el objetivo de esta investigación. Así como tampoco se pudieron comprobar los resultados de la investigación de Pope Carolyn y colb. (1987) - en donde encontraron que los padres de los niños de estancia jugaron y tuvieron más contactos físicos con sus hijos.

Se consideró que estos resultados son de gran importancia como base para futuras investigaciones así como el conocer el desarrollo social del lactante de estancia y en base a este conocimiento generar programas tanto para las asistentes como para las madres para estimular aquellas áreas en las que exista algún retraso grave.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los factores genéticos prenatales, perinatales y postnatales no se encontraron problemas graves en los niños - evaluados por lo que se les consideró normales tanto en el as pecto físico como psicológico.

Respecto a los resultados obtenidos a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine no se encontraron diferencias en el C.D. Social entre el pretest-postest por lo que se concluye que el Desarrollo Social de los lactantes no se ve afectado después de asistir a la estancia por un periodo de 5 semanas, así como tampoco se ve afectado el C.D. Postural, el C.D. de Coordinación oculomotora y el C.D. Global..

Sólo se ve afectado el C.D. de Lenguaje por lo que se deduce que la asistencia a la estancia después de un periodo de 5 se manas influye negativamente en esta área debido a que los lac tantes padecen una interacción insuficiente así como una in- teracción pobre por parte de las asistentes y la interacción interpersonal es un factor primordial para que el niño pueda expresarse verbalmente.

En cuanto a los niños que obtuvieron puntajes bajos se po - deber a que no solo en la estancia padecen de interacciones - pobres tanto en cantidad como en calidad sino que también es - te patrón se repita en su casa.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Debido al estudio de campo así como al tamaño de la muestra los resultados no se pudieron generalizar más allá de la muestra evaluada por lo que se sugiere realizar investigaciones con número mayor de sujetos así como realizar evaluaciones a los maternos y preescolares. También realizar investigaciones en otras estancias tanto del sector público como privado.

Se tuvo también la limitación de tiempo por lo que se sugiere hacer estudios transversales para saber la evolución de los lactantes así como estudios en donde se tome en cuenta el control de -- cuanto tiempo han asistido a la estancia. También se sugiere hacer estudios de seguimiento desde que el lactante entra a la estancia hasta que sale de ella.

Con referencia al diseño se sugiere hacer investigaciones en donde exista un grupo control.

Se considera que la asistencia a la estancia no es un factor primordial en el retraso de alguna área sino que existen otros factores como el tipo de interacción lactante-asistente, el ambiente familiar y la dinámica familiar que puede influir por lo que se sugiere evaluar estos factores en futuras investigaciones.

Además se sugiere proporcionar cursos de capacitación al personal asistencial así como también orientar a los padres sobre desarrollo como una medida preventiva o correctiva en caso de que exista algún retraso en alguna área.

BIBLIOGRAFIA

1. Angrilli A. y Helfat L. Psicología Infantil. Ed. CECSA 1984 - pag. 45,46,47,50,51,52,53,57,58,59,60,62 y 65.
2. Barranco Morales R. del P. y González Cossio Ma. del S. La interacción adulto-niño en Centros de Desarrollo Infantil. UNAM 1988 pag. 71.
3. Bee Helen El Desarrollo del Niño. Ed. Harla 1975. págs. 123, 124 y 125.
4. Belsky J. and Rovine M. Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant parent attachment. Child Development 1988 Vol. 59. págs. 157-165.
5. Berrum H. T., Bernette P.L. y Soto S.M. Escala para medir el desarrollo psicomotor del niño mexicano. Publicación del - INSS México 1976 pag. 21,23,25,26,34,35,138,139 y 197.
6. Breckenridge E.M. y Murphy N.M. Crecimiento y Desarrollo del niño.1985. Ed. Interamericana. pag. 297.
7. Bowlby John. Cuidado Maternal y Amor. Ed. F.C.E. 1972, pag. - 13,14,17,20,21,37,43,58,175,184,185,187,188 y 200.
8. Bowlby John. La separación afectiva. Ed. F.C.E 1960. págs. 21, 24,45 y 53.
9. Bustos R.O., Bedolla M.P., Bustos A.M. y López R.M.E. Curso de prácticas de tercer nivel social unidimensional (4° semestre) Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicología, -- UNAM. 1982.

