

107
2ej.



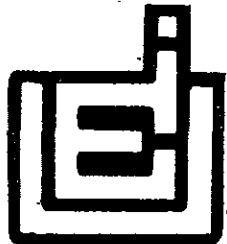
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

CARACTERIZACION DE LA CALIDAD DE LA
INTERACCION MADRE-HIJA NORMAL VS.
MEDRE-HIJA CON RETARDO EN EL DESARROLLO..

REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ;
MARIA DE LOURDES HERNANDEZ PINEDA

ASESOR: MTRA. PATRICIA ORTEGA SILVA
SINODALES: MTRA. C. YOLANDA GUEVARA BENITEZ
LIC. FRANCISCA BEJAR NAVA



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX. 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26 8040



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRACIAS:

*A tí mi Señor:
Por ser la luz, el camino,
la verdad y la vida.*

*A mis Padres:
Por dedicarme con esfuerzo y
y cariño cada momento de su vida.*

*A mis Hermanos:
Martha, Rigo y Lili por su
cariño y apoyo.*

*A mis Amigos:
Jonathan, Hinneri y Chucho
por su amistad y apoyo.*

*A mis Sueños:
Por que me infundieron valor
y confianza en mí misma.*

GRACIAS:

*A Patricia Ortega Silva:
Por compartir su inspiración conmigo.*

*A Yolanda Guevara Benitez:
Por su valiosa instrucción.*

*A Francisca Bejar Nava:
Por su tiempo y dedicación.*

*A cada una de las personas que
contribuyeron y apoyaron para la
realización de este trabajo.*

INDICE

	Pág.
- RESUMEN.	
- INTRODUCCION.	1
- CAPITULO I	
INTERACCION MADRE-HIJO NORMAL	
- Desarrollo infantil.	8
- Interacción madre-hijo.	12
- Interacción madre-hijo Vs madre-hija.	24
- CAPITULO II.	
INTERACCION MADRE-HIJO CON RETARDO EN EL DESARROLLO.	
- El retardo en el desarrollo.	32
- Actitud de los padres ante la situación de tener un hijo con retardo en el desarrollo.	38
- Estilos de interacción.	44
- CAPITULO III.	
PROYECTO GENERAL.	
Análisis de la calidad de la interacción madre-hijo con retardo y madre-hijo normal.	
- Fundamentación.	54
- Método.	57
- Procedimiento.	59
- Indices de calidad de interacción.	61
- CAPITULO IV.	
PROYECTO ESPECÍFICO.	
Análisis de la calidad de la interacción madre-hija normal Vs madre-hija con retardo en el desarrollo.	
- Fundamentación.	64
- Método.	67
- Procedimiento.	68
- Indices de calidad de interacción.	70
- CAPITULO V.	
- Resultados.	72
Conclusiones.	83
Referencias.	89
Anexos.	96

RESUMEN.

El presente trabajo forma parte del proyecto general de investigación "La naturaleza de los vinculos adulto niño con retardo en el desarrollo, desde una aproximación interaccional".

El objetivo de este proyecto fue analizar la calidad de la interacción en diadas madre-hija normal Vs madre-hija con retardo en el desarrollo a través de dos índices: Índice de Responsividad Social (IRS) y el Índice de Continuación Social (ICS). Se tomaron 8 diadas madre-hija, pertenecientes al nivel socioeconómico bajo y medio bajo, las cuales se dividieron en dos grupos de 4 diadas cada uno: Un grupo de madre-hija normal y otro madre-hija con retardo en el desarrollo. El rango de edad de las niñas fue de 4 a 6 años. En el caso de las niñas con retardo se tomaron infantes que presentaron una etiología de tipo biológico. El estudio se llevó a cabo en tres fases: La primera consistió en tres sesiones de filmación de interacción diádica en situación de juego libre, con duración de 30 minutos cada una; en la segunda se registraron los estados diádicos (niña, madre, acción conjunta, no interacción e interacción negativa) utilizando un registro de bloques sucesivos de 10 segundos; por último en la tercer fase se obtuvo las probabilidades transicionales, es decir, las diferentes combinaciones de la sucesión de los estados diádicos, para calcular finalmente los valores de cada índice. Los resultados obtenidos muestran que la responsividad materna (IRS) es baja para las diadas madre-hija con retardo en el desarrollo y un poco más baja en diadas madre-hija normal. En ambos grupos de diadas los resultados fueron negativos y están por debajo del valor promedio (0), sin embargo, en diadas madre hija normal se alejan un poco más del valor promedio (0), lo cual quiere decir que la probabilidad de que la madre se integre con su hija en una acción conjunta es un tanto mayor en diadas madre-hija con retardo, en tanto que la probabilidad de que la niña continúe sola, es mayor en diadas madre-hija normal. Con respecto al Índice de Continuación Social los resultados muestran una leve diferencia entre ambas diadas, pues aunque la mayoría de los resultados se ubican por encima del valor promedio (0.50) y cercanos al valor máximo (1), la posibilidad de que una interacción social mutua madre-hija una vez empezada continúe es ligeramente mayor en diadas madre-hija con retardo en el desarrollo que en diadas madre-hija normal. En general estos resultados muestran: que la calidad de la interacción madre-hija varía, cuando la infante presenta algún tipo de retardo en el desarrolló, siendo el estado psicológico (normal o con retardo) la causa por la cual el patrón interactivo madre-hija se modifica de alguna manera, dejándose ver que la madre es el eje principal de esta interacción.

INTRODUCCION.

El estudiar el proceso que sigue el desarrollo humano, es ciertamente una actividad laboriosa, pues conlleva toda una serie de factores que lo afectan de alguna u otra manera, factores que resultan ser un tanto complejos. Existe, sin embargo, un hecho en este desarrollo que ha llamado especialmente la atención de muchos investigadores de la conducta y de la sociedad, tal hecho de gran trascendencia es "el vínculo madre-hijo" pues, se ha observado que influye en muchas áreas del desarrollo infantil: Cognición, lenguaje y desarrollo emocional y social, así como en algunas actitudes de la interacción materna.

Sin duda alguna, quien se encarga de los cuidados de un recién nacido es la madre, ella lo atiende, lo alimenta y en la mayoría de las veces interpreta sus reacciones. Por su parte el infante, responde según sus capacidades, a los estímulos emitidos por su madre. Es precisamente en estas interacciones que la relación madre-hijo se va estableciendo (Osterrieth, 1981).

Dentro de esta postura interactiva, la primera relación significativa que existe entre la madre y su hijo, ha sido llamada "apego" o dependencia. Para Schaffer (citado en González, 1980) el apego es la tendencia de los niños a buscar la proximidad de ciertos miembros de la especie, además plantea que el apego es concebido como una relación específica de tipo afectivo hacia algunos sujetos, que no puede ser determinada como una necesidad primaria, sino como una situación de contacto social.

Durante el segundo año de vida se puede hablar del apego del niño a

su madre, esta situación hace que durante las primeras etapas de su vida, la satisfacción de esta necesidad de contacto contribuya al desarrollo psíquico del niño y a sus posteriores relaciones sociales.

En un estudio realizado por Ainsworth y Bell en 1971 (citado en Ross y Davis, 1975) se observó la compleja interacción de apego, las respuestas ante los objetos o situaciones de estimulación y las respuestas del niño ante la situación de separación y alejamiento de su madre. Los resultados muestran que los niños con apego expresaban un comportamiento más intenso cuando se les reunía con su madre, haciendo intentos más vigorosos por estar cerca de ella: los niños con apego menos firme expresaban diferentes reacciones, el ser evasivos, aislados, otros se acercaban a su madre y buscaban su contacto, después trataron de adaptarse; otro grupo mostró al mismo tiempo comportamientos de apego y cólera.

Según Murray (citado en González, 1980) algunas de las conductas que se incluyen dentro de la relación de apego son: intercambio verbal con intereses cognoscitivos, orientación visual, intercambio de emociones, etc. Cuando una de estas conductas acompañadas de otras actividades procuradoras de proximidad llegan a organizarse y distinguirse activamente hacia la madre se puede decir que el niño está apegado a ella.

Por su parte Osterrieth (1981) opina que la madre, como denominador común en todos los estudios realizados en este campo, es el factor que atrae la atención de diversos autores, en el sentido de atribuirle un rol causal preponderante, afirma también que la función principal de la figura materna es integrar las respuestas de su hijo a un modelo más complejo de conducta social, es decir, proporcionarle elementos aceptados socialmente para

desempeñar un rol sexual, ya sea masculino o femenino, valiéndose de la interacción con su hijo. En un estudio realizado por Hann (1989) se identifican varios factores que influyen en la continua interacción de la diada, factores como el temperamento, tanto del infante como de la madre, las habilidades del niño para imitar a su madre, la ansiedad del niño y el apoyo materno. También se postula que la influencia entre la diada madre-hijo es recíproca, es decir, que tanto puede la madre adaptarse a su hijo como su hijo a ella, luego entonces "a mayor integración de la diada, es mayor la calidad que tendrá la interacción". Esta interacción resulta ser muy variada y no siempre de la misma calidad, pues todo depende de las características de cada miembro y de las características de la interacción social mutua.

Un primer factor que dirige de alguna manera el curso de la interacción madre-hijo, es el sexo del infante, pues se ha comprobado que no se expresan las mismas conductas ante un niño que ante una niña.

En cuanto a este factor "sexo" del infante, Denham S, Renwick y Holt (1991) señalan que la interacción del varón con su madre, tiende a ser más autónoma en comparación con la interacción de la madre con su hija.

A menudo las diferencias en el tratamiento por parte de la madre hacia su hijo abarcan una amplia gama de actividades: las madres responden más a los balbuceos de las niñas que de los niños, reforzando así su expresión oral y, tal vez preparando el camino para la superioridad verbal en las niñas. Las madres hablan con sus hijos en un estilo de camaradería mientras que tratan a sus hijas con más suavidad. A los niños se les permite explorar los objetos y conocer el mundo físico, en cambio a las niñas se les alienta a pedir ayuda a los adultos en la realización de sus

tareas. Las madres tienden a creer que las niñas deben ser sociables y capaces de desarrollar relaciones estrechas, alientan a sus hijas para que se apeguen a ellas y, como creen que los niños deben ser más independientes, estimulan a sus hijos para que se las arreglen por sí solos.

En suma se puede observar que la relación madre-hijo varía en cuanto al tipo de conductas que se expresan, según el sexo del infante, todo esto debido a las expectativas de la madre acerca de lo que ella concibe como un niño o una niña y no de las maneras de ser del pequeño (Moss, citado en Pomerleau y Malcut, 1992).

Un segundo factor determinante en la interacción madre-hijo es el estado psicológico del infante, "normal o con retardo en el desarrollo", ya que se ha observado que tal relación es afectada por las capacidades o incapacidades del infante para responder a su madre o demandar su participación.

En lo referente a este factor, algunos autores, entre ellos Anderson, Romney y Lytton (1980), demostraron en sus estudios, que la presencia de un niño con retardo en el desarrollo dentro de la familia, afecta los estilos de crianza e interacción que se dan entre padres e hijo. Observaron también que las habilidades del niño se ven subestimadas por su incapacidad.

Los niños con alguna incapacidad tienden a ser muy irritables, poco sociables e interactúan poco con su madre, lo que propicia inseguridad en la conducta de apego. Las características interactivas de un infante con retardo suelen ser poco variadas, por una parte, ellos emiten pocas señales físicas a su madre: pocas sonrisas y pocas vocalizaciones o indicaciones y por otro lado emiten mayor número de acciones negativas, como desaprobación algo y

negarse a obedecer. En tanto que la madre presenta emisiones de señales con mayor frecuencia, sin embargo, dichas emisiones son en gran parte episodios negativos.

Cunningham, Reuler, Blackwel y Deck (1981) refieren que las madres de estos niños son más activas y emiten mayor número de interacciones con ellos, además de que dedican considerablemente más tiempo jugando con ellos. Levy-Shiff (1986) agrega que las madres brindan más atención y cuidados, propician contactos físicos con mayor frecuencia que las madres de no retardados y son más receptivas a las expresiones faciales de sus hijos, sin embargo, en muchas ocasiones más que como madre reacciona como maestra, por lo que en una conversación ella toma mayor número de turnos, tal vez como una estrategia para mantener la atención de su hijo.

Como es posible observar la relación madre-hijo se puede ver afectada por el estado psicológico del infante y por consiguiente su desarrollo se ve limitado. Lo más importante de este tipo de estudios no es solamente el hecho de establecer una relación de dependencia, independientemente de los factores que puedan afectarla, más bien lo que importa es la calidad de esta relación, pues de ella dependerá al desarrollo posterior de la diada.

Para Hann (1989) las interacciones madre-hijo pueden ser de baja calidad: insensitivas, de rechazo, inadecuadas, o de alta calidad, sensitivas y de responsividad. Este autor en sus investigaciones se basa en el registro de una serie de estados diádicos (Niño, Madre, Madre-hijo, No interacción e Interacción negativa). Dicho método de registro puntualiza el análisis de la probabilidad de que la madre se integre a su hija en una acción conjunta, y

que esta acción conjunta una vez empezada continúe. Para medir esta calidad siguiere dos índices: 1. Índice de Responsividad Social y 2. Índice de Continuación Social. Los cuales se retomaron para la realización de este proyecto.

Todo lo mencionado hasta ahora enfatiza el estudio de la interacción madre-hijo normal y madre-hijo con retardo en el desarrollo comparando a infantes de sexo femenino con infantes de sexo masculino. Por lo que surge el interés de investigar las características y la calidad de esta interacción, particularmente en infantes de sexo femenino, tanto en normales como con retardo. Por tal motivo el objetivo de este proyecto es:

"Determinar las características de la interacción madre-hija normal Vs madre-hija con retardo en el desarrollo, a través de dos índices: Índice de Responsividad Social y el Índice de Continuación Social".

Para cumplir este objetivo, el proyecto se presenta de la siguiente manera: En el capítulo 1 se describen las características del desarrollo humano tanto biológico como psicológico, así mismo se plantean las características de la interacción madre-hijo normal. El objetivo de este capítulo es conocer los factores que determinan el desarrollo de la interacción madre-hijo.

En el capítulo 2 se especifican las características de los infantes que presentan alguna incapacidad, así como el impacto de los padres al saber que tienen un infante con retardo en el desarrollo. También se describen las características y obstáculos de la relación madre-hijo con retardo. El objetivo de este capítulo es conocer las etapas por las que atraviesan los padres y las características o dificultades que presenta tal interacción.

En el capítulo 3 se fundamenta el proyecto general y se describe la investigación sobre el análisis de la calidad de la interacción madre-hijo normal y madre-hijo con retardo en el desarrollo. El objetivo de este capítulo es dar a conocer el proyecto general sobre el cual se inserta el proyecto específico.

En el capítulo 4 se presenta el proyecto específico y se describe la investigación sobre el análisis de la calidad de la interacción madre-hija normal y madre-hija con retardo en el desarrollo, medida a través de dos índices: Índice de Responsividad Social e Índice de Continuación Social. El objetivo de este capítulo es exponer los detalles de el proyecto específico: fundamentación, objetivo, método y procedimiento.

En el capítulo 5 se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, así como las conclusiones a las que se llegó.

Se presentan también las referencias bibliográficas y por último los anexos, los cuales muestran la forma en que se obtuvieron las frecuencias de aparición de los estados diádicos y las probabilidades transicionales en la interacción:

Anexo 1.- Frecuencia de estados diádicos en la interacción madre-hija normal.

Anexo 2.- Frecuencia de estados diádicos en la interacción madre-hija con retardo en el desarrollo.

Anexo 3.- Probabilidades transicionales en la interacción madre-hija normal.

Anexo 4.- Probabilidades transicionales en la interacción madre-hija con retardo en el desarrollo.

CAPITULO I.

El curso de la vida de un ser humano, esta señalado por una cantidad de periodos de desarrollo, entendiendo por éste, la elaboración del sistema de vida, el cual va de la mano con el crecimiento corporal del ser humano. A medida que se desarrolla, se producen sucesivos cambios, tanto en sus órganos físicos y en los procesos biológicos, como cambios relacionados con su conducta (Smith-Smith, 1980).

Cada uno de los momentos del desarrollo humano, esta organizado de acuerdo con diversos factores como son, los factores biológicos, sociales, ambientales, etc. los cuales se ponen de manifiesto desde antes del nacimiento y continúan hasta su muerte. .

Por todo lo importante y complejo que es para el desarrollo humano esta etapa infantil, el objetivo de este capítulo es describir los factores y circunstancias que se presentan a lo largo del desarrollo en esta etapa específica de su vida, "la infancia".

El corto período prenatal, es decir, antes del nacimiento, dura por lo general nueve meses y se caracteriza principalmente por el crecimiento físico. A las ocho semanas aproximadamente el feto produce sus primeros movimientos corporales, a los catorce, madura en casi todas sus formas de movimientos reflejos de diversos partes del cuerpo, los meses restantes se producen otros cambios de maduración física.

Es indiscutible que existe cierta forma de sensación y de actividad antes del nacimiento, el niño vive antes de nacer, vive determinado número de experiencias, percibe "alguna cosa" de manera indudablemente vaga y

difusa, es muy probable que se produzcan en él obscuras variaciones de tonalidad afectiva, en el sentido de bienestar o malestar.

