



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

*“ESTILO DE CRIANZA Y SU RELACIÓN
CON LA SALUD DEL NIÑO PREESCOLAR”*

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

MAGDALENA VELAZQUEZ CASTRO

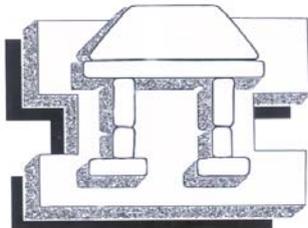
DIRECTOR DE TESIS

Dr. JORGE GUERRERO BARRIOS

DICTAMINADORES

MTRO. JESUS LARA VARGAS

MTRA. LUCINA JIMENEZ VEGA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Í n d i c e

Resumen	1
Introducción	4
1. Capítulo 1 Concepto de Salud.....	8
1.1. Ámbito biológico de la salud.....	8
1.1.1. <i>Antecedentes</i>	9
1.2. Ámbito Sociocultural de la salud	10
1.2.1. <i>Sistemas médicos como sistemas culturales</i>	12
1.3 Comportamiento y Salud	13
1.4. Dimensión Psicológica de la salud	16
1.4.1. <i>Modelo psicológico de la salud</i>	17
1.4.1.1. <i>Historia interactiva del individuo</i>	18
1.4.1.2. <i>Las competencias funcionales presentes</i>	18
1.4.1.3. <i>Modulación de los estados biológicos.</i>	19
1.4.1.4. <i>Resultados del proceso psicológico de la salud...</i>	19
1.4.1.5 <i>La vulnerabilidad biológica</i>	19
1.4.1.6 <i>Patología Biológica y comportamientos asociados.</i>	20
1.5 Salud mental vs. Problemas psicológicos pertinentes a la salud ...	20
2. Capítulo 2 Teoría del Aprendizaje Social	22
2.1. Conceptos	22
2.1.1 <i>Aprendizaje por las consecuencias de la respuesta</i>	22
2.1.2 <i>Procesos de aprendizaje por observación</i>	23
2.1.2.1 <i>Proceso de atención</i>	23
2.1.2.2 <i>Procesos de retención</i>	23
2.1.2.3 <i>Procesos de producción motora</i>	24
2.1.2.4 <i>Procesos motivacionales</i>	24
2.1.3 <i>Papel del reforzamiento en el aprendizaje por observación</i> ..	25
2.1.4 <i>Otros efectos del modelado</i>	27

2.2 Los padres, modelos y moldeadores de conductas	27
2.3. Historia interactiva del padre y/o madre, disponibilidad de competencias funcionales: habilidades de crianza	31
2.4 Historia interactiva del niño preescolar: disponibilidad de competencias funcionales.....	33
3. Capítulo 3 Estilo de crianza y la salud del niño preescolar	39
3.1 Clasificación de los estilos de crianza	39
3.2 Estilo de crianza y salud del niño preescolar	41
3.3 Propuestas de intervención	52
<i>CONCLUSIONES</i>	62
<i>REFERENCIAS</i>	65

Resumen

Se plantea el concepto de salud desde el modelo médico, sociocultural y psicológico, señalando la importancia de delimitar el campo de acción del psicólogo sin soslayar su objeto de estudio por supeditarse al modelo médico. La Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura, (1982) es expuesta para aclarar el papel del comportamiento de los padres en la adquisición o inhibición de competencias funcionales en el niño, disponiéndolo para enfrentar las demandas del medio ambiente físico y social que le rodea. Se muestran de esta manera los problemas psicológicos pertinentes a la salud que se derivan de la interacción del niño preescolar con un medio ambiente que le genera reacciones de estrés, ansiedad, o miedo entre otras, al no tener las competencias conductuales necesarias para enfrentarlo.

Se propone implementar estrategias de intervención acordes con un marco teórico fruto de la investigación científica en psicología, realizada desde una perspectiva teórica interconductual, la que plantea entre otras cosas, la necesidad de contar con modelos que permitan vincular el conocimiento teórico con su aplicación. Por lo anterior, este trabajo se fundamentó en el Modelo Psicológico de la Salud propuesto por Ribes, (1990), el cual permite la identificación de la dimensión psicológica de la misma. Así, la intervención del psicólogo en la prevención y tratamiento de los problemas psicológicos pertinentes a la salud del niño preescolar, se enfoca en implementar o modificar la conducta de los padres mediante la adquisición de repertorios interactivos funcionales. El constructo de Autoeficacia planteado por A. Bandura, (1977) ejemplifica una forma de intervención enfocada en dotar a los padres de competencias funcionales para interactuar con sus hijos, así como de un sentido de competencia personal que les ayuda a evitar el maltrato.

Se concluye que es necesario delimitar las áreas en las cuales interviene el psicólogo, en primer lugar para consolidar a la psicología como ciencia y lograr que sea entendida como tal, y en segundo lugar, para aclarar la confusión que existe en el mismo psicólogo en cuanto a sus competencias, así como del tipo de demandas y lugares donde es requerido.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud del infante es uno de los tópicos más importantes para la mayoría de los padres, instituciones de salud y cualquier programa gubernamental. Uno de los motivos lo muestra la Organización Mundial de la Salud, quien señala que en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún problema psicológico que amerita atención. Tan solo la población infantil en México se estima en más de 33 millones de niños, de los que un 7% entre los 3 y los 12 años de edad presentan uno o más problemas psicológicos que requieren algún tipo de ayuda o ayuda especializada (SSA, 2001).

A pesar de que la SSA señala que las diferentes alteraciones del comportamiento infantil y adolescente son problema de salud pública y que sus principales manifestaciones se observan en la conducta y en el aprendizaje del menor, considera que los médicos de primer contacto, así como el psiquiatra infantil, son los más indicados para dar la atención a este grupo de población (Ibíd.). Es claro que en el sector salud, al psicólogo se le ha relegado en términos generales a un segundo plano, por lo que la intervención de éste último se ve supeditada al modelo médico, utilizando conceptos y definiciones derivadas de éste modelo, originando una concepción confusa de la salud. (Reynoso, y Seligson, 2002),

Evidentemente el psicólogo debe conocer y delimitar su campo de acción, sin evadir su objeto de estudio, la conducta (práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales). Por tal motivo, se realizó una investigación bibliográfica en la cual, el primer capítulo se dedicó a esta tarea, señalando algunos inconvenientes que limitan la acción del psicólogo cuando todos los problemas relacionados con la salud, aún los que conciernen al comportamiento, son tratados desde el enfoque médico-biológico. Por otro lado, se aborda el enfoque sociocultural de la salud, el cual señala la correlación necesaria entre ausencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida. Apuntando hacia el cambio de las estructuras socioculturales para mejorar la salud de las personas ya que, según la antropología, todas las actividades de nuestra vida cotidiana están

condicionadas culturalmente, la cultura modela toda conducta, homogeneizando comportamientos sociales.

Como se observa, ni el modelo médico ni el modelo sociocultural aclaran el papel de la conducta en el proceso salud enfermedad. Ribes, (1990) señala que para poder aplicar estos dos modelos efectivamente en la prevención, curación y rehabilitación, necesitan vincularse mediante el comportamiento. Así, el Modelo Psicológico de la Salud propuesto por Ribes, (Ibíd.) es como una guía que permite conectar el conocimiento básico con el aplicado, en el terreno de la salud, por tanto, dicho modelo se describe en este mismo capítulo para aclarar este punto.

Precisamente, la participación del comportamiento de los padres o cuidadores en la adquisición o inhibición de competencias funcionales en el niño, se aborda en el capítulo 2, pues se considera que los padres son modelos, además de moldeadores de conductas en el mismo, ya que refuerzan algunas y otras no, de este modo, inadvertidamente en ocasiones, establecen conductas disfuncionales en el infante. Para este tema se revisó la Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura, (1982) ya que analiza el funcionamiento psicológico en términos de una interacción recíproca y continua entre los determinantes personales y los ambientales. Así, gran parte del aprendizaje, es el resultado de observar la conducta de otras personas y las consecuencias de esas conductas, y otra parte es resultado de la experiencia directa, es decir los efectos positivos o negativos que produce la propia conducta.

Por lo anterior, se analiza la influencia del estilo de crianza en el proceso salud-enfermedad del niño, ya que tiene un doble impacto; en primer lugar, los padres son modelos a los cuales imitan los hijos; la manera en que los padres responden ante situaciones nuevas y/o estresantes será la que el niño aprenda y practique. Por otro lado, quien provee al niño pequeño de experiencias nuevas son los padres (o cuidadores), por lo tanto la capacidad conductual que el hijo posee para interactuar en situaciones nuevas y/o estresantes, depende de la historia interactiva que éstos le han provisto. Es decir, se le provee o inhibe al niño de competencias conductuales que ayudan a disminuir o aumentar el riesgo de enfermarse.

En el capítulo 3, se integran en un análisis cualitativo los estudios que hablan sobre la forma en que el estilo de crianza utilizado por el padre-madre

participa en la salud del niño preescolar. Describiendo previamente los diferentes estilos de crianza propuestos por Baumrind, (1967) y analizando las interacciones padre hijo que se dan en cada estilo así como su influencia en la salud del niño. Finalmente, se proponen estrategias de intervención en base a modelos psicológicos que delimiten el campo de acción del psicólogo, pues no se considera suficiente conocer el proceso biológico de la enfermedad y las condiciones sociales de su epidemiología, se requiere aplicar este conocimiento a medidas efectivas que afecten la práctica cotidiana del individuo. Para ello, se revisa la participación de la autoeficacia parental en la interacción padre-hijo.

El constructo de autoeficacia postulado por Bandura (1977), se refiere a las creencias sobre la propia habilidad para realizar con éxito una conducta particular. De acuerdo a Oser y Bandura (1990) “la autoeficacia se refiere a la motivación, recursos cognitivos, y cursos de acción necesarios para ejercer control sobre sucesos dados” (en Coleman y Karraker, 1997 p. 472). Así que, las personas con una percepción alta de autoeficacia, confían en sus habilidades y enfrentan las demandas del medio ambiente con seguridad, experimentan menos temor y ansiedad, y son perseverantes en situaciones difíciles. Por el contrario, cuando las personas tienen baja autoeficacia dudan de si mismos, son ansiosos en situaciones difíciles, evitan desafíos, y no enfrentan adecuadamente los problemas (Ibíd.).

En cuanto a las ideas de autoeficacia parental Teti y Gelfand, (1991) citados en Coleman y Karraker op cit., indican que se refieren a las expectativas de los padres sobre el grado en que son hábiles para actuar competente y efectivamente como padre/madre. De esta manera, es necesario ayudar a los padres a vivir con un sentido de logro, de motivación personal, que repercutirá en el estilo de crianza que emplean con sus hijos. Es así que el enfocarse en fortalecer la autoeficacia de los padres es una estrategia de intervención acorde con la investigación científica en psicología, permitiendo al psicólogo proporcionar una ayuda objetiva a los padres.

Generalmente las investigaciones realizadas sobre efectos psicológicos y propensión a la enfermedad, derivados de un estilo de crianza específico, se han enfocado en concepciones confusas de la salud o derivadas del modelo médico-biológico, o bien utilizan la metodología procedente de la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE- 10) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Otros trabajos señalan que existe una conexión entre lo psicológico y lo fisiológico, o influencia recíproca, sin aclarar cómo se da esta. Desde el modelo interconductual, lo psicológico es la interacción del organismo (total) con aspectos específicos del medio ambiente. La tarea tecnológica consiste en identificar las dimensiones psicológicas en los problemas prácticos y la unidad de las situaciones psicológicas concretas sin perder contacto con la ciencia básica (Vargas, 2002).

El objetivo del presente trabajo es esclarecer los efectos de la conducta de los padres mediante el estilo de crianza que utilizan, en la pérdida o mantenimiento de la salud del niño de edad preescolar. Los motivos para escoger niños preescolares son dos principalmente. En primer lugar porque los estudios epidemiológicos indican que los problemas de conducta entre preescolares son más comunes de lo que se cree (Webster, C. et all 1988), en segundo lugar, Kazdin, (1985); Loeber, (1990); citados en Webster op. cit., señalan que los problemas de conducta iniciados tempranamente, en el periodo preescolar, son un predictor sensible de subsecuentes desordenes conductuales.

Se concluye que la participación del psicólogo en el trabajo con los padres, así como en cualquier requerimiento social concreto, debe realizarse con una tecnología derivada de los conocimientos básicos de la ciencia psicológica. El psicólogo debe conocer y delimitar su campo de acción, favoreciendo así la comprensión de los fundamentos y alcances de la psicología en la sociedad. Es compromiso del mismo, estar al tanto de los nuevos avances en la ciencia, así como de las opciones para la aplicación del conocimiento psicológico.

CAPITULO 1

1. CONCEPTO DE SALUD

La salud, además de ser un tema de interés general en la sociedad, es un fenómeno estudiado por distintas disciplinas. No obstante, su conceptualización no es clara y ha sufrido muchos cambios a lo largo de la historia, desde interpretaciones religiosas y sobrenaturales hasta interpretaciones que involucran aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, tratando así de vincular a la psicología con los problemas de salud. Sin embargo, ni el concepto de salud, ni la dimensión psicológica de la misma es clara. En el ámbito biomédico por ejemplo, se entiende la salud en términos de la enfermedad, mientras que en el modelo sociocultural hace referencia al bienestar. Ambos modelos se refieren al organismo, pero el papel del comportamiento sobre la salud del mismo no queda claro, pues dichos modelos no delimitan bien su concepto sobre salud, (Ribes, 1990).

Por lo anterior, en este capítulo revisaremos cada uno de los ámbitos involucrados en el estudio de la salud, para posteriormente aclarar el papel del comportamiento en la alteración de la misma, delimitando así su dimensión psicológica, y finalmente aclararemos el término de salud “mental”.

1.1 Ámbito biológico de la salud

Entre los profesionales encargados de la salud, el modelo médico ha sido y continúa siendo uno de los modelos dominantes, respaldado por instituciones y organismos oficiales como la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, (Broker, Blow y Beresford, 1989; en Pastor y López, 1993). Al hablar de salud en este ámbito inevitablemente se habla de su contraparte, la enfermedad. Este modelo considera que todas las enfermedades pueden explicarse a partir de problemas en procesos fisiológicos, resultado de heridas, desequilibrios químicos e infecciones bacterianas o víricas (Engel, 1977; en Martínez, Donate y Rubio, 1999). El individuo se presenta como un agente pasivo o receptor de elementos del ambiente que ejercen un papel activo sobre él. Siendo la salud la contraparte de la enfermedad, se entiende la salud como ausencia de enfermedad.

1.1.1. Antecedentes

Desde las primeras civilizaciones, la enfermedad se ha entendido como el resultado de la invasión al organismo por parte de agentes externos. Inicialmente se creía al organismo poseído por espíritus malignos, después por microorganismos. La lógica de sacar el mal del cuerpo no ha cambiado, sólo que ahora se utilizan antibióticos de amplio espectro. La concepción de la enfermedad como producto de fuerzas demoníacas fue planteada por la religión, por lo que los enfermos eran señalados y alejados de la sociedad – - como sucede actualmente con algunas enfermedades – (Martínez, Donate y Rubio, 1999).

En cuanto a los inicios de la práctica de la medicina, algunos clérigos con el saber médico salieron de los monasterios y se insertaron en los ejércitos, con lo cual apareció un tipo de médico: el oficial de salud. Mas tarde surgieron los barberos (quienes se decían cirujanos), que además del arreglo personal, fungían como dentistas y practicaban algunas formas de cirugía menor. Estos fueron los inicios de la diversificación de especialidades en el saber médico. Posteriormente, la descripción anatómica del cuerpo humano sano y enfermo fruto del estudio de los cadáveres permitió el surgimiento de la anatomopatología. Así, durante el siglo XIX la medicina y sus practicantes adquirieron la connotación de científicos, cediendo todo el espacio terapéutico al médico, quién desde entonces se erigió como el eje de la salud (Reynoso, 2002).