10. Clarke Stewart Alison K. Infant Day Care Maligned or Malignant? American Psychologist 1989, Vol. 44 (2), págs. 265-270.
11. Edwards Carolyn P. Logue Mary E. and Loehr Sandra R. The effects of day care participation on parent infant interaction at home. American Journal of Orthopsychiatry 1987 Vol. 57 (1). pags. 116 119.
12. Escalona Terron Ma. E., Ramírez Márquez F.T. y Ramírez Vázquez A. Factores de alto riesgo en la atención que se proporciona en los centros de cuidado infantil. UNAM. 1989, pag. 53.
13. Ferguson Rau L. Desarrollo de la Personalidad. Ed. El Manual - Moderno 1979 pag. 18.
14. Fitzgerald H.E., Strommen E.A. y Mchinney J.P. Psicología del - Desarrollo. Ed. El Manual Moderno 1986 pags. 42 y 100
15. Frederick E. El niño y la sociedad. Ed. Paidós 1989 págs. 10, - 13 y ss.
16. Haber Audrey y Runyon R.P. Estadística General. Ed. Fondo Educativo Interamericano 1973, pag. 282.
17. Huitrón Vázquez Blanca E. Análisis cuantitativo de la distribución temporal de las actividades realizadas por la niñera. UNAM 1981, pag. 31 y 32.
18. Hurlock Elizabeth B. Desarrollo Psicológico del Niño. Ed. ---- Mc Graw Hill 1989, págs. 75,76,78,109,110,111,114,118,137,138, 148,152,195,196,352 y 364.

19. López Medina B.E. Estudio comparativo del desarrollo psicomotor de niños lactantes institucionalizados y no institucionalizados. UNAM 1981, págs. 131 y 132.
20. Lorraine Bradt D. y Hassol J. Psicología Evolutiva. Ed: Interamericana 1986 págs. 87. 88 y 89.
21. Mercado Torres L. Nivel predictivo de la Escala de evaluación de conductas neonatales de Brazelton. UNAM 1990 pag. 71
22. Mussen P.H., Conger J.J. y Kagan. Desarrollo de la Personalidad en el niño. Ed. Trillas, 1982. pags. 67,97,98,101,104,105, 106,109,168,169,170,193,195,203,204,208,210 y 278.
23. Newman B.M. y Newman P.R. Desarrollo del Niño. Ed. limusa 1985 págs. 105,110,111,112,113 y 115.
24. Nieto Garay Ma. del Carmen. Cinco años de guardería: su efecto en el desarrollo social. UNAM 1983. pags. 88 94
25. Papalia Diane E. y Wendkos S.O. Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia. Ed. Mc. Graw Hill 1978 pags. 47, 52,55,80,81,83,84,98,101,106,139, 140,141 y 142.
26. Piña Espallargas Diana. La importancia de la retroalimentación psicológica a los padres y educadores en un centro de desarrollo infantil. UNAM 1992. págs. 75,77,79 y 107.
27. Reymond Rivier B. El Desarrollo social del niño y del adolescente. Ed. Herder 1978. pág. 30.

- 28.- Ruiz Esparza N.E., Martínez Rodríguez M. y Muciño Nava B. Influencia de la institucionalización en el desarrollo psicomotor de niños maternales y lactantes de casa cuna y estancia - jardín infantil. UNAM. 1981, págs. 141,142 y 143.
29. Salinas Iñiquez M.R. El manejo de los materiales educativos en centros de desarrollo infantil. UNAM 1986, págs. 128-135.
30. Saratino P.E. y Armstrong W.J. Desarrollo del niño y del adolescente. Ed. Trillas 1988, págs. 49,50 y 51.
31. Siegel Sidney. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Ed. trillas 1974. págs. 99,103 y 288.
32. Spitz René A. El primer año de vida del niño. México. Ed. - - F.C.E. 1954, págs. 75,77,78,118,121,122 y 155.
33. Spitz René A. No y Si. Sobre la génesis de la comunicación humana. Ed. Paidós 1978, págs. 63-67.
34. Watson H.E. y Lowrey H.G. Crecimientos y Desarrollo del Niño. - Ed. Trillas 1974, págs. 119 y 123.
35. Weiner B.I. y Elkind D. Desarrollo normal y anormal del niño pequeño Ed. Paidós 1985, págs. 28 y 29.

