



UNIVERSIDAD  
PRIVADA  
DEL NORTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

---

“Actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual en la ciudad de Cajamarca”

Tesis para optar el título profesional de:

**Licenciada en Psicología**

**Autores:**

Ninna Yovany Medina Chuquilín  
Ángela Melissa Roncal Rodríguez

**Asesor:**

Lic. Juan Pablo Sarmiento Longo

Cajamarca – Perú  
2016

## APROBACIÓN DE LA TESIS

El asesor y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por la Bachiller Ninna Yovany Medina Chuquilín y Ángela Melissa Roncal Rodríguez, denominada:

**“Actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual en la ciudad de Cajamarca”**

---

Ps. Juan Pablo Sarmiento Longo  
**ASESOR**

---

Ps. Renato Javier Ramírez  
**JURADO  
PRESIDENTE**

---

Ps. Jimena Elizabeth Morales Padilla  
**JURADO**

---

Ps. Yessenia Melissa Marquina Hernández  
**JURADO**

## DEDICATORIA

“Le dedicó ésta tesis a mi hermano Pepito, y a todos los niños que tienen Síndrome de Down, que se encuentran en constante lucha por tener una mejor calidad de vida y por ser aceptados dentro de la sociedad, por lo que puedo decir que tener un miembro de familia con discapacidad te convierte en una familia especial.”

Ángela Melissa Roncal Rodríguez.

“Dedicado a muchos niños maravillosos con habilidades diferentes y sus familias que nos permitieron trabajar en ellos y nos enseñaron tanto. Y un especial agradecimiento a mi madre, hermanos y familia que me brindaron su apoyo y amor e hicieron posible este trabajo.”

Ninna Yovany Medina Chuquilín

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, un agradecimiento especial a Dios, que sin él nada hubiera podido ser posible.

Agradecemos en éstas líneas a todas aquellas personas que nos apoyaron a realizar ésta investigación, en especial al Ps. Juan Pablo Sarmiento Longo, asesor de nuestra tesis, por orientarnos, supervisar y dar seguimiento a la misma.

También un reconocimiento especial a nuestro director de carrera Ps. Edén Castañeda Valdivia, por incentivarnos a realizar y terminar nuestra investigación

Un agradecimiento a nuestros padres, por su apoyo incondicional, comprensión y aliento, ya que sin ellos no habiéramos podido culminar ésta etapa profesional.

Quisiéramos hacer una extensiva gratitud a nuestro amigo Andy Sánchez que siempre nos ayudó y se preocupó por nuestros avances.

A todos ellos, muchas gracias.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>APROBACIÓN DE LA TESIS</b> .....	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b> .....	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>vi</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>09</b>
<b>1.1. Realidad problemática</b> .....	<b>09</b>
<b>1.2. Formulación del Problema</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3. Justificación</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4. Limitaciones</b> .....	<b>15</b>
<b>1.5. Objetivos</b> .....	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1. Antecedentes</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2. Bases Teóricas</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3. Definición de Términos Básicos</b> .....	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS</b> .....	<b>47</b>
<b>3.1. Formulación de Hipótesis</b> .....	<b>47</b>
<b>3.2. Operalización de las Variables</b> .....	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO 4. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>49</b>
<b>4.1. Tipo de Diseño de Investigación</b> .....	<b>49</b>
<b>4.2. Material</b> .....	<b>49</b>
<b>4.3. Métodos</b> .....	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO 5. RESULTADOS</b> .....	<b>56</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>61</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>63</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>68</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Frecuencia según Estado Civil .....	<b>50</b>
<b>Tabla 2:</b> Frecuencia según edad de la madre.....	<b>50</b>
<b>Tabla 3:</b> Frecuencia según grado de Instrucción de la madre .....	<b>51</b>
<b>Tabla 4:</b> Frecuencia según edad del hijo .....	<b>51</b>
<b>Tabla 5:</b> Frecuencia según escolaridad del hijo.....	<b>52</b>
<b>Tabla 6:</b> Frecuencia según Discapacidad .....	<b>52</b>
<b>Tabla 7:</b> Frecuencia según actitudes maternas .....	<b>53</b>
<b>Tabla 8:</b> Frecuencia según Áreas de actitudes maternas .....	<b>56</b>
<b>Tabla 9:</b> Frecuencia según actitudes Maternas y Discapacidad .....	<b>56</b>
<b>Tabla 10:</b> Frecuencia según Áreas de Actitudes Maternas y Discapacidad .....	<b>57</b>
<b>Tabla 11:</b> Prueba de muestras independientes de Actitudes Maternas.....	<b>58</b>
<b>Tabla: 12:</b> Tabla de contingencia de Actitudes Maternas .....	<b>58</b>
<b>Tabla: 13:</b> Prueba de normalidad .....	<b>59</b>
<b>Tabla: 14:</b> Estadísticas de Pruebas .....	<b>59</b>
<b>Tabla: 15:</b> Tabla de Contingencia Áreas de Actitudes Maternas .....	<b>60</b>

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal hallar la semejanzas entre “Actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual” en la ciudad de Cajamarca. Para tal fin se utilizó el diseño descriptivo comparativo, la población estuvo conformada por 20 madres con hijos con síndrome de Down y 20 madres con hijos con discapacidad intelectual, de las instituciones del Centro de Educación Básica Especial (CEBE) y la organización Unión Down. Se utilizó la Escala de Actitudes de la Relación Madre-Niño de Robert Roth, llegando a la conclusión que existen semejanzas en las actitudes maternas ya que ambos grupos arrojan resultados de actitudes positivas. Sin embargo, en las dimensiones de la escala de actitudes maternas predomina el área de Aceptación en madres con hijos con Síndrome de Down, mientras que en el área de Sobreprotección predominan las madres con hijos con discapacidad intelectual.

Palabras clave: Actitudes Maternas, Síndrome de Down, Discapacidad Intelectual.

## ABSTRACT

This research aimed at finding the similarity between "Maternal Attitudes in Women with Children with Down Syndrome and Women with Children with Intellectual Disability (ID)" in the town of Cajamarca. For this purpose, the comparative descriptive design was used. The population consisted of 20 mothers with children with Down syndrome and 20 mothers with children with Intellectual disability (ID) belonging to the institutions: Center for Special Basic Education (CEBE) and the Union Down Organization. Robert Roth's Attitudes Scale of Mother-Child Relationship was used, concluding that there similarities in maternal attitudes as both groups show results of positive attitudes. However, in the dimensions of maternal attitudes scale, prevails the area of Acceptance in mothers with children with Down syndrome; while in the area of Overprotection, mothers with children with Intellectual Disability predominate.

Keywords: Maternal Attitudes, Down Syndrome, Intellectual disability

## **CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Realidad problemática**

La familia es el contexto natural para crecer, donde se elaboran pautas de intervención, las cuales constituyen la estructura familiar y rige el funcionamiento de cada miembro (Minuchin y Fishman, 2004).

Dentro de la familia, la relación con la madre es de suma importancia ya que es el primer, y el más intenso vínculo que se crea. Esta relación que el hijo mantiene con la madre sería la base de la confianza en sí mismo, que se afianzará más tarde en la relación que el hijo tiene con el padre. En base a ello Roth (2005 citado en Barriga, 2006) señala que las actitudes maternas son una organización durable de emociones, motivaciones, percepciones y procesos cognitivos con respecto a sus hijos. La actitud de la madre se relaciona con su hijo, en la medida que se presente una psicodinámica en la que al intervenir la actitud materna tiene resultado en el comportamiento del hijo. Siendo así la familia un sistema de gran influencia en el desarrollo de cada niño que repercutirá en sus demás años de vida. Esto podría confirmarse en el estudio realizado por Carrillo y Truya (2008), donde ejecutaron una investigación con madres adolescentes las cuales presentaron una actitud materna de sobreprotección en relación con sus hijos, para de esta manera compensar su niñez poco privilegiada, esta actitud llevaría a que la madre crie hijos con dificultades de relación con los demás, problemas para la toma de decisiones, egoístas e inseguros.

Dentro de las familias pueden poseer integrantes muy diversos, ya que cada uno tiene su propia manera de pensar, diferentes personalidades, etc. También existen familias con integrantes con discapacidad, la (Organización Mundial de la Salud, 2001), define la discapacidad a aquella que tienen una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente, que abarcan deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y discapacidad intelectual, entre otras, se calcula que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial, están aquejadas por la discapacidad en alguna forma (OMS, 2015).

Según resultados de la encuesta nacional especializada sobre discapacidad (ENEDIS) realizada en el año 2012 por INEI (2012), se estima que en el país, 1 millón 575 mil

402 personas padecen de alguna discapacidad y representan el 5,2% de la población del Perú. En el país, 10 de cada 100 personas con alguna discapacidad son menores de 18 años. Así mismo, existe una prevalencia del 5.7% de hogares que tiene algún miembro que presenta limitación para concentrarse y recordar, y un 3.4% de hogares que tienen un miembro con limitación para relacionarse con los demás por sus sentimientos emociones y conductas, en dichos grupos se ubican las personas con síndrome de Down y algunas con discapacidad intelectual (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016).

Hoy en día, la psicología permite abordar de manera profunda y acertada el proceso que atraviesan las familias, en especial aquellas que tienen un niño con síndrome de Down o discapacidad intelectual, teniendo en consideración que esta experiencia es distinta para todas las familias.

Muchos de los hogares al conocer que su hijo tiene una necesidad especial, los padres afrontan una nueva realidad que viene acompañada de sentimientos de desilusión, dolor y a la vez teniendo en cuenta el gran desafío que se viene para desarrollar al máximo sus habilidades y capacidades para sacar adelante a su hijo. Brotan sentimientos de temor a lo nuevo y a lo desconocido, miedo al rechazo de la sociedad e incertidumbre de cómo los miembros de la familia serán afectados (McGill, 2005).

En tanto la incidencia de la discapacidad en la región de Cajamarca es del 3.5% de la población INEI (2012), existen 275 personas con síndrome de Down inscritas en el Registro nacional de la persona con discapacidad (CONADIS) en el departamento de Cajamarca (MIMP, 2016).

Según Gallardo (2000) actualmente uno de cada 700 recién nacidos sin distinciones de raza o de status socioeconómico o cultural, es diagnosticado con Síndrome de Down, por lo que no existe dos personas iguales con este síndrome; cada uno tiene sus propias características y su forma de ser en este mundo. Los niños con este síndrome pueden desarrollarse de la manera más normal si reciben el debido apoyo y amor de su familia (Gallardo, 2000). Las expectativas de vida de las personas con síndrome de Down han aumentado considerablemente en las últimas décadas. En el Perú cerca de 80,000 peruanos viven con un cromosoma 21 adicional (Gallardo, 2000).

Muchas de éstas personas acuden a diferentes instituciones especializadas, en Cajamarca, por ejemplo El Centro de Educación Básica Especial (CEBE). De igual manera se encuentran otras instituciones creadas con el fin de dar protección, información y sostén a las diferentes familias, tales como Unión Down, asociación que fue creada en el año 2014, también se encuentra la Institución Montessori, donde acuden niños con síndrome de Down y discapacidad intelectual y el Hogar Santa Dorotea, una institución sin fines de lucro, donde albergan niños con diversas discapacidades cuyos padres están fuera de la ciudad o son huérfanos, dirigido por madres religiosas.

Una de las características principales de un niño con Síndrome de Down es la discapacidad intelectual que puede diferenciarse en niveles, sin embargo también existen niños que solo tienen discapacidad intelectual.

Una primera definición de discapacidad intelectual, se basó principalmente en las medidas del coeficiente intelectual (CI), así, el DSM-IV lo define como la existencia de una capacidad intelectual inferior, expresada en un coeficiente de inteligencia de 70 o menos en un test administrado individualmente. Otra definición se basa en los criterios de competencia social. La AAMR (American Association on Mental Retardation) define el retraso mental como una discapacidad que se caracteriza por las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, siendo el conjunto de habilidades aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria (Hormigo, 2006).

En ambas discapacidades es muy importante el papel que tiene la familia en el infante ya que eso servirá para el desarrollo de sus capacidades.

Lo que se puede confirmar en el estudio realizado por Romero y Peralta (2012), que consistió en describir las características de la dinámica en familias con hijo con síndrome de Down, a partir de las etapas emocionales, funciones de la familia y expectativas. Los resultados señalan que cada persona atraviesa por diferentes sentimientos ante la situación de discapacidad. El proceso de afrontamiento parece repercutir en las acciones de atención y cuidado, y todos los miembros de la familia participan en dichas acciones. Las expectativas de futuro, giran alrededor del bienestar y autonomía del hijo. Por tanto, las características de la dinámica familiar citadas se encuentran vinculadas.

El tipo de actitud predominante de la madre, positiva o negativa, hacia su niño tendrá relación directa en el desarrollo intelectual, emocional y socio-afectivo del infante. Es por ello, que las actitudes maternas juegan un rol fundamental en la explicación de por qué algunos niños crecen felices y seguros de sí mismos y otros ansiosos, deprimidos, fríos, agresivos y antisociales (Avellaneda, 2006). Lo mencionado podemos confirmarlo con la investigación realizada por Cruz (2014) que investigó el bienestar psicológico y actitudes maternas en madres de hijos con necesidades especiales, donde se encontró que hubo una correlación positiva significativa entre bienestar psicológico y la actitud de aceptación ( $r=.44$ ;  $p=.001$ ); y una correlación negativa significativa ( $r=-.40$ ;  $p=.002$ ) concluyendo que si existe relación entre el bienestar psicológico y las actitudes maternas en referidas madres.