En ese mismo siglo, a raíz del saber médico, investigadores como Weber, Fechner, Helmholtz, Wundt, Brewer, Freud etc. realizaron estudios en el área de la fisiología de los receptores. Los estudios sobre las sensaciones, que suponían de magnitud creciente dependiendo de la intensidad de la estimulación, derivaron en los primeros estudios psicológicos sobre percepción, ya que descubrieron que el ser humano reacciona ante los estímulos no en forma directamente proporcional, sino de acuerdo a la valoración que hace de ellos. De esta forma, en el campo de la salud que era exclusivo de los médicos, actualmente se encuentran trabajando, psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, sociólogos y otros profesionales. Sin embargo las actividades de planeación y organización de los servicios de salud se encuentran dirigidas casi exclusivamente por médicos (Ibíd.).

No obstante, bajo el modelo médico es difícil explicar los cambios en el panorama epidemiológico, pues mientras que hasta la primera mitad del siglo XX, la gente sufría y moría principalmente a causa de enfermedades infecciosas, a fines del siglo XX este tipo de enfermedades comienzan a descender gracias al desarrollo de tratamientos más eficaces así como el avance de medidas preventivas, siendo sustituidas por enfermedades crónico degenerativas. Así, el aumento del cáncer, enfermedades coronarias, el abuso de drogas y alcohol se han convertido en el principal problema de salud (Matarazzo, 1994; en Martínez, Donate y Rubio 1999).

Por otra parte, no se puede negar que el modelo médico reconoce la influencia de factores psicológicos y ambientales en el proceso salud-enfermedad, sin embargo, lo hace sin incidir directamente sobre ellos: el ambiente ocupa un papel secundario, en tanto que el sujeto interesa tan solo desde su dimensión de organismo biológico. El tipo de medidas de prevención primaria promovidas desde el modelo médico se cifran prioritariamente en campañas sanitarias y programas educativos dirigidos a promover el conocimiento general sobre los efectos nocivos del medio ambiente sobre el organismo desde el punto de vista de su funcionamiento biológico, y fisiológico (Pastor y López, 1993)

1.2. Ámbito Sociocultural de la salud

En el ámbito sociocultural, el concepto de salud es todavía más ambiguo pues se involucran temas como el bienestar, la calidad de vida, aspectos materiales, emocionales y hasta espirituales. Por un lado se dice que la salud es algo subjetivo, que depende solamente de la apreciación del sujeto, y por otro lado, que no depende de cómo se sienta el sujeto sino del modo de vida que lleve. Lo que si es claro, es que la salud no se reduce a aspectos meramente biológicos. Una definición que refleja esta confusión en la concepción de salud, es la que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su declaración de constitución en 1948, como el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de lesión o enfermedad (Rodríguez Marín 1995; cit. en Martínez; Donate y Rubio op. cit.). Definición que aunque pretendía reflejar un cambio, resulta insuficiente pues una

consecuencia que se observa en la sociedad actual de acuerdo a esta definición de salud, es que nadie está sano.

Por otro lado, desde la antropología sociocultural, los términos de salud, dolencia y enfermedad pasan a ser vistos como construcciones culturales, los cuales varían en coordenadas espacio-temporales. De esta forma, algunas explicaciones sobre el desarrollo e incubación de dolencias culpan a agentes externos, tales como hechiceros, brujas, fantasmas, o espíritus de antepasados, como es el caso de la medicina mapuche y de muchos pueblos indoamericanos. Otras explicaciones de las dolencias se dan en términos naturales. Es el caso de la medicina occidental o biomédica. Igualmente, existen culturas que rescatan el papel de la significación emocional en la explicación de las causas de las dolencias. En el caso de las culturas indígenas iberoamericanas, el concepto de salud es predominantemente holístico, se entiende como el funcionamiento armónico de los aspectos físicos, mentales y espirituales de una persona, el cual, además está en armonía con el medio ambiente, sociocultural y natural (Flores, 2004).

De esta manera, se entiende que la enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura, la cual constituye un eje central en éste ámbito para el análisis de los factores sociales involucrados en el proceso de salud-enfermedad. La antropología define a la cultura como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. (Alarcón, Vidal y Neira, 2003). Así, según la antropología, todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente, la cultura modela toda nuestra conducta, homogeneizando comportamientos sociales.

El caso de la salud no es la excepción, pues partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. Sin embargo, dentro de cada contexto social pueden ser importantes unos valores más que otros, la adaptación a la cultura y a los valores de una determinada sociedad dependerá de las circunstancias socioeconómicas y personales de cada individuo o grupo social. Dado que la cultura es un constructo social, puede cambiar y así también cambian los hábitos que se constituyen como

pautas culturales y socialmente aceptadas. Los comportamientos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado (Aniorte, 2003).

1.2.1. Sistemas médicos como sistemas culturales

Todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un sistema médico que proporciona las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre y, al mismo tiempo, otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad. Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos; modelos explicativos de salud-enfermedad; prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva (Alarcón, et all, op. cit.)

Alarcón señala que todos los sistemas médicos están basados en un modelo epistemológico que sustenta su práctica y la valida. Difícilmente un médico aceptará como prueba de una diarrea la intervención de un espíritu maligno en la comida. Sin embargo otras culturas aceptarán como fuente de validación los sueños de un chamán, signos en la naturaleza, apariciones, etc. Difieren en las premisas culturales y pruebas de validación. *Es así que la credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos.* Desafortunadamente, de acuerdo a este modelo, es muy difícil incidir en los problemas de salud, pues todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente.

Así, conceptos como salud, enfermedad, dolencia, y hasta la misma cultura son constructos socioculturales. Por lo tanto, es muy difícil cualquier cambio que no modifique primero las estructuras socioculturales. Por otro lado, Alarcón afirma que los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. La experiencia en proyectos de salud internacional da cuenta de importantes dificultades en el proceso de atención a la salud. Situaciones de rechazo y falta

de adhesión a las prácticas médicas occidentales, son algunos ejemplos. Por lo anterior, sugiere crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y conductuales del usuario, así como estrategias que faciliten el mayor diálogo y comunicación entre modelos médicos.

1.3. Comportamiento y Salud

Una vez señalado el concepto de salud desde el ámbito médico-biológico, así como el sociocultural, aclaramos que desde nuestra perspectiva, consideramos que la salud no debe definirse como la ausencia de enfermedad, pues esto nos llevaría a definir a la enfermedad como ausencia de salud. Así pues, aunque pensamos que salud y enfermedad son conceptos entrelazados, no los consideramos como dicotómicos, sino como parte de una unidad indisoluble, que se encuentran vinculados entre sí a través de una serie de procesos constantes de adaptación por parte del organismo a los cambios del ambiente. Martínez, Donate y Rubio, op. cit. señalan que “la salud es el resultado del proceso de adaptación general de un individuo. Oscila a través del tiempo, con valores máximos y mínimos y depende de las variaciones del ecosistema y del grado y rapidez de adaptación del individuo” p. 7.

Así mismo, Moos y Kulik, (1976); en Pastor y López, (1993) afirman que la salud es un proceso de interacción hombre-ambiente dentro de un contexto ecológico específico. Desde este punto de vista, la salud es definida en relación con la capacidad adaptativa del hombre a las circunstancias ambientales. Estas definiciones concuerdan con las afirmaciones del doctor G. Wolf y H. Colmes, en Toffler, (1998) quienes subrayan que la salud del individuo está íntimamente relacionada con las exigencias del medio, que el ritmo general de cambio en la vida de una persona puede constituir uno de los más importantes factores del medio. Así, Holmes creó un instrumento de investigación llamado “Life Change Units Scale” (Escala de unidades para medir cambios de vida), cuyo objeto es medir la cantidad de cambio experimentado por un individuo en un lapso de tiempo dado.

A través de esta escala, se encontró que existe correspondencia entre las personas sobre los cambios que requieren una mayor adaptación y los que son relativamente insignificantes. Con el objeto de averiguar sobre la influencia

del cambio en la salud del hombre, Holmes y otros investigadores, compilaron los resultados de “cambios de vida” de miles de individuos y las compararon con las historias clínicas de los propios individuos. Encontraron una estrecha relación entre el cambio y la enfermedad. De los resultados obtenidos, quedó establecido que las alteraciones en el estilo de vida que requieren grandes esfuerzos y reajustes, guardan relación con la enfermedad, tanto si los cambios dependen del individuo, como si no. Además, cuánto más elevado es el grado de cambios de vida, mayor es el riesgo de gravedad de la enfermedad subsiguiente.

Ransom y Rahe, (1968) en investigaciones que realizaron sobre los cambios vitales, reportaron que “un excesivo número de cambios en un breve período puede ser demasiado para los mecanismos encargados de hacerles frente. Está claro, que existe una relación entre las defensas del cuerpo y las necesidades de cambio impuestas por la sociedad” (p. 349 en Toffler, 1998). Sin embargo, el comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en su interacción con el ambiente. Así, para lograr adaptarse, el organismo requiere de ciertas competencias adquiridas en su historia interactiva para hacerle frente al medio ambiente.

De acuerdo a las investigaciones anteriores, entendemos que la cultura de alguna manera modula y determina las condiciones físicas y socioeconómicas a las que se expone un individuo y que influyen en su estado de salud biológica, pero esta influencia decisiva del ambiente sociocultural solo puede entenderse como una influencia mediada a través de la práctica de todos y cada uno de los individuos. Es así que las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas diferencialmente, dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada (Ribes, 1990)

Desde este punto de vista, queda claro que es el comportamiento (entendido como la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales, *Ibíd.*) es el que modula las formas de reacción biológica del individuo, pues cuando este actúa en una situación no lo hace separado de su cuerpo. Por tanto, Ribes afirma que las contingencias del entorno, no afectan solamente la conducta, sino también los diversos sistemas biológicos del organismo. Sin duda, las demandas medioambientales a las que

se enfrentan las personas en interacción con los recursos de que disponen, pueden originar una serie de consecuencias fisiológicas, cognitivas y motoras que afecten su estado de salud. (Martínez; Donate y Rubio, 1999).

En relación con lo anterior, investigaciones recientes (Kemeny y cols., 1992; Maier y cols., 1994; en *Ibíd.*) señalan que la conexión entre las alteraciones en el equilibrio del Sistema Nervioso e Inmunitario aumenta la vulnerabilidad del individuo a enfermar o exacerbar la intensidad de patologías ya existentes. Así mismo, La investigación experimental con animales, (Kelley, 1985; Levine, 1985; en Ribes, 1990), señala que la disminución en la capacidad inmunitaria del organismo se produce bajo condiciones ambientales productoras de estrés. La llamada reacción de estrés, adopta diversas formas por lo que es difícil definir el estrés como una forma de reacción biológica, (pues depende de la intensidad y duración de las condiciones de estímulo), por lo que es más conveniente identificar las circunstancias ambientales vinculadas a reacciones de estrés.

Ribes, (1990) describe tres situaciones relacionadas con estrés:

- a) Circunstancias en las que las consecuencias son impredecibles y opcionales
- b) Circunstancias en las que las señales son ambiguas
- c) Circunstancias en las que las consecuencias, nocivas biológicamente, o la pérdida de consecuencias favorables, son independientes de la conducta del individuo.

Si enmarcamos estas circunstancias a las condiciones de vida cotidiana, en el trabajo, en las relaciones familiares y otras situaciones sociales, encontraremos que existen ambientes potencialmente patógenos en los que el comportamiento del individuo frente a las contingencias de su entorno puede constituir un factor crítico en el aumento o disminución de su vulnerabilidad biológica a la enfermedad. Situación evidentemente más difícil para el niño, pues requiere de habilidades para interactuar con el medio ambiente que muchas veces no posee. Las primeras interacciones que se dan dentro del núcleo familiar, proveen de oportunidades para adquirir estas habilidades. Las prácticas de crianza son formas de interactuar con el niño, que facilitan o inhiben este aprendizaje.

Así, la sintomatología que muestra un individuo enfermo, no es más que la incapacidad de adaptación a las demandas de su ecosistema. Los síntomas son comportamientos disfuncionales del individuo o de algunos de sus subsistemas. Si tratamos de estudiar el grado de salud, deberemos buscar lo saludable en el ecosistema; en el organismo; o bien en un plano distinto; en la construcción de la interacción actual entre el individuo y su medio, es decir en el comportamiento actual del individuo en su intento de adaptarse a su ecosistema. De acuerdo a lo anterior, los comportamientos a implementar (o en su caso a mantener), serán saludables en la medida en que tengan en buen funcionamiento a los distintos subsistemas biológicos y faciliten la adaptación del individuo al ecosistema a corto, mediano y largo plazo (Santacreu, et al 1997).

1.4. Dimensión Psicológica de la salud

Como mencionamos anteriormente, el papel del comportamiento en la regulación de los estados biológicos del organismo, es fundamental. Por lo anterior, se consideran incompletas las intervenciones preventivas, curativas o rehabilitativas, si no se considera la participación del individuo actuando. De poco sirve conocer el proceso biológico de la enfermedad y las condiciones sociales de su epidemiología, si no se aplica este conocimiento a medidas efectivas que afecten la práctica cotidiana del individuo, y para ello que mejor que la psicología, ciencia encargada de explicar predecir y modificar el comportamiento. El psicólogo debe evitar desatender el objeto de estudio de la psicología, así como hacer análisis reduccionistas de los problemas de salud o emplear instrumentos o metodologías de las profesiones médicas.

De esta manera, es necesario delimitar la dimensión psicológica en el campo de la salud. Por lo anterior, se requiere de un modelo que delimite la actividad profesional del psicólogo. El modelo de salud propuesto por Ribes, (1990) ilustra la vinculación de los modelos biológicos, y los modelos sociales a través del comportamiento. Dicho modelo identifica los componentes específicos del comportamiento que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, así como los resultantes de dicho proceso. Establece conceptualmente las dimensiones no psicológicas relacionadas con la salud, a

la vez que delimita el campo de acción del psicólogo en la prevención, curación o inicio de una enfermedad que implica la participación del individuo actuando. Esta es la dimensión psicológica de la salud, Ribes señala que se puede separar en tres factores.

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan su estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar su condición biológica.

Este modelo permite desarrollar metodologías especiales que, con una misma lógica teórico conceptual, permite incidir al psicólogo profesionalmente en el campo de la salud.

1.4.1. Modelo psicológico de la salud

El propósito del modelo, es relacionar las prácticas individuales, con el estado de enfermedad o salud biológica. El modelo incluye dos tipos diferentes de categorías descriptivas. Una contempla los procesos psicológicos que vincula condiciones del organismo, con acciones del individuo enmarcadas en un medio sociocultural, la otra describe las resultantes de dichos procesos.

En cuanto a la primera categoría, el proceso psicológico de la salud, comprende la interacción de tres factores.

1. La historia interactiva del individuo.
2. Las competencias funcionales al interactuar en una situación determinada.
3. La modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

1.4.1.1. Historia interactiva del individuo

La historia interactiva o psicológica de un individuo, se refiere a la manera en que se ha comportado en el pasado respecto de situaciones y de las relaciones comprendidas en dichas situaciones. Constituye la disposición de un individuo a interactuar en una situación presente, en un momento dado. La historia interactiva la podemos examinar en dos dimensiones: los estilos interactivos, que se refieren a la manera consistente de enfrentarse con una situación nueva; y la disponibilidad de competencias funcionales, es decir, la capacidad conductual del individuo, que se refiere a la funcionalidad adquirida en interacciones pasadas, por ciertas formas de comportamiento en base a las consecuencias obtenidas.