A N E X O A

ENTREVISTA DE INGRESO

Expediente _____

Fecha _____

DATOS GENERALES

Nombre del Niño _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grupo _____

Nombre de la madre _____ Edad _____

Horario _____ Escolaridad _____ Ocupación _____

Edad del padre _____ Horario _____ Escolaridad _____ Ocupación _____

DATOS FAMILIARES

Personas que conviven con el niño:

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	aporta al gasto

Ha habido separación o divorcio de los padres _____ Tipo _____

Que edad tenía el niño _____ Como reaccionó _____

Ve con frecuencia al padre _____ Aporta ayuda económica _____

La madre se volvió a casar _____ Como reaccionó el niño _____

Como es la relación entre los padres y el niño _____

Como es la relación de los padres entre sí _____

Como son las relaciones entre hermanos _____

ANTECEDENTES DEL NIÑO

Tuvo algún problema durante el embarazo _____

Se deseaba _____ Fué planeado _____ Estado emocional _____

Como reaccionó la madre ante la noticia _____

Como reaccionó el padre ante la noticia _____

Preferencia sexual _____ por que _____

Fué normal el parto _____ u término _____

que tipo de anestesia _____ fórceps _____

Se ha separado la madre del niño _____ por que _____

A que edad _____ Cuanto tiempo _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Problema en la marcha _____

habla bien _____ oye bien _____ ve bien _____

traumatismo craneoencefálicos con secuelas _____

Convulsiones _____ por que _____

CARACTERISTICAS CONDUCTUALES

Considera que el niño es:

Obediente _____ rebelde _____ sociable _____ tímido _____

calmado _____ nervioso _____ alegre _____ triste _____

quieto _____ inquieto _____ coopera _____ egoísta _____

atento _____ distraído _____ cuidadoso _____ descuidado _____

se chupa el dedo _____ que hace usted _____

OBSERVACIONES _____

ENTREVISTADOR _____

ALIMENTACION

Se le dió pecho _____ Cuanto tiempo _____ Como reaccionó al destete _____
_____ Ha habido dificultades en la alimentación
(prob. de apetito, cólicos, vómitos, alergias, etc.) _____

SUENO

El sueño es continuo o interrumpido _____ Habla dormido _____
despierta excitado _____ comparte cama _____ comparte recámara _____

DESARROLLO MOTOR

A que edad sostuvo la cabeza _____ sonrisa social _____ se sentó solo _____
gateó _____ caminó solo _____ Como son sus movimientos en general _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Fué callado en sus primeros meses _____ a que edad pronunció monosílabos _____
_____ palabras con significado _____ cuales _____

JUEGO

JUEGA EN CASA CON OTROS NIÑOS _____ quienes _____ que juguetes le --
gustan _____ a que juega _____

DESARROLLO AFECTIVO SOCIAL

Como reacciona cuando otras personas se le acercan _____
que tan intensamente expresa sus sentimientos _____
como reacciona cuando se le niega algo _____
que tan frecuentemente hace berrinches _____
como los hace _____ que hacen los padres _____

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS

Se han muerto o alejado del niño personas importantes para él _____
quienes _____ como reaccionó _____
como reacciona el niño cuando sus padres se separan de él cotidianamente _____