Las madres con el fin de proteger a sus hijos justifican su comportamiento alegando ser niños especiales o con necesidades especiales, tal vez se puede deducir que aún no han aceptado a sus hijos completamente y por ello se sienten incapaces de sobrellevar a un niño con discapacidad en el proceso de su desarrollo (Evangelista, 2012).

Ante el diagnóstico de discapacidad en el niño, las emociones de los padres son confusas, surgen sentimientos de culpa, lo cual conlleva, a veces, un rechazo de la situación, en lugar de ser un momento de alegría, los padres entran en estado de gran tensión, pudiendo sobrevivir una crisis psicológica. Esto se debe a que ningún padre está preparado para afrontar el nacimiento de un hijo con discapacidad, produciéndose un desequilibrio que afecta a todos los miembros del grupo familiar. Por tanto esto constituye un fenómeno multidimensional que afecta a aspectos físicos, psicológicos, educacionales y sociales (Evangelista, 2012)

Así, la experiencia de tener un niño con alteraciones en el desarrollo es percibida por los padres como una tragedia personal, proporcionando una forma de crisis circunstancial en la vida de ellos.

Ante esta situación los efectos pueden ser varios: la experiencia puede fortalecer tanto a los miembros familiares a nivel individual como a la unidad familiar, o puede debilitar tanto las relaciones (ya débiles previamente) que la situación puede desembocar en una ruptura del sistema familiar.

En ese sentido, la relación madre hijo es señalada por Spitz (1972) como la primera relación a la que es expuesta el ser humano de vital importancia porque permite la supervivencia del nuevo ser y que es posible gracias al vínculo de apego que como afirma Bowlby (1964), es el primer vínculo afectivo, que se construye en la infancia y que sirve de modelo base para las posteriores relaciones afectivas y sociales en la vida adulta.

Por lo tanto, el tema de la relación madre – hijo en familias donde existe un integrante con discapacidad, es un tema que merece ser estudiado para dar a conocer si es posible determinar una relación entre ambas.

## 1.2. Formulación del problema

Ante lo expuesto, se genera la siguiente interrogante:

- ¿Qué semejanzas existen en las actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual en la ciudad de Cajamarca?

A su vez, esto genera los siguientes problemas específicos:

- ¿Qué semejanza existe entre la actitud materna de aceptación en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual?
- ¿Qué semejanza existe entre la actitud materna de sobreprotección en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual?
- ¿Qué semejanza existe entre la actitud materna de sobre-indulgencia en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual?
- ¿Qué semejanza existe entre la actitud materna de rechazo en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual?

## 1.3. Justificación

El siguiente estudio, permitirá tener un precedente en el área de psicología clínica, aplicada al tema de actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, en la ciudad de Cajamarca, dado que la relación que se estable entre madre e hijo es de vital importancia, para construir la base para futuras relaciones del niño con su entorno, ya que las actitudes maternas proveen protección y la satisfacción de necesidades básicas; constituyendo estímulos

necesarios para su desarrollo, sin embargo al pasar los años éstas actitudes deben cambiar para dejar que el niño pueda valerse por sí mismo y volverse independiente, puesto que en muchos casos de familias donde existe un integrante con discapacidad, éstas actitudes prevalecen, por lo que no ayudan al desarrollo pleno del niño en cuanto habilidades y capacidades (Vived, 2011). Ante lo expuesto Roth (citado por Arévalo 2005), menciona que, la madre que representa un modelo a seguir, debe reforzar las acciones que el niño debe aprender, a través del amor y la aceptación que transmite a su hijo, dándole libertad para ser él mismo, para desarrollarse a su propio ritmo, hasta ser capaz de valerse por sus propios medios.

Las actitudes de la madre suelen ser diversos, según Roth (1965 citado por EsSalud, 2013) propone cuatro tipos de actitudes maternas: aceptación, sobreprotección, sobre indulgencia y rechazo.

Por lo tanto es importante la relación que establece la madre desde un comienzo con su hijo, ya que Spitz (1972) distingue dos factores importantes, el factor consiente, donde se manifiesta el logro de la comunicación verbal que permiten un equilibrio en sus sentimientos que sean moralmente aceptables para la persona. Y el factor inconsciente que está determinado por las actitudes que la madre manifiesta inconscientemente hacia su hijo; si el afecto de la madre se da de una manera positiva, se adquiere un desenvolvimiento profundo de las necesidades del niño, haciendo que el niño se sienta satisfecho y seguro, con una autoestima desarrollada.

Sin embargo, si la interacción entre el plano consiente e inconsciente es ambivalente, éstos son registrados o interiorizados de manera afectiva o cognitiva, desarrollando inseguridad hasta presentar posiblemente problemas somáticos, como interrupción en su desarrollo y problemas de conducta (Spitz, 1972).

Finalmente, los resultados de la investigación serán de utilidad para posteriores investigaciones acerca del tema y para la comunidad en general. Permitiendo comparar los hallazgos teóricos de otros investigadores, con los índices encontrados en la muestra y de esta manera confirmar, modificar o contrariar los hallazgos de la referencia. Así mismo contribuye en incrementar el interés por el estudio del tema abordado y a partir de ello, la elaboración de programas preventivos que propicien el buen funcionamiento familiar.

#### **1.4. Limitaciones**

La presente investigación tuvo las siguientes limitaciones:

- Ausencia de trabajos que relacionen las variables de estudio, a nivel local.
- Dificultad para contactar la población de estudio, pues la asistencia de las madres al centro especial es escasa, por tanto la evaluación se realizó de manera individual, teniendo como base la información de la asociación “Unión Down”.

#### **1.5. Objetivos**

##### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar si existe semejanza entre las actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual.

##### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Determinar si existe semejanza entre la actitud materna de aceptación en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual.
- Determinar si existe semejanza entre la actitud materna de sobreprotección en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual.
- Determinar si existe semejanza entre la actitud materna de sobreindulgencia en las mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual.
- Determinar si existe semejanza entre la actitud materna de rechazo en las mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual.

## CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes:

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales:

- **Romero y Peralta (2012)**, realizaron una investigación que consistió en describir las características de la dinámica en familias con hijos con síndrome de Down, a partir de las etapas emocionales, funciones de la familia y expectativas. El estudio es de alcance cualitativo, descriptivo, con entrevistas en profundidad a 6 familias de Asunción - Paraguay. Los resultados señalan que cada persona atraviesa por diferentes sentimientos ante la situación de discapacidad. El proceso de afrontamiento parece repercutir en las acciones de atención y cuidado, y todos los miembros de la familia participan en dichas acciones. Las expectativas de futuro, giran alrededor del bienestar y autonomía del hijo. Por tanto, las características de la dinámica familiar citadas se encuentran vinculadas.
- **Ricci & Hodapp (2003)**, examinaron a 30 padres con hijos con síndrome de Down y 20 padres con hijos con otros tipos de discapacidad intelectual, sobre sus percepciones, estrés y participación, siendo una investigación de tipo comparativa, en Los Ángeles California. Los padres y las madres completaron cuestionarios sobre personalidad de sus hijos y los comportamientos de mala adaptación, su propio estrés de los padres, y el nivel de participación de éstos mismos. Tanto los padres como las madres clasificaron a sus hijos con síndrome de Down que tienen rasgos de personalidad más positiva y menos comportamientos de mala adaptación a diferencia de los otros niños. Los padres de niños con síndrome de Down también reportaron menos estrés relacionado con los del otro grupo. Los dos grupos de padres participaron de manera muy similar en la crianza de los niños.
- **Kimura y Yamazaki (2013)**, Exploraron la experiencia vivida por las madres japonesas que han engendrado varios hijos con discapacidad intelectual (DI), utilizando el análisis fenomenológico interpretativo. Se identificaron tres temas de orden superior y siete temas subordinados de los datos recogidos narrativas a partir de 10 participantes. Los temas de orden superior fueron: esperanza abandonados por tener una familia normal, la acumulación de la fatiga física y mental, y la búsqueda de experiencias positivas en la crianza de los niños con discapacidades múltiples. La forma en que perciben el nacimiento de niños con discapacidades por

segunda vez difería dependiendo de los tipos de discapacidad; en concreto, si se detectan los principios de discapacidad o no. El encuentro abrumador de las madres especialmente cuando las discapacidades fueron diagnosticados después de varios años con o sin sospecha; lucharon para aceptar el hecho. A pesar de las madres que tienen dificultades extremas en la crianza de los niños con discapacidades múltiples, trataron de alterar las percepciones negativas y encontrar una manera optimista de la vida.

### 2.1.2. Antecedentes Nacionales:

- **Evangelista (2012)**, realizó una investigación que tuvo como objetivo describir la relación entre la actitud materna y el clima social en madres de niños con síndrome del CEBE “Sagrada familia” en la ciudad de Trujillo. Para tal fin se utilizó el diseño descriptivo correlacional. Se utilizó la Escala de actitudes maternas de la relaciones madre-niño de Robert Roth y la Escala de clima social familiar. Llegando a la conclusión que las actitudes maternas se relacionan significativamente con el clima social familiar en madres con niños con síndrome de Down.
- **Bustamante y Otiano (2006)** efectuaron una investigación con una población de 69 gestantes de la ciudad de Chiclayo, siendo 23 adolescentes y 46 adultas. El inventario que se utilizó para medir las actitudes maternas fue el Cuestionario de la evaluación de la relación madre – niño (ERMN), cuyos resultados fueron que las gestantes adultas muestran mayor aceptación (47.8 %) en la relación con su bebé respecto a las madres adolescentes; atribuyéndose estos resultados a la natural predisposición latente en las madres adultas.
- **Carrillo y Truya (2008)** ejecutaron una investigación con el objetivo de relacionar el clima social familiar y las actitudes maternas en madres adolescentes. Para ello utilizó la Escala de Clima Social Familiar (FES) y la Escala de relación madre-niño (ERMN). La población estuvo conformado por 61 madres adolescentes de A.A.H.H del distrito de Chimbote. Los resultados fueron que el 69 % presenta una actitud materna de sobreprotección, el 57 % manifiesta aceptación, el 56 % presenta actitud de rechazo y de sobreindulgencia existe un 20%; todo ello demuestra que las adolescentes gestantes presentan una actitud materna de sobreprotección en

- relación con sus hijos, para de esta manera compensar su niñez poco privilegiada, así también este tipo de actitud llevaría a que la madre críe hijos con dificultades de relación con los demás, problemas para la toma de decisiones, egoístas e inseguros.
- **Cruz (2014)** investigó el bienestar psicológico y actitudes maternas en madres de hijos con necesidades especiales con 56 madres de hijos con habilidades diferentes de la ciudad de Trujillo utilizando la Escala de bienestar psicológico EBP y la Escala de actitudes maternas hacia la relación madre-niño ERMN de Roth. Esta investigación encontró que hubo una correlación positiva significativa entre bienestar psicológico y la actitud de aceptación ( $r=.44$ ;  $p=.001$ ); y una correlación negativa significativa ( $r=-.40$ ;  $p=.002$ ) concluyendo que si existe relación entre el bienestar psicológico y las actitudes maternas en referidas madres.
  - **Essalud (2013)** realizó una investigación no experimental, tipo básica, con diseño descriptivo- correlacional, con un enfoque mixto cuantitativo-cualitativo. Se utilizó el Cuestionario de actitudes maternas de Roth, la muestra fue constituida por un total de 200 madres de niños de 0 a 36 meses, 100 fueron madres de niños adecuadamente nutridos, las mismas que fueron comparadas con 100 madres de niños que presentan malnutrición, en cuanto al enfoque cualitativo, se eligió a 2 madres, representativas de casos extremos de malnutrición infantil, (exceso y déficit) a fin de conocer, comprender y analizar la relación madre-niño, que se da en la alimentación, estudio que se llevó a cabo desde el punto de vista psicoanalítico. Según los resultados obtenidos existen diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes maternas y los tipos de malnutrición, presentes en las madres de niños menores de 3 años de edad, ya que se detecta apego inseguro en los casos extremos representadas por madres de niños con malnutrición por déficit y por exceso.
  - **Pequeña (2003)**, evaluó las actitudes de los padres hacia los hijos con retardo mental a través de un estudio descriptivo comparativo. La muestra estuvo conformada por los padres y las madres de 54 niños con diagnóstico de retardo mental seleccionados de los centros educativos de educación especial del Callao, para ello se utilizó como instrumento una escala tipo likert de actitudes de la madre hacia el hijo con retardo mental, tanto en su versión para el hijo como para la hija. Los resultados indicaron que no se alcanzaron diferencias significativas entre los

padres y las madres en cuanto a las actitudes generales, y en las áreas de cuidado, protección, percepción y aceptación del problema, prejuicios, disciplina, relaciones interpersonales, expectativas de logro e integración familiar, según el sexo del hijo por separado. Tampoco se alcanzaron diferencias significativas al comparar solo en los padres sus actitudes hacia el hijo y la hija y solo en las madres dichas actitudes. Se concluye que los padres y las madres tienen actitudes similares frente a su hijo con retardo mental.

## **2.2. Bases teóricas:**

### **2.2.1. Actitudes Maternas:**

#### **2.2.1.1. Actitudes:**

Para Allport (1935 citado por Sánchez, 1989) define que la actitud no es un comportamiento actual, sino más bien una predisposición aprendida para dar respuesta a las conductas, así mismo para Castañeda (2005) una actitud es un comportamiento aprendido de un individuo hacia los demás, objetos o situaciones. Por lo que se puede mencionar que toda actitud es aprendida en determinadas situaciones y se ve reflejada en cada una de las conductas del individuo.