1.4.1.2. Las competencias funcionales presentes

Además de los componentes señalados en la capacidad conductual del individuo, en las competencias funcionales presentes entran también los requerimientos de la situación, como campo de contingencias; las características de la situación, o bien condiciones biológicas momentáneas del individuo y la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación dada su experiencia particular.

1.4.1.3. Modulación de los estados biológicos.

Las condiciones biológicas de un organismo pueden ser afectadas de manera diferente, dependiendo de cómo actúe el individuo. El avance en los métodos del análisis experimental de la conducta ha permitido superar las concepciones tradicionales de la medicina psicosomática, que planteaba la influencia del psiquismo o mente sobre el cuerpo, a través del sistema nervioso. Es, señala Ribes, (1990) “el comportamiento objetivo que se despliega frente a situaciones que tienen características contingenciales delimitables, el que modula las formas de reacción biológica del propio individuo”, Pág. 29.

1.4.1.4 Resultados del proceso psicológico de la salud

Los resultados del proceso tienen un doble nivel: el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad, y la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo. Estos dos factores convergen para determinar la probabilidad de que se produzca la enfermedad.

1.4.1.5. La vulnerabilidad biológica

En el modelo psicológico de la salud se entiende por vulnerabilidad biológica la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que el individuo contraiga una enfermedad aguda o crónica. Algunas de estas condiciones son estrictamente biológicas, otras son de naturaleza orgánica. Pero también se identifican las que son directamente mediadas por el comportamiento. La manera en que la persona interactúa con dichas contingencias ocasiona cambios orgánicos específicos (secreción gástrica, aumento de la tensión arterial etc.). Por otra parte, las conductas instrumentales pueden tener como efecto aumentar los riesgos de contraer enfermedad o de empeorar una ya existente, o bien, de manera contraria, reducir el riesgo a la enfermedad, ayudar a detener su progreso o eliminación total.

1.4.1.6. Patología Biológica y comportamientos asociados

Prácticas conductuales de alto riesgo y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, dan como resultado la patología biológica. En este sentido, los aspectos en los que interviene el psicólogo son; aspectos vinculados a la planeación y supervisión del seguimiento y adherencia a una terapéutica efectiva; aspectos motivacionales y de aprendizaje para realizar ejercicios de rehabilitación y técnicas conductuales que faciliten la acción terapéutica estrictamente biomédica.

1.5. Salud mental vs. Problemas psicológicos pertinentes a la salud

Tradicionalmente los problemas de salud se vinculaban a la psicología haciendo referencia a la salud mental, sin embargo el modelo psicológico que

hemos descrito se fundamenta en una teoría de campo del comportamiento, y en esa medida reconceptualiza los problemas de salud de una manera distinta. Así mismo, Ribes, (1990) señala que el concepto de salud mental involucra dos errores lógicos. En cuanto al primer error, señala que lo mental se concibe como un mundo interno, distinto y parcialmente autónomo de lo biológico y que obedece principios diferentes a los acontecimientos corporales. Sin embargo aún cuando los acontecimientos mentales no ocurren en coordenadas espaciales, ni son materiales, afectan recíprocamente al propio cuerpo. El segundo error consiste en aplicar un modelo biológico de enfermedad a problemas que conciernen al comportamiento y su valoración social.

Para el caso de esta tesis, sólo señalaremos que la preeminencia de un modelo médico de interpretación del comportamiento, dificulta estrategias funcionales auténticas, que inevitablemente deben partir de un análisis de las circunstancias y criterios de valoración social en que se da. Las categorías diagnósticas psiquiátricas constituyen descripciones sintomáticas de tipo morfológico y caracterizaciones etiológicas basadas en trastornos o disfunciones biológicas conocidas o supuestas, así como en la inferencia de que existen alteraciones de los procesos mentales. No parece existir correspondencia entre las categorías diagnósticas (y los procedimientos terapéuticos con base en ellas diseñados) y su eficacia respecto a la “eliminación” de la “conducta anormal” o a la “curación” del paciente. Es así que, como el objeto de estudio de la psicología no es la mente sino la interacción del individuo con su medio, en lugar de emplear el término salud mental, emplearemos el término problemas psicológicos pertinentes a la salud.

CAPITULO 2

2. TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

2.1. Conceptos

En el intento por explicar la conducta humana, algunos teóricos sostienen que es causada por fuerzas situadas en el interior del propio individuo. Así, la descripción de la conducta se utiliza como explicación y se cree que la comprensión y la autoconciencia de los determinantes subyacentes de la conducta son esenciales para que se produzcan cambios de conducta duraderos. Pero en la práctica no sucede así. Según la teoría del aprendizaje social planteada por Albert Bandura, (1982) las personas no están ni impulsadas por fuerzas internas ni en manos de los estímulos del medio. El funcionamiento psicológico se explica, más bien, en términos de una interacción recíproca y continua entre los determinantes personales y los ambientales. Los procesos vicarios, simbólicos y autorregulatorios juegan un papel predominante.

La mayor parte del aprendizaje obtenido por experiencia directa, se da de forma vicaria, es decir, observando las conductas de otras personas y las consecuencias de esas conductas. Uno de los aspectos relevantes en esta teoría, es que retoma la capacidad de los humanos para utilizar símbolos. Pues sostiene que gracias al símbolo verbal o icónico, las personas procesan sus experiencias y las preservan en forma de representaciones que sirven como guías de sus conductas futuras.

2.1.1. Aprendizaje por las consecuencias de la respuesta

El aprendizaje más rudimentario está basado en la experiencia directa y es el que se debe a los efectos positivos y negativos que producen las acciones. Algunas de las respuestas que las personas tienen a las situaciones cotidianas, tienen éxito, mientras que otras no. A través de este procedimiento, se seleccionan las respuestas que han tenido éxito y se descartan las que han sido ineficaces. Bandura señala que las consecuencias de la conducta modifican a esta por la influencia del pensamiento. Así, las consecuencias de

las respuestas tienen varias funciones; proporcionan información, motivan, y fortalecen la respuesta emitida (Bandura, 1982).

Así, los que actúan, reciben información a través de las consecuencias reforzantes de su respuesta, de que es lo que deben hacer para obtener esos resultados. Al representar simbólicamente las consecuencias previsibles, las personas pueden convertirlas en motivaciones reales de su conducta. Estando, la mayor parte de las acciones, bajo un control de carácter anticipatorio. La representación simbólica de las consecuencias de éxito puede facilitar los cambios de conducta, por lo que el reforzamiento constituye un medio eficiente para regular las conductas que ya se han aprendido.

2.1.2. Procesos de aprendizaje por observación

Bandura señala cuatro procesos que componen el aprendizaje por observación:

2.1.2.1. Proceso de atención

Para aprender por observación es necesario atender los rasgos significativos de la conducta que sirve de modelo. Los procesos de atención determinan cuáles se seleccionan de entre los muchos modelos posibles y qué aspectos se extraen. Las personas con las que solemos asociarnos (por gusto o por imposición) delimitan que tipos de conductas se observan más y se aprenden mejor. La atención que prestamos a un modelo está delimitada, también por su atracción interpersonal. Aspiramos a los modelos que tienen cualidades atractivas y, generalmente, rechazamos a los que no poseen características agradables.

2.1.2.2. Procesos de retención

El aprendizaje por observación se basa, principalmente, en dos sistemas de representación: la representación mediante imágenes y la verbal. Algunas conductas se retienen en forma de imágenes. La estimulación sensorial produce sensaciones que dan lugar a percepciones de los fenómenos externos, posteriormente podrán evocarse imágenes de fenómenos que no están físicamente presentes. Cuando los niños carecen de habilidades verbales, las imágenes visuales juegan un papel muy importante en el aprendizaje.

El segundo sistema de representación implica la codificación verbal de los fenómenos que sirven de modelo. Estos códigos simbólicos facilitan el aprendizaje por observación y la retención porque facilitan el almacenamiento de una gran cantidad de información. Después de que las actividades que sirven de modelo se han transformado en imágenes y símbolos verbales fácilmente utilizables, estos códigos sirven de guía para la actuación.

2.1.2.2. Procesos de producción motora

Consiste en la conversión de las representaciones simbólicas en las acciones apropiadas. Se logra cuando se organizan espacial y temporalmente las propias respuestas, de acuerdo con las pautas que sirven de modelo. Primero se organizan cognoscitivamente las respuestas, luego se inician, se comprueban y perfeccionan sirviéndose de una retroalimentación de carácter informativo. El aprendizaje también dependerá de que el sujeto tenga las habilidades que se requieren.

2.1.2.3. Procesos motivacionales

La propensión de las personas a adoptar las conductas que aprender por imitación dependerá de las consecuencias de éstas: será mayor cuando las consecuencias son valiosas y menor cuando tienen efectos punitivos o poco gratificantes. Las consecuencias observadas influyen sobre la conducta modelada de forma muy parecida. En el caso del aprendizaje por observación en niños, Bandura, (1982) señala que los pequeños imitan adecuadamente cuando tienen incentivos para hacerlo, pero sus imitaciones se deterioran rápidamente cuando los demás no se preocupan de lo que hacen, lo cuál puede atribuirse a factores de incapacidad del niño.

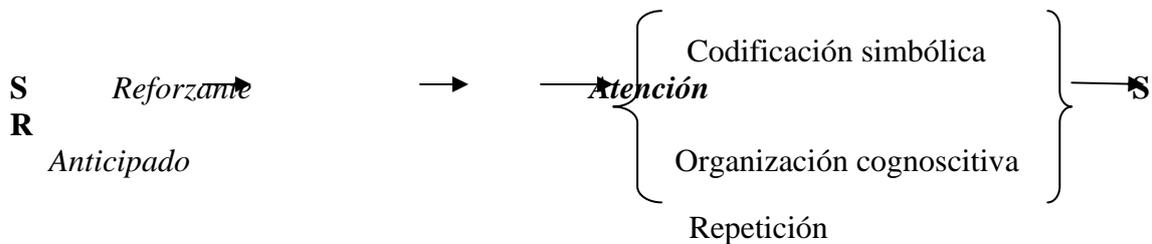
Lo anterior implica un proceso de influencia bilateral, por lo que las actuaciones imitativas reflejan no solo la competencia del niño, sino también las reacciones de los modelos.

2.1.3. Papel del reforzamiento en el aprendizaje por observación

Bandura afirma que el reforzamiento si influye en el aprendizaje observacional, pero su influencia tiene un carácter antecedente más que consecuente. La anticipación del refuerzo es uno de los muchos factores que

pueden influir en que se observen determinadas cosas y otras pasen inadvertidas. El hecho de saber que una determinada conducta del modelo es eficaz para lograr resultados valiosos o para evitar efectos desagradables puede servir para incrementar el aprendizaje observacional, al aumentar la atención que prestan los observadores a las acciones del modelo.

Esquema del papel del reforzamiento en la teoría del aprendizaje social



Cuando las personas han desarrollado totalmente su capacidad de aprender a través de la observación, no se les puede impedir que aprendan lo que ven. Una función fundamental de las influencias del modelado consiste en transmitir información a los observadores sobre como pueden sintetizarse las respuestas, formando pautas de respuestas nuevas. Esta información puede transmitirse por medio de una demostración física, una representación gráfica, o una descripción verbal. A medida que se desarrollan las habilidades lingüísticas, los modelos verbales van sustituyendo a los comportamentales. A través de las palabras puede transmitirse una variedad casi infinita de conductas, la representación comportamental de esas conductas llevaría demasiado tiempo. Sin embargo, para que los modelos verbales sean eficaces, es necesario que se cumplan ciertos requisitos cognoscitivos previos.

Las influencias de los modelos también pueden crear conductas creativas o innovadoras. En el modelado abstracto, los observadores abstraen los atributos comunes, ilustrados por diversas respuestas del modelo, y formulan reglas para generar conductas que poseen características semejantes. Bandura señala que este tipo de modelado es muy eficaz para establecer conductas abstractas o regidas por leyes. Basándose en reglas inferidas de la observación, las personas aprenden, entre otras cosas, estilos lingüísticos, estrategias de procesamiento de la información, operaciones cognoscitivas y normas de conducta (Bandura, 1971; Rosenthal y Zimmerman, 1977; en Bandura, 1982).

Según la teoría del aprendizaje social, las personas enseñan, modelan y refuerzan diferentes aspectos de los niños, según la edad de estos. Al principio el control es necesariamente externo. Una vez establecidos los criterios morales de conducta, por medio de la instrucción y el modelado, la propia evaluación que el sujeto hace de las consecuencias de su conducta le disuade de llevar a cabo transgresiones a las normas. Mas tarde, los niños aprenden a evitar ciertas consecuencias morales de sus actos, apareciendo diversos tipos de justificaciones, y aún aprenden a atenuar las consecuencias autocondenatorias de su conducta. Bandura, (1982) afirma que las normas de conducta que se adquieren por influencia de los modelos se ven afectadas por las inconsistencias que se dan en la conducta del propio modelo a medida que pasa el tiempo y por las discrepancias que hay entre lo que los modelos practican y lo que predicán.

Cuando cuentan con diversos modelos, las personas no suelen configurar su conducta en función de uno solo, más bien combinan diversos aspectos, tomados de varios modelos, constituyendo amalgamas nuevas que difieren de sus fuentes originales. Los niños de una misma familia por ejemplo, pueden desarrollar diversas características de personalidad al extraer atributos diferentes de sus padres y hermanos. Sobretudo, como señala Bandura, el modelado sucesivo, (los que en un principio eran observadores luego sirven como fuente de conducta para los nuevos miembros de un grupo) tiende a producir una evolución gradual de pautas de conducta nuevas que no se parecen apenas a las que mostraban los modelos originales.

2.1.4. Otros efectos del modelado

Además de aprender nuevos estilos de pensamiento y conducta (valga la redundancia) a través de la observación, también pueden fortalecerse o debilitarse determinadas inhibiciones de conducta que los observadores han aprendido con anterioridad. Cuando los observadores ven que otras personas efectúan actividades peligrosas o prohibidas sin sufrir consecuencias adversas, pueden reducir sus inhibiciones. Otro efecto del modelado es que, la

observación de expresiones afectivas produce excitación emocional que a su vez tiende a aumentar la frecuencia e intensidad de las respuestas del sujeto. De forma que, las influencias de los modelos pueden tener funciones de instrucción, inhibición, desinhibición, facilitación, aumento de atención a ciertos estímulos y excitación emocional (Bandura, 1982).

Finalmente, la adopción de nuevas conductas está determinada, principalmente, por los siguientes factores: los atractivos del estímulo, las satisfacciones que se prevén, los beneficios que se observan, la experiencia de su valor funcional, los riesgos que se perciben, las implicaciones de la innovación para la valoración que se otorgan a si mismos los que la aceptan, y las diversas barreras sociales y limitaciones económicas.

2.2. Los padres, modelos y moldeadores de conductas

De acuerdo a los conceptos revisados en la Teoría del Aprendizaje Social, podemos entender la importancia de los primeros modelos en la vida del niño para la adquisición de competencias. El recién nacido, comienza a interactuar usualmente con el contexto familiar, que puede estar formado por la madre, y /o el padre, hermanos, y/u otros miembros de la familia extendida o por algún cuidador que haga las veces de la madre. El contexto familiar es por tanto, el medio en el que se dan las primeras experiencias sociales. La familia, específicamente los padres, tendrán una gran influencia sobre el desarrollo infantil en muchas formas, inicialmente el niño tiene un aprendizaje directo, de las consecuencias de su conducta. El llanto por ejemplo, es la manera en que los recién nacidos comunican sus necesidades vitales.