A N E X O B

MATERIAL DE LA ESCALA DE DESARROLLO
DE BRUNET LEZINE

- 1.- Una caja con 20 cubos de madera de color rojo brillante, de 2.5 cm. de arista.
- 2.- Una taza de aluminio (un cuarto de litro).
- 3.- Una cuchara de aluminio (14 cm.)
- 4.- Una campana metálica brillante, de 12 cm. de alto con el mango negro.
- 5.- Cualquier sonajero pequeño
6. Un aro de madera de color rojo brillante de 13 cm. de diámetro, atado a un listón blanco de 25 cm.
- 7.- Un espejo de 30x25 cm.
- 8.- Un pañuelo rojo no transparente (paliacate)
- 9.- Una pastilla de 8 mm (vitamina C)
- 10.- Un crayón rojo grueso (10 cm)
- 11.- Un cuaderno de hojas de 20x13 cm.
- 12.- Un frasco de vidrio transparente de 9 cm. de alto con un cuello de 2 cm de diámetro
- 13.- Una pelota de colores vivos de tamaño mediano
- 14.- Un tablero de madera de 36x15 cm. para embutir 3 piezas con tres agujeros: redondo, de 8 cm. de diámetro, triangular de -

9 cm. por lado, y cuadrado de 8.5 cm. por lado. Las piezas son de color rosa mexicano y la tabla azul.

- 15.- Un libro de imágenes de unos 17x23 cm. (imágenes conocidas para el niño)
- 16.- Una lámina con una muñeca pintada de frente de 27 cm. de alto.
- 17.- Una lámina con dibujos como taza, zapato, perro, coche, cuchara, casa, reloj y cuchillo, de 18x13 cm. para niños de 30 meses de edad en adelante.
- 18.- Un juego de tarjetas con dibujos:
 - 18.1 Trazo horizontal de 7.5 cm.
 - 18.2 Trazo vertical de 7.5 cm.
 - 18.3 Círculo de 8 cm. de diámetro
 - 18.4 Dos líneas paralelas de diferente medida (6 y 4.5 cm.)
- 19.- Un rompecabezas cortado en sentido vertical en dos partes, -- que represente a una niña (16x24 cm.)
- 20.- Un rompecabezas que represente a una niña (igual al número 19) cortado en cuatro partes.
- 21.- Un rompecabezas de cinco piezas que represente a un niño con las extremidades en extensión y separadas del tronco (cabeza y tronco unidos de 16 cm., extremidades inferiores de 3 cm., y extremidades superiores de 10.5 cm.)
- 22.- Una imagen que represente un interior en donde estén presentes miembros de una familia y objetos conocidos del mobiliario de la casa (20x13 cm.)

23.- Hojas de papel para plegar (cuadrados de 15 cm. por lado).

24.- Un juego de tarjetas con dibujos para copias:

24.1 Cuadrado de 7 cm. por lado

24.2 Triángulo de 7 cm. por lado

24.3 Rombo de 7 cm. por lado

24.4 Figura compleja de 10x6.5 cm

25.- Hojas blancas de 20x28 cm. (tamaño carta).

CENDEI AREA DE PSICOLOGIA.

AREA 1

HOJA DE PUNTO Y CALIFICACION

Nombre del alumno: Pinoda Zapata E.A.
 Edad cronologica: 29 años
 Edad de desarrollo: 29 años
 Calificación de nivel: 4.0
 Calificación: NORMAL

Fecha de ingreso: 10/2/88
 Fecha de calificación: 31/10/89
 Observaciones:

Grupos	C										L									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
6	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
7	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
8	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
9	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
10	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109
11	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129
12	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149
13	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169
14	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189
15	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209
16	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229
17	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249
18	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269
19	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289
20	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309
21	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329
22	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349
23	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369
24	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389
25	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409
26	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429
27	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449
28	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469
29	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489
30	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509
31	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529
32	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549
33	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569
34	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589
35	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609
36	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629
37	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649
38	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669
39	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689
40	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709
41	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729
42	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749
43	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769
44	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789
45	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809
46	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829
47	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849
48	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869
49	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889
50	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909
51	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929
52	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949
53	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969
54	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989
55	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009