#### **2.2.1.2. Características de las actitudes**

Según Alcántara (1992 citado por Cruz, 2014) las actitudes tienen las siguientes características:

- Son adquiridas y por lo tanto aprendidas.
- Son estables, perdurables y difíciles de mover o cambiar.
- Tienen componentes cognitivos, afectivos y conativos que interactúan entre ellos.
- Tienen como consecuencia una conducta determinada, sin embargo no son la conducta misma.
- Son transferibles.

Javes y Trujillo (2010) mencionan que las actitudes también tienen las siguientes características:

- Valencia o dirección de la actitud, la cual se refleja en estar de acuerdo o en desacuerdo con algo.

- Intensidad, la cual se refiere a la fuerza en la que uno puede estar a favor o en contra de algo. Es el grado de actitud.
- Consistencia, se refiere a la relación entre lo que se sabe, siente y hace. Al llegar a este punto, la actitud consigue la categoría máxima de consistencia.

Las actitudes, según Papalia (2006) tienen componentes cognitivos, afectivos y conativos

- Componentes cognitivos: se refieren al conocimiento del objeto hacia dónde va dirigida la actitud. Son datos e información, creencias que se tiene acerca de algo.
- Componentes afectivos: Son aquellos sentimientos que produce un objeto, sean negativas o positivas.
- Componentes conativos: se refiere a aquellas intenciones hacia un objeto. Se refiere a una asociación objeto-sujeto.

Por lo tanto, la actitud es algo que se aprende según su contexto cultural o familiar, donde se muestran reacciones positivas o negativas hacia un objeto o persona, en tanto, relacionado con las actitudes maternas se puede mencionar que éstas también son aprendidas y se ven reflejadas en los comportamientos que se emite al niño o niña, y éstas mismas tendrán influencia en la construcción de patrones de comportamientos y conductas.

#### **2.2.1.3. Definición de mujer**

Se entiende por mujer a todo ser humano de sexo femenino. La mujer es la que permite que se genere y se perpetúe la vida. Es el pilar fundamental en la relación familiar y de pareja, permitiendo que esta se desarrolle en forma plena (Forés, 2010). Hoy en día la mujer ha demostrado ser capaz de cumplir las mismas actividades que realiza un hombre, ya que antiguamente se la limitaba para hacer sólo actividades domésticas, siendo subestimada por la sociedad, Actualmente la mujer ocupa diferentes cargos en el mundo laboral, sin embargo se sigue luchando por la igualdad de género.

#### **2.2.1.4. Definición de Madre:**

La madre cumple un rol esencial en el grupo familiar y en la crianza de un individuo, el desarrollo del individuo depende del cuidado que presten los padres, lo que

establece de manera importante la prolongación del vínculo de apego que las madres tienen sobre sus hijos.

Madre también puede ser llamada a la mujer que cumple el rol de madre a pesar de no haber engendrado al niño o niña (Cassirer, 1968).

Por tanto, la madre es la encargada de la crianza y el cuidado de un individuo en su continuo desarrollo afectivo, emocional.

#### **2.2.1.5. Definición de Actitudes Maternas**

Las actitudes maternas vienen a ser aquellos comportamientos, creencias o pautas que tiene una madre con su hijo. Una definición similar es mencionada por Hinostroza (2010), Doménique (2012) y Monteza y Vásquez (2015) quienes definen las actitudes como una disposición aprendida que puede ser favorable o desfavorable hacia un objeto. Por lo tanto las actitudes maternas son disposiciones aprendidas con componentes afectivos, cognitivos y conductuales orientados al hijo. Lo primero refiere a los sentimientos que influyen en la percepción del objeto en cuestión. La cognición, se refiere a aquellas creencias, valores o expectativas que hacen a la madre actuar de un modo preferencial. Y el componente conductual, hace referencia a la acción favorable o no hacia el hijo. Monteza y Vásquez (2015) agregan que los factores que influyen en las actitudes maternas son la personalidad, la ocupación, el nivel de educación, aspectos culturales, estabilidad familiar y el nivel socioeconómico.

Hurlock (1989 citado por EsSalud, 2013) menciona que la relación entre el hijo y los padres puede ser una relación anómala o insuficiente. La primera hace referencia a que el niño no es aceptado como un individuo, sino como un medio de satisfacción de necesidades de los padres; y el segundo se refiere a que los padres no satisfacen las necesidades del niño plenamente y tampoco brindan el afecto suficiente. A su vez, la actitud de la madre puede ser positiva o negativa dependiendo en gran manera del tipo de personalidad que tenga la madre (Hurlock, 1989 citado por EsSalud, 2013).

Castañeda (2005) sugiere que la diada madre-hijo configura patrones o esquemas de comportamiento a partir de esta relación, ya que el primer vínculo social para el niño se da con la madre. Esto permite que el hijo adquiera y aprenda actitudes sean

adaptativas o no, dependiendo del tipo de relación con la madre y de la etapa evolutiva de éste, por otro lado para Hinostraza (2010) la madre debe tener algunas habilidades que están ligadas al concepto de autoestima materna para que las actitudes maternas se den de manera adecuada:

- **Habilidad para el cuidado:** se refiere a aquella habilidad que debe tener una madre para atender las necesidades del niño como cuidar y calmar al bebé. Ya que se ha encontrado que los sentimientos de fracaso al momento de cuidar crean conflictos en la madre y éstas pueden tener actitudes de rechazo.
- **Habilidad general como madre:** se refiere a aquella confianza que debe tener una madre para disfrutar de su rol. Ya que una madre disfruta más del papel y se desempeña mejor si se siente en la capacidad de asumir y adaptarse a las demandas del hijo para que sea una madre amorosa y cuidadosa.
- **Aceptación del bebé:** El embarazo genera expectativas con respecto al bebé, por lo que es necesario un ajuste entre la imagen ideal y la imagen real del bebé cuando nace. Ya que lo esperable es una aceptación y un regocijo de la madre al tener al bebe para una buena relación y actitud hacia el niño.
- **Relación esperada con el bebé:** La madre espera tener una buena relación con el recién nacido para lograr sentimientos de realización. Esto generara confianza y satisfacción con el rol de madre, lo cual, a su vez, genera buena autoestima materna.
- **Aceptación parental:** Las madres que no han resuelto conflictos en su infancia suelen presentar problemas al relacionarse con sus hijos. Por lo que es importante que los mismos padres enfrenten y resuelvan conflictos de su infancia para que la aceptación del rol paterno o materno sea pleno.

#### 2.2.1.6. Los cuidados maternos

Según Roth (1965) el cuidado maternal esta descrito por la respuesta inmediata de la madre ante la emergencia de una alarma del niño, ya sea por el llanto, por un alejamiento inesperado, etc., por lo contrario si el menor no muestra peligro alguno las reacciones de la madre permanecerán de manera natural. Es así que esta respuesta ayuda a reducir la proximidad entre la madre y el hijo y el estrecho contacto físico entre ambos. Por tanto la madre ante cualquier circunstancia se mantiene dispuesta para actuar ante la mínima señal de alarma (Roth, 1965).

#### 2.2.1.7. Tipos de Actitudes Maternas:

Roth (1965 citado por EsSalud, 2013) propone cuatro tipos de actitudes maternas:

- **Aceptación:** es la expresión de una buena y adecuada relación de la diada madre – hijo, ya que la madre acepta y se interesa por las actividades de su hijo mostrándole afecto, interés y sinceridad. El niño a su vez responde a tales actitudes con una adecuada socialización, sentimientos de pertenencia y amistad e interés por los demás y el ambiente que lo rodea. Los factores que pueden generar esta actitud pueden ser un matrimonio estable y el buen desarrollo del embarazo. A su vez, existen factores inconscientes en los padres como una niñez emocionalmente segura, conflictos resueltos, pocos sentimientos de culpa y roles sexuales definidos y adecuados, los cuales predisponen a una actitud de aceptación al hijo (Roth, 1965).

Cruz (2014) menciona que esta actitud favorece el buen desarrollo emocional y adaptabilidad social del niño y que cuanto más seguro sea el vínculo con la madre es más fácil que haya una adecuada independencia por parte del niño, lo cual favorece a establecer y mantener buenas relaciones con los otros.

- **Sobreindulgencia:** La madre pasa excesivo tiempo con el niño brindándole defensa constantemente del ataque de otros niños, por ejemplo. A lo que el niño responde con sentimientos de culpa, comportamientos sexuales tempranos, poca tolerancia a la frustración, se vuelve engreído y egoísta (Roth,

1965). Se debe a una gratificación excesiva y falta de control parental Cruz (2014). Los factores que predisponen a la madre a tal actitud son insatisfacción sexual o sentimientos de un matrimonio no exitoso. La sobreindulgencia podría ser una formación reactiva de odio o una compensación por privación del amor de sus padres. Monteza y Vásquez (2015) destacan que a mayor número de hijos, mayor actitud de rechazo y sobreindulgencia.

- **Rechazo:** básicamente es negar el amor a un niño u odio hacia él, lo cual se refleja en padres toscos, bruscos, severos o muy estrictos. En esta actitud se muestra negligencia con el hijo así como des confirmación y descalificación mediante castigos, gritos, golpes, amenazas, olvidos de alimentos, etc. A lo que el niño responde con un desarrollo intelectual y psicomotor retrasado, hiperactividad, miedos, ansiedad, perfeccionismo, introversión y conductas disociales que pueden llevar a conductas antisociales y posteriormente psicopáticas. Los factores predisponentes a tales actitudes por parte de los padres son complejos no resueltos, comportamientos infantiles y proyección de sentimientos hacia su respectiva madre (Roth, 1965).
  
- **Sobreprotección:** Es proteger en exceso al niño y controlándolo demasiado en todos los ámbitos para evitar enfermedades o fracasos escolares, a lo que el niño responde mediante aislamiento, comportamientos sumisos, baja tolerancia al fracaso, inseguridad, ansiedad, timidez e incapacidad de ser independiente (Roth, 1965). Esta actitud se da por una ansiedad prenatal e impide el desarrollo de independencia del niño (Cruz, 2014). Entre los factores predisponentes en los padres hacia esta actitud está la identificación como objeto de amor perdido o ansiedad por culpa o rechazo (Cruz, 2014). Para Monteza y Vásquez (2015) la sobreprotección es un rechazo encubierto que puede tener raíz en experiencias pasadas vividas por la madre. Para Banda y Rentería (2015) el desarrollo de un niño no solo se refiere a un desarrollo biológico, sino a un desarrollo social, el cual se inicia en la familia, especialmente con la relación madre-hijo. Bowlby (1988 citado en Banda y Rentería, 2015) menciona que es de vital importancia que el niño reciba calor

maternal y una relación amorosa con la madre, ya que, como menciona Castañeda (2005), la relación entre ambos no solo implica un aprendizaje de nuevas conductas, sino un abanico de distintas actividades como la socialización. Entonces, la madre es el primer vínculo de socialización del niño.

#### **2.2.1.8. Interacción madre – hijo**

Es importante la relación que establece la madre desde un comienzo con su hijo, ya que Spitz (1972) distingue dos factores importantes, el factor consiente, donde se manifiesta el logro de la comunicación verbal que permiten un equilibrio en sus sentimientos que sean moralmente aceptables para la persona. Y el factor inconsciente que está determinado por las actitudes que la madre manifiesta inconscientemente hacia su hijo; si el afecto de la madre se da de una manera positiva, se adquiere un desenvolvimiento profundo de las necesidades del niño, haciendo que el niño se sienta satisfecho y seguro, con una autoestima desarrollada.

Sin embargo, si la interacción entre el plano consiente e inconsciente es ambivalente, éstos son registrados o interiorizados de manera afectiva o cognitiva, desarrollando inseguridad hasta presentar posiblemente problemas somáticos, como interrupción en su desarrollo y problemas de conducta (Spitz, 1972).

#### **2.2.1.9. La interacción de madre-hijo como resultante de distintos tipos de conducta**

Las conductas que poseen la madre y el hijo son diferentes, cada uno de ellos puede contribuir a aumentar o mantener la cercanía entre ambos, en otros casos la madre o el niño pueden sentirse impacientes o coléricos donde esta cercanía se acorta. Por lo que se pueden dar muchos resultados según los que participan en la interacción. Se encuentra un equilibrio dinámico entre la madre y el hijo, sin embargo muchas de las conductas que emite la madre son incoherentes e incompatibles ya que la distancia entre la madre y el hijo se mantienen dentro de límites estables (Bowlby, 1976 citado en Roth, 2005).

### **2.2.1.10. Influencia de las actitudes de los padres sobre las relaciones familiares**

Según (Roth, 1965 citado por Arévalo, 2005). La familia es el lugar, donde el niño aprende sobre la disciplina, amor y respeto es en el hogar, y los padres son modelos a seguir, por ello, la madre que representa un modelo a seguir, debe reforzar las acciones que el niño debe aprender, a través del amor y la aceptación que transmite a su hijo, dándole libertad para ser él mismo, para desarrollarse a su propio ritmo, hasta ser capaz de valerse por sus propios medios.

Según Hurlock (1982) las relaciones que mantienen tanto los padres como los hijos dependerán de las actitudes que hayan generado en su infancia por parte de los progenitores. En ese sentido Bowlby (1999), deja ver que las actitudes de los padres hacia sus hijos son producto del aprendizaje, de sus vivencias cuando niños, y señala que en la mayoría de los casos se tenderá a repetir con los hijos el modelo aprendido de los progenitores.