La respuesta de los padres al llanto del bebé le hace saber que su conducta (en este caso el llanto), tiene un efecto sobre su ambiente (Hernández, 1999). Un estudio realizado por Ainsworth y Bell, (1977) cit. en Garber, (1993) muestra que niños cuyo llanto se ignoró mucho en los primeros tres meses de vida, acabaron hacia el final de su primer año, llorando más a menudo y durante períodos de tiempo más largos que los bebés cuyas madres respondieron de forma regular. De acuerdo a Hernández op. cit., el llanto es la primera y la más significativa de las formas de comunicación, los bebés lloran por muchas razones, las más están asociadas con incomodidad y dolor. Dejar

de llorar es otra señal que ayuda a los padres a interpretar sus necesidades. El llanto cesa en la medida en que los padres interpretan con éxito lo que el infante intenta comunicar, y le hará saber al bebé que es competente ejerciendo control sobre su ambiente.

En cuanto al aprendizaje por observación, los padres y los hermanos mayores se encuentran entre los modelos más importantes de los niños pequeños, pues delimitan que tipos de conductas se observan más y se aprenden mejor. Mediante el proceso de atención el niño imita aquellas conductas que observa continuamente, pues tiene oportunidad de practicarlas y recibir retroalimentación directamente del modelo y si este es una persona significativa para él con mayor razón.

Bandura, (1982) afirma que los niños pequeños imitan a su madre mucho más que a otras personas. Díaz, (2000) señala que el estilo conductual del bebe durante el primer año de vida, puede predecirse acertadamente mediante el estudio de las características personales de la madre. Incluso, afirma que se puede pronosticar el temperamento fácil o difícil del niño, a partir de los rasgos de personalidad de la madre, evaluados prenatalmente. En sus primeros años de desarrollo, el modelado de los niños se limita, en gran parte, a la imitación instantánea. A medida que los niños desarrollan su capacidad de simbolizar la experiencia y traducirla en actividad motora, aumenta su capacidad para efectuar una imitación diferida. La forma en que los padres responden a la conducta del niño determina, en parte, el nivel y la precisión con que los niños imitan lo que ven y oyen.

Muchas veces se atribuye la dificultad del niño para aprender a incapacidad del propio niño, cuando en realidad es que carece de incentivos. De todas las conductas que el niño observa, aquellas que reciben incentivos, son aprendidas más rápidamente. Los padres modelan y refuerzan diversos aspectos de la conducta del niño. Otra forma de moldear la conducta del niño, es mediante la retroalimentación. La información que los padres proporcionan al niño, ya sea verbal o gestual, como el incremento del contacto visual, el movimiento postural hacia el niño o comentarios que demuestran interés por su conducta, puede fortalecer a esta. Y de manera contraria, la retroalimentación negativa (bostezar, apartarse del niño, o reducir el contacto visual) debilita la conducta (Kelly, 1987).

No obstante en muchas situaciones rutinarias, la retroalimentación al niño es muy ambigua o incluso no existe. De esta manera el niño no sabe lo que se espera de él, y puede ser que sean reforzadas conductas no deseadas por los padres y no se establezcan o se extingan conductas apropiadas. Bandura, (1982) señala que las actuaciones imitativas reflejan no solo la competencia del niño, sino también las reacciones de los modelos que participan en la interacción, y afirma que la mayor parte de las conductas modeladas se adquieren y retienen por medio de los símbolos verbales. Así, la conducta se adquiere simbólicamente a través del procesamiento central de la información sobre la respuesta que se lleva a cabo antes de efectuar la respuesta como tal. Es decir, antes de actuar, se aprende por observación.

Por lo anterior, se deduce que el papel del lenguaje en el proceso de adquisición de conductas nuevas en el niño es primordial. Si al niño se le explica sobre los beneficios de ciertas conductas y perjuicios de otras, el aprendizaje será más eficaz. Pues como vimos en el esquema del papel del reforzamiento, la información funciona como un reforzante anticipado. Sin embargo, cuando las habilidades conceptuales y verbales del niño están poco desarrolladas, aprenderá más rápidamente lo que ve que hacen los demás, que lo que le dicen que haga. Es necesario vincular las instrucciones verbales con la actuación concreta de los padres, para que el aprendizaje de las conductas deseadas se dé con más facilidad.

De esta manera, vemos que la conducta del niño no es exactamente igual a la de uno de sus padres, pues no se configura en función de uno solo, más bien combina diversos aspectos de ambos, constituyendo amalgamas nuevas. Es por eso que los niños de una misma familia desarrollan diferentes personalidades al extraer atributos diferentes de sus padres y hermanos, o demás miembros de la familia. O en el caso del modelado sucesivo que señala Bandura, (1982) al principio el niño es observador, después se convierte en modelo de los más pequeños. Al contar con una amplia gama de modelos, se produce un repertorio más amplio de conductas. Sin embargo, la participación de los padres en el desarrollo psicológico del niño, no solamente se limita a establecer conductas o moldearlas, también puede inhibir el aprendizaje de estas.

Si un niño carece de modelos vivos apropiados debido a una situación de aislamiento de sus padres, hermanos mayores o compañeros, tendrá menor oportunidad de observar como estos afrontan las situaciones interpersonales. Por otro lado, la ausencia de modelos de habilidades apropiadas, reduce la probabilidad de observar conductas más adaptativas, habilidades para resolver problemas cotidianos (Kelly, 1987). Así mismo, la ausencia de padres competentes, reduce la probabilidad de que las habilidades apropiadas en caso de emitirse, resulten reforzadas por estos. Kochanska, (1991); en Dias, (2000) señala que las madres depresivas pueden tener dificultades para integrarse en las actividades diarias de cuidado, además de servir como modelos de conducta pasiva, temerosa o de rechazo para sus hijos.

En resumen, los padres o cuidadores, tienen mayor influencia en el aprendizaje por modelado en niños pequeños que cualquier otra persona, pues están expuestos continuamente a observar la conducta de aquellos. Observan como se visten, como hablan, como caminan, como solucionan problemas (o los evaden), como se relacionan con los demás, como cuidan de su salud, que alimentos prefieren etc. Además de que son los padres los que seleccionan inadvertidamente en ocasiones, las conductas del niño que son reforzadas y las que son ignoradas y también son los padres, los que le facilitan o le impiden relacionarse con otras personas o con ellos mismos para poner en práctica el aprendizaje por observación.

2.3. Historia interactiva del padre y/o madre, disponibilidad de competencias funcionales: habilidades de crianza

Las competencias parentales, al igual que cualquier otra competencia, se adquieren por aprendizaje. Así, el repertorio de habilidades que los padres poseen acerca de la crianza, procede principalmente de su experiencia como hijos, de los modelos educativos de familias cercanas, experiencia propia en el caso de varios hijos y de la cultura en que se hayan inmersos. No existen directrices claras para informar y formar a los padres y futuros padres de la posible trascendencia de muchas de sus acciones sobre la vida presente y futura de sus hijos, por ello muchos padres carecen de preparación para prever las situaciones complejas y difíciles en que les pondrá la relación con sus hijos

e improvisan en muchos casos su respuesta sin reflexión ni a veces acuerdo entre ambos (Ruiz, 1999).

No obstante, el comportamiento de los padres difícilmente es cuestionado pues se ha considerado como su prerrogativa. Así, el castigo físico y psicológico es considerado como una práctica disciplinaria ampliamente aceptada y mantenida por nuestra sociedad y cultura, (Salguero; García y Vaquero, 1997). Generalmente son los padres y en especial la madre quien asume la responsabilidad de cuidar y educar a los hijos. Sin embargo los padres se ven influenciados por la sociedad a la que pertenecen para criar a sus hijos. Los patrones de conducta de cada sociedad generalmente son un conjunto de creencias que se van dando de generación en generación. No obstante que la cultura y la comunidad transmiten mensajes sobre valores parentales, así como información real relevante al cuidado y desarrollo del niño, esta información es mínima, pues los padres seleccionan los mensajes culturales de acuerdo con su sistema de creencias. (Goodman, 1985; en Coleman y Karraker, 1997)

En cuanto a los estilos diferenciales de crianza entre padres y madres Ruiz y Esteban, (1999) señalan que a pesar de los cambios que la familia actual ha ido experimentando, se confirma la distribución tradicional de funciones y actividades. Por una parte, podemos observar las diferencias educativas entre padre y madre, y por otra, el papel complementario que esto conlleva en la educación familiar. Estos autores, observaron que los padres dan más importancia en la educación a aspectos referidos a la presión hacia el logro académico, relacionado con aspectos de aceptación y empatía, mientras que para las madres lo más importante es lo relacionado con la sensibilidad y sobreprotección. Las madres expresan ser más directivas que los padres, aunque esta directividad puede explicarse por el carácter protector que le confieren a la educación. Las diferencias observadas pueden explicarse debido a la influencia de la cultura.

Sin embargo, el incremento en complejidad de los repertorios del niño parece depender en mucho de su motivación y de las capacidades afectivas e instruccionales de la madre. Vera, (1995) distingue tres elementos que predisponen a la madre al uso de estilos de crianza diferentes: primero *el conocimiento* que tiene sobre diferentes técnicas educativas, posiblemente

relacionados con su historia particular, primero como hija, luego como cuidador y finalmente como madre. Esta historia como factor disposicional puede hacer más probables ciertos tipos de estrategias para el control de la conducta del niño. El uso de castigo o recompensa, su intensidad, frecuencia y forma se establecen como conducta individual invariante, a lo que se llama estilo de autoridad, entre los cuales se cuenta con liderazgo familiar autoritario, democrático, sumiso y desinteresado (La Rosa y Días, 1990; en Vera, 1995).

El segundo elemento que se asocia con el estilo de crianza es el *estado anímico* de la madre, como estado y como rasgo. Como rasgo implica que las variables que lo controlan tienen que ver más con una forma invariable de responder ante el evento. Y como estado se refiere a su condicionalidad del contexto o la situación, que eventualmente implican que la madre se deprima o se encuentre furiosa o estresada. Finalmente un tercer elemento fundamental es su *autoconcepto*, la forma particular en la mujer se concibe como producto de la forma de contacto histórico y una serie de valoraciones y estimaciones subjetivas acerca de su ejecución, su desempeño, o su forma de responder en términos de lo que el grupo de referencia espera (Radloff, 1977; en Vera, 1995). Podemos agregar a estos tres elementos, un cuarto señalado por Bandura, (1997) *la autoeficacia parental*.

2.4. Historia interactiva del niño preescolar: disponibilidad de competencias funcionales

¿Cuáles son las habilidades con las que cuenta un niño al ingresar al preescolar? Puesto que el programa curricular de la educación inicial es el mismo para todos los niños de una región, se supone que todos ellos cuentan con las mismas habilidades y competencias. Sin embargo no es así. El siguiente pensamiento de la doctora Betty M. Caldwell cit. en Linares, (1986) nos servirá para aclarar lo anterior.

“De alguna manera cada niño es como todos los niños.

De cierta manera es como algunos niños, y

De cierta manera no se parece a ningún otro niño.” Pág. 2

Cada niño es como todos los niños, dotado de un repertorio de respuestas para su sobrevivencia y que cada vez desarrolla habilidades más

complejas. De cierta manera es como algunos niños; comparte con otros niños algunas características que son comunes al grupo cultural y estrato social al que pertenece. Las formas de adaptación y el ritmo de desarrollo dependen de las demandas del grupo cultural. No se parece a ningún otro niño; ya que a partir de su potencial genético y capacidad sensorial, el niño inicia una interacción activa con su medio, siendo de particular relevancia la relación y empatía con la madre, la calidad afectiva de la interacción con los demás miembros de la familia y el lugar que ocupa en el grupo familiar. Las experiencias de los primeros años de vida conformarán su estructura básica de personalidad para hacerlo un ser único e irrepetible.

De acuerdo a lo anterior, entendemos que no se puede generalizar un patrón de desarrollo para todos los niños, pues como vimos, existen muchos factores que hay que considerar, principalmente la cultura y los cambios que esta atraviesa transmitidos a través del medioambiente familiar, especialmente de los padres o cuidadores del infante. De esta manera, los valores y creencias de los padres, están fuertemente ligados a las competencias y habilidades que poseen, incluidas las competencias educativas que desean en sus hijos. (Vera, et. all, 1997). Así que la interacción del bebé con sus padres será fundamental, y su impacto se proyectará en los años posteriores. Uno de los aspectos esenciales en cuanto a las relaciones en el ámbito familiar es la formación y el desarrollo de los vínculos de apego. Entendiendo por apego la estrecha vinculación emocional que se establece y mantiene entre el niño y aquellas personas de su entorno que más establemente interactúan con él, satisfacen sus necesidades, le estimulan y responden a sus demandas. El apego es la forma básica de socialización (Ruiz y Esteban, 1999).

La socialización comienza así, desde el establecimiento del primer vínculo que se da entre la madre y su bebé. El proceso mediante el cuál la familia moldea en cada uno de sus miembros la conducta, valores, metas y motivos que la cultura a la que pertenece considera apropiados, se ha llamado socialización. La socialización se considera parte de la adaptación biológica, siendo los individuos más hábiles y eficaces en la interacción social los que tienen mayor probabilidad de sobrevivencia. El recién nacido que logra comunicar con mayor eficacia sus necesidades a sus cuidadores principales,

tendrá mayores probabilidades de sobrevivencia y bienestar (Hernández, 1999).

De las competencias funcionales más importantes para una adecuada interacción con el medioambiente, son las llamadas competencias sociales. Así, Hernández define la competencia social como el dominio que muestra el niño o la niña para lograr el reconocimiento y aceptación de las personas que le rodean, incluyendo sus pares. Y afirma que el reconocimiento, como la aceptación social, parece jugar un papel preponderante en el desarrollo sano del ser humano, pues sirve para retroalimentar su comportamiento y ayudarlo a conformar el concepto de si mismo. De esta manera la competencia social es un constructo más amplio que el término habilidad social, pues no solo se refiere a una parte del intercambio social sino que incluye el efecto que el comportamiento ejerce sobre el contexto social. Es decir, para que una persona sea competente socialmente, no basta con poseer habilidades consideradas por la cultura como prosociales, sino que estas sean eficaces promoviendo una respuesta de aceptación en otras personas.

Así, el constructo competencia social está revestido de componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales involucrados en la interacción. No toda conducta es apropiada en diferentes contextos. Por consiguiente, lo que en un contexto puede impactar favorablemente por resultar en una interacción exitosa, en otro puede ser completamente irrelevante o impactar en forma negativa. Es decir, se encuentran diferencias dentro de una misma cultura, y de cultura a cultura. Por tanto, definir la relevancia social del comportamiento social dentro de contextos específicos (validación social.), es preferible que atender habilidades aisladas. Según Hernández, (1999) la falta de competencia social caracteriza dos pautas generales de interacción: la de rechazo y la de aislamiento.

El rechazo de los compañeros está asociado con la impulsividad. Y a su vez, la impulsividad está asociada con altos niveles de ansiedad, la cuál según Colman, (2006) es un estado de inquietud acompañado por disforia, signos corporales de tensión, pensamientos de posible fracaso, desgracia o peligro. El niño rechazado no posee habilidades para detectar la intención social, evaluar la situación, aquilatar las opciones de respuesta, tomar una decisión y, finalmente responder en consecuencia. Aunque no necesariamente es el niño

que se observe aislado en el recreo, pues tiende a agredir a sus compañeros o a buscar participar en el juego interviniendo por la fuerza o siguiéndoles. Por otro lado, el niño aislado es un niño ansioso, con un gran temor a las situaciones sociales (Hernández op. cit.). El temor o miedo es una emoción intensa que implica la percepción de un peligro, agitación desagradable y a menudo un deseo de escapar u ocultarse, se acompaña por cambios fisiológicos, principalmente del sistema nervioso simpático (Wolman y cols., 1984).