Grupos Anteriores					Grupos Posteriores				
Nota en examen	Puntaje	%	Puntaje en examen	Nota de Promedio	Nota en examen	Puntaje	%	Puntaje en examen	Nota de Promedio
26	112	23	300	234	140	41	300	414	300
	115	29	300	244	199	41	300	444	300
	115	30	300	244	137	46	300	1300	300
	114	31	300	1150	130	30	300		
	111	32	300	1434					
	114	33	300						
43	119	46	300	404	113	41	300	414	300
	121	47	300	474	111	40	300	1716	300
	118	60	300	1150	144	40	300	2004	300
	120	60	300	1150	117	100	400		
	117	71	300	2024					
	123	77	300						
49	137	41	400	404	143	73	400	134	300
	138	52	400	504	143	66	400	1500	300
	123	58	400	1754	140	60	400	2074	300
	133	64	400	1174	146	111	400		
	130	70	400	2074					
	126	73	400						
73	150	66	600	464					
	132	66	600	1734					
	130	60	600	3054					
	131	68	600	3054					

COCIENTE DE DESARROLLO DE
BRUNET LEZINE

Global $x=98$ no valido=para 6,8 y 30 meses	Retraso grave 77 o menos	Inferior a lo normal 78-87	Normal 88-108	Superior a lo Normal 109-118	Muy superior a lo Normal 119o+
6 meses $x=105.09$ $=9.81$	-o85	86-94	95-115	116-124	125o+
7 meses $x=102.92$ $=7.24$	-o87	88-95	96-110	111-118	119o+
8 meses $x=103.44$ $=6.76$	-o89	90-96	97-110	111-117	118o+
9 meses $x=99.67$ $=6.80$	-o85	86-92	93-106	107-113	114o+
10 meses $x=97.03$ $=7.27$	-o81	82-89	90-104	105-116	117o+
12 meses $x=100.59$ $=11.75$	-o76	77-88	89-112	113-124	125o+
15 meses $x=96.42$ $=8.82$	-o78	79-87	88-105	106-114	115o+
18 meses $x=97.41$ $=9.27$	-o78	79-87	99-107	108-116	117o+
21 meses $x=100.50$ 13.10	-o73	74-86	87-114	115-127	128o+
24 meses $x=101.14$ $=13.50$	-o73	74-87	88-115	116-128	129o+
30 meses $x=92.93$ $=7.16$	-o78	79-85	86-100	101-107	108o+
36 meses $x=92.34$ $=14.95$	-o61	62-76	77-107	108-122	123o+

A N E X O C

INFORMACION EXTRAIDA A TRAVES DE LA ENTREVISTA DE INGRESO

Tabla 1 Distribución de los casos por sexo

Sexo	fa	fr
Masculino	5	38
Femenino	8	62
Total	13	100

Tabla 2 Distribución de los casos por edad

Intervalos	fa	fr
8 - 12 semanas	5	38
13 - 16 semanas	3	13
17 - 20 semanas	4	31
21 - 24 semanas	1	8
Total	13	100

Tabla 3 Características de los Padres

Edad de la Madre	fa	fr
25 - 27	6	46
27½ - 31	6	46
31½ - 35	1	8
T o t a l	13	100

Edad del Padre	fa	fr
24 - 29	6	46
29½ - 34	6	46
34½ - 39	0	0
39½ - 44	1	8
T o t a l	13	100

Escolaridad de la madre	fa	fr
Educadora	1	8
Asistente educativa	2	15
Comercio	6	46
Nivel Superior	4	31
T o t a l	13	100

Escolaridad del padre	fa	fr
Secundaria	4	31
Medio superior	4	31
Superior	3	23
Comercio	2	15
T o t a l	13	100

Tabla 4 - Expectativas y Sensaciones de los Padres ante el nacimiento del hijo

Preferencia sexual	fa	fr
Niño	5	38
Niña	4	31
Cualquier	4	31
T o t a l	13	100

Sensaciones de la Madre	fa	fr
Planeado y Deseado	9	69
Aceptado (resignación)	3	23
Rechazado	1	8
T o t a l	13	100

Sensaciones del Padre	fa	fr
Planeado y Deseado	7	54
Aceptado (resignación)	6	46
Rechazado	0	0
T o t a l	13	100