Saire (2004 citado en Gutiérrez, 2012), afirma que existen factores que contribuyen a determinar qué actitudes son las que se aprenderán, pueden ser: El concepto de niño ideal, que se basa en lo que los padres desearían que fueran sus hijos, por tanto, cuando el niño no responde a las expectativas de los padres, estos últimos se sienten decepcionados lo que suscita una actitud de rechazo. De la misma forma, los valores culturales influyen sobre el modo en que los padres tratan a sus hijos, sea autoritario, democrático o indulgente; es por ello, que los padres que gozan de su papel, se sienten felices en su matrimonio o se encuentran satisfechos con el sexo de sus hijos, tendrán actitudes más favorables que los que están insatisfechos. En ese sentido, los problemas que aquejen a la madre o a la relación de ambos padres, también afectará al niño, porque es capaz de advertir la perturbación de sus progenitores, lo que le genera incomodidad, confusión e inestabilidad, por la falta de unidad de afecto que le proporciona seguridad para actuar. La vida social del niño, también recibe influencia de estas actitudes, puesto que, el afecto que le brindan en casa tiene un gran predominio en el desarrollo del afecto por los demás. Y es que, a medida que crece el niño, va adquiriendo nuevos lazos fuera del hogar y cuando más sincera y espontánea sea la relación afectiva entre el niño y la madre, éste estará más capacitado para sentir afecto por otras personas y establecer lazos sociales duraderos.

Por otro lado Urbano y Yuni (2008) mencionan a otros múltiples factores: los recursos personales de cada miembro, las fortalezas y debilidades de la alianza establecida entre la sociedad conyugal, las experiencias y modalidades familiares de resolución de otras crisis, y la red social en torno a la cual asienta sus intercambios el sistema familiar primario (familiares, amigos, consejeros externos formales e informales).

Finalmente ante lo expuesto, podemos concluir que cualquier desorden la vida de los progenitores, influirá sobre el niño y a la misma se verá afectada la relación que se manifieste entre ambas partes.

#### **2.2.1.11. Relación Madre e Hijo**

Desde que el niño se encuentra en el vientre de la madre va generando un vínculo entre la madre y el hijo el cual será de gran importancia para mantener la buena salud mental del hijo. Este proceso se centra en el afecto y cuidado que se recibe producto de la activación de una secuencia de comportamientos tanto del niño como de la progenitora (Avellaneda, 2006).

Dentro de la dinámica familiar, el rol materno podemos considerarlo como un conjunto de conductas que asume la madre al enterarse que va a tener un hijo, dentro de ésta dinámica según Spitz (1960) ésta relación adquiere distintas características, dando origen al desarrollo futuro de las relaciones sociales, donde el papel de la madre es el de “Intérprete frente al mundo”; es decir todas las actitudes maternas que va adquiriendo el menor lo ayudarán a desenvolverse en la sociedad, de forma negativa o positiva (Spitz,1960).

Un estudio realizado por (Moss y Kagan, 1954citado en Zeledón, 2001), para ver el influencia de las actitudes maternas, las clasificaron el sobreprotectoras, restrictivas, hostiles y estimulantes, donde pudieron comprobar que las actitudes sobreprotectoras y restrictivas generan en el niño la pasividad, la conformidad, la dependencia a la madre, mientras que las actitudes hostiles, generan especialmente agresividad, y retraso sobre su desarrollo mental (Zeledón, 1996). Se puede corroborar según los estudios realizados, la importancia de las actitudes maternas y cómo éstas afectan significativamente en las futuras actitudes del niño.

Todas las acciones maternas, forman estímulos necesarios en la evolución del niño, estableciendo un periodo afectivo-objetivo, desde que el niño diferencia a la figura materna de las demás, en el que la madre representa su mundo para el niño, en la cual las características fisionómicas de la madre y los gestos facilitan el desarrollo afectivo (Spitz, 1972).

En sus primeros años el menor se convierte emocionalmente dependiente de su madre, sin embargo éste al adquirir madurez psicomotora, debe llevarse una relación más independiente, muchas madres persisten en actitudes de servicio constantes y continúan durante más tiempo de lo debido, incluso cuando el hijo ha llegado a la etapa de independencia absoluta, convirtiéndose la madre en una persona necesaria para el menor, en consecuencia la madre limita al niño en adquirir y dominar tareas madurativas, por lo que la adaptación social se ve alterada (Hurlock, 1982).

#### **2.2.1.12. Familias en el siglo XXI**

En la actualidad las familias han sufrido grandes cambios, en un principio la familia se basaba en el matrimonio: formada por el esposo, esposa e hijo en la actualidad su origen está en la unión de una pareja con o sin hijos, desempeñando un papel fundamental los lazos emocionales, económicos, culturales, con sus correspondientes derechos y obligaciones (Gervilla, 2010).

Según Sarramona (2002 citado en Gervilla, 2010) existen familias monoparentales, confluencia de hijos procedentes de matrimonios anteriores, parejas homosexuales, etc. Suelen convivir en el hogar sólo dos generaciones (padres e hijos). El número de hijos es escaso y son habituales los hijos únicos. Además los hijos nacen en edades más avanzadas que los padres, por lo que la distancia intergeneracional va avanzando. El papel de la mujer no es solo ser madre o esposa, sino se ha incorporado al mundo laboral, en casos excepcionales la mayoría sigue cumpliendo con las tareas en el hogar. Por otro lado el papel del hombre ha perdido su posición de poder, y la toma de decisiones y responsabilidades se ha vuelto compartida. Además La familia ha dejado de ser estructura económica de supervivencia para transformarse en ámbito de convivencia, consumo y ocio (Sarramona, 2002 citado en Gervilla, 2010).

### **2.2.1.13. Familias con un hijo con discapacidad.**

Según Cunningham (2000) citado por la Federación Española de síndrome de Down (2012) menciona que para desenvolver el rol de padres o familiares de un niño con discapacidad, se tiene que llevar un aprendizaje en nuevos conocimientos, nuevas habilidades, para reconstruir una valoración de sí mismo en cuanto a valores y aspiraciones, para enfrentarse a una sociedad llena de prejuicios e indiferente.

Según Urbano y Yuni (2008), el nacimiento de un hijo con discapacidad rompe las fantasías de la espera, anhelos, temores, ideales y expectativas respecto de este hijo y de la función materna y paterna. Los padres ante la crianza se enfrentan a lo nuevo, a lo incierto y desconocido. El diagnóstico en cuanto a la discapacidad a veces irrumpe desde el primer contacto con él bebe, otras se detecta durante el primer año de vida y, en algunos casos deviene de algún accidente que deja secuelas y limitaciones. La familia al tener un hijo con discapacidad presenta diversas dificultades, que modifican la interacción familiar, pero a la misma hay familias con hijos que presentan discapacidades severas que han podido establecer relaciones primarias satisfactorias. Sin embargo, es indiscutible que el tipo de discapacidad, su grado de severidad y el déficit funcional que se instala como consecuencia de ella condiciona los intercambios e interacciones entre los miembros de la familia. Por tanto, en el proceso de afrontamiento la familia presenta un duelo, por la pérdida de aquel ideal para la vinculación y la realización de un proceso de resignación ante la nueva situación (Urbano y Yuni, 2008).

Según Gervilla (2010) la llegada de un miembro con necesidades educativas especiales a la familia, demanda una serie específica de necesidades: prácticas (cuidado físico, control médico), instrumentales (Servicios Sociales, subvenciones, escolarización, tiempo libre), psicológicas (nivel evolutivo, pautas de comportamiento, apoyo emocional)

Los padres enfrentan una serie de cambios como: encontrarse desorientados ante el trato que puedan darles a los niños y la educación que deben facilitarle. El mayor tiempo que dedican al niño crean conflictos con los hermanos. Los nuevos papeles que tienen que desempeñar ante el cuidado de los hijos afecta directamente a la familia, pues la madre es especialmente la que se encarga del hijo que posee

discapacidad, mientras que el padre está al tanto del cuidado de los demás hijos. En tanto estos tienden a fingir enfermedades para captar la atención de los padres. Disminuye la interacción entre hermanos, las amistades con otros niños y con los adultos al igual que disminuye el tiempo de ocio (Gervilla, 2010).

En tanto, las familias con hijos con discapacidad, requiere de compromiso con el niño, la habilidad de poder adaptarse a los cambios. Para ello la familia necesita información, apoyo y calidad de servicios para abastecer las demandas de sus hijos y conocer sus propios recursos, no todas las demandas son iguales para todas las familias, para ello es importante recibir información adecuada que ayude a comprender la conducta del niño y la suya propia y poder entender y prever acontecimientos futuros, también poder compartir con otras personas que puedan brindar nuevas perspectivas (Cunningham, 2000)

#### **2.2.1.14. Funciones de la familia con un hijo con discapacidad**

La familia con un hijo con necesidades especiales debe realizar las mismas tareas dirigidas a satisfacer las necesidades colectivas e individuales de los miembros, en diferentes funciones. La diferencia está en que cada función es difícil de cumplir cuando se trata de atender al hijo con discapacidad, pues los recursos y apoyos de todo tipo se hacen más necesarios y en ocasiones permanentes (Sarto 2001, citado en Beltrán, 2011).

Aun así, cada familia debe organizarse en relación a ciertos aspectos como (Hyde, 1995):

- Recursos económicos de que dispone
- El grado de solidaridad de las personas de su entorno.
- Apoyo institucional y recursos
- Cambios de roles entre los familiares.
- Repercusiones en la dinámica de funcionamiento familiar.
- Apoyo social, profesional y emocional.

En un estudio Hyde (1995, citado en Beltrán, 2011) señala, que aunque el proceso es muy largo y doloroso, si las familias disponen de recursos y ayuda éstas pueden adaptarse, realizando un gran esfuerzo. El proceso de adaptación es algo dinámico en que nunca debe darse por cerrado, ya que a medida que el niño crece, comienzan

situaciones nuevas que vuelven a requerir una nueva adaptación: al colegio, a la pubertad, a la formación profesional, etc.

### **2.2.1.15. Discapacidad y familia desde un enfoque ecológico y sistémico**

Para el estudio de las familias que en el seno tienen un hijo con discapacidad se toma como referencia a dos grandes teorías que nos ayudarán a conocer a mayor detalle el escenario.

La familia es el ente educativo más importante de una persona, donde un niño con discapacidad empieza a desarrollar sus diferentes habilidades. Por eso es importante estudiarlos de manera individual y en conjunto.

Según Bronfenbrenner (1979), resalta la influencia que tienen los ambientes en la evolución de los individuos. El autor propone que el desarrollo es una progresiva acomodación entre un ser humano activo en proceso de desarrollarse y las propiedades de los entornos cambiantes en el cual vive y participa.

La capacidad para funcionar de manera efectiva que tiene cada entorno, ya sea la familia, la escuela, o el trabajo, va a depender de la existencia de las interconexiones sociales entre los entornos o ambientes. (Cohen, 2012).

Por tanto, la conducta y comportamiento de un niño se ve influenciado por el ambiente en el cual mantiene una relación directa o indirecta, así como la relación de los diferentes ambientes en los que participa. Esto es, su hogar, su escuela, su barrio, su cultura y su país, serán entornos con una influencia en su desarrollo (Cohen, 2012).

Es importante señalar que cualquier situación que involucre un déficit en el individuo, no puede ser tratado interviniendo sólo en el niño, sino con un planteamiento mucho más amplio que incluya, además de las características de los miembros cercanos a él y las relaciones entre los diferentes miembros, también los procesos de recuperación de cada uno de ellos (Cohen, 2012).

La teoría sistémica es un enfoque que nos permite entender el escenario que vive una familia cuando tiene un hijo con discapacidad, puesto que tanto el impacto como la recuperación emocional y psicológica de la familia como grupo va a depender del afrontamiento que tenga cada uno de sus miembros (Cohen, 2012).

En primera instancia, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen de una reestructuración (Minuchin, 1974 citado en Cohen, 2012).

De acuerdo con este enfoque, los individuos que conforman el sistema familiar son considerados subsistemas y un buen funcionamiento familiar requiere que los límites de los subsistemas sean claros, que la comunicación sea franca y abierta, que se resuelvan conflictos de manera conjunta y eficiente y que se desarrolle la capacidad de adaptación a las demandas que cambian en este mundo dinámico. Es así que cuando en la familia se tiene un hijo con discapacidad, cada miembro requiere de ajustarse y participar conjuntamente en la solución de problemas y la creación de nuevos roles (Cohen, 2012).

Una de las principales funciones de la familia durante el proceso de desarrollo de cada una de las etapas por las que afronta el individuo, es saber brindar apoyo a sus miembros, ya que es el sostén que permite se construya y se reconstituya el bienestar de la familia. Por tanto, discapacidad no vendrá determinado únicamente por los mecanismos de defensa de la madre o el padre, sino que será el modo en que la familia en su conjunto enfrente las circunstancias adversas, la manera en que amortigüe el estrés, se adapte y recupere su armonía, lo que influirá en la adaptación de cada uno de sus integrantes, el bienestar de la familia y el desarrollo óptimo de cada uno de sus integrantes (Cohen, 2012).

#### **2.2.1.16.El apego y discapacidad**

La teoría del apego, que fue fundada por John Bowlby, resalta algunas teorías claves relacionado a los vínculos que se establece de manera temprana entre el bebé y su cuidador, Bowlby explica que el bebé nace con una predisposición a sentir apego o vincularse con su cuidador, que éste organizará su comportamiento y pensamiento en función de la mantención de sus relaciones de apego, y que tenderá a mantener aquellas relaciones incluso si esto implica un alto costo de su propio funcionamiento (Slade 1999, citado en Besoain y Santelices ,2009).