De esta manera, Hernández señala que “el miedo y la ansiedad incluyen manifestaciones fisiológicas que reflejan la actividad del sistema nervioso autónomo; conductuales, que incluyen comportamiento observable, como respuestas de huida o evitación, llanto, comerse las uñas, temblar etc.; y cognitivas, que se presentan en forma de pensamientos y autoverbalizaciones catastróficos, de preocupación excesiva, de autoexigencia o de derrota...” Pág. 16. Sin embargo Epstein, (1972); en Hernández, (1999) propone que si bien la ansiedad y el miedo se originan en el mismo sistema de defensa evolutivo, estos difieren entre si, en la ansiedad no hay posibilidad de escapar.

Así, el niño con miedo a la interacción social y a situaciones en las que deba desempeñarse ante otras personas le lleva aislarse e inhibir su comportamiento, a evitar las situaciones sociales y en casos extremos al llanto (Hernández, 1999). Algunos autores, (Glasgow y Arkowitz, 1975; Pilkonis, 1977; Ídem) atribuyen el problema del niño aislado, así como al del niño rechazado, a la carencia de habilidades sociales. Otros sugieren que el niño aislado conoce las conductas socialmente apropiadas, tanto como un niño sociable, pero la ansiedad no le permite usarlas o le hace creer que no posee la habilidad. Sin embargo una gran cantidad de estudios asocian la ansiedad con el aislamiento social (Rubin; Le Mare y Lollis, 1990; Ídem.), señalan que la ansiedad interfiere con la adquisición de habilidades sociales más complejas y el establecimiento de amistades.

Aunque se sabe que el miedo y la ansiedad son respuestas biológicamente adaptativas ante el peligro, que se modulan y modifican por aprendizaje al interactuar con los diferentes contextos, cuando interfieren con el funcionamiento normal del niño y su familia se consideran disfuncionales. Así, el niño rechazado o el aislado por sus compañeros, al privarse de experiencias

sociales que le permitan desarrollar habilidades nuevas y más complejas necesarias para su funcionamiento personal futuro, ve no solo exacerbarse su problema social, sino el desarrollo de problemas interactivos más complejos que le retroalimentan fortaleciendo su autopercepción negativa, y su comportamiento disfuncional. Es por tanto importante preguntarse sobre el origen de la competencia social de los niños, ¿qué papel desempeña la familia sobre la forma en que el niño aprende a socializar?

El recién nacido, comienza a interactuar usualmente con el contexto familiar, que puede estar formado por la madre, y /o el padre, hermanos, y/u otros miembros de a familia extendida o por algún cuidador que haga las veces de la madre. El contexto familiar es por tanto, el medio en el que se dan las primeras experiencias sociales. En un intento por acotar con mayor precisión los predictores de problemas en el niño, se ha encontrado que el estrés de los padres y familiar en general, y la forma en que se afronta, así como las prácticas de crianza resultan ser los ingredientes principales en las relaciones familiares disfuncionales (Klimes-Dougan y Bolger, 1998; Myers y Taylor, 1998; en Hernández, 1999.)

Como parte de su bagaje genético, cada bebé responde a las personas en su medio ambiente con un estilo propio, el cual comienza a moldearse y a organizarse mediante la experiencia con los cuidadores principales. Cada interacción nueva estará mediada por la historia de experiencias previas y la forma en que estas hayan contribuido a cambios biológicos y conductuales. Así, por ejemplo, la prontitud y efectividad con que los padres atienden a su hijo, ayuda a fortalecer el vínculo padres-hijo. Entre más responsivos sean los padres a las señales y comunicación que su hijo intenta establecer con ellos, el vínculo afectivo conduce a relaciones más armoniosas y además el niño crece más seguro de si mismo y de su capacidad para influir sobre su ambiente. A este vínculo se le ha llamado apego seguro, (Ibíd.)

Según Hernández, la conducta del recién nacido está adaptada a un ambiente que deberá procurarle cuidados y protección. El llanto por lo tanto promueve la proximidad y el contacto con el cuidador principal, ya sea la madre, el padre, o alguna otra persona. La falta de responsividad de los padres tiene como consecuencia que el bebe no tenga retroalimentación de su comportamiento con respecto a ellos. La insensibilidad y poca receptividad de

los padres al llanto de su bebé será un obstáculo para la formación del apego seguro.

Sin embargo, cuando el infante no logra obtener de sus padres el cuidado, la atención y la seguridad que comunica mediante el llanto, establece una relación de apego ansiosa. El niño que muestra apego seguro no se asusta cuando hay extraños presentes y permanece tranquilo aunque vea a sus padres alejarse. En un estudio realizado por Hernández Guzmán, Soto & Soria, (1990); en Hernández (1999) corroboraron estas observaciones, la negociación de las separaciones entre la madre y el niño, y el cumplimiento de lo prometido por parte de la madre, fomentan seguridad en el niño y separaciones tranquilas al dejarle en la escuela por primera vez.

Sin embargo, el apego ansioso en el infante es un obstáculo para el aprendizaje. El niño que ha establecido un apego seguro, explora más y, por lo tanto, aprende a conocer y a familiarizarse con todo lo que encuentra en su ambiente. Contrariamente, el niño con apego ansioso, se asusta ante los extraños, tiene miedo a las separaciones, lo cual obstaculiza el aprendizaje de nuevas competencias y habilidades necesarias como se dijo, para un adecuado desarrollo psicológico. Así que, la falta de competencia social en el niño, es uno de los factores de riesgo más importante para predecir problemas de desadaptación en otros contextos en los que el niño interactúe. De este modo, el niño preescolar debe poseer ciertas habilidades y competencias que le permitan interactuar en un ambiente que además de desconocido, difiere en gran manera del familiar en cuanto a los objetivos de la educación. De no ser así, estará constantemente expuesto a situaciones que le generarán reacciones de estrés, afectando su vulnerabilidad biológica.

Si bien en el ambiente familiar se dan las primeras interacciones como se dijo antes, ¿Qué clase de interacciones favorece la formación de niños socialmente competentes; hábiles para enfrentar problemas y para adaptarse a los cambios no solo de su propio organismo, sino también del medio ambiente físico y social; menos propensos al estrés a la ansiedad y a la depresión? y ¿de que manera afecta al organismo biológico, el carecer de estas habilidades; cómo puede intervenir el psicólogo? El siguiente capítulo abordará estos temas.

CAPITULO 3

3. ESTILO DE CRIANZA Y SALUD DEL NIÑO PREESCOLAR

La integración del niño a un medio ambiente desconocido como puede ser el preescolar, lo expone, si no cuenta con las competencias necesarias, a sufrir constantes reacciones de estrés. La capacidad para interactuar de manera eficaz puede marcar la diferencia entre la salud y la enfermedad. Es así que la historia interactiva del niño cobra especial relevancia, sus cuidadores, además de proveerle de los elementos necesarios para el buen funcionamiento de su organismo biológico (alimentación, higiene, vacunas etc.) que van a formar parte de su educación para la salud, deben facilitarle el aprendizaje de competencias conductuales necesarias para interactuar con el medio ambiente (físico y social) que puede ser a veces altamente patógeno, (empezando por el hogar).

A través de las relaciones familiares, existe la oportunidad para aprender a interactuar socialmente. Las prácticas de crianza son las que regulan las relaciones padre-hijo y entre hermanos. Cuando estas son positivas promueven la salud psicológica infantil, entendida esta como “la utilización de recursos de afrontamiento del estrés, orientados hacia la adquisición de habilidades y capacidades de solución de problemas para ajustarse a las demandas sociales y ecológicas.” (Shek, Chan & Lee 1997; en Hernández, op. cit.). Del estilo de crianza que adopten los padres, dependerá la calidad de las interacciones con su hijo e influirán en él sobre la forma de interpretar el contexto social dentro y fuera de la familia, así como en su forma de actuar y de ajustarse en dichos contextos. Aunque la mayoría de los padres usan elementos de unos u otros estilos de crianza en forma combinada, existe el predominio de uno en particular.

Clasificación de los estilos de crianza

Es frecuente escuchar diferentes calificativos a la conducta de los padres por la forma de relacionarse con sus hijos, como afectuosos, distantes, estrictos, sobreprotectores, comunicativos, conservadores etc. Todos haciendo referencia al estilo de crianza que predomina en la relación. Davidoff, (1979); en Osorio y Sánchez, (1996) conceptúa la crianza basándola en el papel de los

progenitores como agentes de socialización. La manera de guiar o desalentar a los hijos hacia conductas, valores metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas. En cuanto al papel de la cultura, (Linares 1986) señala que las prácticas de cuidado, de socialización y de disciplina que utilizan los padres en la crianza de sus hijos se enmarcan en el contexto cultural del grupo a que pertenecen y son un reflejo de las presiones del medio ambiente, de las creencias religiosas y del valor que se le atribuye al periodo de la infancia.

Por otro lado, retomando la clasificación que hace Baumrind, (1967); en Ruiz y Esteban, (1999) de los estilos de crianza, y los aspectos que considera en cada estilo, entendemos por estilo de crianza la manera como madres y padres se relacionan con cada uno de sus hijos en diferentes aspectos, como el establecimiento de límites, tipo de comunicación y disciplina que predomina, así como la manera de demostrar afecto, promoviendo o desalentando conductas.

En su clasificación de estilos de crianza, Baumrind distinguió de acuerdo al tipo de disciplina parental utilizada cuatro categorías principales: autoritario, autoritativo o democrático, permisivo y rechazante negligente.

a) En el estilo autoritario, lo predominante es la existencia de normas abundantes y la exigencia de una obediencia estricta. Estos padres manifiestan altos niveles de control y exigencias de madurez y bajos niveles de comunicación y afecto explícito. El padre y la madre creen en la restricción de la autonomía del hijo y hacen hincapié en el valor de la obediencia a su autoridad. El control parental recurre frecuentemente a castigos y medidas disciplinarias enérgicas con el fin de frenar la persistencia del niño en un comportamiento, con independencia de que el niño esté en desacuerdo con lo que el padre considera correcto.

b) En el estilo democrático, también denominado autoritativo, los padres intentan dirigir las actividades del hijo de modo racional y orientado al problema. Son padres que se caracterizan por presentar niveles altos, tanto de comunicación y afecto como de control y exigencias de madurez. Parten de una aceptación de los derechos y deberes de los hijos. Tienden a establecer reglas claras y recurren, cuando es necesario, a mandatos y castigos, apoyándolos en el razonamiento. No son padres indulgentes, sino más bien dados a dirigir y controlar al niño pero siendo conscientes de sus sentimientos y

puntos de vista, se caracterizan por el hecho de plantear al niño niveles de exigencia acordes con sus capacidades y por tener en cuenta opiniones del niño en la toma de decisiones.

c) El estilo permisivo se caracteriza por el afecto y la ausencia total de restricciones. Son padres bajos en control y exigencias de madurez pero altos en comunicación y afecto. Los padres permisivos tienen una actitud general positiva hacia el comportamiento del niño, aceptan sus conductas, deseos e impulsos y usan poco el castigo. Los padres proporcionan toda la autonomía posible. Evitan recurrir a la autoridad y no son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas.

d) Finalmente, en el estilo indiferente, al niño se le da tan poco como se le exige. Son padres bajos tanto en control y exigencias de madurez como en comunicación y afecto. No hay apenas normas que cumplir, pero tampoco hay afecto que compartir, siendo lo más destacable la escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto a las conductas del niño.

Estilo de crianza y salud del niño preescolar

Existen múltiples factores que colocan al niño en riesgo de contraer alguna enfermedad. Los mismos estilos de crianza pueden ser generadores de estrés, así como de otros factores que ponen en riesgo su salud. En el caso del estilo autoritario (Tabla 1) El padre es quien decide que conducta debe presentar el niño, sin permitirle elegir u opinar sobre tal elección, las respuestas emitidas de manera autónoma por parte del niño son castigadas. Sin embargo se le exige al niño actuar de manera responsable, aún cuando no se le ha dado la oportunidad de elegir uno u otro comportamiento para experimentar las consecuencias de este. De acuerdo con Ribes, (1990) las circunstancias en las que las consecuencias, nocivas biológicamente, o la pérdida de consecuencias favorables, son independientes de la conducta del individuo, son generadoras de estrés.

ESTILO DE CRIANZA AUTORITARIO

CARACTERÍSTICAS	INTERACCIONES	RESULTANTES (competencias adquiridas)
Exigencia de una obediencia estricta.	Sólo hay una opción de respuesta. Impuesta por el padre	Falta de autonomía personal Obedientes, ordenados.
Altos niveles de control	Sólo se refuerza la conducta esperada por el padre	Poca creatividad Ansiedad, estrés.
Escasa comunicación	Poca oportunidad para interacciones sociales	Menor competencia social. Tímidos
Abundantes normas	Emisión de conductas restringida	Ansiedad, estrés, irritabilidad
Escaso Afecto explícito	Escasas respuestas reforzadas	Poco tenaces a la hora de perseguir metas.
Control frecuente mediante castigos	Castigo de conductas inadecuadas para el padre	Agresivos, miedosos, aprensivos, infelices. Baja autoestima. Tímidos.
Exigencias de madurez	Instrucciones ambiguas	Vulnerables a las tensiones. Lloran fácilmente

Tabla 1 Interacciones en el estilo de crianza autoritario

De esta manera, la mayoría de los estudios coinciden en que el excesivo control de la conducta del niño mediante el uso frecuente del castigo, la comunicación disfuncional, así como la deficiente estimulación positiva, características de un estilo de crianza autoritario repercuten de manera negativa en la salud psicológica del niño, provocando entre otras conductas disfuncionales, ansiedad y estrés. (Vázquez y Siles, 1999; Ruiz, y Esteban 1999). Por otra parte, los estudios de Kagan y Moss, (1962, *Ibíd.*) señalan que los niños a los que se les restringe severamente durante los primeros años tienden a ser más conformistas, dependientes de los adultos y muestran menos control sobre su propia conducta. Relacionando así al estilo autoritario-arbitrario con conductas predelictivas.

Precisamente, el modelo de aprendizaje social enfatiza la importancia del proceso de socialización familiar en el desarrollo y mantenimiento de conductas disfuncionales en el niño. Los trabajos de Loeber, (1985) en Webster y Hancock, (1998) sobre desorden conductual, señalan en su “hipótesis de

coerción”, que el reforzamiento negativo juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de conductas inadecuadas en el niño. Si este proceso coercitivo continúa en el tiempo, la tasa e intensidad de conductas agresivas, tanto de padres como de hijos, aumentará. Por ende, la disciplina negativa de los padres, provee al niño la oportunidad de ver nuevos modelos de agresión (aprendizaje observacional). De acuerdo a lo anterior, podría pensarse que el escaso control conductual, la comunicación abundante y demostraciones frecuentes de afecto, característicos del estilo permisivo, repercutirían de una manera positiva en el niño, sin embargo las investigaciones nos dicen lo contrario (Tabla 2).