Al llegar el momento del nacimiento el infante sufre una transición brusca, ya que deja atrás una vida perfectamente bien adaptada, sin esfuerzo y de seguridad absoluta, este acontecimiento natal constituye un cambio completo en su equilibrio; una verdadera metamorfosis. El niño no sólo es sometido a toda clase de presiones y contracciones considerables sino que además, sufre un brusco aumento de peso, por su paso de un medio líquido a un medio gaseoso, así como un enfriamiento repentino. La necesidad de oxígeno inicia la respiración, primera ingestión de aire que puede ser dolorosa, acompañada del primer grito, y comienza la circulación sanguínea autónoma. El niño tendrá pronto que nutrirse activamente él mismo y vivir estados de necesidad fisiológica, tampoco hay que perder de vista que el niño cambia completamente su situación, ahora está metido en un medio social, cultural e histórico, sobre el que va a influir con sus gritos y con las exigencias de sus necesidades vitales. Antes de conocerlas, el niño ha de tratar con personas de cierto ambiente, de determinada época, con sus maneras de sentir y proceder, antes de darse cuenta ocupará un lugar en una familia humana entrará entonces en un cuadro prefabricado, al que ha de adaptarse y según el cual va a aprender a actuar en la línea de las potencialidades inherentes a su organismo (Osterieth, 1981).

Sin embargo, no todos los recién nacidos son iguales, no sólo difieren por sus potencialidades hereditarias, sino que también no tienen la misma edad al nacer y su historia prenatal puede presentar notables divergencias. Pero sean cuales fueran esas divergencias, se comprueba que el recién

nacido percibe luz, oye, parece agradecerle el calor, mientras que el frío provoca su llanto. Es capaz de mamar, estornudar, hipar, volver la cabeza para respirar libremente. En otras palabras esta provisto de todo un mecanismo sensomotor que funciona, pero que no posee ningún cuadro de referencia en que situar las impresiones que percibe.

En acuerdo con Osterrieth (1981) acerca de los mecanismos del recién nacido, Pormeleau y Malcut (1992) explican que este mecanismo despliega actividades espontáneas organizados en ciclos de estados repetitivos que modifican la acción y el efecto del medio ambiente, su reactividad a las estimulaciones, bajo la forma de actos reflejos más o menos complejos le permiten aproximarse o alejarse de los efectos del medio ambiente.

Gracias a su sistema de adaptación, el recién nacido, es capaz de interactuar activamente con su medio y controlarlo. Los mecanismos perceptivomotores que funcionan desde el nacimiento, se desarrollan con rapidez en el transcurso de los dos primeros años de vida.

El equipo visual del lactante le permite entrar en contacto e interactuar con su medio. Sus ojos recorren el campo visual en busca de estimulaciones, lo cual hace más probable la adquisición de información visual. La precoz organización de su sistema auditivo hace que el lactante sea capaz de discriminar los sonidos. Así, gracias a las capacidades del sistema auditivo, el lactante capta los elementos pertinentes de su medio y establece interacciones eficaces.

El olfato también constituye un sistema primitivo bastante bien desarrollado desde el nacimiento. El lactante pronto aprende a reconocer los

olores familiares y a asociar los diferentes elementos de un evento.

El gusto constituye igualmente un sistema sensorial muy bien organizado. Desde el nacimiento distingue los sabores básicos.

La organización biológica del lactante favorece su reactividad a los elementos táctiles del ambiente, suscita en el recién nacido la aparición de un nivel de vigilia, activación y atención, que establece condiciones óptimas para la interacción y la exploración activa de su medio circundante.

En el nivel de coordinación sensoriomotriz, dos aspectos particulares revisten una información funcional; se trata de las capacidades de aproximación y prensión de objetos, y de las capacidades de desplazamiento mediante el gateo y la locomoción, éstas, que establecen nuevos modos de interacción con el ambiente, se desarrollan gracias a la maduración del ejercicio. Estas capacidades básicas le proporcionan los elementos necesarios para sacar el mayor provecho posible de su medio ambiente.

Para Smith-Smith (1980) todo este desarrollo biológico va de la mano con el desarrollo psicológico, ya que los aspectos psicológicos, como los conductuales, los de carácter, etc. dependen de procesos subyacentes del desarrollo físico.

Es fácil comprender que durante las primeras semanas de vida el niño no haga diferenciación entre las personas, ya que para él, éstas aún no tienen consistencia. Pero alrededor de los dos meses cambia el cuadro: el bebé concede mucho más atención al mundo que lo rodea y parece especialmente interesado en el rostro humano. Entre los cuatro y seis meses aparece la sonrisa del niño, ésta se hace más selectiva no se produce sino

ante los rostros que le son familiares, y particularmente por el de la madre. A partir de los seis meses, se advierte el interés por juegos pequeños en que por turno el adulto y el niño ejecutan los mismos movimientos.

El proceso de sensibilización social en el infante tiene sus bases inmediatamente después del parto, pues así como esta provisto de un mecanismo sensoriomotor, también viene equipado con las capacidades necesarias para interactuar y reaccionar ante los estímulos maternos o de la persona que lo cuida, sin embargo, es hasta los cinco o siete meses que aflora, gracias a la capacidad del niño para diferenciar las mímicas adultas, así como los cambios de tono de voz (Papalia, 1990).

A la edad de un año, el niño ya goza de la seguridad y la confianza en el círculo familiar, en el que se ha asentado plenamente y en el cual sitúa de modo perfecto los rostros y los objetos familiares. Allí desempeña un papel, tiene su sitio y participa como elemento activo.

Durante todo el segundo año se puede hablar de un acercamiento del niño a su madre como si a medida que la va considerando mejor como persona exterior y diferente de él, tuviese cada vez mayor necesidad de su presencia. Así, puede observarse que el niño rechaza los cuidados de otros, incluso el de su padre, dando pruebas de un desconcertante exclusivismo.

En base a lo anterior es posible observar que desde los primeros días de vida, el niño está relacionado forzosamente con otros que atienden a sus necesidades y responden a sus iniciativas.

Al respecto González (1980) en sus investigaciones acerca de la conducta de interacción adulto-infante, menciona que el ser humano al nacer es un ser indefenso y completamente dependiente de los adultos, cuya

ayuda necesita para poder subsistir, a causa de esto las condiciones en las cuales tiene lugar el desarrollo del niño resultan ser sociales al máximo. El niño es incapaz de sostener por sí mismo su existencia y de adaptarse a la realidad, condición indispensable de esto es la actividad de otras personas. Para poder relacionarse con los adultos, las habilidades sociales propias, lo vuelven apto para familiarizarse de manera privilegiada con las personas cuya presencia es más frecuente en su entorno. Los intercambios positivos que mantiene con algunas de ellas contribuyen en la formación de vínculos específicos entre ambos. Por ello se dice que el niño pequeño resulta estar fuertemente vinculado en su conducta al adulto, el cual constituye su centro psicológico. Esto significa por lo tanto, que la actividad del niño ante el mundo depende y se deriva de sus relaciones más directas con el adulto. Esta situación del niño pequeño con respecto al adulto, hace que durante las primeras etapas de su vida la satisfacción de la necesidad de comunicación contribuya al desarrollo del niño. Dicha primera comunicación del infante con el mundo, según Stern (1983), consiste primera y simplemente en aquello que la madre hace con su cara, su cuerpo y sus manos, esto proporciona al infante su experiencia inicial en cuanto a la comunicación y a la interrelación madre-hijo.

Algunos autores entre ellos Ainsworth (citado en Pormealeau y Malcut, 1992) señalan que esta forma peculiar de relación afectiva tendrá repercusiones determinantes en el desarrollo del niño, puesto que formará la base del sentimiento de seguridad que habrá o no de experimentar, de sus capacidades para explorar el medio y su adaptación a nuevas circunstancias.

Uno de los momentos más importantes de la formación del vínculo madre-hijo, según Mitchell y Bee (1990), Wise y Grosman (1980), es precisamente el nacimiento ya que constituye el primer contacto madre-hijo. Durante el nacimiento, el infante exhibe un estado de vigilia de calidad que no se volverá a observar sino hasta horas después. Por esta razón, se ha sugerido que dicho momento es crítico para la formación del vínculo entre la madre y el niño, o dicho en otras palabras del afecto materno. Las madres que tienen un contacto inmediato con su bebé y más adelante contactos prolongados con él, manifiestan después a su hijo un mayor número de comportamientos afectuosos, caricias y contactos que las madres sometidas a la rutina del hospital.

Marshal y John (1979, citado en Mitchell y Bee, 1990) señalan un proceso de dos pasos en el desarrollo de la vinculación de la madre con su hijo:

1.- *Vínculo inicial:* Parece haber un enlace formado en el momento de nacer o poco después, este enlace se ve entonces fortalecido por la oportunidad de establecer comunicación y relación con el bebé.

2.- *Organización de conductas de vinculación:* No todas las madres están en condiciones de formar un vínculo inicial fuerte en el momento del nacimiento de su hijo. Puede haber un contacto retrasado o el infante puede necesitar de un tratamiento médico especial que evite el contacto temprano o regular, o bien el niño puede ser adoptado. Por cualquiera de estas razones el niño y los padres pueden empezar su vida en casa juntos sin que haya un fuerte lazo de unión. El hecho de que la mayoría de estas parejas de padres e hijos se las arreglan para formar dicho vínculo durante los primeros meses nos

dice que debe haber un poderoso sistema de apoyo.

Generalmente el vínculo particular que se forma entre dos personas familiarizadas una con la otra se denomina APEGO: el apego de la madre hacia el niño y del niño hacia su madre. Para Schaffer (1985) e Isabella y Belsky (1991), el apego es la tendencia de los niños a buscar la proximidad de ciertos miembros de la especie, además plantea que el apego es concebido como una relación específica de tipo afectivo hacia determinadas personas. Por su parte Murray (citado en González, 1980) propone que algunas de las conductas que se incluyen dentro de la relación de apego son: intercambio verbal con intereses cognoscitivos, orientación visual, intercambio de emociones, etc. Cuando una de estas conductas acompañadas de otras actividades procuradoras de proximidad llegan a organizarse y distinguirse activamente hacia su madre, se puede decir que el niño está apegado a ella. Fogel (1988) por su parte, comenta que la relación madre-hijo se desarrolla en base a categorías de interacción conductual, que van desde interacciones positivas hasta negativas y que involucran a ambos miembros de la diada, dichas categorías incluyen, escalas como: miradas del infante a su madre, desviación de la mirada, sonrisas efusivas por parte del infante o por ambos miembros, conductas maternas como la forma de sostener al bebé, atenderlo y mirarlo cara a cara.

La relación de apego parece tener a la madre como centro de atención, ya que según Osterrieth (1981), la madre es el denominador común de todos los estudios relacionados en este campo, es el factor que atrae la atención de diversos autores, en el sentido de atribuirle un rol causal preponderante, ya que es por excelencia la figura que el niño halla siempre

a su alrededor. Osterrieth (1981) afirma que la función principal de la figura materna es integrar las respuestas de su hijo en un modelo más complejo de conducta social, es decir, proporcionarle elementos aceptados socialmente para desempeñar un rol sexual, ya sea masculino o femenino, valiéndose de la interacción con su hijo. En cuanto a la relación madre-hijo, esta resulta ser muy variada y no siempre de la misma calidad, pues todo depende de las características individuales de cada miembro de la diada.

Cada pareja madre-hijo establece sus propias formas de interacción. Algunas madres hablan muchos con sus pequeños o los tocan con más frecuencia; se supone que las diferencias individuales en la naturaleza del apego del lactante son resultados de las características peculiares que surgen dentro de dicha interacción.

Este apego del niño hacia su madre se observa desde los seis meses de edad y va acentuándose hasta los catorce o dieciocho meses, además constituye una dimensión fundamental en el desarrollo durante la primera infancia (Pormeleau y Malcut, 1992).

Para comprender un poco más el apego, existen tres señales que lo hacen evidente en el infante: el niño se deja aplacar más fácilmente por los adultos que lo cuidan que por los que no lo cuidan; se atemoriza menos ante lo desconocido cuando esta en presencia de aquel que lo cuida y se acerca más a éste que lo cuida para buscar consuelo cuando esta apenado (Kagan, 1987).

Dicho apego o vinculación, prospera cuando la madre es afectuosa atenta y responde a las señales del bebé. La calidad del cuidado determina la fuerza del vínculo, más que la cantidad de tiempo pasado con el niño. La

intensidad del vínculo de un bebé no depende solamente de cuanto su madre esta disponible, o aún a su alrededor o de que haya otras personas involucradas con el cuidado físico del niño: no interesa cuánto tiempo dedique a las actividades del cuidado o de su habilidad para desempeñarlas, es la cantidad del tiempo que la madre emplea en una interacción positiva, de buena calidad, el factor decisivo en la creación de un profundo apego (Clarke-Stewart, Umeh, Snow y Pederson, 1980). Reafirmando lo anterior Fogel (1988) cita que la calidad de la interacción madre-hijo depende en gran parte del rol de la madre, de lo que hace y de las características específicas, como el tiempo que dedica para interactuar con su hijo, el contenido de esta interacción, la dinámica de ella así como los procesos de adaptación social mutua, lo cual deja ver que la interacción madre-hijo esta en función de la figura materna, sin dejar de tomar en cuenta la conducta del infante.

Para Craig (1988) la calidad de la interacción entre madre e hijo depende del desarrollo de las primeras conductas mutuas, ya que el apego una vez establecido tiende a permanecer estable. También depende de toda una serie de factores presentes en la conducta de ambos miembros de la diada, como factores individuales, ambientales, que pueden determinar o influir manifestaciones conductuales que se evidencian en esta relación, estos factores o variables han sido objetivo de muchas investigaciones, las cuales muestran las estructuras en las que se basa la calidad del apego madre-hijo, entre estas investigaciones se encuentran las hechas por Hann (1989) en las que se identifican varios factores, como son, el temperamento tanto del infante como de su madre, la ansiedad del niño, las habilidades del

niño para imitar a su madre, el apoyo de la madre a su hijo, incluso al contexto social y el familiar.

Esta importancia que se da al influjo entre madre e hijo representa para Craig (1988) un nuevo enfoque conceptual. En el pasado algunos psicólogos analizaban la conducta materna como la única causa del comportamiento del lactante. Hoy casi todos aceptan que desde el inicio, los lactantes influyen mucho en la relación entre progenitor e hijo, como se ha visto hasta ahora, en otras palabras la calidad de la interacción madre-hijo también se basa en la reciprocidad personal de cada miembro de la diada en función de el otro miembro.

Schaffer (1977, citado en Craig, 1988) al igual que Isabella y Belsky (1991) investigaron la manera en que se logra la mutualidad entre lactante y madre, observó que casi toda la conducta infantil sigue un patrón alternante, por ejemplo, mientras el niño explora visualmente nuevos objetos fija la vista y luego la aparta. Las películas de madres cara a cara con sus hijos de tres meses, revelaron un patrón de acercamiento y alejamiento mutuo; tomaban turnos para observar y voltear la vista a otra parte, para tocar y responder, para vocalizar y contestar.

Las madres no se limitan a responder a los ritmos conductuales del niño, también cambia el ritmo e índole del diálogo, con varias técnicas, como son: introducir un nuevo objeto, imitar y refinar los sonidos o acciones del niño, o bien facilitarle alguna cosa de interés para él. Al vigilar las respuestas del lactante poco a poco aprenden a saber cuando es más receptivo a las nuevas señales precedentes de ella.

El inicio de la reciprocidad y el uso de señales, pone los elementos de

un patrón claro de interacción. Esto se ha ejemplificado en los estudios de las respuestas de la madre ante el llanto, estas reaccionan de inmediato y en forma congruente al llanto de su hijo en los primeros meses, una rápida respuesta de seguridad al niño en la eficacia de su comunicación lo alienta a desarrollar otros medios de comunicación con su madre. Cuando los *cuidados maternos no son congruentes el niño no adquiere confianza y se toma incoherente y menos sensible*. La reciprocidad se manifiesta en varias conductas durante el segundo año de vida, algunos niños la muestran en una espontánea conducta de compartir, tanto con sus padres como con otros niños. Como se puede ver la calidad de la relación entre una madre y su hijo desde el nacimiento constituye el fundamento de casi todos los demás aspectos del desarrollo infantil. Una relación afectuosa y de apoyo entre madre e hijo con abundante interacción verbal, lleva a niveles más altos de competencia cognositiva y a desarrollar mayores capacidades sociales.

Ainsworth y Blehar, Waters y Wall (citado en Pomeleau y Malcut, 1992) en sus numerosos trabajos para evaluar la calidad del apego o de la interacción madre-hijo observaron las reacciones del lactante colocado en una situación nueva y al volver su madre después de una breve separación. Según estos autores *las formas de actuar del niño, reflejan tres tipos de calidad de apego*: a) Si el niño acoge a su madre con muestras de alegría, busca su proximidad o reinicia rápidamente sus juegos, el apego se calificará de "asegurador", b) Si se resiste a su contacto, al mismo tiempo que busca su proximidad y el mantenimiento del contacto, el apego es "ambivalente", c) Por último cuando evita el contacto y no busca la proximidad de su madre, se habla de un apego de "evitación". El apego

asegurador permite predecir la posterior presencia de capacidad social y de exploración, las madres de estos niños son más sensibles, reactivas y expresivas con su pequeño. Según esta concepción del apego la formación del vínculo con una persona en particular resulta primordial.

De acuerdo con la teoría y las observaciones de Ainsworth la estabilidad de la calidad del apego del niño con su madre demostrará la existencia de un fenómeno que trasciende los comportamientos a partir de los cuales se le estima. En un ambiente estable en el que los miembros de la familia asumen papeles definidos sin crisis importantes a lo largo de los meses y de los años, cabe esperar que los comportamientos de cada integrante permanezcan bastantes constantes. Estas condiciones favorecen y mantienen conductas sociales y por el contrario la inestabilidad y los cambios y condiciones de vida presentan el riesgo de modificar la calidad del apego: las conductas del niño habrán de cambiar, por ejemplo, cuando una mujer vive un período difícil debido a problemas laborales o en su esfera afectiva, actúa de manera particular con su hijo, se vuelve menos positiva, más irritable y reacciona en menor contingencia a las conductas de su hijo. Un cambio de condición puede restablecer el equilibrio de las relaciones. Durante el primer período, el niño puede exhibir un modo de apego ambivalente en relación con su madre, en tanto que en el segundo período se favorecen más bien los comportamientos interactivos propicios para un apego asegurador. Así la estabilidad del tipo de apego refleja, más bien la estabilidad de las condiciones ambientales (Pomerleau y Malcut, 1992).