Por lo tanto, el apego se desarrolla en los primeros contactos de la madre y el hijo al nacer, en tanto el apego en niños con alguna discapacidad dependerá del grado de discapacidad que tengan, ya que dificultará la aparición de conductas de apego en los bebés, por lo que ocurrirá una alteración en la búsqueda de proximidad afectiva por parte del niño hacia su cuidador, por lo que el apego no estará cubierto del todo originando patrones de apegos inseguros, que causan una menor capacidad de procesar emociones o sentimientos (Girón, 2008).

### **2.2.1.17. Implicaciones de la discapacidad en la familia**

Al tener una familia un hijo con discapacidad, se ve afectado de diferentes maneras y ésta puede reaccionar de diferentes forma (Abery, 2006, citado en Cohen, 2012).

Los padres con hijos con discapacidad sufren altos índices de depresión, ansiedad, baja autoestima, frustración, estrés y dolor crónico (Soriano y Pons, 2013). En estudios anteriores se discutía las reacciones que podrían demostrar las familias ante el nacimiento de un hijo con discapacidad rompía expectativas sumergiendo muchas veces a la familia en una inesperada sensación de desconcierto y preocupación que se iba transformando en un sentimiento de impotencia y soledad (Cohen, 2012). Se insertaba a estas familias dentro de un proceso de duelo caracterizado por difíciles etapas que culminaban, supuestamente, en la aceptación del problema y se pensaba que todas pasaban por "infortunadas consecuencias de una incuestionable tragedia" (Ferguson, 2002, citado en Cohen, 2012). En estos estudios nos encontrábamos con que al término "discapacidad", se le habían concatenado conceptos como "crisis", "decepción", "adversidad", o "tristeza", y se le sentenciaba como un fenómeno único y estresante (Ortega, Torres, Garrido y Reyes, 2006 citado en Cohen 2012). O se asumía que el nacimiento de un hijo con discapacidad inevitablemente crearía una disfunción en su seno familiar (Byrne y Cunningham, 1985, en Stainton y Beser, 1998 citado en Cohen, 2012).

En la actualidad la dinámica familiar se ha visto favorecida por tener un miembro con discapacidad en el hogar (Behr, 1990 citado en Cohen, 2012). De esta manera tenemos que nuevos términos aparecen en la literatura tales como "empoderamiento", "adaptación", "fortaleza" "optimismo" y "resiliencia". (Cohen, 2012).

Entonces a partir de estas investigaciones se descubrió que existen padres y madres que sorprenden con actitudes positivas, revitalizadoras, familias que se han robustecido, que no se han limitado a conformarse ante este nuevo acontecimiento, y han buscado desarrollarse a partir de él. Estas familias parecen enfrentar este desafío con una actitud totalmente distinta a la esperada, que les permite "satisfacer las necesidades de su hijo con capacidades especiales, manteniendo, a la vez, el bienestar de la familia como un todo" (Henderson, 2006, p. 32, citado en Cohen, 2012) y dicen obtener beneficios del nacimiento de su hijo tales como crecimiento personal, mayor unión familiar, mejor empatía por los demás, un enfoque menos materialista hacia la vida, y la posibilidad de expandir sus actividades sociales (Hastings et al, 2002 citado en Cohen, 2012). Además, se muestran capaces de transformarse y fortalecerse, pasando por un proceso de ajuste y adaptación para culminar en uno de crecimiento.

La literatura concuerda en que todas las familias que tienen un hijo se enfrentan a diferentes demandas que van cambiando a medida que pasa el tiempo (Abery, 2006, citado en Cohen, 2012). Una de las demandas es en el aspecto económico y salud, un niño con discapacidad requiere terapias o cirugías e incluso una adecuada alimentación. Así mismo, los padres en la toma de decisiones, suelen ser reemplazados por agentes externos, es decir ellos no serán los que tomen decisiones sobre sus hijos (Cohen, 2012)

Los grandes cambios en la estructura familiar, al tener un hijo con discapacidad, puede ocasionar la separación de la pareja o su aislamiento, lo cual demandará de nuevos ajustes y la adquisición de destrezas y recursos para lidiar con esa circunstancia.

Finalmente, las crisis que cada familia experimenta suele ser única y diferente, más si se tiene un hijo con discapacidad en ella. El problema no se ve solo afectado en uno de sus miembros, sino se vuelve participe de cada uno de sus miembros que la conforman.

### **2.2.1.18. Actitud de los padres en la autonomía personal del niño con discapacidad**

La búsqueda de la autonomía es esencial en cada persona y se va desarrollando en cada una de sus etapas a lo largo de su vida, es elemental para realizar actividades cotidianas como comer solo, tender la cama, asearse uno mismo, etc. Esta autonomía personal depende de muchos factores, de las capacidades que tenga cada niño, sus experiencias de aprendizaje y las expectativas de sus mayores (Vived, 2011).

Es también importante que el niño vaya asumiendo cierta responsabilidad en algunas tareas del hogar como recoger los servicios después de comer, ayudar a limpiar la casa y mantener ordenado su habitación, todo esto es parte del desarrollo autónomo personal.

Para ello los padres son los mediadores para influir en los hijos y que estas actividades se lleven a cabo, y como resultado el niño pueda sentirse satisfecho por desempeñar por el mismo estas actividades. Por otro lado, los padres en la evolución de las necesidades emocionales, deben dar manifiesto de amor, atención y sobre todo aceptación. En tanto, el entorno debe ser el generador de seguridad, donde pueda desarrollar su independencia y su propia estima, para que el niño sienta confianza, siendo así que los padres perciben a sus hijos de una manera positiva, éstos captarán y se sentirán aceptados y queridos. Ya que el bienestar emocional es la máxima importancia en cualquier niño y más aún en un niño con discapacidad (Vived, 2011).

### **2.2.2. Síndrome de Down:**

El Síndrome de Down es también llamado trisomía 21, la cual una alteración cromosómica más frecuente observada en la especie humana, y quizá sea el más antiguo relacionado con la discapacidad intelectual (López, López, Perés, Borges, y Valdespino, 2000).

Garzón (2009) menciona que los niños que nacen con síndrome de Down tienen características físicas específicas como una cabeza grande ancha y aplanada, ojos achinados, cuello ancho y corto, boca pequeña y lengua grande y las manos anchas, pequeñas y blandas con dedos cortos y en la manos tienen una sola línea o pliegue a diferencia de personas que no tienen este síndrome.

Se puede encontrar tres tipos de síndrome de Down, trisomía 21, translocación y mosaicismo, asumiéndose que todos los casos son distintos.

#### **2.2.2.1. Características generales de los niños con síndrome de Down**

Los niños con síndrome de Down presentan rasgos físicos inconfundibles, un cuerpo bajo y ancho, una cara aplanada, una lengua saliente, ojos en forma de almendra y un pliegue inusual que cruza la palma de la mano (Gibson y Harris, 1988; VanDyke et al., 1990).

Las personas con síndrome de Down tienen una probabilidad mayor en cuanto a la población en general de padecer algunas enfermedades, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino (Gibson y Harris, 1988; VanDyke et al., 1990). En la actualidad los avances han ido creciendo meticulosamente en investigar sobre el genoma humano, develando algunos procesos bioquímicos referentes a la discapacidad cognitiva, no existiendo un tratamiento farmacológico que demuestre mejoras en las capacidades intelectuales de estas personas (Gibson y Harris, 1988; VanDyke et al., 1990). Por lo contrario los programas de intervención temprana y la mentalidad de la sociedad también favorece su desarrollo, aunque las habilidades sociales, emocionales y motoras, mejoran más que el desempeño intelectual (Gibson y Harris, 1988; VanDyke et al., 1990).

Las consecuencias conductuales del síndrome de Down, incluyen en el discapacidad intelectual, dificultades del habla, vocabulario limitado y desarrollo motor lento, estos problemas se hacen más evidentes con la edad, porque muestran un retardamiento gradual en el desarrollo de la infancia cuando se comparan con los demás niños (Gibson y Harris, 1988; VanDyke et al., 1990).

#### **2.2.2.2. Características psicológicas de los niños con síndrome de Down**

Los niños que con de síndrome de Down, demuestran las actitudes, comportamientos y reacciones de su familia, y la formación de su personalidad se ve determinada por el afecto y seguridad que reciben. Por tanto las características que manifiestan los niños con síndrome de Down son de afectividad, amor hacia los demás, son niños capaces de asimilar rápidamente las conductas, y fueron educados con cariño, y tuvieron la atención necesaria, responden favorablemente en sus avances. Son

espontáneos y muestran su afecto de manera física ya sea con abrazos y mimos (Aramayo 1996 citado por De la Torre y Pinto, 2007).

En cuanto a lo social se desenvuelven de manera óptima, en el modo en que les gusta conversar con otras personas, siempre demuestran su buen humor y simpatía. Presentan déficit en su lenguaje oral, sin embargo, se hacen entender y se adaptan fácilmente en su entorno. Éstos niños tienden a imitar, lo cual facilita su aprendizaje, el niño con síndrome de Down presenta esquemas y patrones de sociabilidad apropiados (Aramayo 1996 citado por De la Torre y Pinto, 2007).

El niño Down tiene una gran capacidad de adaptación a un régimen de vida normal, y su coeficiencia social es regular y similar a cualquier niño con todas las capacidades. Una de las características más resaltantes en éstos niños es la discapacidad intelectual que presentan, ya que su capacidad intelectual se encuentra significativamente por debajo del promedio, obteniendo así limitaciones en sus capacidades y habilidades sociales, el desarrollo físico e intelectual de éstos niños es lento, sin embargo es más notorio a medida en que el niño va creciendo. Siendo así que estos niños con síndrome de Down en su capacidad intelectual presentan un nivel más lento comparado con la de otros niños en su etapa de infancia, haciéndose notorio a medida que este va creciendo (Aramayo 1996 citado por De la Torre y Pinto, 2007).

#### **2.2.2.3. Madres con hijos con Síndrome de Down:**

Muchas investigaciones hablan sobre el rol que cumple la madre en familias con hijos con síndrome de Down, en las cuales encontraron que estas madres afrontan mejor su realidad que otras madres con hijos con distintos tipos de discapacidad, demostrándose en los diferentes niveles de conflictividad familiar que tienen ya que se sienten menos pesimistas sobre sus niños.

En la mayoría de casos se diferencia las madres con hijos con síndrome de Down presentan mejores puntuaciones con respecto a la cohesión familiar, y apoyo de la sociedad recibidos y especialmente el modo en que perciben y afrontan el rol que les tocó llevar (Kasari y Sigman, 1997; Sanders y Morgan, 1997, citado en Federación Española de síndrome de Down, 2012)

Cuando se les ha comparado con otras madres con hijos sin ninguna discapacidad, se muestra que las madres con hijos con síndrome de Down muestran ligeramente más estrés y afrontamiento de situaciones ligeramente menor, por lo que se concluye que las ventajas que tienen las familias con síndrome de down se ve en relación con las familias que tienen hijos con otras discapacidades de la misma edad (Kasari y Sigman, 1997; Sanders y Morgan, 1997, citado en Federación Española de síndrome de Down, 2012)

#### **2.2.2.4. Primeras reacciones de la familia con hijo con síndrome de Down**

Una de las etapas más importantes de una persona en la edad adulta es el nacimiento del bebé ya que siendo un acontecimiento significativo en la vida de una familia. Los padres se formulan muchas expectativas ante la llegada de un niño al hogar, estas expectativas van desde las características físicas, hasta pensar en el impacto que ocasionara en la familia. Se ponen en juego los nuevos cambios que tendrá la pareja, los compromisos que se tendrá en cuanto al cuidado del niño y que, además, cubran las necesidades sociales y económicas de la familia. Finalmente, si con la llegada del niño, este presenta alguna discapacidad, es posible que los padres noten pronto algo que no va bien del todo y sientan un conjunto de sensaciones abrumadoras, de incertidumbre, algunos no aceptan esa realidad y construyen ideas donde mantengan alguna esperanza de que ha habido una equivocación de que la prueba cromosómica demostrará equivocación, que su hijo será una excepción. Sin embargo todas estas reacciones son normales ya que se encuentran en un estado de crisis (Candel 1998 citado en Machín, Purón, y Castillo, 2004).

La manera en que se enfrenta esta situación es distinta en todos los casos, hay madres que afrontan con mayor facilidad, como hay otras que tienen un periodo más largo de aceptación. Frecuentemente se cuestionan por qué les ha tenido que ocurrir a ellos específicamente e incluso lo relacionan con aspectos místicos, donde lo justifican

como una prueba enviada por dios. Es cierto que los sentimientos de tristeza y pérdida no desaparecen, pero muchos confiesan haber recibido de esta experiencia resultados beneficiosos, ya que muchas personas aprenden el sentido de la paciencia y la perseverancia. Alegan que ven y entienden de manera diferente la vida son conscientes y se sensibilizan con el verdadero significado de la vida (Machín et al, 2004). En algunos casos estas experiencias fuertes fortalecen el vínculo familiar. En otro casos la negación es extrema por parte de los padres convirtiéndose en cierta forma en algo patológico, ya que niegan rotundamente el diagnóstico dado, por lo que muchos acuden a centros más especializados con la esperanza de que el diagnóstico inicial sea errado (Machín et al, 2004).

En la mayoría de los casos las madres son las más afectadas emocionalmente y suelen tener sentimientos de culpabilidad, creando una desvalorización como mujer por no haber traído al mundo un niño con las capacidades aparentemente normales, lo que les mueve en algunos casos a buscar otro embarazo rápidamente, pero siempre con temor a que vuelvan a procrear otro niño con síndrome de Down. Una de las cosas principales que deben saber los padres es que cada niño es único en todo sentido, en donde los padres deben criarlos con amor y paciencia, entendiendo que ellos tienen habilidades diferentes y que sus avances son lentos (Machín et al, 2004).