ESTILO DE CRIANZA PERMISIVO		
CARACTERÍSTICAS	INTERACCIONES	RESULTANTES (competencias adquiridas)
Escaso control conductual	Reforzamiento no diferencial del comportamiento	Niveles bajos de autoestima. Incompetencia Social

Ausencia de límites	No hay restricción de conductas	Inseguridad
Pocas exigencias de madurez	No hay persuasión para afrontar problemas	Dificultades a la hora de asumir responsabilidades. Inseguros
Altos niveles de comunicación	Oportunidad para interacciones sociales	Habilidades sociales
Demostraciones de afecto	Frecuente reforzamiento social	Alegres, dinámicos
Aceptación de deseos e impulsos	Reforzamiento de conductas impulsivas	Rechazo social. Autoconcepto negativo Experimentan soledad
Rehúsan recurrir a la autoridad	Ordenes débiles	Desobedientes perezosos

Tabla 2 Interacciones en el estilo de crianza permisivo.

En un trabajo realizado por Vera N. (2000), se evaluó el estilo de autoridad de la madre sobre el hijo, encontrando que el estilo permisivo se relaciona negativamente con trato positivo al niño, es decir, no es un buen predictor de la estimulación. Este estilo de crianza ha sido asociado entre otras cosas, con problemas para controlar impulsos, principal causa del rechazo social. El niño impulsivo carece de habilidades para modular su actividad en correspondencia con las demandas del contexto social. Kendall & Wilcox, (1979) en Hernández, (1999) señalan que el niño impulsivo presenta imposibilidad para inhibir actos verbales y físicos indeseables. Por tal motivo

está más propenso al rechazo de sus compañeros, experimentando soledad, además de formarse un autoconcepto negativo de si mismo, pues la retroalimentación que recibe el niño de las personas que forman parte de su contexto familiar y social es la contingencia que moldea su autoestima .

Por otro lado, el control escaso de la conducta del niño, puede ser observado como indiferencia, pues igual se refuerza la conducta impulsiva y caprichosa que la conducta pro social y colaboradora, lo cual no le permite al niño discriminar lo que se espera de él. El no señalarle claramente al niño las consecuencias de sus acciones lo conducirá a situaciones conflictivas que afrontará evitando, perpetuando así la inmadurez, pues no se le persuade a solucionar eficazmente los problemas, o se le habla con órdenes tan débiles que el niño ignora. Esta falta de competencia social, de autocontrol, y de habilidades de afrontamiento, son también características del estilo de crianza negligente, (Tabla 3) y peor aún, pues en este estilo hay pocas demostraciones de afecto, repercutiendo en el vínculo de apego entre el niño y los padres.

Cuando el adulto es inconsistente y no siempre ha respondido a *las necesidades del niño*, se genera un apego ansioso. La teoría del apego muestra que el nivel de ansiedad de los niños está relacionado con el apego a sus cuidadores, (Bowlby 1973; en Muris, 2000). También la agresividad está relacionada con la falta de apego en la infancia. Kraemer & Clarke, 1996 (cit. en Hernández op. cit.) realizaron una investigación con primates, en donde demostró que el funcionamiento cerebral depende del apego social. El mono desde su nacimiento, muestra apego con una figura materna, su privación produce cambios biológicos en el cerebro del mono infante, tales que aumentan la probabilidad de que presente comportamiento violento.

ESTILO DE CRIANZA NEGLIGENTE		
CARACTERÍSTICAS	INTERACCIONES	RESULTANTES (Competencias adquiridas)
Escaso control conductual	Ausencia de Reforzamiento	Niveles bajos de autoestima, desinterés, desesperanza.
Ausencia de límites	No hay restricción de conductas	Inseguridad, ansiedad, estrés.

No hay exigencias de madurez	No hay persuasión para afrontar problemas	Indiferentes
Escasa comunicación	Poca oportunidad para interacciones sociales	Aislados, tímidos, inseguros.
Escasas demostraciones de Afecto	Escasa responsividad del padre a las necesidades del niño	Desapego o apego ansioso Problemas de conducta. Agresividad
Indiferencia	Falta de atención a la conducta del niño	Solitarios. Inquietos Desmotivados. Retardo en el desarrollo.

Tabla 3 Tipo de interacciones en el estilo de crianza negligente

Muris P. et all, (2000) examinó la relación entre las prácticas de crianza y el tipo de apego con la inquietud mostrada por el niño. Se encontró que el apego ambivalente o de evitación produce altos niveles de inquietud, así como las prácticas de crianza donde se expresa rechazo o sobreprotección. El estilo de crianza negligente también se relaciona con retardo en el desarrollo. Pino y Herruzo, (2000) estudiaron las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de los niños de edad preescolar, reportando que estos niños sufren retardo en el desarrollo de todas las áreas comportamentales excepto en la motora. El rango del retraso por edades se ha situado entre los doce y trece meses en el subgrupo de 4-5 años y de 4-6 meses en el subgrupo 3-4 años.

Al respecto, Bandura, (1982) sostiene que los pequeños imitan adecuadamente cuando tienen incentivos para hacerlo, pero sus imitaciones se deterioran rápidamente cuando los demás no se preocupan de lo que hacen, lo cuál puede atribuirse incorrectamente a factores de incapacidad de los propios niños. Lo anterior implica un proceso de influencia bilateral, por lo que las actuaciones imitativas reflejan no solo la competencia del niño, sino también las reacciones de los modelos. De acuerdo a la definición de maltrato señalada por Salguero et all, (1997) "...el maltrato al menor abarca cualquier trato por parte del adulto que repercuta de manera desfavorable en el desarrollo cognitivo y/o físico de un niño, lo que incluye desde la privación de sus necesidades emocionales y materiales, hasta el maltrato verbal y físico" p.30.

Podemos observar, que en los estilos de crianza que hemos analizado, existen diferentes grados de maltrato. Ya que inhiben el aprendizaje de competencias necesarias para interactuar con el medio ambiente que les rodea generando ansiedad, estrés, depresión y baja autoestima. A diferencia del estilo democrático, en el cuál se consideran los derechos del niño así como sus responsabilidades en el proceso de disciplina, expresando claramente lo que se espera de él así como las consecuencias de sus actos, formulando las peticiones de acuerdo a su capacidad y reforzando frecuentemente la conducta apropiada del niño mas que castigando la inadecuada, permitiéndole la libertad de tomar decisiones dentro de los límites establecidos previamente y responsabilizarse de ellas. Fomentando con todo ello, la salud psicológica del infante, (Tabla 4).

Sin embargo, las interacciones familiares disfuncionales, además de dañar la salud psicológica del niño, favorecen la vulnerabilidad biológica del mismo, pues las contingencias del entorno, no afectan solamente la conducta, sino también los diversos sistemas biológicos del organismo. Como señalamos en el capítulo 1, la disminución en la capacidad inmunitaria del organismo se produce bajo condiciones ambientales productoras de estrés. Taylor, Repetti y Seeman, (1997) señalan que el medio ambiente ejerce efectos directos sobre la salud que afectan de diferente manera a cada individuo, es decir, no tienen el mismo efecto en todas las personas, y afirman que factores medio ambientales y predisposiciones genéticas interactúan entre sí, haciendo la diferencia individual en la predisposición al estrés y la enfermedad. Sin embargo hemos visto un tercer factor que interviene en esta diferencia: el comportamiento.

ESTILO DE CRIANZA DEMOCRÁTICO		
CARACTERÍSTICAS	INTERACCIONES	RESULTADOS (competencias adquiridas)
Instrucciones racionales y claras	Instrucciones claras y objetivas	Afrontan situaciones nuevas con seguridad
Comunicación frecuente	oportunidad para interacciones sociales	Socialmente competentes

Supervisión afectuosa	Frecuente Reforzamiento Social	Persistentes en las tareas que inician
Exigencias de madurez objetivas.	Peticiones acordes a la capacidad	Autoconcepto positivo
Aceptación de los derechos del niño	Libertad de actuación. En base a la edad del niño	Alegres, creativos, Independientes. Adecuada autoestima
Aceptación de los Deberes del niño	Acuerdo de límites a la conducta	Adecuado Autocontrol. Seguridad
Castigos racionales	Castigo a la conducta inadecuada (según el acuerdo)	Responsabilidad Apego a las normas.
Respeto de los sentimientos del niño	Observancia A la conducta Emocional	Empatía con otros Competencia social
Consideración a la toma de decisiones del niño.	Guía en la elección de respuesta del niño	Afrontan situaciones nuevas con seguridad

Tabla 4 Tipo de interacciones en el estilo de crianza democrático

De igual forma el medioambiente constituye el contexto en que los hábitos de salud son aprendidos y practicados. La familia es un importante contexto para la adquisición de hábitos de salud y conductas saludables y no saludables. Asimismo, influye en la conducta emocional. Emociones como la depresión, la ansiedad, los resentimientos, parecen tener gran influencia en enfermedades coronarias. Aparentemente, lo anterior se debe al cambio de conducta como consecuencia de alteraciones emocionales, alcoholismo o tabaquismo por ejemplo. Sin embargo, dichas emociones además activan la formación de adrenalina en el sistema simpático e hipotal-pituitaria y adrenocortical que se manifiesta en un incremento de la presión sanguínea, tasa cardiaca, niveles de circulación, epinefrina y norepinefrina y constricción de vasos sanguíneos (Ibíd.)

Es claro que el medio ambiente social familiar influye en la salud de los niños, especialmente la calidad de crianza o educación que afecta aspectos emocionales de la relación padre-hijo. El estilo de crianza negligente, como se señaló, está relacionado con retardo en el desarrollo e incremento en la frecuencia de enfermedades. (Bradley 1993; Gottman & Katzi 1989; en Taylor

op. cit.; Pino y Herruzo, 2000). Cuando la disfunción familiar llega al punto del abuso, el efecto directo e indirecto en la salud de los niños puede ser letal. Los niños con historias de abuso físico y negligencia tienen un elevado riesgo de mortalidad por toda clase de enfermedades, incluyendo homicidio, otros daños no intencionales, y enfermedad (Sorenson y Peterson, 1994 en Taylor, op. cit.).

Por lo demás, el abuso sexual puede tener consecuencias en la salud años más tarde, propiciando un incremento en la frecuencia de alteraciones biológicas y psicológicas, como angustia, ansiedad, dolor de cabeza, asma, diabetes, artritis, V I H, problemas ginecológicos y otros síntomas somáticos (Braaten, 1996). En México, de acuerdo con la Directora del Colectivo de Lucha Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC), del total de niños agredidos sexualmente 90% son menores de 14 años en su mayoría atacados por familiares; en el 60% son agresiones repetidas, mientras que en el otro 40% fue solamente una vez; el 80% de las niñas sufrieron lesiones; (Cárdenas, 1994). De acuerdo a la asociación Mexicana de Psiquiatría infantil, cada año solo en el Distrito federal, 7,300 niños son víctimas de delitos o abusos sexuales, de los cuáles 30% son cometidos por sus propios padres; (González, 1992 en Ibíd.).

Asimismo, una extensa investigación sobre las consecuencias del abuso sexual infantil sobre la salud, la realizaron Valenzuela, Hernández y Sánchez, (1995); ellos estudiaron las quejas psicósomáticas y el comportamiento sexual en función de abuso sexual sufrido en la niñez en estudiantes de secundaria entre 15 y 18 años de la ciudad de México. Para ambos sexos el abusador más frecuente fue una persona conocida. La tabla A muestra las principales quejas psicológicas de las víctimas. Como se observa, existe un gran contraste en el porcentaje de quejas psicósomáticas tanto en hombres como en mujeres con abuso, a diferencia de los de no abuso.

SÍNTOMA PSICOSOMÁTICO	HOMBRES SIN ABUSO	HOMBRES CON ABUSO	MUJERES SIN ABUSO	MUJERES CON ABUSO
Palpitaciones	6.9%	32.6%	8.7%	29.8%
Alimentos le hacen daño	5.3%	32.0%	5.2%	30.1%
Diarrea	3.3%	28.9%	2.9%	29.8%
Pérdida de voz	1.2%	25.2%	0.7%	22.3%

Ceguera ocasional	2.4%	24.5%	2.3%	22.6%
Sordera Ocasional	1.7%	23.0%	1.3%	19.4%
Dolor abdominal	9.1%	20.8%		
Convulsiones	1.3%	14.8%	1.3%	18.3%
Deglución difícil	5.5%	3.3%		
Ardor en genitales	1.6%	11.0%	1.8%	10.2%
Locomoción difícil	0.7%	10.6%	0.5%	9.7%
Micción dolorosa	2.8%	10.0%	3.3%	8.3%
Náusea	2.4%	9.9%		
Discopía	2.5%	7.7%	2.8%	8.7%
Falta de aire	3.4%	6.4%		
Micción difícil	0.7%	6.3%	1.2%	6.4%
Desmayos	1.0%	2.5%		
Olvido de cosas			4.9%	22.9%

Tabla A - Valenzuela, J., Hernández G. y Sánchez S. J. (1995)

Además de lo anterior, las prácticas de crianza disfuncionales dan como resultado problemas de conducta en los niños que pueden ocasionar rechazo de los padres al niño. Y a su vez el rechazo y negligencia de los padres han sido asociados con incremento en la agresión y depresión en el niño. Siendo estas vinculadas con incremento de síntomas físicos y conductas no saludables como tabaquismo y abuso de sustancias (Gore et al, 1992; Lewinsohn et al, 1994; en Taylor op. cit.)

Otro problema de salud infantil relacionado con las prácticas de crianza deficientes y patrones de maltrato infantil, es la desnutrición. Al parecer, las prácticas generales de crianza determinan en gran medida la forma en que los adultos proporcionan el alimento a los menores. Se han documentado ampliamente las consecuencias de la desnutrición crónica en el desarrollo físico y psicológico del niño. Kanarek y Marke-Kaufman, (1991) señalan que la desnutrición provoca cambios estructurales y bioquímicos en el sistema nervioso central que pueden alterar su funcionamiento y limitar las capacidades de aprendizaje. Así mismo, los efectos de la desnutrición sobre el comportamiento son considerables, Chávez, Martínez y Bourges (1976); Chávez Martínez y Yaschine (1976), reportan irritabilidad, apatía, llanto monótono, falta de atención, de exploración y de responsividad social. Barret y Radke-Yarrow, (1985), reportan, tolerancia reducida a la frustración, falta de

iniciativa y de independencia, Chávez, Martínez, Guarneros, Allen y Peltó (1988); (en Cortés, Romero, Hernández & Hernández, 2004).

Sin embargo, no solo es la falta de alimentos un factor de riesgo, sino también los patrones de cuidado y atención. Se ha observado que los niños con desnutrición reciben menor estimulación debido a que sus cuidadores son poco responsivos o negligentes en la satisfacción de sus necesidades. Estas condiciones explican parte de las demoras en el crecimiento físico y en el desarrollo motor, cognoscitivo y socio emocional de los infantes con desnutrición. (Baker, Grantham, Walter & Powell, 2003; Cortés, Romero, Hernández & Hernández, 2004; en Cortés, Romero y Flores, 2006).

También podemos apreciar la manera en que *el comportamiento* de los padres participa en la determinación de los estados de salud o enfermedad del niño, al regular el contacto de este con las variables del medio, en la adherencia o falta de adherencia a los tratamientos médicos que el niño recibe. Vera, (1999) investigó las creencias maternas sobre salud y la adherencia a medidas preventivas con el niño, encontrando que las madres estiman poco probable que sus hijos enfermen o que el padecimiento no sería grave en sus hijos. Lo que según Vera, explica la demora en el uso de servicios de salud y la ausencia de cuadros completos de vacunación. También señala, el uso de remedios caseros, y otros métodos de tratamiento alternativos, producto de las creencias y tradiciones culturales, como responsables de la falta de adherencia a las medidas preventivas.

3.3 Propuestas de intervención

Si bien la intervención profesional en la salud del niño debe ser multidisciplinaria, el psicólogo debe tener claro su campo de estudio, para evitar que su intervención se supedite al modelo médico, o bien traspase la línea que lo separa del ámbito social. En el modelo psicológico de la salud, la intervención del psicólogo abarca todo el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, en el caso de la salud del niño, las intervenciones preventivas, son prioritarias.