Así mismo la personalidad de una madre, sus actitudes generales hacia sus hijos y sus circunstancias presentes (incluyendo la clase de

matrimonio que lleva y el hecho de que su esposo sea afectuoso, tanto con ella como con el bebé), son todos significativos en el despertar de un amor materno. Pero hay que darse cuenta que el amor no es un instinto, su desarrollo requiere tiempo (Papalia, 1990).

Robson y Moss (1970, citado en Papalia, 1990) encontraron que solamente cerca de la mitad de entre 54 nuevas madres dijeron que había tenido sentimientos positivos cuando vio por primera vez a su bebé; solamente el 13% identificó tales sentimientos como amor y el 34% no tuvo sentimiento alguno. A la mayoría de la madres les tomó cerca de tres semanas en comenzar a amar a sus bebés, este sentimiento se fortaleció por el comportamiento de los mismos bebés. Al finalizar el tercer mes la mayor parte de las madres estaban estrechamente ligadas a su niño.

Algunos investigadores como Kenell, Wolfw, Ringlar y Klaus en 1975 (citados en Papalia, 1990) han hecho seguimiento de las parejas madre-bebé, en las edades de un mes, un año y dos años, y han encontrado diferencias lo suficientemente grandes como para indicar que un amplio contacto temprano puede ayudar a las madres y al niño a forjar una relación más estrecha.

Al mes, las madres que habían tenido un contacto prolongado con sus hijos, los miraban más y tenían con ellos mayor contacto visual, decían haber alzado a sus bebés con más frecuencia cuando lloraban y que deseaban estar más tiempo en la casa con ellos. Al año, además de estas mismas diferencias, estas madres besaban más a sus bebés y pasaba más tiempo calmándolos cuando lloraban a los dos años, habían tenido un contacto más prolongado, eran más sensibles a las necesidades de sus

niños para aprender sobre el mundo.

Con respecto a los niños, lejos de considerarlos como recipientes pasivos de prácticas de crianza infantil, nos damos cuenta de que influyen en las personas que los cuidan, virtualmente cualquier actividad del bebé orientada a una respuesta del adulto es un comportamiento de relación, llorar, sonreír, agarrarse, hipar, estornudar y aun mojarse los pañales (Papalia, 1990).

Otro de los autores que ha dedicado varios estudios a la relación madre-hijo es Bowlby (citado en McCandies, 1984), este autor considera la relación de apego como el eje en torno del cual gira la vida de una persona no sólo en la infancia, sino durante toda su adolescencia y sus años de madurez, así como hasta la ancianidad.

Bowlby (op cit), describió el apego en términos de varios factores psicológicos. Según su teoría el desarrollo del apego comprende cuatro etapas:

- 1.- Los primeros dos o tres meses de vida, período durante el cual los lactantes muestran una tendencia genéticamente "programada" de dirigir su *atención a ciertas conductas de los seres humanos.*
- 2.- El segundo cuarto del primer año, etapa durante la cual los pequeños comienzan a enfocar sus respuestas hacia una figura (por lo regular la madre).
- 3.- El tercer cuarto de primer año, durante el cual intensifican su apego y comienzan a buscar la proximidad con la mamá, al gatear o desplazarse hacia ella, así como por medio de señas.
- 4.- Por último los tres meses finales del primer año en el que los diversos

actos en que se manifiesta el apego; visuales, de caricias y abrazos de la madre, de seguimiento, balbuceo y llanto del niño comienzan a obrar como un sistema de "retroalimentación", momento en que la relación entre madre e hijo puede describirse como una sociedad. En este sistema de retroalimentación el apego sirve para proteger al lactante de depredadores peligrosos y le permite aumentar sus posibilidades de supervivencia. Una vez establecido por completo el niño y su madre actúan como socios, es decir, que la interacción la regulan ambos.

Hann (1989) afirma por su parte, que la influencia entre la diada madre-hijo es recíproca, es decir, que tanto puede la madre adaptarse a su hijo como su hijo a ella, luego entonces a mayor integración de la diada es mayor la calidad que tendrá la interacción. Para comprobar esto realizó una investigación con 34 diadas madre-hijo, en esta investigación incluye madres dedicadas a su hogar, de clase media, así como infantes de tres y seis meses de edad con problemas congénitos, la calidad de la interacción fue observada mediante un sistema conductual en intervalos de 15 segundos. La interacción fue descrita en cinco posibles estados diádicos:

- 1.- Infante: Solamente el infante presenta conductas sociales.
- 2.- Madre: Solamente la madre presenta conductas sociales.
- 3.- Acción Conjunta: Ambos presentan conductas sociales.
- 4.- Ninguno de los dos emiten conductas.
- 5.- Alguno de los dos emiten conductas negativas.

En general lo que se encontró en este estudio fue que a mayor actividad del niño, mayor será la atención o interacción social por parte de la madre hacia su hijo y que la probabilidad de que la madre integre a su hijo a

una acción conjunta es mayor que la de que el niño continúe sólo.

Por último Elizabeth Evans (citado en Kagan, 1987) en un ensayo sobre la maternidad, escribió: "El vínculo más fuerte es, como puede comprenderse, el que relaciona a la madre con su hijo", por lo que se puede concluir que la relación madre-hijo resulta ser un hecho indudablemente de suma importancia en el desarrollo del ser humano. Pero más que la relación madre-hijo, es la calidad de la relación la que constituye el fundamento de casi todos los aspectos del desarrollo infantil. Una relación afectuosa y de apoyo entre madre e hijo, con abundante interacción verbal, lleva a niveles más altos de competencia cognoscitiva y mayores capacidades sociales (Olson 1984, citado en Craig, 1988).

Hasta ahora se ha puntualizado de manera amplia los factores en que se basa la calidad de la interacción madre-hijo, pero resulta interesante preguntarse si esta relación variará o no según ciertas características específicas del infante, entre ellas y de gran importancia el sexo.

Para McCandies (1984) la desigualdad más evidente tal vez sea la sexual que empieza con la concepción, cuando el padre aporta ya sea un cromosoma "X" (femenino) o un cromosoma "Y" (masculino). Papalia (1981) menciona que aparte de las diferencias anatómicas, existen muchas otras diferencias entre los sexos y algunas de ellas comienzan durante la gestación, por ejemplo, los varones suelen desarrollarse más lentamente desde la vida fetal hasta la adultez.

Los trabajos de investigación han demostrado que los varones, en promedio, nacen con una talla ligeramente mayor y con más peso que las mujeres. También se ha comprobado que su musculatura es más pesada.

Los varones también tienen un metabolismo más alto y tienen corazones más voluminosos que las niñas (Hult, citado en Craig, 1988). Más tarde tienden a rezagarse con las mujeres respecto del desarrollo óseo. Las niñas empiezan a hablar antes que los niños. McCandies (1984) observa que al nacer los varones son de mayor tamaño, son menos maduros y tienen menos probabilidades de sobrevivir que las mujeres.

Como se puede ver existen diferencias marcadas entre un niño y una niña, sin embargo, las diferencias físicas entre uno y otro sexo no son las únicas que determinan el curso de la interacción madre-hijo o madre-hija.

Papalia (1981) en su estudio sobre el desarrollo de la personalidad, menciona que desde que el niño nace, la primera pregunta de los padres es si el bebé es sano y normal, casi al mismo tiempo que preguntan: ¿qué fue?. Una vez que saben si es niño o niña, ya conocen un hecho básico acerca de la identidad de la criatura, el cual tendrá un efecto muy importante en su desarrollo. En primer lugar, el sexo del bebé puede determinar el grado de complacencia con que se acoja al nuevo miembro de la familia. Luego, está el hecho de que, en casi todas las sociedades, los niños y las niñas van a desarrollarse en forma muy diferente tanto en su función social como en su personalidad según su sexo.

En el momento en que se determina el sexo de un bebé, éste se convierte en un factor importante en cuanto al tratamiento que habrá de dársele al niño de ahí en adelante. Es de suponerse que desde el momento del nacimiento las diferencias ambientales comienzan a jugar un papel muy importante. Un ejemplo común es lo que sucede en un hospital, en el que un bebé lleva una pulsera que dice "niña Pérez" o "niño Uribe", la niña Pérez

esta envuelta en una cobijita rosada, mientras que el niño Uribe esta envuelto en una azul. Los primeros pantaloncitos de caucho de la niña son adornados, mientras que los del niño tienen un emblema de béisbol. El primer juguete para ella será una muñeca y el primer juguete para él será un carro o un balón. Como dijo un psiquiatra, "desde el nacimiento, el niño es asignado a un sexo o a otro y la sociedad empieza a implantar en él motivos, intereses, destrezas y actitudes apropiadas para su sexo" (Kuffler, citado en Papalia, 1981; Bee, 1978).

Para poder comprender la diferencia que existe en la relación madre-hijo según el sexo del infante, Pormeleau y Malcut (1992) analizaron primero las diferencias que existen en dos planos: El físico y el conductual.

En el plano físico, afirman que los varones muestran al nacimiento una constitución más robusta y una mayor proporción de músculos que las niñas, estas últimas tienen mayor proporción adiposa. Hasta los siete meses, los niños crecen y engordan más rápidamente que las niñas, en cambio, éstas presentan al nacimiento una maduración ósea y neurológica ligeramente más avanzada que la de los varones, en una ventaja de una o dos semanas, sin embargo, dichas diferencias no son determinantes en el comportamiento que presentan los adultos hacia sus hijos.

En el plano conductual, intentaron identificar los patrones de actividad espontánea y las respuestas a las estimulaciones que permitirán diferenciar a los varones de las niñas desde los primeros días de su vida. Los resultados de las investigaciones indican con gran frecuencia que los niños tienen un nivel más elevado de actividad espontánea que las niñas: duermen menos, lloran más y son más activos en el nivel motriz. Las niñas en cambio,

exhiben frecuencia de sonrisas.

A pesar de que existen diferencias biológicas, se ha visto que éstas sólo sirven de indicadores sobre la dirección que puede perseguir un niño, pues parece ser que la sociedad esta encargada del 90% de la tarea de determinar que características "relacionadas con el sexo" asumirá cada individuo. En última instancia niñas y niños tienen más cosas en común que diferencias. Tienen las mismas necesidades biológicas básicas de alimento, abrigo y amor; atraviesan las mismas etapas críticas en el desarrollo intelectual, físico y emocional; y además existen diferencias más grandes entre cada niño del mismo sexo que las que existen entre el niño "promedio" (Papalia, 1981). En resumen como se puede observar la diferencia de la relación madre-hijo dependiendo del sexo del infante, radica exclusivamente en el trato y la conducta que la madre exhiba ante su infante.

Kagan en 1971 (citado en Craig, 1988) observó que las madres responden más en forma física a sus hijos y más en forma verbal a sus hijas, cuando empiezan a balbucear, tales diferencias en el trato que se da a uno y a otro sexo se detectan con claridad cuando el niño tiene seis meses. Muchas madres admiten que sus respuestas ante su niño difieren de las que emiten ante una niña de la misma edad. Y no se trata simplemente de los colores (rosa para las niñas y azul para niños) a menudo la diferencia se refiere a multitud de cosas de la vida diaria la forma en que se toma al pequeño en brazos, la frecuencia con la que se hace esto, la manera de hablarle, las cosas que se dicen, el grado de ayuda que se le proporcione, la reacción ante su llanto. Todos esos comportamientos son influenciados sutilmente por el sexo del infante.

Papalia en 1981, encuentra que a menudo las diferencias en el tratamiento por parte de la madre a su hijo abarcan una amplia gama de actividades, por ejemplo, las madres responden más a los balbuceos de las niñas que al de los niños, reforzando así la expresión oral y, tal vez preparando el camino para la superioridad verbal en las niñas. Las madres hablan más con sus hijos varones en un estilo de camaradería mientras que tratan a sus hijas con más suavidad, además son más indulgentes y cariñosas con sus hijas que con sus hijos, a los niños le permiten explorar los objetos y conocer el mundo físico; en cambio a las niñas se les alienta a pedir ayuda a los adultos en sus tareas. Es muy probable que las madres compensen lo que en su concepto es un comportamiento acorde con el sexo, (como los juegos maternos con las muñecas, la sociabilidad y la obediencia en las niñas y los intentos de los niños por ser independientes y de confiar en sí mismos) con sus sonrisas de aprobación y estímulo, en tanto que castigan o desapruében una conducta que no sea apropiada para su sexo.

De acuerdo con lo anterior Noble y Cols (citado en Pormealeu y Malcut, 1992), escriben que las madres en realidad aceptan de diferentes modos la misma conducta manifestada por un recién nacido de sexo masculino o de femenino. Estas investigaciones en sus estudios filmaron en una cinta de vídeo, cinco minutos de interacción madre-hijo durante los tres días posteriores al parto, interesándose particularmente en las reacciones maternas cuando su infante desvía la mirada por más de cinco minutos consecutivos. Ellas notaron que las madres producen más estimulaciones vocales que táctiles o visuales. Por su parte, son las madres con sus hijas

las que en esta ocasión emiten el mayor número de vocalizaciones. En los recién nacidos de sexo femenino el comportamiento de desviar la mirada durante mucho tiempo es considerado inapropiado por las madres, quienes intervienen para ponerle fin, en cambio en los niños no suscita el mismo comportamiento, probablemente por que se le interprete más como un signo de independencia; por consiguiente es mejor aceptado.

Resultados semejantes obtuvieron en 1991 Denham, Renwich y Holt en uno de sus estudios acerca de las características de la interacción madre-hijo según el sexo de este último, ellos encontraron que la interacción del varón con su madre, tiende a ser más autónoma en comparación de la madre con su hija, así mismo los niños presentan menos conductas sociales que las niñas, en cuanto a la madre, ésta contribuye más a la realización de una tarea con su infante si es niña y no así como cuando es niño.

Papalia en 1981 observó las diferencias en las relaciones entre madres e hijos y el comportamiento de los niños según su sexo. Observó un grupo de 64 madres con su respectivo bebé (32 varones y 32 niñas), en tres ocasiones: a las doce semanas después del nacimiento las madres miraban más y hablaban más con sus hijas que con sus hijos. En los primeros seis meses, tenían más contacto físico con sus hijos, pero luego, la situación cambiaba de tal manera que las niñas recibían más contacto físico.

A los trece meses, observó a los bebés individualmente en un cuarto de juego, durante quince minutos, el bebé permanecía en una situación de juego libre; luego se levantaba una cerca entre madre e hijo. se presentaron grandes diferencias entre los niños y las niñas, éstas tocaban más a sus madres, las miraban más, les hablaban más, pasaban más tiempo cerca de

ellas y se mostraban más renuentes a apartarse de su lado. Después de que se levantó la barrera, las niñas pasaban más tiempo llorando y pidiendo ayuda, en tanto que los niños se dedicaban a tratar de superar la barrera, además mostraban una tendencia a correr cuando jugaban.

¿Por qué dependían más las niñas de sus madres? Lewis (citado en Papalia, 1981) explica que este hecho se debe a la forma en que las madres tratan a sus bebés siendo éstos de diferente sexo. Puesto que las madres tienden a creer que las niñas deben ser sociables y capaces de desarrollar relaciones estrechas, alientan a sus hijas para que se apeguen a ella; y, como creen que los niños deben ser más independientes, estimulan a sus hijos para que se las arreglen por sí solos.

Moss (1967; citado en Pormealeu y Malcut, 1992) observa que durante los primeros meses de vida, las madres con mayor frecuencia toman al niño en brazos y le proporcionan más estímulos por contacto que a la niña. En cambio, miraban más a las niñas y hablaban más con ellas. Antes de los seis meses de edad las niñas reciben estimulaciones físicas en menor número que los varones, sin embargo, esta tendencia se invierte; posteriormente, ellas son más estimuladas táctilmente que los niños. El hecho de hablar más con la niña durante los primeros meses favorecen en ella la recepción de estimulaciones auditivas y posteriormente su desarrollo verbal. En cambio, en el varón el hecho de tocarlos y tomarlos en brazos propiciará un desarrollo particular de sus actividades de manipulación y exploración táctil del ambiente. Las maneras diferentes de tratar a los niños y niñas se acentúan con su crecimiento.

Hasta este momento es evidente que la relación madre-hijo durante la

infancia, efectivamente varía de acuerdo con el sexo del infante, sin embargo, también depende de la madre, de sus expectativas acerca de lo que ella concibe como un niño y como una niña, no precisamente de las maneras de ser del pequeño.

En resumen, es evidente que el ser humano resulta ser altamente sociable y que su supervivencia depende de la actividad de los adultos en especial de la madre. Y es precisamente ella con la que se relaciona más estrechamente, es decir, se forma entre ellos un lazo afectivo llamado APEGO, el cual tendrá repercusiones determinantes en el desarrollo posterior del niño. Cada día madre-hijo establece sus propias formas de interacción, las cuales se basan en la mutualidad y sincronía de toma de turnos dentro de una conversación o una actividad, lo que permite que tanto el infante sea influenciado por su madre, como la madre influenciada por su hijo. *La calidad de esta interacción, está determinada por la cantidad de tiempo que la madre emplea en una interacción positiva con su hijo, más que por la cantidad de tiempo que pasa con él.*

Existen patrones particulares de comportamiento y de interacción madre-hijo que dependen en gran parte de la edad y del sexo del infante, por ejemplo, la forma en que la madre lo tomará en brazos, las estimulaciones que permitirán diferenciar a los varones de las niñas, las respuestas físicas y verbales de ambos, la aceptación o no de sus conductas, etc.