Tabla 5 Antecedentes del Embarazo

	fa	fr
Toxemia	2	15
Epilepsia	1	8
Sin problema	10	77
T o t a l	13	100

Numero de gestación	fa	fr
Primera	5	38
Segunda	8	62
T o t a l	13	100

Edad gestacional	fa	fr
37 - 39 semanas	3	23
40 semanas	10	77
T o t a l	13	100

Tabla 6 Antecedentes Heredofamiliares

	fa	fr
Alcoholismo	2	15
Diabetes	1	8
Epilepsia	1	8
Sin antecedentes	9	69
T o t a l	13	

Tabla 7 Condiciones del Parto

	fa	fr
Eutocico	9	69
Distosico	0	0
Cesárea	4	31
T o t a l	13	100

COCIENTES DE DESARROLLO DEL AREA SOCIAL

SUJETOS	1° APLICACION	2° APLICACION	d	R
1	98	97	+1	+1.5
2	96	97	-1	-1.5
3	96	90	+6	+8
4	90	96	-6	-8
5	99	99	0	0
6	97	87	+10	+11
7	98	104	-6	-8
8	86	89	-3	-3.5
9	99	85	+14	+12
10	99	93	+6	+8
11	96	102	-6	-8
12	95	99	-4	-5
13	93	96	-3	-3.5

$M + = + 40.5$ $Wc \leq Wt$ Ho se rechaza

$M - = - 37.5$ $-37.5 > 17$ Ho se acepta

COCIENTES DE DESARROLLO GLOBALES

SUJETOS	1° APLICACION	2° APLICACION	d	R
1	98	99	-1	- 2
2	95	94	+1	+ 2
3	99	91	+8	+13
4	96	93	+3	+6.5
5	98	103	-5	-9.5
6	97	90	+7	+12
7	96	98	-2	-4.5
8	96	91	+5	+9.5
9	97	91	+6	+11
10	99	97	+2	+4.5
11	97	93	+4	+8
12	98	97	+1	+2
13	95	98	-3	-6.5

$M + = + 68.5$ $W_c \leq W+$ H_0 se rechaza
 $M - = - 22.5$ $-22.5 > V$ 17 H_0 se acepta

**COCIENTES DE DESARROLLO DEL
AREA POSTURAL**

Sujetos	1° APLICACION	2° APLICACION	d	R
1	95	101	-6	-8
2	90	97	-7	-9.5
3	101	99	+2	+3
4	100	100	0	0
5	95	103	-8	-11
6	95	91	+4	+6
7	95	104	-9	-12
8	99	96	+3	+4.5
9	90	95	-5	-7
10	102	95	+7	+9.5
11	98	95	+3	+4.5
12	102	103	-1	-1.5
13	100	101	-1	-1.5

$M + = + 27.5$

$Wc \triangleq Wt$ Ho se rechaza

$M - = - 50.5$

$+27.5 > 17$. . Ho se acepta

COCIENTES DE DESARROLLO DEL AREA DE COORDINACION

OCULOMOTORA

SUJETOS	1° APLICACION	2° APLICACION	d	R
1	100	105	-5	-9
2	99	97	+2	+3
3	100	93	+7	+12.5
4	99	100	-1	-1
5	100	102	-2	-3
6	100	96	+4	+6.5
7	99	102	-3	-5
8	100	98	+2	+3
9	100	95	+5	+9
10	95	99	-4	-6.5
11	98	92	+6	+11
12	99	104	-5	-9
13	93	100	-7	-12.5

$M + = +45$ $Wc \leq Wt$ Ho se rechaza
 $M - = -46$ $+ 45 \geq 17$. . . Ho se acepta

**COCIENTES DE DESARROLLO DEL
AREA DE LENGUAJE**

SUJETOS	1° APLICACION	2° APLICACION	d	R
1	99	93	+6	+3
2	97	86	+11	+7.5
3	99	82	+17	+11
4	96	77	+19	+13
5	99	107	-8	-4
6	97	87	+11	+7.5
7	93	84	+9	+5.5
8	99	81	+18	+12
9	99	90	+9	+5.5
10	100	102	-2	-2
11	97	85	+12	+9
12	96	83	+13	+10
13	95	96	-1	-1

$M + = + 84$

$Wc \Delta Wt$

Ho se rechaza

$M - = - 7$

$-7 \Delta 17$

Ho se rechaza