Uno de los objetivos de la OMS para el 2010 en “Salud para todos” es reducir la tasa de intento de suicidio en adolescentes del 2.6% a 1% al día

(Greenberg, 2001). Así mismo, Greenberg señala que es inútil proporcionar tratamiento a ciertos desordenes en niños, y afirma que no existen investigaciones puntuales de cómo tratar efectivamente a todos los niños. Por ello es importante no pasar por alto la importancia de la prevención cuando los esfuerzos del tratamiento han fracasado. De esta manera, los esfuerzos deben ser encaminados para alcanzar a muchos niños que no tienen acceso a tratamiento, además de que muchos niños y adolescentes no reciben un servicio de salud psicológica apropiado, o lo reciben cuando su problema ha empeorado.

De los factores de riesgo que colocan a los niños en peligro de psicopatología señalados por Greenberg, (obstáculos constitucionales; demora en la adquisición de habilidades, dificultades emocionales, circunstancias familiares, problemas interpersonales, problemas escolares, riesgos ecológicos), la gran mayoría tiene que ver con la falta de competencias para interactuar con el medioambiente social. En primera instancia de los padres y consecuentemente de los hijos. Así, las metas de la intervención preventiva requieren de la identificación de competencias a implementar en padres e hijos.

La competencia y la satisfacción en la crianza están altamente entrelazadas. Es difícil obtener habilidad en los intentos, lo cual no ofrece gratificación intrínseca y contrariamente la satisfacción en tareas en las que no se tiene el mínimo grado de experiencia es improbable. Las investigaciones sugieren que en las comunidades pobres, el poseer fuerza interior basada en un sentido de competencia personal puede ser un amortiguador poderoso contra la adversidad, permitiendo a los padres promover bienestar en sus niños (Elder 1995, en Coleman y Karraker, 1997)

Por lo anterior, es necesario implementar estrategias de intervención para facilitar y apoyar las capacidades de los padres para educar. Coleman y Karraker (Ibíd.) señalan que el conocimiento sobre autoeficacia en la crianza explica la variabilidad observada en las habilidades y satisfacción parental. El constructo de autoeficacia postulado por Bandura (1977), se refiere a las creencias sobre la propia habilidad para realizar con éxito una conducta particular. De acuerdo a Oser y Bandura (1990) "la autoeficacia se refiere a la motivación, recursos cognitivos, y cursos de acción necesarios para ejercer control sobre sucesos dados" (en Coleman y Karraker, 1997 p. 472)

Bandura, (en *Ibíd.*) ha diferenciado expectativas de resultado de expectativas de autoeficacia. El primero se refiere a saber que conductas particulares generarán resultados específicos, el segundo se refiere a auto-percepciones de la competencia o habilidad conductual de uno mismo para ejecutar acciones específicas en ciertas situaciones. Hay anteposición entre autoeficacia y expectativas de resultado, porque un requisito para confiar en la capacidad de uno mismo y comprometerse en practicar una tarea dada, es el conocer que acciones apropiadas existen que lleven al resultado conductual deseado. Por lo tanto las creencias de autoeficacia están entrelazadas con el conocimiento de las conductas particulares con las que cuentan, así como las percepciones de contingencias situacionales.

Así que, las personas con una percepción alta de autoeficacia, confían en sus habilidades y enfrentan las demandas del medio ambiente, conceptualizan los problemas como desafíos más que como amenaza, experimentan menos excitación emocional negativa, y son perseverantes en situaciones difíciles. En contraste, cuando los individuos poseen baja autoeficacia dudan de si mismos, son ansiosos en situaciones adversas, asumen más responsabilidad para el fracaso que para el éxito, evitan desafíos, y se adaptan disfuncionalmente a los problemas (Coleman y Karraker, 1997).

En cuanto a las ideas de autoeficacia parental Teti y Gelfand, (1991, *Ibíd*) indican que se refieren a las expectativas de los padres sobre el grado en que son hábiles para actuar competente y efectivamente como padre/madre. Las creencias de autoeficacia parental influyen en la respuesta parental mediante una compleja interacción de vías afectivas, motivacionales, cognitivas y conductuales. Las creencias de la capacidad de uno como padre probablemente afectan el nivel de estrés o depresión experimentado en las situaciones de crianza. Los padres ineficaces probablemente afirman que los problemas o conducta negativa de los niños son asociados con factores internos estables e inalterables, y si ellos también encuentran estrés en el contexto del papel parental, puede surgir desesperanza, operando como un factor precipitante de reacciones afectivas adversas como la depresión. La desesperanza es definida como expectativas altamente deseadas e imposibles, y eventos negativos inevitables. La desesperanza y la baja autoeficacia representan constructos muy semejantes. Así, los padres tienen sentimientos

de desesperanza o impotencia, porque ellos creen que no hay forma de evitar la adversidad (Coleman y Karraker op. cit.).

La autoeficacia también influye en el funcionamiento parental a través de diversos dominios de tarea, funcionando como mediador de procesos motivacionales. Por ejemplo un padre que se cree incompetente, puede ceder inmediatamente al berrinche de su hijo, en lugar de enseñarle que esa conducta no es el medio apropiado para obtener lo que desea. Los objetivos personales proporcionan una conducta encausada. Cuando los padres fracasan en el desarrollo de metas claras son muy propensos a mostrar conductas erráticas e inconsistentes. De esta manera, cuando una madre carece de metas claras en cuanto a fomentar independencia en su hijo de 7 años, puede dudar en cuanto a reforzar conductas autónomas y conductas dependientes, confundiendo al niño.

La autopercepción de eficacia fortalece la motivación para elegir o comprometerse en tareas desafiantes (Sexton y Tuckman, 1991; *Ibíd.*). En los padres se observa más esfuerzo en buscar técnicas disciplinarias como la inducción. Los padres con baja autoeficacia optan por controlar la conducta de su niño con gritos y golpes. Desafortunadamente la baja autoeficacia de los padres actúa de tal manera que en las tareas desafiantes de la paternidad, ellos mismos dificultan el proceso para adquirir conocimientos y nuevas habilidades. (Bandura, 1982; en Coleman y Karraker op. cit.).

Otro medio por el cual las creencias de autoeficacia impactan sobre la motivación, es afectando la intensidad del esfuerzo y persistencia en tareas de dominios relevantes. Pintich y Groot, (1990, *Ibíd.*) afirman que los individuos con autoeficacia positiva muestran vigor y habilidad para mantener atención durante pesadas tareas. Los padres con escasa confianza en sus competencias tienden a ceder fácilmente debido a expectativas de fracaso, y cuando resulta el fracaso pierden la confianza en ellos mismos. La paternidad demanda esfuerzo y persistencia, y el carecer de ánimo y energía llevará con toda probabilidad a un funcionamiento parental disfuncional. La autoeficacia ha sido también asociada con la visualización de eventos positivos, que sirve, convenientemente, como un modelo de soluciones positivas para futuras situaciones problemáticas (Coleman y Karraker, 1997).

Las cogniciones que coexisten con las creencias de autoeficacia incluyen esperanza, ideas positivas, y autoafirmaciones. Con ideas de baja autoeficacia tienden a culparse con pensamientos de impotencia predestinada y auto reproche. De acuerdo a la Teoría del Aprendizaje Social, las expectativas relacionadas con la eficacia personal, se originan desde cuatro fuentes de información primaria.

1. Historia de ejecución personal (aciertos y fracasos)
2. La experiencia vicaria
3. La persuasión verbal
4. La excitación emocional. Los individuos anteceden fracaso cuando ellos son dominados por excitación psicológica aversiva (miedo, ansiedad, depresión).

Aplicado al dominio de la paternidad, para que los padres se sientan eficaces, deben poseer:

- a) *Conocimiento* de las respuestas apropiadas en el cuidado del niño (Como detectar la angustia infantil y como mitigarla o que limites deben establecerse para tres años).
- b) *Confianza* en sus habilidades para dirigir tales tareas.
- c) *Convicción* de que sus hijos responderán contingentemente y que otros en su medio social, incluyendo familia y amigos, serán soporte de sus esfuerzos (Coleman y Karraker, 1997).

De esta forma, el continuo impacto afectivo, motivacional y cognitivo que las ideas de autoeficacia pueden provocar en los padres, afecta directamente su conducta mediante la predisposición a actuar de cierta forma, teniendo un efecto claro en el estilo de crianza. De acuerdo a lo anterior Conrad, (1992, *Ibíd.*) ilustra cada componente de autoeficacia asociados con la interacción madre-hijo, encontrando una significativa interacción entre conocimiento materno sobre el desarrollo del niño y autoconfianza materna. Teti y Gelfand, (1991); en Coleman y Karraker, (1997) descubrieron entre las madres de infantes una clara relación entre autoeficacia y competencia materna, independientemente de otras variables.

Estos autores emplearon medidas de autoeficacia con preguntas sobre tareas relativamente específicas, tales como tranquilizar al bebe y saber que le falta o que tiene. Se establece que la autoeficacia maternal opera como una

variable que media entre diferentes variables psicosociales y competencia materna. Cuando la autoeficacia fue controlada, las variables psicosociales no se relacionan con la competencia conductual de las madres. Se evidenció que diversas variables psicológicas no perjudican directamente el funcionamiento parental, sino mediante su participación para debilitar la percepción de competencia. Así, es necesario desarrollar estrategias de intervención que faciliten y apoyen las capacidades de los padres para educar en el hogar.

Una ruta a seguir, es mediante la elevación de las percepciones de los padres sobre su competencia o control. Según Coleman y Karraker, (1997) un sentido colectivo de impotencia puede empeorar la eficacia personal por lo que es necesario que el clima cultural encamine sus esfuerzos a ayudar a los padres a vivir con un sentido de logro, de motivación personal. Ya que la probabilidad de que los padres que viven bajo condiciones de severa presión económica, en colonias problemáticas que facilitan la delincuencia, posean altas estimaciones de competencia en el papel parental parece muy remota. Es mas probable que aumenten los adultos jóvenes que se acerquen a la paternidad con historias personales de sufrimiento significativo, de cuidados erróneos, violencia familiar, vivienda y provisión de necesidades básicas inadecuadas, abuso de drogas y/o alcohol y carencia de sistemas de soporte, todo lo que conduce a muy bajas estimaciones de eficacia personal.

Bajo estas condiciones, es necesario establecer modelos de trabajo que fortalezcan las relaciones positivas, que cambien las futuras percepciones de competencia parental. Las intervenciones terapéuticas diseñadas para alterar los patrones de funcionamiento cognitivo a través de relaciones positivas, implementando y desarrollando alta eficacia mediante instrucción directa del cuidado del niño, modelado de paternidad apropiada y oportunidades para realizar conductas positivas que proveerán de nuevas esperanzas para invertir la transmisión intergeneracional de conductas parentales inefectivas y destructivas. Alterando las percepciones de competencia de los padres se puede proveer gran potencial para mejorar el medioambiente educativo de los niños, intentando así aligerar las condiciones sociales que han perpetuado la negatividad en la vida de muchos niños.

En base a los medios primarios a través de los cuales se cree que los pensamientos de autoeficacia se desarrollan (mediante experiencia directa con

tareas conductuales), el cambio podría ser predictor de cambios en la tasa de aciertos o fracasos en la respuesta parental y subsecuentes reapariciones de competencias (Bandura, 1981; cit. en Coleman y Karraker op. cit.). Estos autores sugieren que las sesiones de tratamiento pueden por lo tanto centrarse en estructurar oportunidades para interacciones exitosas padre-hijo y en otras dimensiones del papel parental seguidas de instrucción en habilidades de crianza. Diseñando técnicas terapéuticas específicas para dirigir la autoeficacia en los nuevos padres con alto riesgo y entre padres que experimentan dificultad en la crianza de niños mayores. Por tanto, las intervenciones parentales enfocadas en fortalecer la autoeficacia, también tienen un carácter preventivo, pues además de modificar las interacciones existentes, reduce la probabilidad de que se presenten futuras interacciones disfuncionales, que no sólo afectan la salud del niño, sino la del mismo padre.

Ribes (1990), señala que para que se auspicie el bienestar y se reduzca el riesgo de enfermedad se deben establecer interacciones psicológicas que no afecten negativamente, o por el contrario fortalezcan la inmunocompetencia del organismo y se deben poseer las competencias efectivas situacionales que se traduzcan en conductas instrumentales que reduzcan el riesgo de patología o daño biológico. De esta manera, la autoeficacia parental es un conocimiento derivado del estudio científico del comportamiento, y no fruto de un pragmatismo que se justifica adoptando modelos ajenos a la práctica psicológica, como el caso del modelo médico, que asume la existencia de patrones universales de normalidad-anormalidad en la conducta, lo cual limita la práctica profesional del psicólogo, pues si existen conductas “anormales” hay sujetos problema, a los que debe dirigirse el cambio.

Esta lógica lleva al psicólogo a desviar la atención de su objeto de análisis, *la interacción particular*, centrándose en el individuo portador de la “anormalidad”, y desechando los eventos históricos y contextuales que dan lugar a un comportamiento singular. Las soluciones están predeterminadas; no se realiza una evaluación funcional de cada comportamiento, por tal motivo, los factores socioculturales toman gran relevancia, pues no se pueden unificar las intervenciones psicológicas para todas las culturas y niveles socioeconómicos, lo cual se hace evidente en la poca o nula efectividad de las mismas. De esta

manera, el psicólogo es limitado en su práctica profesional y recurre a metodologías ajenas a la investigación científica.

La adopción de un modelo psicológico derivado del conocimiento científico, permite vincular el contenido de la psicología como ciencia, con una práctica social, pues la ciencia se ocupa de la elaboración de sistemas generales que describan la regularidad de los eventos, procede de manera analítica y es abstracta y general. (Kantor, 1978 cit. en Landa, 1998). En el caso de la autoeficacia parental, el fortalecimiento de competencias funcionales, actúa como un factor disposicional que favorece interacciones padre-hijo saludables.

Tabla 5 (Coleman, P. K.; y Karraker, K. H. 1997)

Categorías sugeridas de tareas específicas de creencias de autoeficacia parental, relacionando áreas de competencia conductual, posiblemente asociadas con la conducta del niño.

CATEGORÍA DE AUTOEFICACIA	ÁREAS DE COMPETENCIA CONDUCTUAL	RESULTANTES EN LA CONDUCTA DEL NIÑO
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

TAREA ESPECÍFICA		
Facilitar el desarrollo cognitivo del niño	Dar libertad para explorar. Facilitar juguetes y lecturas estimulantes. Comprometerse en interacciones cognitivas estimulantes. Animar en las tareas escolares. Interesarse en las actividades escolares. Enseñar a solucionar problemas. Habilidad para ayudar así como para asesorar. Fomentar la creatividad.	Inteligencia; curiosidad intelectual Motivación académica. Logro académico; creatividad; Hábil para solucionar problemas cotidianos. Habilidad para formular y realizar planes.
Alimentar y adecuar el desarrollo emocional del niño	Sensibilidad a las necesidades del niño. Conciencia e interés por los sentimientos del niño. Expresión de los sentimientos propios. Habilidad para escuchar atentamente las confidencias emocionales del niño. Motivar la independencia de acuerdo a la edad.	Apego seguro. Humor predominante positivo/negativo. Habilidad para demostrar afecto a otros. Autoestima. Habilidad para establecer empatía.
Esforzarse en la recreación y desarrollo social del niño	Planear interacciones del niño con sus pares. Facilitar la participación del niño en actividades recreativas. Involucrarse en juegos con el niño. Interesarse en la recreación del niño. Proveerlo de una variedad de actividades y oportunidades para la recreación. Proveer juguetes apropiados a su edad. Proporcionar espacio físico para jugar.	Sociable con sus pares. Habilidad para interactuar con adultos. Calidad en la relación fraternal. Participar en diversas actividades recreativas.
Proveer de estructura y disciplina	Habilidad para formular reglas apropiadas a la edad. Interés en disciplinar. Asumir la responsabilidad de disciplinar. Habilidad para hacer cumplir las reglas. Uso de técnicas disciplinarias no violentas, apropiadas a la edad. Habilidad para implementar estructura y rutina en la vida del niño.	Acatamiento de las reglas de regulación conductual. Respeto a la autoridad. Cumplimiento de la rutina diaria. Ausencia de problemas de conducta. Conducta prosocial.
Mantener la salud física del niño	Proporcionar una buena nutrición. Preocuparse del cuidado de la salud, preventivo y correctivo. Detección de signos de enfermedad en el niño. Interesarse por una higiene apropiada. Apropiada prevención de accidentes. Cuidado del tiempo apropiado de sueño. Preocuparse por actividades al aire libre.	Salud física general Crecimiento físico apropiado a la edad. Peso apropiado. Poca importancia en las enfermedades más frecuentes.