Toda esta estructura forma parte de la interacción madre-hijo, sin embargo, se puede suponer que en caso de que el infante presente algún tipo de retardo en su desarrollo, éstos factores variarían.

CAPITULO II.

En este capítulo se analizarán los factores que pueden ocasionar retardo en el desarrollo psicológico, así como algunas circunstancias que rodean a los infantes retardados.

Desde al punto de vista conductual el desarrollo psicológico debe ser entendido como la adquisición sucesiva por parte del individuo de nuevos repertorios conductuales o formas de conducta cada vez más complejas cualitativa y cuantitativamente, en función de factores orgánicos, físicos y sociales. De allí que Bijou (citado en Galguera, Hinojosa y Galindo, 1991) haya sugerido el concepto de retardo en el desarrollo para sustituir el de retardo mental de la psicología tradicional y explicar los déficits de la conducta infantil.

A partir de los planteamientos anteriores, se ha ampliado el concepto de retardo en el desarrollo para explicar todos los casos de excepcionalidad de la psicología tradicional: mental, física, sensorial y social (aunque la excepcionalidad social es un tema de mucha controversia), así Bijou (citado en Barberena y Gastelum, 1985) nos dice que el retardo puede considerarse como el resultado de la acción desviada y condiciones físicas, biológicas o sociales sobre el desarrollo psicológico de un individuo que da como resultado un funcionamiento incompleto ya sea biológico o social.

Según la Asociación Americana sobre el Retraso Mental, el retraso mental consiste en un funcionamiento intelectual que generalmente es inferior al promedio, que se origina durante el período de desarrollo y produce ciertas limitaciones en las conductas de adaptación (Davison y

Neale, 1983).

Como se puede observar, ambas definiciones coinciden en que el retardo en el desarrollo consiste en un déficit en el funcionamiento del individuo ya sea incompleto o limitado, por lo que los términos retraso mental o retardo en el desarrollo serán empleados indistintamente, sin embargo, con mayor frecuencia aparecerá el término retardo en el desarrollo.

El retardo en el desarrollo puede ser global o específico:

El retardo global abarca de manera general formas de conducta de naturaleza diversa, sobre todo las de naturaleza más compleja. En este caso se habla de retardo generalizado, llamado también "retardo mental profundo" (Galguera, Hinojosa y Galindo, 1991).

Cuando el retardo se observa sólo en un área del desarrollo del individuo, por ejemplo, la conducta verbal, la conducta académica o las conductas motoras hablamos de retardo en áreas específicas. En esta categoría se incluyen los problemas específicos de aprendizaje, las deficiencias del lenguaje; también pueden mencionarse las deficiencias típicas de los individuos ciegos, sordos y paráliticos. El concepto de retardo en el desarrollo abarca por tanto, a todos los individuos impedidos.

Cuando existe un déficit en el equipo orgánico del individuo, su relación con el ambiente físico y social se altera radicalmente, lo cual se manifiesta en una alteración del desarrollo. Mientras mayores sean los déficits orgánicos mayor es la alteración.

Entre los déficits orgánicos se incluyen las lesiones, las disfunciones y también las consecuencias por enfermedades o desnutrición (Galguera,

Hinojosa y Galindo, 1991).

Los déficits orgánicos pueden ser causados por las siguientes condiciones:

- Ingestión de drogas por parte de la madre durante el embarazo. Esta situación afecta el desarrollo físico y neurológico y en algunos casos contribuye al retraso mental.
- Todo lo que produzca anoxia (pérdida del abasto de oxígeno al cerebro) en la madre puede afectar adversamente y a veces gravemente el desarrollo.
- Premadurez: Contribuye a veces al retraso mental.
- Niveles emocionales excesivos.
- El proceso de parto: Actitud de la madre, la disposición de los médicos.
- Enfermedades infecciosas como la sífilis y la rubéola.

Hoy en día no hay duda que los traumas físicos causan daños irreparables en el desarrollo psicológico de los neonatos, como el síndrome de Down, la parálisis y el daño cerebral, y el retraso mental, daños que quedan incluidos en la clasificación de retardo en el desarrollo en función de que producen un desarrollo psicológico incompleto o limitado.

DAÑO CEREBRAL.

El daño del cerebro puede ocurrir antes del nacimiento. Puede ser el resultado de un impacto sobre el cerebro, como el producido por la anoxia, puede ocurrir después del nacimiento, pero las condiciones que permiten este daño pueden haberse establecido antes del nacimiento.

Hay dos grandes tipos de daño cerebral: el que se relaciona con lesiones del cerebro y el que se relaciona con los efectos adversos de un

agente tóxico.

El daño del cerebro que ocurre antes de los tres años puede producir una situación en la cual el niño no controla sus movimientos musculares, pues puede haberse dañado su control muscular grueso y fino. Pueden estar presentes saltos espasmódicos de las manos, de la cabeza o los pies. Este estado recibe el nombre de parálisis cerebral. A veces el niño babea, y también se presentan graves dificultades en el lenguaje.

Aunque los niños que sufren parálisis cerebral tal vez sean de inteligencia media o baja, la incidencia en ellos del retraso es muy elevada.

Probablemente las causas más comunes de deterioro cerebral sean las llamadas lesiones de nacimiento. Hay veces en que el daño físico ocurre durante el parto. Con frecuencia el proceso del nacimiento es violento y puede producir además de efectos psicológicos, un trauma físico. A pesar de la plasticidad del cerebro del niño al nacer, un parto prolongado, o el uso de instrumentos puede causar lesiones graves al cerebro, por ejemplo, hemorragias.

Los niños que sufren daño cerebral suelen tener menor memoria y lapsos de atención más breves. Tienden a reaccionar impulsivamente, son inquietos y se entregan a actividades motoras excesivas (Sarason y Sarason, 1986).

PARALISIS CEREBRAL.

La parálisis cerebral puede considerarse como parte del Síndrome del daño cerebral que incluye disfunción motora, desórdenes conductuales producidos por el daño orgánico. Algunos de los individuos con parálisis

cerebral pueden mostrar sólo un indicio (por ejemplo deterioro motor) mientras que otros pueden mostrar una combinación de síntomas como parálisis, fragilidad, incoordinación y alguna otra disfunción motora. Los síntomas pueden ser demasiado ligeros que se detecten con dificultad.

Al igual que el daño cerebral, la parálisis puede ser causada por infecciones, traumas físicos, la exposición de la madre a sustancias tóxicas, lesiones en el momento del parto, fiebres, envenenamientos, drogas, etc.

Los casos de parálisis cerebral causados por factores genéticos son muy raros.

Las investigaciones de las pasadas décadas han dejado en claro que la parálisis cerebral es una incapacidad para el desarrollo -una condición de invalidez- que es más compleja que sólo una incapacidad motora. Cuando el cerebro es dañado, las habilidades sensoriales, las funciones cognitivas y las respuestas emocionales, así como también la acción motora usualmente se ven afectadas. De este modo, una gran corporación de niños con parálisis cerebral se encontrará con impedimentos auditivos, visuales, trastornos perceptuales, de lenguaje, de conducta o una combinación de varios de estos impedimentos aunado a una incapacidad motora. También pueden exhibir características desagradables como el babeo o las contracciones faciales (Sarason y Sarason, 1986).

SINDROME DE DOWN.

Sabemos que hay tres formas principales de Síndrome de Down: La trisomía 21, la Translocación y el Mosaicismo.

La más común es la trisomía 21, en la cual ha habido una no

disyunción del par de cromosomas designado # 21.

Normalmente, durante el proceso de división celular (mitosis) en el embarazo se forman 23 pares de cromosomas. Los cromosomas están dispuestos conforme un orden particular y tienen estructuras distinguibles; en la trisomía 21 los dos cromosomas llamados # 21 no se separan y cuando el óvulo se une con un espermatozoide normal puede fijarse en un cromosoma extra, de aquí la palabra trisomía. Es por esto que los niños con síndrome de Down tienen 47 cromosomas en vez de 46.

Las causas aparentes del síndrome de Down incluyen tanto al padre como a la madre como agente causal. Se puede presentar en cualquier condición socioeconómica y finalmente, la edad de los padres es un factor variable.

La Translocación se debe a un intercambio de un cromosoma a otro. Tales translocaciones tal vez hayan ocurrido en los abuelos. Se trata de un trastorno heredado, diferente de la trisomía 21 en el que las edades de los padres no están relacionadas con su incidencia.

El Mosaicismo es consecuencia de una anomalía cromosómica. Durante el desarrollo del embrión, una célula no se divide uniformemente de lo que resulta una célula con 45 y otra con 47. La célula con 45 cromosomas muere, pero la que tiene 47 se desarrolla independientemente. Las personas que sufren este mal varían muchísimo entre sí, algunas muestran características típicas del Down y otras se desarrollan con toda normalidad.

Las características físicas del Síndrome de Down son muy reconocibles: pliegue en la piel de los ojos, ojos rasgados, falta de líneas definidas en las palmas de las manos, ojos hundidos con frecuencia

estrábicos, achatamiento del puente de la nariz, flacidez de los músculos, manos gruesas y cortas, dedos muy pequeños, estatura baja y peso bajo (Hutt, 1988).

Se dice que este tipo de niños son tranquilos, bondadosos, alegres, de temperamento uniforme y dóciles al control social, Sin embargo, no todos encajan en este estereotipo.

En términos generales un individuo con retardo en el desarrollo va a ser disminuido en alguna o varias áreas a la vez, las características más reconocidas según Berberena y Gastelum (1991) son: Problemas de aprendizaje rendimiento pobre, escasos hábitos de trabajo, distracción, deficiente capacidad motora, pobre desarrollo del lenguaje, problemas adaptación social, problemas visomotores y percepción auditiva pobre.

La presencia de un niño retrasado mental en el seno de una familia tiene efectos de gran alcance. Los padres de niños retardados mostrarán con toda probabilidad reacciones emocionales significativas ante el hecho de tener un hijo con déficits en su desarrollo. Tales reacciones variarán de un padre a otro.

ACTITUDES DE LOS PADRES ANTE LA SITUACION DE TENER UN HIJO CON RETARDO EN EL DESARROLLO.

Parece ser que los recién nacidos son muy semejantes entre sí, y que su desarrollo individual sigue las mismas pautas generales, pero como se sabe nunca hay dos infantes que sean exactamente idénticos hay quienes sufrieron algún daño durante su vida intrauterina o en el momento del nacimiento, o los que han estado expuestos a ambientes muy desventajosos,

estos tendrán marcadas diferencias en cuanto a sus capacidades y evolución. Dichas desigualdades, unas heredadas y otras adquiridas influyen en el curso del desarrollo infantil y hacen de cada niño un individuo distinto (McCandies, 1984).

Puesto que cada infante es distinto de otro teniendo un desarrollo normal, es de suponerse que las diferencias entre niños normales y niños con retardo en el desarrollo serán mayores, lo cual lleva a creer que las relaciones que se establezcan entre una madre y su hijo con retardo presentará algunas alteraciones, comparadas con las que se dan en la misma relación pero con niños normales. Dicho planteamiento es el tema a tratar en este capítulo.

Al nacer el bebé casi siempre luce sano y "normal" su cuerpo esta completo y sin deformidad en la mayoría de los casos, sus sentidos parecen intactos, es un bebé común en cuanto a su salud y por ello sus padres se sienten satisfechos, orgullosos y felices, lo cual provoca un ambiente cálido y positivo; sin embargo, si durante el nacimiento, horas o días después se enteran de que el niño nació con Síndrome de Down o con otra alteración, todas las esperanzas de los padres se quebrantan de manera abrupta. Ha sobrevenido la catástrofe y el dichoso acontecimiento largamente esperado se torna en una dolorosa experiencia para todos los miembros de la familia, para los amigos y para todas las personas que participan en el diagnóstico o en el tratamiento del niño (Jasso, 1991). Todos los deseos de "aquel bebé maravilla" en lo físico y en lo intelectual se han destruido repentinamente. En vez de un niño que les prodigará alegría, tienen uno que les causará muchas penas, todo lo anterior relacionado con las etapas de tristeza y desilusión.

Todas estas reacciones hacen sentir a los padres tristes y deprimidos, confundidos y desesperados, momento durante el cual es muy importante la búsqueda de apoyo especializado o el desinteresado con alto grado de racionalidad y entrega (Jasso op cit).

Durante los primeros días que siguen al nacimiento de su bebé, los padres pueden experimentar rebeldía, después pueden tornarse hacia cualquiera de los miembros del personal de salud. Muchas de las reacciones precedentes se ven probablemente influidas por la concepción que nuestra sociedad en general tiene sobre la psicología del embarazo normal y el significado de los niños en ella. Posiblemente piensen los padres en la actitud que los demás tomarán ante su hijo y ante ellos como familia, al saber que hay un retrasado mental en ella o es probable que también piensen en buscar la manera de ayudar a su hijo a ser visto como "normal" (Jasso, 1991; Menolascino y Wolfenberger citado en Ingalls, 1982). En realidad son tantas, diversas e inesperadas las actitudes de los padres al confirmar que su pequeño es retardado, por tal razón se enumerarán en el transcurso de esta segunda parte.

Para Ingalls (1982) prácticamente todos los padres reaccionan con una conmoción y tristeza profunda a la noticia de que su hijo es retrasado mental. Menolascino y Wolfenberger (1967; citado en Ingalls, 1982) opinan que hay tres tipos de crisis que se presentan ante esta situación:

a) Crisis de lo inesperado.- Casi todos los padres tienen grandes planes y perspectivas para sus hijos: esperan con ansia el momento en que los puedan contemplar dando sus primeros pasos, pronunciando sus primeras palabras, obteniendo calificaciones excelentes en la escuela y

entrando al bachillerato. Parece que todos los padres dan por supuesto que su niño va a ser el más inteligente, el más bonito y el de mejor conducta de todo el barrio. Con estas expectativas, es fácil imaginar el profundo choque o desilusión que experimentan los padres ante la noticia de que su niño no va a ser autosuficiente. Naturalmente que la gravedad de la reacción emocional primera, varía enormemente de unos padres a otros. Algunos padres son calmados por naturaleza y poco emotivos, y aceptan el hecho de que su hijo está retrasado, sin inmutarse exteriormente. Otras personas, emotivas por naturaleza, suelen exagerar en sus reacciones ante esta situación, culpándose a sí mismos o culpando a otros en una forma irracional.

b) La crisis de los valores personales.- La crisis de lo inesperado dura poco tiempo, pero una vez que los padres se reponen del choque inicial, empiezan a sentir otras muchas tensiones. Muchos padres nunca logran cambiar su mentalidad con respecto al retardo de su hijo, y en consecuencia abrigan sentimientos ambivalentes hacia su hijo retrasado: Por un lado aman al niño por ser su hijo, pero por otro lo rechazan debido a su retraso mental.

Se dan varias reacciones características a esta ambivalencia, algunas de ellas son señales de una adaptación deficiente, por ejemplo, la culpa o el dolor excesivo, el uso exagerado de mecanismos de defensa, como la negación o la protección exagerada. Sin embargo, muchos padres sí son capaces de resolver este conflicto y aceptan plenamente a su hijo tal como es. Las reacciones más comunes son:

1.- Culpa: Muchos padres se sienten culpables, no por tener un niño retrasado, sino por las reacciones que sienten hacia él. Un padre que tiene dificultades para resolver este conflicto de valores y que alguna vez siente

cierto resentimiento hacia el niño o se enoja con él, suele sentirse profundamente culpable de experimentar emociones negativas tan intensas hacia un individuo tan indefenso.

2.- Negación: Una segunda reacción muy común en los padres al descubrir que su hijo es retrasado es el mecanismo de defensa de la negación. Esta negación toma muy diversas formas, una versión, es hablar de su hijo como un niño de lento aprendizaje. Un tipo más serio de negación es la renuencia a admitir que el trastorno de su hijo muy probablemente no tiene remedio y que el niño nunca será autosuficiente. La forma externa de la negación es sencillamente negarse a admitir que su hijo o hija es de alguna manera diferente a los demás niños.

3.- Protección: Otro patrón de conducta paternal es la protección excesiva al infante. Algunos padres, por lo general la madre, dedican todo su tiempo a su hijo retrasado hasta olvidarse casi totalmente de sus demás hijos y del consorte. Constantemente tratan al niño como si estuviera más incapacitado de lo que realmente está, por ejemplo, una madre de este tipo de niños suele seguir vistiendo al niño, cuando éste ya lo puede hacer por sí mismo. Estos padres nunca permiten que el niño se aleje de su vista y renuncian a toda su vida social y a sus intereses para cuidar a su "niño retrasado".

4.- Pena: Casi todos los padres que tienen un niño retrasado padecen una pena crónica durante toda su vida. Esta pena de ninguna manera es una reacción neurótica, sino una reacción perfectamente natural, y normal, aunque muchos padres procuran ocultar en público su depresión y su dolor.

5.- Aceptación: La palabra aceptación se usa para describir lo que se

considera una reacción saludable ante el hecho de tener un hijo retrasado. Muchos padres logran resolver su crisis de valores y aceptan a su hijo como es.

Volviendo a la crisis que presentan los padres de un infante retrasado, tenemos una tercera:

c) Crisis de la realidad.- Al mismo tiempo que los padres de un niño impedido se ven obligados a afrontar estos sentimientos ambivalentes producidos por valores en conflicto, también tienen que afrontar otras realidades más concretas. La primera de éstas, es de tipo económico; muchos niños retrasados tienen problemas de salud que requieren tratamiento. Otras preocupaciones muy realistas de los padres incluyen el modo como los parientes y vecinos van a aceptar al niño. Aun cuando los padres se adapten satisfactoriamente al retraso de su hijo, puede suceder que los abuelos o los otros parientes del niño lo rechacen.