### 2.2.3. Discapacidad Intelectual:

#### 2.2.3.1. Definición

De acuerdo a Castejón y Navas (2013), la Discapacidad intelectual ha tenido diferentes concepciones por diferentes autores con el paso de los años, desde el punto de vista teórico, como desde el punto de vista práctico. Hasta llegar a concepciones fundamentalmente psicométricas, surgidas a principios del siglo XX, en las que se establecían criterios para clasificar a las personas como retrasados mentales. Posteriormente, se ha ido avanzando lentamente hacia una concepción multidimensional (Castejón y Navas, 2013).

Así mismo, su denominación a lo largo del tiempo ha sido variada desde nombrar a una persona como: idiotas, imbeciles, morones, oligofrénicos, subnormales, débiles mentales, deficientes mentales, retrasados mentales, hasta llegar a la que pensamos que debe ser más aceptada: discapacidad intelectual, en función de la teoría imperante: psicométrica, biológica, cognitiva, contextual, etc. (Castejón y Navas, 2013).

Según Castejón y Navas (2013), la discapacidad intelectual tiene distintos enfoques:

- **El enfoque psicométrico**, identifica las características básicas de los sujetos (naturaleza, fisionomía) para clasificarlos en distintas categorías, determinar la posición recíproca de cada uno respecto al grupo y pronosticar su comportamiento en situaciones semejantes. Se pueden mencionar el test de Binet y Simon, la revisión de Terman de la escala de inteligencia Stanford-Binet (1916)

Las medidas utilizadas son la Edad Mental y el Cociente Intelectual. Posteriormente, se introduce la noción de Cociente Intelectual (CI), desde esta perspectiva, se considera retrasado mental al sujeto cuya puntuación en CI, es inferior a 70.

- **Enfoque conductista** argumenta que la discapacidad intelectual se debe a retrasos de la conducta. Define al sujeto con discapacidad intelectual como un individuo que manifiesta una limitación en su comportamiento, estando relacionado con su historia y las diversas interacciones con el ambiente (Bijou, 1996, citado en Castejón y Navas, 2013).

- **Por otro lado, la psicología cognitiva** explica la discapacidad intelectual en términos de disfunciones en los procesos cognitivos implicados en el procesamiento de la información (percepción, atención, memoria, formación de conceptos, resolución de problemas, etc.), en los de autorregulación de los mismos planificación, control, ejecución, evaluación y en los conocimientos que se poseen sobre tales procesos y que se denomina, genéricamente, metacognición siendo el conocimiento sobre el propio conocimiento y sobre cómo operan los propios procesos cognitivos (Bijou, 1996, citado en Castejón y Navas, 2013).
- **El enfoque evolutivo**, el desarrollo de la discapacidad intelectual es lento muchas veces no se alcanza en su totalidad los umbrales aptitudinales y evolutivos, así, los niños con discapacidad intelectual son capaces de hacer las mismas cosas que los otros niños, también pasan por los mismos estadios, pero con más demora, debido a fijaciones en esos estadios o a una lentitud en la superación de la mismos (Inhelder, 1969, citado en Castejón y Navas, 2013).
- **Punto de vista médico**, la discapacidad intelectual es vista como “un conjunto de síntomas que se hallan presentes en un grupo bastante amplio y heterogéneo de anomalías que, procediendo de diferente etiología orgánica, tienen, sin embargo, en común el hecho de cursar con déficits irreversibles en la actividad mental” (Fierro, 1990, citado en Castejón y Navas, 2013). Este enfoque hasta la actualidad ha sido refutado por varios autores, ya que las generalidades ante el nombramiento de un diagnóstico, solo etiquetan a la persona como tal. Estas nociones son trampas que enferman a los niños en categorías preestablecidas y no dejan lugar a la individualidad” (Korff-Sausse, 1996 citado en Castejón y Navas, 2013).
- **Perspectiva contextualista**, la discapacidad intelectual según la capacidad para adaptarse, o no, al entorno y al ambiente normal de los semejantes. De tal manera que podemos definir la discapacidad intelectual como “un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media que conduce a/o está asociado a déficits en la conducta adaptativa” (Grossman, 1983, citado en Castejón y Navas, 2013). La mayoría de definiciones están basadas en este

enfoque, considerando la capacidad de adaptación del sujeto en su entorno social (Castejón y Navas, 2013).

Ante las descripciones de estos enfoques se conserva acuerdo cercano con la definición de la Asociación Americana de retraso Mental por ser una de las más actualizadas en el presente.

Siendo la Asociación Americana sobre Retardo Mental las más actualizadas (AARM), en la actualidad denominada asociación americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD, 2010), podemos mencionar que: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (Shalock y otros, 2011 citado en Pié, Duch, Martínez, Miró y Rodríguez, 2014).

#### **2.2.3.2. Aspectos generales del niño con discapacidad intelectual:**

En la capacidad cognitiva, los niños que presentan alguna discapacidad intelectual muestran un déficit general, teniendo dificultades en su adaptación social; sin embargo, las características clínicas que poseen son diferentes para cada niño, no todos tienen la misma intensidad o nivel de discapacidad intelectual (Rosselli, Matute y Ardila, 2010). Si se compara un niño normal con un niño con discapacidad intelectual, se observa diferencias funcionales psicomotoras, lingüísticas, sensoriales, de atención, lingüísticas y de memoria, que están situados en niveles cognoscitivos equivalentes a los de menores en edad cronológica inferior (Rosselli, Matute y Ardila, 2010). El nivel cognitivo de un niño con esta discapacidad se puede diagnosticar a partir de los seis años, más resulta complicado predecirlo antes.

El desarrollo psicomotor de los niños con discapacidad intelectual es tardío, se desarrolla lentamente, alcanzando un nivel inferior al de los niños normales de su misma edad. Se puede observar en estos niños conductas donde falta coordinación, actuando muchas veces con torpeza, trastornos sensoriales, como problemas con la visión y sordera (Rosselli, Matute y Ardila, 2010).

Sin embargo cabe destacar que los niños con discapacidad intelectual, en la modalidad sensorial demuestran una habilidad para la discriminación táctil superior a

la de los niños normales y de los niños con síndrome de down, que aprenden más por medio de la visualización. (Pirozzolo, 1985, citado en Rosselli, Matute y Ardilla, 2010)

Cuando se evalúa la capacidad de memoria entre niños normales y niños con discapacidad intelectual leve es equivalente cuando se utiliza material sencillo, sin embargo al aumentar la complejidad del material operacional es ahí donde se nota la diferencia. En niños con síndrome de Down se han demostrado defectos en los procesos de almacenamiento y memoria (Pirozzolo, 1985 citado en Rosselli et al, 2010)

La discapacidad intelectual presenta un retraso en el lenguaje, aproximadamente 90% de los niños con discapacidad intelectual grave presentan dificultades en el lenguaje, mientras que estos problemas sólo ocurren en un 50% de los niños con retraso leve, en el niño con discapacidad intelectual el desarrollo del lenguaje sigue las mismas etapas que en un niño normal, pero es más lento Se han descrito diferencias en cuanto al uso de la gramática y la utilización del lenguaje (Swisher, 1985 citado en Rosselli et al, 2010)

La adaptación social del niño con discapacidad intelectual es muy variable, ya que depende de las causas durante su proceso, de la dimensión del déficit cognoscitivo y la edad. Muestran conductas de hiperactividad, se aíslan de su entorno y son impulsivos, estas conductas son más frecuentes en aquellos niños que presentan un CI bajo (Kauffman, 1977; Ross, 1980 citado en Rosselli et al, 2010)

### **2.2.3.3. La familia de un niño con diagnóstico de discapacidad intelectual**

La familia por ser el núcleo o eje más importante de un grupo social, es un tema de investigación universal por múltiples disciplinas psicológicas, sociales, pedagógicas, que en la actualidad se hace de valor su conocimiento e investigación sobre ella, más si hablamos de familias con personas con discapacidad alguna. Por tanto mencionaremos a autores que definan su concepto de familia enfocados a la discapacidad intelectual.

Clavijo (2002 citado en Gómez, 2007), menciona que la familia es el conjunto de individuos que se encuentran vinculados por lazos estables consanguíneos y a la vez

conyugales, socioculturales, afectivos, socioculturales, económicos y de convivencia con el objetivo de satisfacer las necesidades fundamentales del grupo.

Esta definición abarca todos los ámbitos de la familia desde su importancia, por ser el primer eje social hasta las funciones, los roles, valores, normas y las diferentes etapas que ésta atraviesa en relación a su medio social. Asumiendo esta definición como la más evidente para ser aplicada a las familias con un hijo con discapacidad en especial un hijo con discapacidad intelectual. Podemos referir que según Gómez, (2007) que la familia del niño y la niña con diagnóstico de discapacidad intelectual es la primera organización fundamental para el proceso de socialización, donde sus miembros se unifican por la aceptación, respeto, y consideración. Por tanto, buscar nuevas formas y propiciar un estilo de vida que potencie y desarrolle al niño y a la niña con diagnóstico de discapacidad intelectual, sobre la base de la armonía, la seguridad, y la estimulación, con el propósito de satisfacer sus necesidades (Gómez, 2007)

#### **2.2.3.4. Características de la familia de un niño con diagnóstico de discapacidad intelectual**

El nacimiento de un niño toma importancia en la vida del ser humano, especialmente en la etapa de ser padres pues su llegada enumera diferentes cambios desde la manera de pensar de cómo será, a quién se parecerá, etc., así como quien cuidará de él, las nuevas reglas, roles y responsabilidades que como pareja desempeñaran. Es así que el nacimiento de un hijo genera cambios y reestructuración en el grupo familiar, pero ante un hijo con deficiencia intelectual, las expectativas giran transversalmente, ocasionando pérdida de equilibrio emocional y armonía entre los progenitores y los demás miembros de la familia.

Autores como Perera (1995, citado en Gómez, 2007) mencionan que las familias al no haber asimilado el hecho de tener un miembro con discapacidad, se vuelven vulnerables y sus expectativas familiares se modifican, causando sentimientos contradictorios y complejos, con grandes interrogantes de negación y de reclamos.

Casi en todos los casos la familia en general y más los padres reaccionan con tristeza y conmoción cuando reciben la noticia de que su hijo ha nacido con un diagnóstico de discapacidad intelectual. Según menciona Castro (1995, citado en Gómez 2007),

al descubrir la discapacidad en una edad temprana de niño, los padres lo relacionan como un pérdida dolorosa, y comienzan a cuestionarse e incluso perder las esperanzas en torno al ideal de familia que se habían formado.

Por tanto ante estas definiciones podemos referir que las familias tiene sentimientos de conmoción, negación de la realidad, tristeza, aflicción, vergüenza, ansiedad, rechazo y sentimientos de culpa (Gómez ,2007).

Por otro lado las reacciones emocionales, del grupo familiar en especial de las madres, son diversas caracterizándose de manera individual. En la investigación de Gómez (2007) el autor considera las siguientes reacciones emocionales:

- **El inicio de lo inesperado:** tiene que ver con las expectativas que tiene lo padres para con sus hijos y que en este caso se ven frustradas al recibir la noticia de un hijo con diagnóstico de discapacidad intelectual. Ocasionando un trastorno emocional y confusión. La noticia recibida en un primer momento es aparentemente menos dolorosa y traumática que cuando se da a conocer tardíamente. La forma en que se comunica a los padres el diagnóstico de su hijo(a), agudiza el impacto inicial de lo inesperado (Gómez, 2007).
- **La aparición de la depresión y la tristeza:** el conflicto que genera esta situación, determina estados de depresión, tristeza, angustia incluso estados de ambivalencia que llegan hasta el rechazo. En cuanto a esto la familia adopta una posición como: la no aceptación del “problema” y la aceptación del mismo.

La familia que asumen una posición de no aceptación se muestran, evasivas, inmaduras; negativas ante la evidencia, se encuentran en constante búsqueda de alternativas para el logro de la aceptación, por otro lado asumen la discapacidad como algo irreparable, sin posibilidad de alcanzar una situación normal (Gómez, 2007).

La posición de no aceptación ocasionan actitudes como: la protección excesiva, el rechazo, el abandono, la escasa valoración y las falsas expectativas, siendo estas las que truncan e impiden el buen desarrollo integral de los niños con discapacidad intelectual.

Por otro lado las familias que asumen la posición de aceptación asumen un compromiso para afrontar la realidad, manifiestan ser más realistas, toman

conciencia de las capacidades y limitaciones de sus hijos (as), para el logro de la integración y adaptación en la sociedad. Ante esta situación los padres logran dar soluciones a sus y crisis de valores, aceptando a su hijo tal cual es, dándole respeto y amor como a sus demás hijos, si los hubiera (Gómez ,2007).

- **El momento de afrontar la realidad:** la cotidianidad de la vida en algunas familias se torna monótona y en ocasiones aburrida. La madre generalmente es la que asume el cuidado de su hijo, dejando atrás todas sus responsabilidades como mujer, siendo la que más se preocupa por la atención del niño, dado que ella conoce más acerca de cómo atenderlo y darle cuidados, especialmente controlar sus medicamentos, su alimentación y sus actitudes (Gómez, 2007).