En la tabla 5, Coleman y Karraker, (1997) señalan una lista de tareas parentales específicas y categorías de creencias de autoeficacia, relacionadas con áreas de competencia conductual parental, posiblemente asociadas con la conducta del niño que puede usarse en investigaciones para comprender el papel de la autoeficacia parental en las tareas más específicas. Y de esta manera, instrumentar los cambios de tareas requeridos en los padres así como en el desarrollo del niño.

Las propuestas señaladas no buscan etiquetar a los padres como negligentes, autoritarios etc. y someterlos a un mismo tratamiento. Mas bien se definen tipos de interacción y sus efectos en la salud del niño, considerando la probabilidad de que cierta respuesta de los padres se presente como resultado de la percepción de autoeficacia que posean, relacionando esta última con su competencia conductual y facilitando la instrumentación de técnicas de intervención que les provean de las competencias específicas que modifiquen los factores disposicionales para interactuar de manera saludable con sus hijos.

Tomando como unidad de análisis la interacción adulto-infante, se evalúan los elementos que participan en tal interacción, especialmente los repertorios interactivos de cada uno así como los déficit conductuales, para diseñar programas de intervención acordes con las necesidades conductuales de ambos. Es decir, que la relación entre la evaluación y el tratamiento sea directa y acorde con el marco teórico, ya que la clasificación no ayuda a determinar qué tipo de tratamiento debemos darle al sujeto. El psicólogo debe ser consciente del compromiso que tiene con la ciencia y con las personas que intenta ayudar, realizando un trabajo acorde con su objeto de estudio y con las herramientas científicas de las cuales dispone. Y no tratando de ajustarse a lo que la sociedad cree que debe hacer.

CONCLUSIONES

Existen un sinnúmero de investigaciones en cuanto a la salud psicológica del niño y las variables que intervienen en esta, investigaciones realizadas por diferentes disciplinas y desde diferentes enfoques. Tan es así, que la línea que separa el trabajo de una disciplina y el de otra es apenas diferenciado. El psicólogo por tanto, no debe perder la visión de su campo de estudio, pues los cambios acelerados que se observan en el ambiente sociocultural así como los avances tecnológicos, han modificado de tal manera las interacciones dentro del núcleo familiar, que es necesario recapitular acerca del papel de las prácticas de crianza en la salud del niño.

La información que transmite la televisión, entre otros medios masivos de comunicación, lejos de **no enseñar, enseñan todo**. Es decir, no enseñan de manera “dosificada”, de acuerdo a la edad del niño, o a su capacidad conceptual, sino de una forma abrupta. El niño observa violencia, sexo, drogas, muerte, etc., funcionando estas imágenes como modelos de comportamiento. Además de afectar su capacidad cognitiva, pues según Sartori G. (1998) “la televisión produce imágenes y anula conceptos y de este modo atrofia nuestra capacidad de abstracción y con ella toda nuestra capacidad de entender” p.47.

Lo anterior aunado a que cada vez hay menos mujeres, ancianos (abuelos) o personas dedicadas al cuidado del niño en el hogar que les ayude a entender la información que reciben de una manera conveniente o por lo menos no dañina, la televisión no sólo **no** es una aliada en la crianza de los niños sino un peligro para su salud psicológica. Asimismo, con la incorporación de la mujer al mercado del trabajo, la crianza quedó en manos de instituciones y lejos de la familia. Vera, (2004) señala que en el mejor de los casos las madres pasan 4 horas al día con su hijo en vigilia al llegar a casa después de la labor, y el tipo y número de interacciones son menores por la cantidad de asuntos domésticos y personales por atender, utilizando la televisión y juegos de video para mantener al niño bajo supervisión y control.

Así, se observa que la crianza es asumida por el Estado a través del “Preescolar” (y actualmente con las estancias infantiles, que se hacen cargo incluso de niños muy pequeños), buscando como objetivos principales homogenizar y estandarizar los conocimientos del niño así como moldear su

conducta social, para ingresar a la educación primaria con cierto nivel de “desarrollo psicológico” (Ibíd.). Sin embargo, no se trata de evitar el cambio, o de regresar a antiguos patrones de comportamiento (sería imposible), si el avance creciente de la tecnología ha alterado bruscamente nuestro estilo de vida, la misma tecnología puede ayudarnos a ser más competentes en el medio ambiente en que vivimos, una tecnología derivada y congruente con la investigación científica en psicología, y no resultado de demandas sociales específicas.

La tecnología psicológica, entonces, se encargará de atender aquellas demandas sociales en las que se identifique que el factor fundamental es el comportamiento. Además, de justificar y delimitar las áreas tecnológicas de la psicología. Ribes y López, (1985) señalan la diferencia entre la aplicación de la ciencia y la tecnología derivada de esta, advirtiendo que el conocimiento proveniente de la ciencia básica no puede ser aplicado directamente como conocimiento tecnológico sin antes ser elaborado de modo sintético y sintetizador. La tarea tecnológica consiste en identificar las dimensiones psicológicas en los problemas prácticos y la unidad de las situaciones psicológicas concretas sin perder contacto con la ciencia básica.

En este sentido, el trabajo con los padres implica la desprofesionalización del psicólogo, es decir, pasar del plano clínico al plano educativo, o reeducativo. Es frente a estos cambios que la actuación del psicólogo se hace relevante, al realizar el análisis de interdependencias entre todos los elementos de un campo, donde se asignan pesos explicativos relativos mayores o menores a cada factor dependiendo de la interacción particular, al margen de su morfología (Landa, 1998). Lo anterior implica compromiso, aprendizaje, actualización constante sobre los nuevos hallazgos en la ciencia psicológica, para adquirir más y mejores herramientas que le permitan al psicólogo brindar un servicio profesional, que lo distinga de otros trabajadores de la salud. Evitando supeditar su actividad a modelos ajenos a la psicología., ya que de esta manera, el trabajo del psicólogo seguirá siendo confundido con el del psiquiatra, el sociólogo, el trabajador social etc., subestimando el carácter científico del mismo.

Es así que, a pesar de que el campo de acción del psicólogo es extenso, lo encontramos “invadido” por otros profesionistas, desvirtuando el objeto de estudio de la psicología y favoreciendo la confusión en cuanto a las competencias del psicólogo. Además señala Vargas, (2002) que el propio psicólogo desconoce el tipo de demandas y los lugares donde es requerido. Y peor aún, algunos psicólogos añaden procedimientos de otras disciplinas para atender “integralmente” los problemas a los que se enfrentan por no tener claro el objetivo de la operación tecnológica de la psicología. Por tanto, el psicólogo debe interesarse por la interacción de los organismos con su medio ambiente. Así, la operación será dirigida a los elementos que participan en tal interacción, particularmente los repertorios interactivos.

En el caso de la crianza de los niños, las *capacidades* a implementar en los padres son muchas, no obstante, la primera es fortalecer la confianza en su propia capacidad para aprender y aplicar lo aprendido. Por último, estas acciones no deben ser dirigidas solo a los padres, también debe incluir a todos aquellos encargados del cuidado del niño, como las educadoras, maestras, asistentes educativas etc., (que muchas veces son las personas encargadas de “capacitar” a los padres) considerando su participación en la crianza del menor. Pues a pesar de que conocen la didáctica que aplican, también necesitan fortalecer su percepción de autoeficacia mediante la adquisición de competencias conductuales que les permitan interactuar con el niño sin maltratarlo. Aminorando así en la medida de lo posible, los efectos del cambio hogar-escuela, compartiendo técnicas de disciplina alimentarias, de higiene, del comportamiento, etc. Concientes de que **todos** los niños van a responder a la estimulación, aunque de manera **diferente**, de acuerdo a su historia interactiva y capacidad intelectual, evitando de esta manera, la discriminación. Ya que al etiquetar a los niños de acuerdo a la morfología de su conducta o al “nivel de inteligencia”, solo se consigue excluir a aquellos cuya conducta es valorada como “anormal”, incrementando el problema, creando un círculo de interacciones disfuncionales adulto-infante (y aún infante-infante) que evidentemente afectan la salud del menor como se ha expuesto. Al respecto, Vargas, (op. cit.) señala que el comportamiento, por su carácter singular, no

puede ser representado en curvas de distribución normal o índices generales de población. La propia conducta del sujeto, es el punto de comparación.

REFERENCIAS

Alarcón, M. A.; Vidal, H. A. y Neira, R. J. (2003). “*Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales.*” Revista MED de Chile, (131), 1061-1065.

Aniorte, H., (2003) “*La Salud y el contexto cultural*”. Disponible en:
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_2.htm

Bandura, A., Walter, R. (1982). ***Aprendizaje Social y Desarrollo de la personalidad.*** España: Alianza Editores.

Bandura, A. (1997) “Self-Efficacy” Harvard Mental Health Letter, 13 (9)

Cárdenas, O. (1994). ***El llanto de los ángeles (Los niños que sufren).*** México: Alcyone, S.A. de C.V.,

Coleman, P. K.; Karraker, K. H. (1997) “Self-Efficacy and parenting quality: Findings and future Applications”. Developmental Review, (18) pp. 47-85.

Colman, A. (2006). ***A Dictionary of Psychology.*** 2ª ed. University Press
New
York

Cortés, M. A.; Romero S. P.; Flores T. G (2006) “Diseño y validación inicial de un instrumento para evaluar prácticas de crianza en la infancia”. **UNAM Iztacala** Disponible en:

http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N104diseno_validación.pdf

Cortés, M. A.; Romero, S. P.; Hernández & Hernández. (2004) “Estilos interactivos y desnutrición: Sistema de observación para la detección de riesgo en el infante”. Psicología y Salud. 14(1) pp. 57-66.

Días, H. A., Pérez, L. J. Martínez, F. Herrera, G. E. (2000) "Influencia de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil: implicaciones para la atención temprana". Anales de psicología, 16 (1), pp. 101-118.

Flores Guerrero, R. (2004) "Salud Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural". Revista Mad, (10), 1-8 *Universidad de Chile*

Garber, S., Garber, M., Spizman, R. (2000). **Portarse Bien**. España. Medici

Greenberg, Domitrovich, C Bumbarge, B. (2001) "The prevention of Mental Disorders in School-Aged Children: Current State of the field" Prevention and Treatment." 4

Hernández, G. L. (1999). **Hacia la salud Psicológica: Niños socialmente competentes**. México. Facultad de psicología UNAM.

Kelly, J. A. (1987) **Entrenamiento de las habilidades sociales**. España. Desclée de Brouwer.

Landa, D. P. (1998). "Algunas Consideraciones Sobre el Qué y el Cómo de la Psicología Conductual Aplicada" Revista Electrónica de Psicología Iztacala 1(1). Disponible en:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

Linares, M. E. (1986). "Diversidad cultural: pautas de crianza" Alternativas. Programa Regional de Estimulación. (9) 2-7

Martínez, D. A. y Rubio, V. J. (1999). "Enfoque biopsicosocial de la salud" Madrid: UAM (mimeo)

Muris, P. Meesters, C. Merckelbach, H. Hülsenbeck P. (2000) "Worry in Children is related to perceived parental rearing and attachment". Behavior Research and Therapy. (38) p. 487-497

Osorio, S. y Sánchez, S. (1996) "*Estilos de Crianza en México: un estudio epidemiológico*". Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F

Pastor, J. y López, L. (1993). "*Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de Clasificación*". Anales de psicología. 9(1), pp. 19-30

Pino Osuna, M., Herruzo C., (2000) "Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de los niños de edad preescolar, en España" Child Abuse and Neglect. 24(7) pp. 911-924.

Reynoso, E. y Seligson, N. (2002) "*Psicología y Salud en México*". En: Reynoso, E. y Seligson, N. I. (Eds.), Psicología y Salud. México

Ribes, E. (1990). ***Psicología y salud: Un análisis conceptual***. España: Martínez Roca.

Ruiz, C., y Esteban, M. (1999) "Estilos de educación familiar y estrés". En: Buendía, J. Compilador. ***Familia y Psicología de la Salud***. Pirámide, Madrid España.

Salguero, V., García, R., Vaquero, C., (1997). "Sentimientos maternos posteriores al incidente de maltrato". Psicología y salud 9, 29-35.

Santacreu, M. O., Rubio, V. (1997) "La prevención en el marco de la psicología de la salud." Psicología y Salud 10,81-92.

Sartori, G. (1998). ***Homo videns La sociedad teledirigida***. México. Taurus

Taylor, S. E., Repetti, R.L., Seeman, T. (1997). "Health Psychology: What is and Unhealthy Environment and How Does It Get the Skin?" Annual Reviews of Psychology. 48. 411-447.

Toffler, A. (1998). ***El Shock del futuro***. Plaza y Janés, España.

Valenzuela, J., Hernández G. y Sánchez S. J. (1995) "Quejas psicosomáticas y comportamiento sexual en función de abuso sexual sufrido en la niñez" En: Archivos Hispanoamericanos de Sexología, 1 (2), 201-224.

Vargas, B. J. (2002). "Tecnología Psicológica: El Momento de la Transición" Revista Electrónica de Psicología Iztacala" (En red). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

Vázquez, C., Siles, S. M. (1999). "Depresión parental y filial: Factores de riesgo efectos mutuos y una propuesta explicativa" En: Buendía, J. Compilador. ***Familia y Psicología de la Salud***. Pirámide

Vera N, J. (1995)" Análisis de las interacciones diádicas en grupos con diferencias en peso para la edad: algunos datos para explicar la desnutrición leve". Revista Sonorense de Psicología. 9 (1y 2)

Vera, N. J. (1999) "Creencias relacionadas con el uso de servicios pediátricos en madres de las zonas urbanas en México". Apuntes de Psicología. 17 (1-2) pp. 127-136.

Vera, N. J.; Montiel, C. M.; Serrano, Q, Velasco, A. (1997)." Objetivos de la crianza, desarrollo, estimulación y sistemas de enseñanza". Psicología y salud. pp. 27-35.

Vera, N. J. (2004). Prácticas de crianza y educación inicial. Disponible en: www.ciad.mx/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/2004/104.pdf

Vera, N. J. (2000) "Validación de una escala de autoritarismo en madres de una zona rural del Norte de México" Revista Sonorense de Psicología. 14, (1-2), pp.17-24.

Webster, C. y Lois Hancock (1988) "Training for parents of young children with conduct problems; content, methods, and therapeutic processes."
Tomado de Gonzalez (2003). **Handbook of Parent Training**.

Wolman, B. (1984) **Diccionario de la Ciencias de la Conducta**. Trillas.
México.