Con respecto a la situación de tener un hijo con retardo en el desarrollo, Bethea (citado en Carrillo y Rodríguez, 1994) dice que los padres al enterarse de que su hijo padece un trastorno, se impresionan y se afligen. Reaccionan haciendo preguntas a cerca del tratamiento y la cura, también se da el caso de que permanezcan callados. Quizás lloren y expresen rebeldía contra lo que les ha sucedido. Es posible que deseen estar solos.

Miles (citado en Carrillo y Rodríguez, 1994) menciona que en el caso de tener un hijo con deficiencia mental, los padres a menudo reaccionan con un automático trauma. El momento en que se habla a los padres de la incapacidad de su hijo es crucial para crear actitudes positivas o negativas.

Cunningham (citado en Carrillo y Rodríguez, 1994) argumenta que las

reacciones ante el nacimiento de un niño con alguna alteración son la conmoción e incredulidad (no saben que pensar o como reaccionar), quieren proteger al niño desamparado y a la vez sienten rechazo al pensar en su anormalidad.

Waisbren (1980) dice que los padres de niños retardados son introducidos inmediatamente en nuevos roles, entran en contacto con médicos especialistas, agencias de apoyo, etc. Estos padres experimentan enormes cambios, incluyendo síntomas de presión psicológica prolongada, baja autoestima y terribles sensaciones de menosprecio. Hutt (1988) agrega que tales reacciones variarán en grado y calidad de un padre a otro y de un tiempo a otro a lo largo de la vida, por ejemplo, las presiones y las situaciones de estrés a las cuales los padres pueden estar sujetos por el retraso del niño quizás aumenten y se vuelvan devastadoras. Aun más allá Hewett (1970, citado en Wishart, Bidder y Gray 1981) al igual que Gallimore y Cols (1993) reportan que la presencia de un niño retardado, además de crear tensiones en el grupo familiar, cambia los planes y rompe con las actividades interactivas de la vida diaria.

Toda esta gama de reacciones por parte de los padres ante dicha situación hace suponer que indudablemente, el tener a un niño retrasado casi siempre implicará ansiedades y problemas extras para ellos, problemas que comienzan minutos después del nacimiento, como en el caso de los niños con daño neurológico, con síndrome de Down o parálisis cerebral.

En la mayoría de los casos, la situación de tener un hijo retardado, es *afrontada de manera especial por la madre ya que es ella la encargada del cuidado de sus hijos*. Se sabe que la interacción entre ellos es

importantísima, es la base del desarrollo humano. Esta relación comienza muy tempranamente y de manera especial en el acto de la alimentación, el cual está cargado de gran valor emocional y social, hecho que se comprueba cuando las mujeres que esperan dar a luz expresan con frecuencia la esperanza de poder dar el pecho a sus hijos y aun con mayor frecuencia se escuchan sentimientos de entusiasmo, de expectación y de temura en lo que respecta a alimentar a su bebé.

Un niño normal puede satisfacer las emociones y los sentimientos de su madre, y las vivencias agradables ocurridas en ciertos momentos, como en la alimentación, conducirán a otras que pronto se extenderán a los otros miembros de la familia. Sin embargo, el niño que ha experimentado durante el período prenatal o perinatal una lesión neurológica no gozará frecuentemente de vivencias agradables, ya que experimentará muchos momentos de fracaso, y no tan sólo él sino que dicha experiencia también la compartirá la madre.

Cuando los bebés sufren retardo su menor capacidad para enfrentarse a las situaciones, aumentará los problemas no sólo de él, sino también los de su madre. La capacidad limitada del pequeño para responder y desarrollarse quizá frustre a la madre, la cual, perderá afectividad para enfrentar las necesidades de su hijo. De este modo se puede establecer una pauta de interacción inadecuada de conductas recíprocas que posteriormente afectará el desarrollo del bebé (Cruickshank, 1977).

Cuando un niño nace con una deficiencia grave, existe un elevado riesgo de rechazo, aislamiento y depresión de la madre. Las madres y los hijos encaran ciertos problemas al intentar restablecer su relación, a esos

problemas Craig (1988) los llama trastornos en la formación del vínculo. En contraste con lo anterior, Shakespeare (1981) indica que cuando el retraso es evidente, las madres tienden a reportar que aceptan a su hijo desde el momento en que observan lo normal que parece. Este contacto visual parece ser el comienzo de una relación madre-hijo. A partir de entonces son los aspectos normales del niño los que importan a la madre y cada logro de él es altamente apreciado.

Lewis y Feiring (1989) al igual que Yoders y Feagans (1988) y Mahoney (1988) definen la relación de apego entre una madre y su hijo retrasado como el reflejo de las características de la interacción materna, así como las características de la conducta infantil para propiciar dicha relación, es decir, que percibe el apego como una relación bidireccional, por ejemplo, los niños con alguna incapacidad tienden a ser muy irritables, poco sociables e interactúan poco con su madre, lo que propicia inseguridad en la conducta de apego, de igual modo si la conducta materna es poco responsiva y con poca iniciativa para interactuar con su hijo, también afectará la naturaleza de dicha relación.

En este campo de estudio de la interacción madre-hijo con retardo, muchos autores han realizado diversas investigaciones con el fin de entender los factores que regulan tal vínculo, cuya importancia es básica para el desarrollo de todo ser humano, independientemente de sus habilidades.

A continuación se citan los resultados que autores como Barden (citado en Lewis y Feiring, 1989), Rogers (1988), y Shakespeare (1981) reportan en diversos artículos en relación con el tema.

Barden (1983; citado en Lewis y Feiring, 1989) comparó la calidad de la interacción madre-hijo en niños normales y niños con retardo, observando que el retardo en el desarrollo, así como algunas malformaciones físicas son factores que sugieren que la interacción entre una madre y su infante retardado será de baja calidad, pero no precisamente por causa o rechazo de la madre como se podría suponer, sino que, esta baja calidad es debida en gran parte a las impotencias del infante para interactuar.

Rogers (1988) realizó una recopilación de resultados de algunos estudios acerca de las características de la interacción social entre madres e hijos con algún tipo de retardo en el desarrollo, para lo cual diferenció las actividades que realiza la madre en relación con su hijo y las actividades que realizan los infantes en relación con su madre. En esta recopilación encontró que:

Las características interactivas de los infantes con retraso en el desarrollo o con alguna incapacidad suelen ser poco variadas, por una parte emiten pocas señales físicas a su madre (pocas sonrisas o carcajadas y pocas vocalizaciones o indicaciones) y por otro lado expresan mayor número de acciones negativas como desaprobación algo, negarse a obedecer, además de que muestran mayor irritabilidad y desvían la mirada con mayor frecuencia cuando su madre intenta llamar su atención. También en algunos casos los niños retrasados son incapaces de realizar alguna actividad y son muy descuidados.

Para describir las actitudes maternas Rogers (1988) cita en su recopilación algunos estudios realizados por Cunningham en 1981 con infantes retardados. Rogers (op cit) encontró que las madres de estos niños

son más activas y son iniciadoras de mayor número de interacciones con ellos. Estas interacciones son diferentes y varían según el grado de retardo y la edad del infante. El mayor grado de interacción materna lo observó dentro de las actividades del cuidado de la madre a su hijo y en la situación de juego con objetos. Las madres de estos niños inician más de dos veces interacciones de control y dedican considerablemente más tiempo jugando con ellos.

Al igual que Cunningham (citado en Rogers, 1987), Eheart (1982) fundamenta que efectivamente las madres de infantes retardados inician situaciones de interacción con mayor frecuencia y son más directivas y controladoras con sus hijos en situaciones de juego libre que las madres de infantes sin retardo, además de que emplean con más frecuencia conductas no verbales.

Hanzlik y Stevenson (1986) realizaron un estudio en el que participaron 40 diadas madre-hijo con y sin retardo. Las diadas fueron videograbadas durante 15 minutos en sesiones de juego libre. En este trabajo se examinó la frecuencia de conductas en conjunto, las reacciones positivas y el contacto físico. Los resultados mostraron que las madres de infantes con retardo dan órdenes con más frecuencia que las madres de no retardados y que algunas veces ordenan y otras preguntan, quizás como un intento de obtener más respuestas de su hijo. El contacto físico ocurrió con más frecuencia por parte de las madres de infantes con retardo. Finalmente los infantes retardados fueron más sumisos que los no retardados, además de que exhibieron menor número de interacciones verbales.

En otro estudio similar Levy-Shiff (1986), observó las mismas

conductas en las interacciones madre-hijo, en ésta investigación señala que las madres de retardados brindan poca atención y pocos cuidados a sus hijos, casi no manipulan los juguetes y propician menos contactos físicos que las madres de infantes no retardados. Agrega que la mayoría de las actividades maternas son en estilo directivo. En lo que se refiere a los infantes observó que estos responden en pocas ocasiones a sus madres, inician pocas interacciones y son muy renuentes a las indicaciones de sus madres.

Jones (citado en Schaffer y Dunn, 1982) en una de sus investigaciones acerca de la comunicación entre madre e hijo en niños con retardo en el desarrollo y niños normales en situaciones de juego libre observó por parte de las madres de niños con retardo más tendencia a dirigir en comparación con las madres de niños normales, ya que hubo más secuencias interactivas en que las madres de niños retardados dirigían la actividad, que aquellas en que siguieron la iniciativa del niño. También observó que los niños normales emitieron más vocalizaciones diferentes, en tanto que los niños retardados tendieron a emitir la misma vocalización con mayor frecuencia en cada sesión, por lo cual se considera que sus vocalizaciones tienen menos potencial comunicativo. Por otra parte las respuestas vocales de las madres a las vocalizaciones de sus hijos indican que las madres de niños retardados responden con mayor frecuencia con palabras aisladas o de reconocimiento que con frases o comentarios sobre la actividad de su hijo, tal como ocurría con mayor frecuencia entre las madres de niños normales.

En otro estudio realizado por Guevara (1992) con infantes con retardo

en el desarrollo en situaciones y contextos normales en sesiones de 10 minutos se observó que las madres de este tipo de niños no promueven interacciones con sus hijos, y si lo hacen, tales interacciones son para manejar el ambiente físico, también se observó que ellas muestran pocas habilidades para interactuar, especialmente lingüísticamente.

En lo que respecta al infante retardado se observó que en general no interactúa con su madre pero sí interactúa con su medio físico. No interactúa lingüísticamente con su madre porque la madre tampoco lo hace.

Las situaciones en que interactúan con más frecuencia ambos miembros de la diada es en los momentos de aseo personal, sin embargo, estas interacciones son dirigidas por la madre en relación con el manejo del ambiente físico. En momentos de alimentación la interacción lingüística es muy poca y en momentos de juego hay variación en tales interacciones ya que las madres emiten gestos y palabras, aunque con frases muy simples.

Maurer y Sherrod (citado en Chimal y Reyes, 1993) comentan que generalmente los estudios comparativos caracterizan a las madres de hijos retardados como más directivas y controladoras en comparación con madres de niños normales, mientras que, los niños son más pasivos durante la interacción (comparados con niños normales).

Otro autor que realizó estudios acerca de las características maternas en relación con el infante retardado fue Mahoney (citado en Rogers, 1988), él hace notar que la situación de juego entre la madre y su hijo son de extrema importancia y que el mayor número de experiencias significativas o positivas que la madre proporcione, así como la calidad de la estimulación y la cantidad de control y dirección hacia su hijo, influyen determinadamente

en el desarrollo de éste.

Fraser (citado en Chimal y Reyes, 1993) señala que las expectativas maternas pueden influir en la relación madre-hijo, así por ejemplo si la madre considera que las posibilidades de desarrollo del niño son mínimas (debido a algún impedimento físico o biológico) sólo le proporcionará la estimulación que considere pertinente y si la madre "ajusta" su lenguaje a lo que cree son las posibilidades del niño, puede no promover interacciones necesarias que lo lleven a un avance en su desarrollo.

Guevara (citado en Chimal y Reyes, 1993) considera que es probable que un niño con impedimentos físicos (premadurez, malnutrición y síndromes diversos) no demande atención ni dé respuestas a las iniciaciones interactivas de la madre, por lo que pueden verse disminuidos los intentos de interacción de la madre llevando con esto a la ausencia de interacciones o bien a interacciones anormales .

Ijzendoorn, Golber, Kroonenberg y Frenkel, (1992) analizaron los aspectos que ocasionan problemas entre una madre y su hijo con retardo en el desarrollo para establecer la relación de apego, para ello observó una muestra clínica de 34 diadas madre-hijo diagnosticadas como: De infantes maltratados o con síndrome de Down. En este trabajo se trató de observar la clasificación de apego establecidas por Ainsworth (Apego asegurador, ambivalente y de evitación) en estudios mencionados anteriormente, sólo que ahora con sujetos clínicos. Los resultados que obtuvo muestran que la presencia de situaciones como el maltrato o el síndrome de Down ocasionan un déficit en el apego y un incremento de inseguridad dentro de la diada, así como una interacción desorganizada y problemas de conducta, pero sobre

todo obstaculizan el desarrollo de la interacción y por consiguiente deteriora la calidad de éste.

Otros aspectos de la actitud materna que suprimen y dificultan el óptimo desarrollo del infante, y por consiguiente del vínculo, son la sobreprotección a su hijo, así como la autoridad materna, los cuales hacen al niño menos independiente y más lento para desarrollar su propia atención, no se le permite que trepe por que se puede caer, por lo tanto no puede desarrollar sus habilidades motoras, no se le permite salir solo por que se va a extraviar, por lo tanto no aprenderá a orientarse.

Como se puede observar, al igual que todo ser humano, el niño retrasado no vive en un vacío. Necesita, como todo el mundo, relaciones emocionales estrechas con otros para que alcance su máximo desarrollo, así como la oportunidad de desarrollar satisfactoriamente sus potencialidades.

Después de esta revisión teórica acerca de la interacción madre-hijo con retardo, podemos concluir que, dependiendo de las reacciones de los padres ante la situación de tener un hijo con retardo serán las circunstancias que priven dentro del ambiente que va a rodear tal acontecimiento y principalmente las que constituirán la interacción entre la madre y su hijo con retardo (relación de apego). También es necesario decir que la calidad de dicha interacción puede variar, ya que intervienen factores que no pueden ser totalmente controlados, lo cual es identificado como algo natural y propio de la situación en que se encuentren ambos miembros tanto la madre como el infante. Por una parte la madre sufre diversas situaciones personales, sociales, económicas, y por otra parte, el infante presenta actitudes que no son voluntarias, es decir, que no es capaz de reaccionar como lo esperaría

su madre o las personas en general, por tal razón, la calidad de la interacción no puede ser calificada en su totalidad. Tal interacción también depende en gran medida del tipo de retardo que presente el infante, pues se ha comprobado que cuando el infante posee un retardo leve va a interactuar más positivamente o con mayor frecuencia con su madre, en contraste con un infante que posee retardo severo o profundo, el cual va a ser totalmente dependiente de su madre, y por lo tanto será ella la que tome el timón de la interacción, aunque dicha interacción desafortunadamente presentará episodios de autoridad, control o sobreprotección materna.

Debido a todo lo revisado hasta ahora, surge el interés de comprobar o ampliar todas estas expectativas y en especial observar que tan diferente es la relación que se establece entre una madre y su hijo normal y una madre y su hijo con retardo en el desarrollo, tomando como variante de esta investigación que el infante es de sexo femenino.

CAPITULO III.

PROYECTO GENERAL.

ANALISIS DE LA CALIDAD DE INTERACCION MADRE-NIÑO CON RETARDO Y MADRE-NIÑO NORMAL.

Proyecto general tomado de la tesis realizada por Patricia Ortega Silva (1994) de la cual se desprende el proyecto específico.

El presente estudio identifica y caracteriza la calidad de la interacción en dos tipos de diadas: madre-niño con retardo en el desarrollo y madre niño normal.

El punto de vista del cual se parte para realizar esta investigación es el análisis interactivo, en donde la diada es la unidad de observación y el objeto de análisis por excelencia (Pineda, 1987).

Los supuestos teóricos fundamentales en el marco del análisis interactivo plantean que el desarrollo de las diferentes funciones psicológicas en el niño, es producto de la interacción de éste con los adultos que le rodean.

Algunas de las premisas teóricas fundamentales de este marco son:

1.- El lenguaje, en tanto sistema de respuestas convencional, es por definición social. Esto significa que "aún cuando se reconoce la importancia de un organismo biológico íntegro como condición necesaria (no suficiente) para que éste adquiera el lenguaje, las condiciones específicas y funcionalmente vinculadas con el desarrollo de la potencialidad lingüística se localizan en el medio ambiente social del niño, es decir, en las interacciones

concretas de éste con otros sujetos que ya poseen lenguaje". (Pineda, 1987, P. 2).

2.- Esta perspectiva concibe al adulto y al infante como elementos activamente involucrados en la interacción.

A partir de este enfoque, se desprenden algunas consideraciones metodológicas como las siguientes:

El contexto en el que se debe estudiar la interacción es aquél en el que un adulto y su hijo se vinculan de manera más natural, es decir, el hogar en situaciones que puedan compartir las diadas donde el lenguaje sea el posibilitador de interacciones individuales.

En los estudios interactivos y diádicos, se elige principalmente a la madre, y en ocasiones al padre o algún otro adulto significativo para el niño para realizar los análisis.

Este tipo de investigación no es manipulativa, dado el papel activo que desempeñan tanto el adulto como el infante. Aquí se observa lo que el adulto hace con respecto al niño y viceversa, estableciendo relaciones de interdependencia entre la actividad del uno y del otro.