#### **2.2.3.5. Rigidez en la interacción familiar y en la relación familia- hijo con discapacidad intelectual:**

Cuando el hijo crece y toma mayor independencia, existen familias que presentan una resistencia para cambiar la estructura familiar que mantienen al ver que su hijo va creciendo y va adquiriendo nuevas conductas más independientes de acuerdo a su nuevo ciclo vital. Es frecuente que los padres de hijos con discapacidad intelectual estén pendientes y sigan haciéndoles las cosas cotidianas, como vestirlos o darles alimentos, cuando éstos gracias a una rehabilitación especializada y educación pueden llegar a hacerlos por ellos mismos o en algunos cosas con una mínima ayuda, y así por ejemplo poder alimentarse solos, dejar que ellos mismos elijan el postre o hacer que ellos mismos se esfuercen en hacer las cosas solas (Lozano y Pérez, 1998).

### **2.3. Definición en términos Básicos:**

**2.3.1. Actitudes Maternas:** Las actitudes maternas vienen a ser aquellos comportamientos, creencias o pautas que tiene una madre con su hijo. Una definición similar es mencionada por Hinojosa (2010), Doménique (2012) y Monteza y Vásquez (2015) quienes definen las actitudes como una disposición aprendida que puede ser favorable o desfavorable hacia un objeto.

**2.3.2. Síndrome Down:** es también llamado trisomía 21, en el cual el niño presenta un cromosoma adicional en el par 21, es la alteración cromosómica más frecuente observada en la especie humana, y quizá sea el más antiguo relacionado con la discapacidad intelectual (López, López, Perés, Borges, y Valdespino, 2000).

**2.3.3. Discapacidad intelectual:** En términos psicológicos son las disfunciones en los procesos cognitivos implicados en el procesamiento de la información (percepción, atención, memoria, formación de conceptos, resolución de problemas, etc.), en los de autorregulación de los mismos planificación, control, ejecución, evaluación y en los conocimientos que se poseen sobre tales procesos y que se denomina, genéricamente, metacognición. (Castejón y Navas, 2013).

## CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS

### 3.1. Formulación de la Hipótesis

#### 3.1.1. Hipótesis General:

Existe semejanza en las actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual.

#### 3.1.2. Hipótesis Específicas:

- **H1:** Existe semejanza entre la actitud materna de aceptación en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual.
- **H2:** Existe semejanza entre la actitud materna de sobreprotección en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual.
- **H3:** Existe semejanza entre la actitud materna de sobreindulgencia en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual.
- **H4:** Existe semejanza entre la actitud materna de rechazo en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual.

### 3.2. Operacionalización de las Variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMEN-SIONES	ÍTEMS
Actitudes Maternas	<p>Roth (1965, citado por el instituto superior pedagógico público de educación especial “María Madre”, 2012), implica la relación madre-hijo como:</p> <p>Un marco de referencia de actitudes con las cuales las madres se relacionan con sus hijos, y da un estimado objetivo de estas relaciones en un papel de cuatro actitudes maternas que denomina de rechazo, sobreprotección, aceptación y sobre indulgencia. Frente a estas actitudes maternas el niño respondería de acuerdo a lo manifestado por Roth en forma positiva a la socialización, desarrollando sentimientos consistentes de amistad, interés y entusiasmo en el mundo y una clara y real autopercepción (p.1).</p>	<p>Puntuaciones obtenidas en la Escala de Evaluación de la Relación Madre Hijo de Roberth Roth (EERM-H) también conocida como Escala de Actitudes Maternas de Roth; establece un marco de referencia de las actitudes de las madres en relación a sus hijos, y se encuentra basado en un perfil de cuatro actitudes que son: Aceptación, Sobreprotección, Sobreindulgencia, Rechazo</p> <p>La EERMH, consiste en un cuestionario de 48 ítems con cuatro escalas de 12 ítems afirmativas cada uno, y una sub escala que mide el factor confusión dominancia, el cual expresa el grado en que la relación entre la madre y el niño está combinada por una actitud, por una combinación de actitudes o por una confusión. Se considera como actitud positiva la escala de Aceptación “A” y como actitudes negativas y de No Aceptación: Sobreprotección “SP”, Sobreindulgencia “SI” Rechazo “R”. El predominio de una o más actitudes indicaría la característica predominante de las actitudes maternas en relación a sus hijos.</p>	<p>Aceptación (A). 12 ítems: 1,5,9,13,17,21,25,29,33,37,41,45</p> <p>Sobreprotección (SP). 12 ítems: 2,6,10,14,18,22,26,30,34,38,42,46</p> <p>Sobreindulgencia (SI). 12 ítems 3,7,11,15,19,23,27,31,35,39,43,47</p> <p>Rechazo (R). 12 ítems : 4,8,12,16,20,24,28,32,36,40,44,48.</p>	Anexo: 1

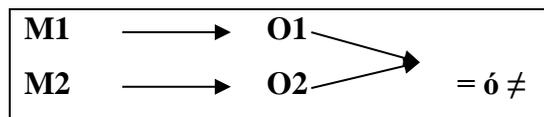
## CAPÍTULO 4. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1. Tipo de diseño de investigación

El diseño empleado en el siguiente estudio corresponde a los no experimentales (Hernández, Fernández y Baptista, 1999), siendo una investigación descriptiva – comparativa (Sánchez, Carlessi y Reyes 1992).

Es descriptiva porque identifica, describe y analiza las actitudes maternas de las mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual.

Es comparativa ya que las mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, se diferencian en relación a sus actitudes maternas.



Dónde:

M1 → Mujeres con hijos con síndrome de Down.

M2 → Mujeres con hijos con discapacidad intelectual.

O1, O2 → Actitudes maternas.

### 4.2. Material

#### 4.2.1. Unidad de estudio:

Madre de familia de la Organización Unión Down y de El Centro de Educación Básica Especial Cajamarca (CEBE)

#### 4.2.2. Población:

El conjunto de madres de la Organización Unión Down y de El Centro de Educación Básica Especial Cajamarca (CEBE), que son un total del 41.

#### 4.2.3. Muestra

Por la característica del estudio, se considera igual número de sujetos en la evaluación de cada población, es decir 20 madres de cada grupo, que hacen un total de 40.

**TABLA 1**  
***Frecuencia según Estado civil***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	3	7,5	7,5
	Casado	25	62,5	70,0
	Conviviente	9	22,5	92,5
	Viudo	3	7,5	100,0
	Total	40	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluadas, un 62.5% son casadas, un 22.5% son convivientes, un 7.5% son solteras y un 7.5% son viudas (Ver Tabla 1).

**TABLA 2**  
***Frecuencia según Edad madre***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	21	1	2,5	2,5
	22	2	5,0	7,5
	23	1	2,5	10,0
	24	1	2,5	12,5
	25	3	7,5	20,0
	26	1	2,5	22,5
	27	4	10,0	32,5
	28	3	7,5	40,0
	32	1	2,5	42,5
	34	1	2,5	45,0
	35	2	5,0	50,0
	36	1	2,5	52,5
	37	2	5,0	57,5
	38	3	7,5	65,0
	39	1	2,5	67,5
	40	1	2,5	70,0
	42	3	7,5	77,5
43	1	2,5	80,0	

44	1	2,5	82,5
46	2	5,0	87,5
47	2	5,0	92,5
48	1	2,5	95,0
49	2	5,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluadas, entre lo más resaltante un 7.5% tienen 25 años de edad, un 10.0% tienen 27 años de edad, un 7.5% tienen 28 años de edad, un 7.5% tienen 38 años de edad y un 7.5% tienen 42 años de edad (Ver Tabla 2).

**TABLA 3**  
***Frecuencia según Grado de instrucción madre***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Primario	8	20,0	20,0
	Secundario	9	22,5	42,5
	Técnico	2	5,0	47,5
	Superior	21	52,5	100,0
	Total	40	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluadas, un 20.0% son de nivel primario, un 22.5% son de nivel secundario, un 0.5% han realizado estudios técnicos y un 52.5% son de nivel superior (Ver Tabla 3).

**TABLA 4**  
***Frecuencia según Edad del hijo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	5,0	5,0
	3	6	15,0	20,0
	4	5	12,5	32,5
	5	2	5,0	37,5
	6	8	20,0	57,5

	7	17	42,5	100,0
Total	40		100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluadas, un 15.0% tienen 3 años de edad, un 12.5% tienen 4 años de edad, un 20.0% tienen 6 años de edad, un 42.5% tienen 7 años de edad (Ver Tabla 4).

**TABLA 5**  
***Frecuencia según Escolaridad del hijo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Inicial	30	75,0	75,0
	Primaria	9	22,5	97,5
	Estimulación	1	2,5	100,0
	Total	40	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluadas, un 75.0% se encuentran en nivel Inicial, un 22.5% se encuentran en nivel Primaria y un 2.05% se encuentran en estimulación temprana (Ver Tabla 5).

**TABLA 6**  
***Frecuencia según Discapacidad***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Síndrome Down	20	50,0	50,0
	Discapacidad intelectual	20	50,0	100,0
	Total	40	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluadas, un 50.0% tienen síndrome de Down y un 50.0% tienen discapacidad intelectual (Ver Tabla 6).

**TABLA 7**  
***Frecuencia Actitudes maternas***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Positiva	35	87,5	87,5
	Negativa	5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	

Fuente: Resultados de la prueba Actitudes Maternas

Del total de evaluadas un 87.5% tienen una actitud materna positiva y un 12.5% tienen una actitud materna negativa (Ver Tabla 7).

### 4.3. Métodos

**4.3.1. Técnicas de recolección y análisis de datos:** El instrumento utilizado es Escala Adaptada de Actitudes Maternas de Roberth Roth.

#### 4.3.1.1. Ficha técnica:

- Nombre de la prueba: Cuestionario de Evaluación de la Relación Madre Hijo.
- Autor: Roberth Roth.
- Año de publicación: 1965 (Universidad de Illinois EE.UU)
- Adaptación y Estandarización: Edmundo Arévalo Luna, Psicólogo Profesor de la Escuela de Psicología de la UPAO – Trujillo (2005)
- Significación: conocer el tipo de relación que tiene la madre con su niño, a través de las áreas que evalúa.
- Áreas que evalúa:
  - o Aceptación (A)
  - o Sobreprotección (SP)
  - o Sobreindulgencia (SI)
  - o Rechazo (R)
- Ámbito de aplicación: Madres de familia de niños menores de 7 años.
- Administración: individual y colectiva.
- Tiempo de duración: No hay un tiempo límite, pero se estima en un promedio de 25 minutos aproximadamente.
- Normas que ofrece: Normas Percentilares.
- Referencia: presenta un marco de referencia basada en las actitudes que las madres presentan en la relación con el niño, considerando como actitud positiva la aceptación y como actitud negativa la sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo.

- Áreas de aplicación: investigación, orientación y asesoría psicológica en los campos clínicos y educacionales.

#### **4.3.2. Procedimientos**

Para escoger el tema a investigar, se hizo la revisión bibliográfica, que consideraba el análisis de investigaciones en la ciudad Cajamarca y la posibilidad de incluir a variables de interés de estudio, bajo los parámetros de la psicología clínica. Es así que se determinó el estudio de las actitudes maternas en mujeres con hijos con Síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, considerando estas poblaciones por estar en situación de riesgo y vulnerable por los cambios característicos de la edad. La variable de estudio, se hace interesante, al considerar que la relación madre e hijo, es la primera instancia para el desarrollo personal y social del niño. Para evaluar la variable, se considerarán el instrumento, Escala de Actitudes Maternas de la relación Madre – Niño, la cual tiene antecedentes de ser aplicada en poblaciones nacionales. La elaboración del marco teórico, incluirá datos referidos a las definiciones conceptuales y operacionales de las variables, además de incluir el desarrollo de los diferentes enfoques con los que cada uno de ellos cuenta. La muestra elegida se determinó de manera aleatoria a 40 madres de edades variables de la ciudad de Cajamarca, representando a dos organizaciones de la misma. La proporción de los participantes por cada organización en la muestra, va en relación al tamaño de la población de madres en cada organización. Se obtuvo el permiso de las direcciones de cada organización para poder evaluar a las madres, así mismo se presentará a cada una un consentimiento firmado para la participación en el estudio de investigación. La aplicación de los instrumentos a madres de la muestra se realizó de manera individual. Las personas que aplicaron los instrumentos son las investigadoras. Las instrucciones fueron dadas de manera verbal, despejando las dudas que puedan surgir durante la aplicación. Luego de aplicar los instrumentos, se procedió a corregir cada prueba para sacar un resultado general y específico de acuerdo a las dimensiones, luego se tabuló dicha información en el programa estadístico SPSS. Para el análisis se utilizó el

estadístico no paramétrico U de Man Whitney, que es útil para comprar una variable en dos poblaciones, en este caso: actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y discapacidad intelectual. La elaboración del informe final, incluyó cruzar información entre el marco teórico elaborado con anterioridad y los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos.

## CAPÍTULO 5. RESULTADOS

A nivel descriptivo, del total de evaluadas, 17 madres con hijos con síndrome de Down presentaron actitud positiva y 03 Actitud negativa; 18 madres con hijos con discapacidad intelectual presentaron actitud positiva y 02 actitud negativa (Ver Tabla 8).

**TABLA 8**  
***Frecuencia del Área Actitudes Maternas***

		Discapacidad		
		Síndrome Down	Discapacidad intelectual	Total
Actitudes maternas	Positiva	17	18	35
	Negativa	3	2	5
Total		20	20	40

Fuente: Resultados de la prueba Actitudes Maternas

Del total de evaluadas, un 77.5% tienen actitudes de Aceptación, un 15.0% tienen actitudes de Sobreprotección, un 5.0% tienen actitudes de Sobreindulgencia y un 2.5% tienen actitudes de Rechazo (Ver Tabla 9).