En general, en el marco del análisis interactivo la unidad de observación es la diada, ya que la interacción diádica es una variable sumamente importante en los diferentes niveles de desarrollo psicológico. Una interacción diádica es la dependencia de la actividad del adulto y la del niño, que puede variar en contextos distintos. De ahí que el comportamiento de los padres en situaciones de interacción con los niños es en parte atribuible a las características de estos últimos.

Al respecto, Briker (1991) menciona que la perspectiva interaccionista

plantea la relación adulto-niño como una relación en la que ambos participantes influyen en la conducta del otro, observándose la existencia de un intercambio recíproco regulado por la respuesta de cada participante hacia el otro.

Todo lo antes mencionado, no hace más que justificar la importancia de analizar la calidad de las interacciones adulto-niño para determinar las características y particularidades de la interacción madre-hijo con retardo en el desarrollo versus madre-hijo normal.

Los objetivos de la presente investigación son:

- 1.- Analizar la calidad de las interacciones en diadas madre-niño normal mediante los Índices de Responsividad social y Continuación social.
- 2.- Analizar la calidad de las interacciones en diadas madre-niño con retardo en el desarrollo, mediante los Índices de Responsividad Social y Continuación Social.
- 3.- Analizar la calidad de las interacciones en ambas diadas dependiendo del estado psicológico del niño (comparación de los Índices de Responsividad Social y de Continuación Social).
- 4.- Analizar la calidad de las interacciones en ambas diadas dependiendo del sexo de los niños (as).

Para cubrir dichos objetivos, se tomaron dos factores: Factor (A) Estado psicológico del niño (normal o con retardo en el desarrollo), y el factor (B) Sexo del niño.

Con respecto al factor (A) se analizó si la calidad de la interacción madre-niño normal es igual a la calidad de la interacción madre-niño con retardo en el desarrollo.

Con respecto al factor (B) se analizó si la calidad de la interacción en ambas diadas varía dependiendo del sexo del niño.

Las variables dependientes fueron: la calidad de la interacción que se midió a través de dos índices: 1. Responsividad social y 2. Continuación social (ambos índices se detallarán más adelante).

Las variables independientes atributivas fueron: 1. Estado psicológico del niño normal versus con retardo en el desarrollo) y 2. El sexo del niño (masculino versus femenino).

METODO.

SUJETOS.

Se eligieron 16 diadas madre-niño con nivel socioeconómico bajo y medio bajo. Las madres contaban con estudios mínimos de primaria y se dedicaban únicamente al hogar.

Los sujetos se dividieron en 2 grupos: uno formado por 8 diadas madre-niño normal y otro por 8 diadas madre-niño con retardo en el desarrollo. Ambas diadas se dividen en 4 con niños y 4 con niñas. La edad de los niños fue de 4 a 6 años. La mayoría de los niños normales asistían al kinder. En el caso de niños con retardo en el desarrollo se incluyeron aquellos que presentaban una etiología de tipo biológico (síndrome de Down, parálisis cerebral, retardo generalizado). No se incluyeron niños con problemas sensoriales. Los sujetos fueron captados como población que asiste al servicio en el área de Educación Especial y Rehabilitación de la Clínica Universitaria para la Salud Integral (CUSI).

La elección de los niños se realizó en base a la edad y al sexo, en el

caso de las madres se solicitó que se dedicarían únicamente al hogar y que asistieran con sus hijos al servicio de Educación Especial.

ESCENARIO.

Las filmaciones se realizaron en un salón de juegos de 4 x 4 metros, de la Clínica Universitaria de la Salud Integral. El salón estaba con una mesa, silla y varios juguetes.

MATERIALES.

Juguetes del niño (dados, coches, rompecabezas, pelotas, soldados, cuerdas, etc.) y juguetes proporcionados por los instructores.

APARATOS.

Equipo de videograbación y reproducción, videocasetes, computadora, diskettes.

CATEGORIAS DE REGISTROS DE LOS DIFERENTES ESTADOS DIADICOS.

(1) Estado diádico del niño (N): Solamente el niño presenta claves sociales (sonrisas, afecto, dar un objeto, tomar un objeto, vocalizaciones neutrales positivas, contacto ojo a ojo, disfrutar la compañía de mamá, entre otras) en un intervalo.

(2) Estado diádico materno (M): Solamente la madre presenta conductas sociales (agarrar al niño, sonreír, demostrar afecto, dar objetos, tomar un objeto, vocalizaciones hacia el niño, expansión de las vocalizaciones, reconocimiento de la conducta del niño mediante expresiones faciales, respuestas motoras, e imitación de conductas del niño) durante al intervalo.

(3) Estado diádico de Acción Conjunta (AC): Cuando ambos, madre y niño presentan conductas sociales durante el intervalo.

(4) No hay interacción (NH): Ni la madre, ni el niño presentan conductas sociales durante el intervalo (ausencia de conducta interactiva en ambos miembros).

(5) Interacción negativa (IN): La mamá, el infante o ambos presentan conducta verbal y/o física negativa.

PROCEDIMIENTO.

FASE I. Filmación de diadas.

Se llevaron a cabo tres sesiones de filmación separadas por dos días cada una (lunes, jueves, lunes), con una duración de 30 minutos en situación de juego libre, donde se registró simultáneamente como interactuaban la madre y el niño al jugar con los materiales de él y otros que se les proporcionaron. Las instrucciones que se les dieron a la madre fueron: "por favor señora durante este tiempo puede jugar con el niño (a) como generalmente lo hace en casa".

FASE II Registro de estados diádicos.

Dos observadores analizaron los videos un par de veces antes de empezar a registrar, y discutieron las definiciones de los estados diádicos (antes definidos). Se utilizó un registro de bloques sucesivos de 10 seg., y se codificaron los diferentes estados diádicos que se presentaban en cada intervalo. Se registraron los 20 minutos intermedios de cada sesión en la situación de juego libre.

FASE III.- Codificación de estados diádicos.

Retomando los 5 estados diádicos, se hizo una combinación de 25 probabilidades transicionales (diferentes combinaciones de la sucesión de los estados diádicos) esto es, la aparición de un estado diádico dado algún otro estado diádico. A partir de esto, es la aparición de un estado diádico dado algún otro estado diádico. A partir de esto se obtuvo el índice de responsividad social y el índice de continuación social. Por ejemplo, N/N significa la presentación de el estado diádico del niño dado el estado diádico del niño; N/M significa la presentación de el estado diádico del niño dado el estado diádico de la madre, etc...

	N	M	AC	NH	IN	Total
N	N/N	N/M	N/AC	N/NH	N/IN	
M	M/N	M/M	M/AC	M/NH	M/IN	
AC	AC/N	AC/M	AC/AC	AC/NH	AC/IN	
NH	NH/N	NH/M	NH/AC	NH/NH	NH/IN	
IN	IN/N	IN/M	IN/AC	IN/NH	IN/IN	
Total						

INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL= AC/N-N/N

INDICE DE CONTINUIDAD SOCIAL= AC/AC.

CONFIABILIDAD.

Una vez obtenida la transcripción de los estados diádicos, se obtuvo la confiabilidad utilizando el Coeficiente Kappa. Se utilizó este coeficiente debido a que evalúa la forma en que dos o más observadores independientes acuerdan el registrar estados diádicos mutuamente

excluyentes, es susceptible de generalización a diferentes situaciones y es posible contrastar la significancia del valor obtenido.

ANALISIS DE DATOS.

Se utilizó un sistema de observación conductual (una secuencia de 5 posibles estados diádicos) para obtener los índices de calidad de la interacción en ambos tipos de diadas. Las categorías de codificación se construyeron con base al procedimiento reportado por Hann (1989) y derivado del Mother Infant Behavioral Observation System (MIBOS).

Una vez realizada la codificación de los estados diádicos se procedió a obtener los índices.

INDICES DE CALIDAD DE INTERACCION.

Estos índices se basan en la obtención de las probabilidades transicionales porque en ellas se muestran las diferentes combinaciones de la presentación de los estados diádicos. Estos índices se retomaron porque representan el conjunto de conductas (sensibilidad, responsividad, directividad, etc.) que ambos pueden presentar en una interacción diádica conceptualizada como un continuo que puede ir desde interacciones de baja calidad: insensitivas, falta de responsividad, etc., hasta interacciones de alta calidad: sensitivas y de responsividad (Hann, 1989).

INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Este se refiere al valor de la diferencia de las probabilidades de que un estado de acción conjunta (AC) se dé, cuando ha ocurrido un estado diádico únicamente del niño (AC/N), menos la probabilidad de que al estado diádico (N), le siga el estado diádico del niño (N/N). Esto es, $p(AC/N) - p(N/N)$. En otras palabras, el índice de responsabilidad social sería la diferencia en la probabilidad de que estando el niño interactuando solo, le siga una interacción con la madre, menos la de que estado el niño interactuando solo, continúe haciéndolo.

En este índice, si la probabilidad de que la madre se una al niño para presentar alguna conducta social (AC/N) es alta, entonces la probabilidad de que el niño continúe solo (N/N) es baja. Y por lo tanto la diada recibirá una calificación alta en el índice de responsabilidad social.

A la inversa, si la probabilidad de que la madre integre al niño en conductas sociales es baja, y la probabilidad de que el niño continúe solo es alta, entonces la diada recibirá una calificación negativa (baja) en el índice de responsabilidad social.

Visto de otra manera, el índice de responsabilidad social (AC/N/N) representa interacciones de alta calidad con valores positivos (altos), y de baja calidad con valores negativos (bajos) y de una calidad promedio (regular o media) con valores en cero o cerca del cero. Los valores de este índice flutúan entre -1.00 a +1.00.

INDICE DE CONTINUIDAD SOCIAL.

Este índice indica el grado en el cual una interacción social mutua madre-niño una vez empezada continúe, vía la posibilidad de que al estado de acción conjunta (AC/AC). Similar al índice anterior, los valores altos en el índice de continuación social indican interacciones de alta calidad madre-niño. Los valores de este índice pueden variar de un valor alto de +1.00 a uno bajo de 0.00.

El índice de Responsividad Social se calculó para:

- 1.- diadas madre-niño normal.
- 2.- diadas madre-niño con retardo en el desarrollo.
- 3.- diadas madre-niño, sexo masculino.
- 4.-diadas madre-niño, sexo femenino.

El índice de Continuación social se calculó para:

- 1) diadas madre-niño normal.
- 2) diadas madre-niño con retardo en el desarrollo.
- 3) diadas madre-niño, sexo masculino.
- 4) diadas madre-niño, sexo femenino.

CAPITULO IV.

PROYECTO ESPECIFICO.

CALIDAD DE LA INTERACCION MADRE-HIJA NORMAL Vs MADRE-HIJA CON RETARDO EN EL DESARROLLO.

El proyecto que se presenta a continuación forma parte del proyecto general descrito en el capítulo anterior, cuyo objetivo fue analizar la calidad de las interacciones en diadas madre-niño normal y diadas madre niño con retardo mediante el índice de Responsividad social y el índice de Continuación social.

Al igual que el proyecto general, este proyecto específico analizó la calidad de las interacciones madre-hijo normal y con retardo a partir de un análisis interactivo. Trabajándose en esta ocasión solamente con infantes del sexo femenino.

El marco teórico que fundamenta esta investigación se basa en los trabajos realizados por autores como Bowlby, (citado en González, 1980) Schaffer (1985) y Clarke-Stwar, Umeh, Snow y Pederson, (1980) entre otros, quienes plantean la relación de apego en términos interactivos, recíprocos o como un sistema de retroalimentación que también puede describirse como una sociedad, cuyas consecuencias serán un factor determinante en el desarrollo psicológico y social del infante.

Los autores citados señalan que el niño es incapaz de subsistir por sí mismo y que su existencia depende directamente de los adultos. Los intercambios positivos con él, propiciarán la formación de vínculos

específicos llegando a formarse especialmente con la persona cuya presencia es más frecuente en su entorno, que por lo general es la madre.

También proponen que cada pareja madre-hijo establece sus propias formas de interacción las cuales van prosperando en base a un patrón claro de interacción o reciprocidad. Dicho patrón interactivo depende de diversos factores, entre ellos y de suma importancia el sexo del infante. Pues la conducta materna no es la misma ante un infante de sexo masculino que ante uno de sexo femenino.

La intensidad de este vínculo no depende solamente del tiempo que dedique la madre a los cuidados o actividades con su hijo, más bien depende de la calidad de ese tiempo de interacción, los intercambios positivos, el contenido, la dinámica y la adaptación mutua dentro de las interacciones. Luego entonces, a mayor integración de la díada, es mayor la calidad de la interacción.

Dentro de este marco de análisis interactivo, el supuesto básico es que la interacción social madre-hijo es mutua, la madre es el eje, pero no el elemento decisivo ya que el infante juega también un rol activo dentro de *tal interacción y por lo tanto, su participación eficaz es importante. Por consiguiente si el infante no cuenta con las facultades básicas o indispensables para interactuar, para responder a las expectativas de su madre, cuando existe una desviación en el desarrollo psicológico, esta situación propiciará variaciones en los estilos de interacción no tan sólo de la madre sino de todos los adultos.*

Al respecto Hewett (citado en Wishart, Bidder y Gray, 1981) y Gallimore y Cols (1993) señalan que el estado psicológico del infante

midió a través de dos índices: 1. Responsividad Social y 2. Continuación Social.

- La variable independiente fue el estado psicológico del infante (normal Vs con retardo en el desarrollo).

METODO.

SUJETOS.

Se utilizaron ocho diadas madre-hija, en las que la madre pertenecía a un nivel socioeconómico bajo y medio bajo, además de contar con estudios mínimos de primaria y se dedicaran al hogar; en tanto que las niñas tenían un promedio de edad de entre 4 y 6 años, cuatro de ellas fueron niñas normales las cuatro restantes fueron niñas con retardo en el desarrollo, en el caso de estas últimas se incluyeron aquellas que presentaron una etiología de tipo biológico (Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Retardo generalizado) no se incluyeron niñas con problemas sensoriales. De este modo quedaron las ocho diadas divididas en dos grupos; a) 4 diadas madre-hija normal y b) 4 diadas madre-hija con retardo en el desarrollo. Estas diadas fueron captadas como población disponible que solicitó el servicio de educación especial en la clínica universitaria para la salud integral (CUSI) ubicada en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEP).

ESCENARIO.

Se utilizó un cubículo de 5 x 5 ms aproximadamente, el cual estuvo equipado con dos sillas, una mesa, juguetes y la situación fue de juego libre.

MATERIALES.

Se utilizaron juguetes tanto propiedad del niño como los

proporcionados por los instructores.

APARATOS.

Equipos de videograbación y reproducción de videocassettes, hojas de registro y plumas.

PROCEDIMIENTO.

FASE I. Filmación de diadas.

Se llevaron a cabo tres sesiones de filmación para cada diada, las cuales duraron 30 minutos cada una. La situación fue de juego libre. Se le pidió a la madre y a la niña pasaran al salón de juegos, dándosele a la madre la siguiente instrucción; "señora, por favor, juegue con su hija como acostumbra hacerlo" y se les dejó solos.

FASE II. Registro de estados diádicos.

Dos observadores registraron los videos correspondientes a las tres sesiones filmadas con cada una de las ocho diadas, dichos registros duraron 20 minutos c/u. Cada observador tuvo a la mano una hoja de registro y un lápiz o pluma. En cada hoja registraron en intervalos de 10 segundos los siguientes estados diádicos:

- 1.- **NIÑO (N):** Solamente la niña presenta claves sociales (sonrisas, dar un objeto, tomar un objeto, vocalizaciones neutrales, sonidos, contacto ojo a ojo, disfrutar la compañía de la mamá, entre otras) en un intervalo de tiempo.
- 2.- **MAMA (M):** Solamente la mamá presenta conductas sociales (agarrar a la niña, sonreír, mostrar afecto, dar objetos, tomar objetos, vocalizaciones, reconocimiento de la conducta de la niña mediante expresiones faciales, respuestas motoras e imitación de conductas de la niña) durante un intervalo.

3.- ACCION CONJUNTA (AC). Cuando ambos, mamá y niña presentan conductas sociales durante el intervalo.

4.- NO HAY INTERACCION (NH). Ni la mamá ni la niña presentan conductas sociales durante el intervalo.

5.- INTERACCION NEGATIVA (IN). La madre, la niña o ambas emiten conductas verbales y/o físicas negativas durante el intervalo.

FASE III. Codificación de estados diádicos.

Retomando los cinco estados diádicos, se hizo una combinación de 25 probabilidades transicionales (diferentes combinaciones de la sucesión de los estados diádicos) esto es, la aparición de un estado diádico dado algún otro estado diádico. A partir de esto se obtuvo el Índice de responsividad social y de continuación social. Por ejemplo: N/N significa la presentación del estado diádico de la niña dado el estado diádico de la niña; N/M significa la presentación de el estado diádico de la niña dado el estado diádico de la madre, etc...

	N	M	AC	NH	IN	Total
N	N/N	N/M	N/AC	N/NH	N/IN	
M	M/N	M/M	M/AC	M/NH	M/IN	
AC	AC/N	AC/M	AC/AC	AC/NH	AC/IN	
NH	NH/N	NH/M	NH/AC	NH/NH	NH/IN	
IN	IN/N	IN/M	IN/AC	IN/NH	IN/IN	
Total						

INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL= AC/N-N/N.

INDICE DE CONTINUACION SOCIAL= AC/AC.

CONFIABILIDAD.

Una vez obtenida la transcripción de los estados diádicos, se obtuvo la confiabilidad utilizando en Coeficiente Kappa. Se utilizó este coeficiente debido a que evalúa la manera en que dos o más observadores independientes acuerdan el registrar estados diádicos mutuamente excluyentes es susceptible de generalización a diferentes situaciones y es posible contrastar la significancia del valor obtenido

ANALISIS DE DATOS.

Retomando las probabilidades transicionales, se obtuvieron los índices de calidad.

1.- INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Este índice se refiere al valor de la diferencia de las probabilidades de que un estado diádico AC se de cuando ha ocurrido un estado diádico de la niña (N), (AC/N) menos la probabilidad de que al estado diádico de la niña le siga este mismo estado diádico (N/N) , es decir, $p(AC/N)-p(N/N)$.

Con este índice si la probabilidad de que la madre se una a su hija en conducta social (AC/N) es alta, entonces la probabilidad de que la niña continúe sola (N/N) es baja y por lo tanto la diada recibirá una calificación alta en el índice de Responsividad Social. A la inversa, si la probabilidad de que la madre integre a su hija en conductas sociales es baja y la probabilidad de que la niña continúe sola es alta, entonces la diada recibirá una calificación baja en el índice de Responsividad Social. En otras palabras, el índice de responsividad social representa interacciones de alta calidad con valores positivos (altos), de baja calidad con valores negativos (bajos) y de una calidad promedio (regular o media) con valores de 0 o cerca

de 0. Los valores de este índice fluctúan de -1.00 a +1.00.

2.- INDICE DE CONTINUACION SOCIAL.

Este indica el grado en el cual una interacción social mutua madre-hija una vez empezada continua. Esto es, que al estado de acción conjunta (AC) le siga este mismo estado (C/AC). Los valores altos en el índice de continuación social indican interacciones de alta calidad, mientras que los bajos cercanos al 0 indican baja calidad.

CAPITULO V.

RESULTADOS

Una vez obtenida la codificación y transcripción de los datos, se procedió a describir los resultados de este estudio. Los resultados obtenidos se presentan de la siguiente forma:

- 1.- Índice de Responsividad Social para las diadas madre-hija normal.
- 2.- Índice de Responsividad Social para diadas madre-hija con retardo en el desarrollo.
- 3.- Índice de Responsividad Social comparando ambos grupos de diadas (normal y con retardo).
- 4.- Índice de Continuación Social para diadas madre-hija normal.
- 5.- Índice de Continuación Social para diadas madre-hija con retardo en el desarrollo.
- 6.- Índice de Continuación Social comparando ambos grupos de diadas (normal y con retardo).

Para sacar los índices se obtuvieron las frecuencias condicionales promedio para cada estado diádico de cada diada, tanto para niñas normales como para niñas con retardo en el desarrollo (ver apéndice 1 y 2). Posteriormente se obtuvieron las probabilidades transicionales por sesión y en promedio para cada diada (ver apéndice 3 y 4). Estas probabilidades transicionales implican la probabilidad que existe de que se pase de un estado diádico a otro y se obtuvieron: 1. Registrando la frecuencia de aparición de cada estado diádico para cada sesión, 2. se obtuvo la frecuencia (condicional) de cada uno, 3. se obtuvieron las frecuencias

condicionales promedio, 4. la frecuencia de cada estado diádico se dividió entre su frecuencia total y se obtuvieron las probabilidades condicionales y 5. después se calcularon las probabilidades condicionales promedio para cada uno.

Una vez obtenidas las probabilidades transicionales promedio para cada diada se retomaron sólo las probabilidades que fueron necesarias para obtener los índices antes mencionados, estas fueron: AC (Estado diádico de Acción Conjunta) dado N (Estado diádico de la niña), N (Estado diádico de la niña) dado N (Estado diádico de la niña) y AC (Estado diádico de acción conjunta) dado AC (Estado diádico de acción conjunta).

INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Este índice se obtuvo retomando la probabilidad transicional de AC dado N menos la probabilidad de N dado N ($AC/N-N/N$).

Los valores de este índice van de -1 a + 1 siendo 0 el valor promedio.

En la tabla 1 se muestran los resultados del índice de Responsividad Social para diadas madre-hija normal.

INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	
Diada	Niñas Normales
1	0.01
2	-0.287
3	-0.214
4	-0.23

Tabla 1. Índice de Responsividad Social en diadas madre-hija normal.

En esta tabla se puede observar que la mayoría de los valores correspondientes a este índice son negativos: 2 (-0.287), 3 (-0.214),

4 (-0.23), excepto la diada 1 (0.01).

Los valores obtenidos por las diadas 2, 3 y 4 de niñas normales en este índice, se muestran por debajo del valor promedio que es 0, esto indica que la probabilidad de que la madre se una a su hija en conducta social (AC/N) es baja, en tanto que la probabilidad de que la niña continúe sola es alta, por lo tanto la calidad de la interacción madre-hija normal se califica como baja.

En lo que respecta a la diada 1 cuyo valor (0.01) es cercano al valor promedio (0) la probabilidad de que la madre se una a su hija en conducta social (AC/AC) o de que la niña continúe sola (N/N) es la misma, es decir, ambos estados diádicos se presentan con regular frecuencia, por lo tanto la calidad de esta diada es regular o media (ver figura 1).



Figura 1. Índice de Responsividad Social en diadas madre-hija normal.

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos por las diadas madre-hija con retardo en el desarrollo en el Índice de Responsividad Social.

INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	
Diada	Niñas con Retardo
1	- 0.06
2	- 0.08
3	- 0.067
4	- 0.09

Tabla 2. Índice de Responsividad Social en diadas madre-hija con retardo.

En esta tabla se puede observar que todos los valores de este índice en diadas madre-hija con retardo en el desarrollo son negativos, pues están por debajo del valor promedio (0). La diada que más se aleja es la diada 3, con -0.067, en tanto que las diadas 1, 2 y 4 no se alejan tanto, no obstante, estos valores indican que la probabilidad de que la madre se integre con su hija a una conducta social (AC/N) es baja, en tanto que la probabilidad de que la niña continúe sola es alta (N/N), lo cual nos muestra la baja responsividad materna. La calidad de interacción diádica para diadas con retardo en el desarrollo en este índice es en general baja (ver figura 2).

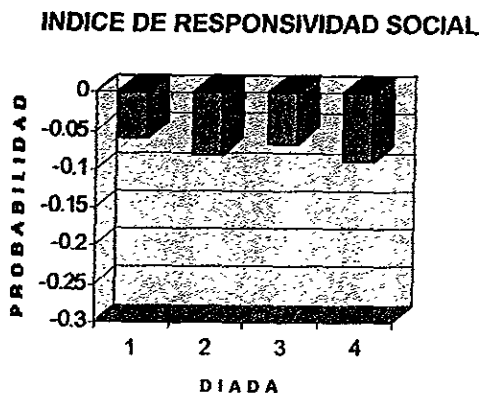


Figura 2. Índice de Responsividad Social en diadas madre-hija con retardo.

En términos comparativos se observa que la mayoría de los valores correspondientes al Índice de responsividad Social son negativos tanto en diadas madre-hija normal (-0.287, -0.214, -0.23) como en diadas madre-hija con retardo en el desarrollo (-0.06, -0.08, -0.067, -0.09), excepto el valor de la diada 1 (0.01) de diadas madre-hija normal.

Estos valores indican que la calidad de la interacción en este índice se encuentran en un nivel bajo, ya que sus valores están abajo del valor promedio (0). Por lo tanto la calidad de la responsividad materna es baja (ver tabla 3).

INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		
Diada	Niñas Normales	Niñas con Retardo
1	0.01	- 0.06
2	- 0.287	- 0.08
3	- 0.214	- 0.067
4	- 0.23	- 0.09

Tabla 3. Índice de Responsividad Social en diadas madre-hija normal y madre-hija con retardo.

En la figura 3 podemos observar claramente que aunque los valores en su mayoría son negativos en ambos grupos de diadas, los valores de las diadas madre-hija normal se alejan más del valor promedio (0) que los valores obtenidos por las diadas madre-hija con retardo, esto es, que la probabilidad de que la madre integre a su hija en conducta social es aun menos frecuente en diadas con infantes normales, por lo que la probabilidad de que la niña continúe sola es mayor en estas diadas, que en las diadas con infantes con retardo. En términos generales, la calidad de la

responsividad materna es más baja en diadas madre-hija normal, que en diadas madre-hija con retardo en el desarrollo, siendo la diferencia un tanto significativa.

INDICE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

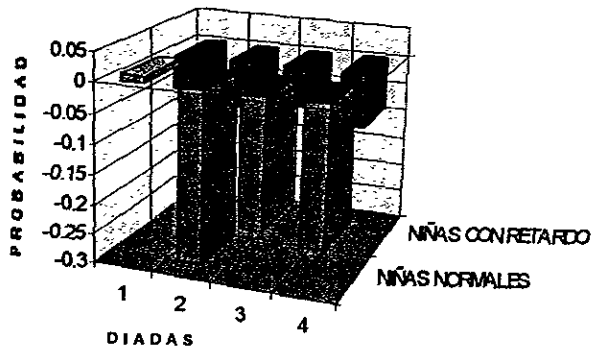


Figura 3. Índice de Responsividad Social en diadas madre-hija normal y madre-hija con retardo.

INDICE DE CONTINUACION SOCIAL.

Este índice se obtuvo de los promedios de probabilidades transicionales de cada diada y se tomó el valor de la probabilidad de la actividad conjunta (AC/AC). Es decir, el valor de que a un estado diádico de acción conjunta le continúe este mismo estado. Los valores de este índice van de 0 a +1, donde 0 indica una baja calidad, 50 una calidad regular o calidad promedio y 1 una calidad alta en dicha interacción.

INDICE DE CONTINUACION SOCIAL

Diada	Niñas Normales
1	0.87
2	0.50
3	0.77
4	0.74

Tabla 4. Índice de Continuación Social en diadas madre-hija normal.

En la tabla 4 se observa que los valores obtenidos para este índice en diadas madre-hija normal son en general mayores que el valor promedio (0.50): 1(0.87), 3(0.77), 4 (0.74), excepto la diada 2 (0.50) cuyo valor cae justo en el valor promedio. Estos valores indican que la probabilidad de que una interacción social mutua una vez empezada continúe es en general alta, por lo que la calidad de la interacción diádica es alta, es decir, estas diadas presentan un alto índice de continuación social. A excepción de la dada 2 cuya calidad de continuación social es regular (ver figura 4).

INDICE DE CONTINUACION SOCIAL

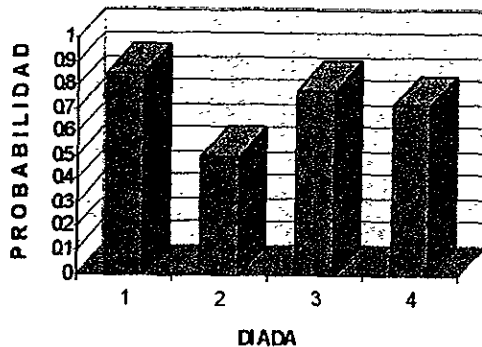


Figura 4. Índice de Continuación Social en diadas madre-hija normal.

En la tabla 5 se muestran los resultados obtenidos por el Índice de Continuidad Social en diadas madre-hija con retardo en el desarrollo.

INDICE DE CONTINUACION SOCIAL	
Diada	Niñas con Retardo
1	0.83
2	0.61
3	0.94
4	0.64

Tabla 5. Índice de Continuidad Social en diadas madre-hija con retardo,

En esta tabla se puede ver que los valores obtenidos en este índice por las diadas madre-hija con retardo en el desarrollo son en general mayores que el valor promedio (0.50): 1(0.83), 2(0.61), 3(0.94) y 4(0.64), siendo los valores de la diada 1 y 3 los más cercanos al valor máximo (1), los de las diadas 2 y 4 aunque están arriba del valor promedio no se acercan mucho al valor máximo.

Estos resultados indican que la probabilidad de que una interacción social mutua, una vez empezada continúe es alta, por lo que la interacción diádica resulta ser de buena calidad, es decir, que estas diadas presentan un alto índice de continuidad social.

En el caso de las diadas 2 y 4 la probabilidad de continuidad social de una acción conjunta es menor que en las diadas 1 y 3, por lo que la calidad de interacción no es tan alta como en estas últimas, aunque no por ello su calidad deja de ser significativamente alta (ver figura 5).

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

INDICE DE CONTINUACION SOCIAL

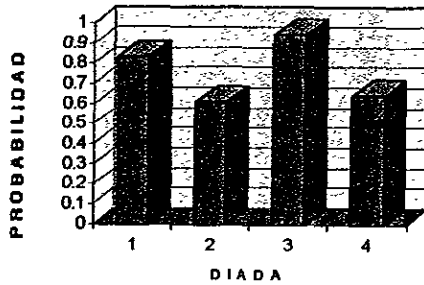


Figura 5. Índice de Continuación Social en diadas madre-hija con retardo.

En términos comparativos se observa que los valores obtenidos en el Índice de Continuación Social en diadas madre-hija normal y madre-hija con retardo en el desarrollo son en general mayores que el valor promedio (0.50) excepto la diada 2 de infantes normales cuyo valor (0.50) cae justo en el valor promedio.

Estos valores indican que la probabilidad de que una acción conjunta una vez empezada continúe, es alta para ambos grupos de diadas, por lo que la calidad de continuación social es alta. A excepción de la diada 2 cuya calidad es regular (ver tabla 6).

INDICE DE CONTINUACIÓN SOCIAL

Diada	Niñas Normales	Niñas con Retardo
1	0.87	0.83
2	0.50	0.61
3	0.77	0.94
4	0.74	0.64

Tabla 6. Índice de Continuación Social en diadas madre-hija normal y diadas madre-hija con retardo.

En la figura 6 se puede observar que las diferencia entre los valores de las diadas madre-hija normal y madre-hija con retardo no es muy significativa. Aunque dos de los valores obtenidos por las diadas con retardo son un poco más bajos (0.61 y 0.64) que los valores obtenidos por las diadas normales, la calidad sigue siendo buena. Cabe resaltar que el valor más alto en este índice fue obtenido por la diada 3 de infantes con retardo (0.94) en tanto que el valor más bajo fue obtenido por la diada 2(0.50) de infantes normales (ver figura 6).

INDICE DE CONTINUACION SOCIAL

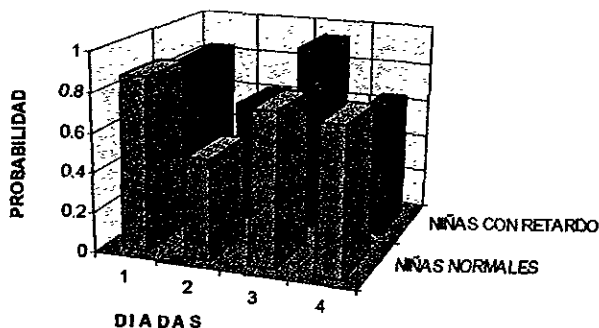


Figura 6. Índice de Continuación Social en diadas madre-hija normal y madre-hija con retardo.

En resumen los resultados de ambos grupos de diadas en el Índice de Responsabilidad Social son bajos lo cual indica que la calidad de la responsividad materna es baja, esto es, que la probabilidad de que la madre se integre con su hija en una acción conjunta es baja, en tanto que la

probabilidad de que la niña continúe sola es alta, sin embargo, es necesario mencionar, que la probabilidad de integración madre-hija, aunque baja, es *más frecuente en diadas cuya infante presenta algún tipo de retardo en el desarrollo*, en tanto que en diadas madre-hija normal son más frecuentes los momentos en que la niña actúa sola. Esto nos indica que la sensibilidad materna hacia la conducta de su hija no es tan frecuente cuando es normal *(en los momentos de juego) como cuando la niña tiene retardo*.

Como se puede observar en la tabla 3 los resultados obtenidos por las diadas de infantes con retardo en el I.R.S. se acercan más al valor promedio (0): (-0.06, -0.08, -0.067, -0.09) en tanto que los obtenidos por las *diadas con infante normal en general se alejan un tanto del valor promedio (0.01, -0.287, -0.214, -0.23)*.

Por otra parte, con respecto al índice de continuación social, las diferencias son menos perceptibles, los valores obtenidos por ambos grupos de diadas son en su mayoría superiores, al valor promedio (0.50) y cercanos al valor máximo (1), (Ver tabla 6). Esto quiere decir que, la probabilidad de que una interacción social mutua madre-hija, una vez empezada continúe, es alta, por lo que la calidad de la interacción social se califica como alta. Cabe mencionar que los valores de ambas diadas son variados, van desde 0.50 a 0.87 en diadas normales y 0.61 a 0.94 en diadas de infante con retardo en el desarrollo. Estos resultados dejan ver una diferencia no muy significativa entre ambas diadas, diferencia que se expresa en los valores de la continuidad en la interacción social mutua madre-hija con retardo en comparación con los valores de la continuación social madre-hija normal.

CONCLUSIONES GENERALES.

En general los resultados obtenidos en el presente estudio llevan a concluir, por una parte que las características de la interacción madre-hija, así como la calidad de tal interacción varían dependiendo del estado psicológico de la niña (normal o con retardo); por otra parte se concluye que *aún cuando los resultados arrojados por los índices de probabilidad (I.R.S. e I.C.S.) empleados para medir la calidad de la interacción madre-hija califican tal calidad como baja para ambos tipos de diadas, es posible observar características específicas que hacen que el grado de calidad de las interacciones madre-hija normal sea ligeramente más baja que el grado de calidad de las interacciones en diadas madre-hija con retardo en el desarrollo.*

Analizando las características de la interacción madre-hija entre un tipo de diada y otro se observa que, dentro de las interacciones de ambos tipos de diadas (normal o con retardo) se presentan constantes episodios en que la niña actúa independientemente de las actividades de su madre y pocos episodios en que la madre integra a su hija en una interacción social mutua. No obstante se observa que dentro de la interacción madre-hija con retardo en el desarrollo estos episodios de independencia por parte de la niña son menos frecuentes que en las interacciones madre-hija normal, además de que hay más episodios en que la madre integra a su hija en una actividad social mutua en diadas de niñas con retardo que en diadas de niñas normales. A simple vista parece ser que la calidad de la interacción madre-hija con retardo es mejor que la calidad de la interacción madre-hija

normal, sin embargo, esto no es del todo cierto ya que esa mayor cantidad de episodios de interacción presentados en las diadas madre-hija con retardo en el desarrollo están basados en emisiones frecuentes de conductas directivas y controladoras por parte de la madre, lo cual se demuestra en la mayor toma de turnos por parte de la madre dentro de la interacción, en la emisión de conductas con el fin de reprender o dominar las conductas de su hija, en la poca participación de la niña y en actividades de la niña dirigidas y estimuladas por la madre. Por tanto, el que en las diadas madre-hija con retardo en el desarrollo haya más episodios de interacciones mutuas no quiere decir que la calidad de la interacción de este tipo de diadas sea mejor, pues como lo mencionan Clarke-Stewart, Umeh, Snow, Pederson (1980), Papalia (1990) y Kagan (1987) el factor que determina la calidad de la interacción es la cantidad de tiempo que la madre emplea en una interacción positiva y no solamente de cuanto la madre este disponible o alrededor de su hijo, o cuanto tiempo dedique a las actividades con él.

Con respecto a la directividad materna mostrada en las diadas madre-hija con retardo en el desarrollo, obtenida en esta investigación, estos resultados se ven apollados por las investigaciones hechas por autores como Cunningham (citado en Rogers, 1988), Eheart (1982) y Hanzlik y Stevenson (1986) quienes señalan que efectivamente las madres de infantes retardados inician interacciones con gran frecuencia y son más directivas y controladoras con sus hijos además de que dan más órdenes que las madres de infantes normales. Stoneman (citado en Hecht, Levine y Master George, 1993) al igual que Gun y Lewisen (citado en Rogers, 1988) también respaldan los resultados mencionados, cuando hablan de una toma de

turnos desvalenceada en las interacciones madre-hijo con retardo en el desarrollo, pues observaron que las madres de este tipo de niños inician con gran frecuencia una interacción con su hijo. Esta desvalence en la toma de turnos puede ser según Stoneman (op. cit.) debido al rol que se adjudica la madre, ya que reacciona como muestra, entrenadora o ayudadora, también puede ser que sea una estrategia para alentar y mantener la atención de su hijo.

Con respecto a la actitud independiente de la hija en relación con su madre en diadas madre-hija con retardo que se observa en esta investigación, Lewis y Feiring (1989) sugieren que una conducta como esta es característica de este tipo de diadas, ya que en sus investigaciones observaron que los niños con alguna incapacidad son poco sociables e interactúan poco con su madre.

En cuanto a las diadas madre-hija normal, las conductas poco interactivas que se obtuvieron en esta investigación, tanto por parte de la madre como por parte de la hija, se podrían suponer como resultado de las expectativas de la madre acerca de las capacidades y habilidades de su hija, así como a las capacidades exhibidas por la niña. Tal suposición se basa en la poca frecuencia con que la madre integra a su hija a una acción conjunta y a la permisividad de la madre ante la conducta independiente de su hija. Esta suposición se ve apoyada por los trabajos de Cruickshank (1987) al sugerir que un niño normal posee las capacidades básicas para satisfacer las necesidades propias y las expectativas de su madre.

A pesar de que los resultados muestran de manera general que tanto las niñas normales como las niñas con retardo actúan frecuentemente

independientemente de las actividades de su madre y de que las madres de ambos tipos de diadas integran con menor frecuencia a sus hijas en una interacción social mutua (lo que da como resultado baja calidad de interacción) se puede observar que esas pocas ocasiones de interacción social mutua una vez empezadas continúan y se alargan en la mayoría de las veces en que se presentan, esto es, que existen momentos en que tanto la madre como la hija se involucran directamente ya sea emitiendo vocalizaciones, sonrisas, contactos físicos, tomando e intercambiando objetos y jugando con ellos. Gracias a estos episodios de acción conjunta madre-hija la calidad de la interacción adquiere significación y le da a la interacción mayor grado de calidad, en contraste con la baja calidad que se observa en las interacciones diádicas y analizadas (actividad de la niña, actividad de la madre), lo indica que aún cuando la calidad de la responsabilidad materna es baja, la calidad de la continuidad de una acción conjunta madre-hija es alta. No obstante varía ligeramente entre un tipo de diada y otra.

En lo que se refiere a las características de la interacción madre-hija como tal, es un poco contradictorio lo que se muestra en los resultados de esta investigación en comparación con lo que reportan autores como Kagan (citado en Craig, 1988), Noble y Cols (citados en Pomerleau y Malcut, 1992) y Lewis (citado en Papalia, 1981), estos autores hacen notar que en la interacción madre-hija las madres emiten gran número de vocalizaciones a sus hijas, las alientan para pedir ayuda, las miran frecuentemente, las apoyan en la realización de sus tareas. En tanto que las niñas tocan mucho a sus madres, pasan más tiempo cerca de ellas son renuentes a apartarse

de su lado y buscan su ayuda constantemente. Estos planteamientos sugieren que las niñas dependen en gran medida de su madre para la realización de sus actividades, lo cual no se muestra de esa manera en los resultados de esta investigación, ya que la probabilidad de que la niña actuara sola fue mayor que la probabilidad de integrarse con su madre a una actividad conjunta. En este caso la madre no propició gran número de oportunidades interactivas a su hija, ni la hija buscó la proximidad continua de su madre.

¿A qué se debió que las niñas no buscaran constantemente la interacción con su madre? Y ¿Por qué la madre no propició gran número de oportunidades de interacción a su hija?. Estos resultados probablemente se deba a que, como dice Lewis y Feiring (1989), Yoder y Feagans (1988) y Mahoney (1988), la relación madre-hijo es bidireccional, es decir que lo que haga un miembro la diada afectará la conducta del otro miembro, en este caso la poca socialización de las niñas fue debida a las poca responsabilidad de las madres y viceversa. En otras palabras las niñas no buscaron constantemente a sus madres por que no obtuvieron de ellas respuestas concurrentes a sus actividades por lo que la mayor parte del tiempo realizaron actividades independientes.

Por su parte las madres no proporcionaron gran número de oportunidades de interacción a sus hijas y no trataron de involucrarlas con mayor frecuencia a una acción conjunta, debido a la autonomía y poca emisión de claves sociales de las niñas, además de que la mayor parte del tiempo las madres se dedicaron a: en el caso de las diadas madre-hija con retardo en el desarrollo, dirigir y controlar la conducta de sus hijas; en el

caso de las diadas madre-hija normal, observar y dar seguimiento a las actividades de sus hijas. Así quedan resueltas las preguntas anteriores.

Autores como Clarke-Stewart, Umeh, Snow, Pederson (1980) y Fogel (1988) dicen que la interacción madre-hijo prospera cuando la madre se muestra atenta y responde a las señales de hijo, Craig (1988) dice que la calidad de la interacción madre-hijo se basa en la reciprocidad de un miembro de la diada en función del otro miembro. Planteamientos como estos, se confirman en esta investigación, ante los cuales se concluye que la baja calidad en la responsividad materna fue debida en parte a la falta de reciprocidad de ambos miembros de la diada madre-hija y en parte a las actitudes asumidas por las madres.

Una vez analizados los resultados de esta investigación es posible reconocer la limitación de un estudio como éste, pues como se ve la población con la que se trabajó es representativa, por lo que los resultados no se pueden generalizar del todo. No siempre será de esta manera ya que como se dijo en la teoría la calidad de la interacción madre-hijo dependerá de las maneras de ser de cada miembro de la diada. Además de que cada diada establecerá sus propios patrones de interacción.

Desde un punto de vista personal este trabajo no se considera un estudio más, sino un aporte importante al amplio campo de investigación de la "Relación madre-hija". Y se espera que sea de utilidad para quienes hagan uso de esta tesis.

REFERENCIAS.

- Anderson E.K., Romney M.D. y Lytton. (1980) Mothers interactions with normal and conduct-disordered boys: who affects whom?. *Child Development*. 22, 5, Pp. 604-609.
- Barberena P.M.E. y Gastelum G.M.C. (1991). Implementación de un programa pre-laboral en un centro de rehabilitación para niños con retardo en el desarrollo involucrado a padres de familia como supervisores. México. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP Iztacala.
- Bee H.L. (1978) Teorías del apego. El desarrollo del niño. México Ed. Harla.
- Carrillo F. I. y Rodríguez N.F. (1994). Influencia del diagnóstico en la actitud de los padres de un niño Down. México. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP Iztacala.
- Clarke-Stewart K.A., Umeh B.J., Snow M.E. and Pederson J. (1980) Development and prediction of children's sociability from 1 to 2 ½ Years. *Developmental Psychology*. 16, Pp. 293-302.
- Craig G.J. (1988) Herencia y Ambiente, Desarrollo psicológico. Ed. Prentice-Hall. México.

- Cruickshank W. M. (1977). *¿Cómo empezó todo?. El niño con daño cerebral*. Ed. Trillas. México.
- Cunningham CH.E., Reuler E., Blackwel J. Y Deck J. (1981). Behavioral and linguistic developments in the interactions of normal and retarded children with their mothers. *Child Development*. 52, Pp. 62-70.
- Chimal P.J. y Reyes S.E.G. (1993). *Modificación de patrones de interacción madre-hijo retardado: Un programa de intervención*. Méx. Tesis Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP Iztacala.
- Davison C.G y Neale.S.M. (1983) *Retraso mental. Psicología de la Conducta Anormal*. Ed Limusa. México.
- Denham S.A.,Renwick S.M. and Holt R.W. (1991). Working playing together prediction of preschool social-emotional competence from mother-child interaction. *Child Development*,62, Pp. 242-249.
- Eheart K.B. (1982) *Mother-child interactions with nonretarded and mentally retarded preschoolers*. *American Journal of Mental Deficiency*. 1, Pp. 20-25.
- Fogel A. (1988) *Cyclity and stability in mother-infant face-to-face interaction: A comment on cohn and tronick*. *Developmental Psychology*. 24, Pp. 389-395.

- Galguera I., Hinojosa R. G. y Galindo C. E. (1991). El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica. Ed. Trillas, México.
- Gallimore R., Weisner T.S., Bernheimer P.L., Guthrie D. and Nihira K. (1993) Family responses to young children with developmental delays: accomodation activity in ecological and cultural Context. American Journal on Mental Retardation. 98, 2, Pp 185-206.
- González P.O. (1980) La Conducta de apego en la relación adulto-niño. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. 20, 3.
- Guevara B.C. (1992) Análisis funcional de las interacciones lingüísticas del niño con retardo en el desarrollo. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP Iztacala.
- Hann D.M. (1989). A sistem conceptualization of the quality of mother infant interaction. Child Development. Pp. 251-265.
- Hanzlik R.J. and Stevenson B.M..(1986) Interaction of mothers with, their infants who are mentally retarded with cerebral palsy, or nonretarded. American Journal of Mental Deficiency. 90, 5, Pp. 513-520.

- Hecht F.B., Levine G.H. and Mastergeorge B.A. (1993) Conversational roles of children with development delays and their mother in natural and semi-structured situations. *American Journal on Mental Retardation*. 97, Pp. 419-429.
- Hutt. M.L. (1988) Problemas Familiares e influencia de los padres. Los niños con retardos mentales. Ed. Fondo de Cultura Económica. México
- Ijzendoorn M.H., Golber S., Kroonenberg P.M. and Frenkel O.J., (1992) The relative effects of maternally child problem on the quality of attachment in clinical samples. *Child Development*. 63, Pp. 840-858.
- Ingalls R.P (1982) La familia del niño Retrasado. El retraso Mental Ed. Manual Moderno. México.
- Isabella R.A. and Belsky J. (1991) Interactional synchrony and thy origins of infant-mother attachment: A Replication Study. *Child Development*. 62, Pp. 373-384.
- Jasso J.L. (1991). El impacto de la siguiente noticia. El niño Down: Mito y realidades. Ed. Manual Moderno. México.
- Kagan J. (1987) El niño menor de dos años. El niño hoy: Desarrollo humano y familiar. Ed. Espasa Calpa. Madrid.

- Levy-Shiff. R. (1986) Mother-father-child interactions in families whit mentally retarded young child. *American Journal of Mental Deficiency*. 91,2, Pp. 141-149.
- Lewis M.H. and Feiring (1989) *Infant, mother and mother-infant interaction and subsequent attachment*. *Child Development*.63, Pp. 831-873.
- Mahoney G. (1988) Maternal comunication style with mentally retarded children. *American Journal of Mental Retardation*. 92,4, Pp. 352-359.
- McCandies (1984) *Bases biológicas y cognoscitivas del desarrollo, conducta y desarrollo del niño*. Ed. Interamericana. México.
- Mitchell S. y Bee H. (1990) *Las relaciones sociales en los niños. Desarrollo de la persona*. México. Ed. Harla.
- Ortega S. P. (1994). *Análisis de la calidad de interacción madre-niño con retardo y madre-niño normal*. México. Tesis Universidad Nacional Autónoma de México. ENEP Iztacala.
- Osterrieth P.A. (1981). *La edad bebé, Psicología infantil*. Ed. Morata Madrid.
- Papalia D.E. (1981). *Desarrollo de la personalidad, Psicología del desarrollo*. Ed. McGraw-Hill. México.

- Papalia D.E. (1990). *Personalidad y desarrollo social. Desarrollo humano.* Ed. McGraw-Hill, México.
- Pomeleau A. y Malcut G. (1992). *El organismo humano. El niño y su ambiente.* Ed. Trillas. México.
- Rogers J.S. (1988) Characteristics of social interactions between mothers and their disabled infants: a review. *Child: Care, Health and Development.* 14, Pp. 301-317.
- Ross H.S. and Davis B.G. (1975). Establishmen of news relations social in the infancy. *Journal Experimental Child Psicology.* 20, Pp. 226-239.
- Sarason I.G. y Sarason B.G. (1986) *Trastornos orgánicos. Psicología anormal.* Ed Trillas. México.
- Schaffer D. y Duonn J. (1982) Estudio comparativo de la comunicación entre madre e hijo en niños con síndrome de Down y niños normales. *El primer año de vida.* Ed. Limusa. México.
- Schaffer R. (1985) *Efectos del sexo. Ser madre.* Ed. Morata. Madrid.
- Shakespeare R. (1981). *Las familias de los inválidos. La psicología de la invalidez.* Ed. Continental México.

- Smith-Smith (1980) Desarrollo humano. La conducta del hombre: Introducción a la psicología. Nueva Jersey. Ed. e.u. deba.
- Stern D. (1983). La primera relación madre-hijo. Madrid. Morata.
- Waisbren S.E. (1980) Parents after the birth of a developmentally disabled child. American Journal of Mental Deficiency. 84,4, Pp. 345-351.
- Wise S. and Grossman F. K. (1980). Adolescent mothers and their infants: psychological factors in early attachment and interaction. American Journal of Orthopsychiatry. 50. Pp. 454-468.
- Wishart M.C., Bidder R.T. and Gray O.P. (1981). Parents report of family life with a developmentally delayed child. Child Development. 7, Pp. 2267-279.
- Yoder P.J. y Feagans L. (1988) Mothers Attribution of communication to prelinguistic behaviors of developmentally delayed and mentally retarded infants. American Journal on Mental Retardation. 93,1. Pp. 36-43.

ANEXO I
 CALIDAD DE LA INTERACCION
 Interacción Madre-Hija Normal

Diada_ Fecha_

Estado Diádico	fr. de aparición antes de					Frec. Total
	N	M	AC	NH	IN	
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

Diada_ Fecha_

Estado Diádico	fr. de aparición antes de					Frec. Total
	N	M	AC	NH	IN	
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

Diada_ Fecha_

Estado Diádico	fr. de aparición antes de					Frec. Total
	N	M	AC	NH	IN	
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

PROMEDIOS

Estado Diádico	fr. de aparición antes de					Frec. Total
	N	M	AC	NH	IN	
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

ANEXO II

CALIDAD DE LA INTERACCION

Interacción Madre-Hija con Retardo en el Desarrollo

Diada_ Fecha_

Estado Diádico	fr. de aparición antes de					Frec. Total
	N	M	AC	NH	IN	
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

Diada_ Fecha_

Estado Diádico	fr. de aparición antes de					Frec. Total
	N	M	AC	NH	IN	
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

Diada_ Fecha_

Estado Diádico	fr. de aparición antes de					Frec. Total
	N	M	AC	NH	IN	
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

PROMEDIOS

Estado Diádico	fr. de aparición antes de					Frec. Total
	N	M	AC	NH	IN	
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

ANEXO III
CALIDAD DE LA INTERACCION
 Interacción Madre-Hija Normal
 Probabilidades Transicionales

Diada_ Fecha_
 Estados Diádicos

	N	M	AC	NH	IN	TOTAL
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

Diada_ Fecha_
 Estados Diádicos

	N	M	AC	NH	IN	TOTAL
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

Diada_ Fecha_
 Estados Diádicos

	N	M	AC	NH	IN	TOTAL
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

PROMEDIOS

	N	M	AC	NH	IN	TOTAL
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

ANEXO IV

CALIDAD DE LA INTERACCION

Interacción Madre-Hija con Retardo en el Desarrollo

Probabilidades Transicionales

Diada_ Fecha_
Estados Diádicos

	N	M	AC	NH	IN	TOTAL
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

Diada_ Fecha_
Estados Diádicos

	N	M	AC	NH	IN	TOTAL
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

Diada_ Fecha_
Estados Diádicos

	N	M	AC	NH	IN	TOTAL
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						

PROMEDIOS

	N	M	AC	NH	IN	TOTAL
N						
M						
AC						
NH						
IN						
TOTAL						