**TABLA 9**  
***Frecuencia de Área Actitudes Maternas***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
		Válidos	Aceptación	31
	Sobreprotección	6	15,0	92,5
	Sobreindulgencia	2	5,0	97,5
	Rechazo	1	2,5	100,0

***Frecuencia de Área Actitudes Maternas***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Aceptación	31	77,5	77,5
	Sobreprotección	6	15,0	92,5
	Sobreindulgencia	2	5,0	97,5
	Rechazo	1	2,5	100,0
	Total	40	100,0	

Fuente: Resultados de la prueba Actitudes Maternas

Del total de madres evaluadas, en el área de Aceptación, 17 son síndrome de Down y 14 de discapacidad intelectual, en el área de Sobreprotección, 1 es de síndrome de Down y 5 de discapacidad intelectual, en el área de sobreindulgencia, 1 es de síndrome de Down y 1 de discapacidad intelectual y en el área de Rechazo, 1 es de síndrome de Down y 0 en discapacidad intelectual (Ver Tabla 10).

**TABLA 10**

***Frecuencia de Área Actitudes Maternas y Discapacidad***

		Discapacidad		
		Síndrome Down	discapacidad intelectual	Total
Área Act Mat	Aceptación	17	14	31
	Sobreprotección	1	5	6
	Sobreindulgencia	1	1	2
	Rechazo	1	0	1
	Total	20	20	40

Fuente: Resultados de la prueba Actitudes Maternas

Respecto a la prueba de hipótesis, la significación bilateral es superior al 0.05, por lo que se infiere que no existen diferencias significativas en las actitudes maternas de ambas poblaciones (Ver Tabla 11).

**TABLA 11**

***Prueba de muestras independientes – Actitudes maternas***

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilat eral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	.890	.351	.467	38	.643	.050	.107	-.167	.267
No se asumen varianzas iguales			.467	36.903	.643	.050	.107	-.167	.267

La primera aproximación al objetivo general de estudio, es que en referencia a actitudes maternas positivas y negativas existen semejanzas. En el caso de las madres con hijos con síndrome de Down un 90% tiene actitudes positivas y un 10% tiene actitudes negativas. Por otra parte, en madres con hijos con retardo mental, un 85% tienen actitudes positivas frente al 15% que tiene actitudes negativas (Ver Tabla 12).

**TABLA 12**

***Tabla de contingencia Actitudes maternas***

		Discapacidad			
		Síndrome Down	Retardo mental	Total	
Actitudes maternas	Positiva	Recuento	18	17	35
		% dentro de Discapacidad	90.0%	85.0%	87.5%
	Negativa	Recuento	2	3	5
		% dentro de Discapacidad	10.0%	15.0%	12.5%
Total	Recuento	20	20	40	
	% dentro de Discapacidad	100.0%	100.0%	100.0%	

Respecto a la prueba de normalidad, el nivel de significancia es .000, es decir que al ser inferior al 0.05, significa que la muestra seleccionada no se comporta normalmente (Ver Tabla 13).

**TABLA 13**  
***Pruebas de normalidad***

	Discapacidad	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Actitudes	Síndrome Down	.509	20	.000	.433	20	.000
maternas	Retardo mental	.527	20	.000	.351	20	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Resultados procesados de la aplicación de la prueba Actitudes Maternas

En respuesta al objetivo general de la investigación se obtiene que el valor de la significación asintótica bilateral es .637, superior al 0.05, lo que implica que no hay diferencias significativas en las actitudes maternas. (Ver tabla 14)

**TABLA 14**

<b><i>Estadísticos de prueba</i></b>	
	Actitudes maternas
U de Mann-Whitney	190.000
W de Wilcoxon	400.000
Z	-.472
Sig. asintótica (bilateral)	.637
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.799 <sup>b</sup>
a. Variable de agrupación: Discapacidad	
b. No corregido para empates.	

Fuente: Resultados procesados de la aplicación de la prueba Actitudes Maternas

En respuesta a los objetivos específicos, en donde se busca hallar la comparación según las áreas de las actitudes maternas, en el caso de las madres con hijos con síndrome de down, un 85% presenta actitud de aceptación mientras que en caso de madres con hijos con discapacidad intelectual son un 70%. La sobreprotección se presenta en un 5% de las madres con hijos con síndrome de down en comparación con el 25% de las madres con hijos con discapacidad intelectual. En el caso de la sobreindulgencia, en ambos grupos se presenta en un 5% y el rechazo solo se presenta en el 5% de las madres con hijos con síndrome de down, siendo ausente esta actitud en las madres con hijos discapacidad intelectual. (Ver Tabla 15)

**TABLA 15**  
**Tabla de contingencia Área Act Mat**

Área Act Mat		Discapacidad		
		Síndrome Down	Retardo mental	Total
Aceptación	Recuento	17	14	32
	% dentro de Discapacidad	85.0%	70.0%	75.0%
Sobreprotección	Recuento	1	5	6
	% dentro de Discapacidad	5.0%	25.0%	15.0%
Sobreindulgencia	Recuento	1	1	2
	% dentro de Discapacidad	5.0%	5.0%	5.0%
Rechazo	Recuento	1	0	1
	% dentro de Discapacidad	5.0%	0%	5.0%
Total	Recuento	20	20	40
	% dentro de Discapacidad	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Resultados procesados de la aplicación de la prueba Actitudes Maternas

## **CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN**

Con respecto al objetivo general se encontró que existe una semejanza entre las actitudes maternas en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, donde las madres con hijos con síndrome de Down, obtuvieron mayor porcentaje, aunque no tan lejano a lo obtenido por las madres con hijos con discapacidad intelectual. Se puede inferir que la presencia de un hijo con discapacidad hace que las madres actúen de manera especial, y considerando que ambas tienen una actitud positiva, se infiere que, según lo planteado por Spitz (1972) si las actitudes de la madre son positivas en todos los ámbitos, se produce un conocimiento más profundo de las necesidades del niño, lo que desencadena un aumento de las satisfacciones para él, que le proporcionan mayor seguridad, comunicación estable, afectiva y un aumento de su autoestima. Si la actitud fuese negativa, el niño mostraría inseguridad hasta llegar a presentar síntomas somáticos de déficit socio emocional.

En relación al primer objetivo específico, que evalúa la actitud de aceptación, se encontró que las madres con hijos con síndrome de Down son más que las madres con hijos con discapacidad intelectual. Estas actitudes de aceptación en madres con hijos con síndrome de Down, se pueden explicar según los estudios de (Kasari y Sigman, 1997; Sanders y Morgan, 1997, citado en Federación Española de síndrome de Down, 2012) donde sus estudios describen que estas madres con hijos con síndrome de Down afrontan mejor la situación que las madres de hijos con otros tipos de discapacidad, experimentan niveles menores de conflictividad familiar y se muestran menos pesimistas sobre sus hijos. En muchos estudios se han comparado con las familias de niños autistas, aunque también hay estudios de comparación con otros síndromes. En la mayoría de los casos se aprecia la ventaja de las madres que tienen un hijo con síndrome de Down, obteniendo mejor puntuación en la cohesión familiar, la satisfacción con los apoyos sociales recibidos y el modo de afrontar la situación por parte de la madre.

En relación al segundo objetivo específico se encontró que las madres con hijos con discapacidad intelectual son más que las madres con síndrome de Down. Esto se explicaría por el contraste con lo obtenido en el primer objetivo, si bien es cierto, las madres con hijos con síndrome de Down afrontan con mayor aceptación el diagnóstico de su hijo, las madres con hijos con discapacidad intelectual serían más sobreprotectoras por las

necesidades que pueden aparecer en un hijo con este diagnóstico. En un futuro, podría ocurrir lo expuesto por Carrillo y Tuya (2008), donde explican que las madres adolescentes gestantes tienen mayor sobreprotección en relación con sus hijos, esta actitud conllevaría a que la madre críe hijos con dificultades de relacionarse con los demás, problemas para la toma de decisiones, egoístas e inseguros.

En relación al tercer objetivo específico se encontró que en ambas muestras se encuentra la misma cantidad de madres con la actitud materna de sobreindulgencia, tanto en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, donde ambas madres obtuvieron una igualdad en los puntajes, ésta área describe a madres donde carecen de recursos disciplinarios, falta de límites, ya que éstas seden a todas las demandas que manifiesta el niño, provocando así según Roth, comportamientos agresivos, baja tolerancia y dificultad para adecuarse a las rutinas. Sin embargo, la cantidad de madres que obtuvieron puntajes en estas áreas, confirma que la menor cantidad de madres están dentro de esta actitud, considerada como negativa.

En relación al cuarto objetivo específico se encontró que no existe semejanza entre la actitud materna de rechazo en mujeres con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, donde las madres con síndrome de Down obtuvieron mayor puntaje que las madres con hijos con discapacidad intelectual. Ésta actitud implicaría por parte de la madre una muestra de negación de amor, manifestando desaprobación ante situaciones muy sutiles, ante esto Roth describe que el niño trataría de ganar afecto y llamar su atención, ya sea con intentos directos o indirectos. Bakwin (1984) enumera las causas que generan esta actitud, se hallan: cuando los padres son incompatibles, el hijo es frecuentemente rechazado porque se le considera un impedimento para una posible separación conyugal; el rechazo no es poco frecuente cuando el niño tiene un grave defecto, como parálisis cerebral, discapacidad intelectual o un padecimiento incapacitante; matrimonios precipitados; hijos que no son del sexo deseado; algunas madres rechazan a sus hijos o hijo porque les impiden trabajar fuera de casa. Nuevamente, al ser una actitud negativa, se encuentra en una minoría.

## CONCLUSIONES

- Existe semejanza en las actitudes maternas con hijos con síndrome de Down y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, ambos grupos arrojan actitudes positivas en su mayoría.
- En la actitud materna de aceptación, en las mujeres con hijos con síndrome de Down con un 85% y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, con un 70%.
- En la actitud materna de sobreprotección, en las mujeres con hijos con síndrome de Down con un 5% y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, con un 25%.
- En la actitud materna de sobreindulgencia, en las mujeres con hijos con síndrome de Down con un 5% y mujeres con hijos con discapacidad intelectual, con un 5%.
- En la actitud materna de rechazo, en las mujeres con hijos con síndrome de Down con un 5% y siendo ausente esta actitud en mujeres con hijos con discapacidad intelectual.

## RECOMENDACIONES

- Elaborar escuela de padres donde se desarrollen temas sobre el desarrollo adecuado y bienestar de los niños con síndrome de Down y discapacidad intelectual. Los temas pueden ir desde características comunes de éstos niños, hasta cómo abordar temas de sexualidad con ellos.
- Se recomienda elaboración de programas a cargo de equipos multidisciplinarios de profesores especializados en educación y psicoterapeutas especializadas en reforzamientos y castigos en niños con síndrome de Down y discapacidad intelectual y que estos programas sean totalmente vivenciales y dinámicos para que las madres puedan seguir la secuencia de las mismas.
- Se recomienda elaborar programas sobre afectividad en las madres de los niños con síndrome de Down y madres con hijos con discapacidad

intelectual, para despertar en ellas vínculos más estrechos y fuertes con sus menores hijos, con técnicas gestálticas o humanistas.

- Elaborar acciones de concientización dirigidos a los padres de familia como paneles, con imágenes relacionadas al cariño, orgullo y afecto con los niños con estos diagnósticos.
- Elaboración de afiches, trípticos o dípticos como medios preventivos y de difusión en relación a todo lo concerniente con el síndrome de Down y discapacidad intelectual.
- Realizar investigaciones considerando otras variables de estudio como por ejemplo el clima familiar, además de realizar la investigación con mayor número de población.

## REFERENCIAS

1. Ardila, A., Roselli, M., & Matute, E. (2005). *Neuropsicología de los trastornos del aprendizaje*. Guadalajara: El manual moderno.
2. Arévalo, E. (2005). *Adaptación y estandarización de la escala de actitudes hacia la relación madre-niño*. Trujillo.
3. Avellaneda, O. (2006). Embarazo, Parto, Lactancia y Vínculo Afectivo. *Revista Colombiana de Pediatría*, 33(1).
4. Banda, Y., & Rentería, R. (2015). Actitudes maternas y madurez escolar en niños del primer grado de una institución educativa. *Revista PAIAN*, 6(1), 28-40.
5. Besoain, C., & Santelices, M. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: una revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118.
6. Bowlby, J. (1964). En *Los Cuidados Maternos Y La Salud Mental*. Buenos Aires.
7. Cafferata, S. (2009). En D. D. DSM-IV, *Una encrucijada particular en el ciclo vital familiar* (pág. 6). Di-ferens.
8. Carrillo Bautista, E., & Tuya Reyes, C. (2008). Clima social familiar y actitudes maternas en madres adolescentes del A.A.H.H San Pedro. *Revista de investigación de estudiantes de psicología "JANG"*, 156.
9. Cassirer. (1968). *Antropología filosófica*. México D.F.: Fondo de cultura económica.
10. Castañeda, A. M. (2005). La adaptación del niño obeso y la relación con el niño obeso. *Av. Psicología*, 13(1), 125-148.
11. Castejón, J. L., & Navas, L. (2013). *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria*. España: Editorial Club Universitario.
12. *Center for parent information and resources*. (mayo de 2014). Obtenido de <http://www.parentcenterhub.org/repository/discapacidadesintelectuales/>
13. Centro Nacional para la integración con personas con discapacidad. (2016). *Registro Nacional de la Persona con Discapacidad*. Lima.
14. Cohen, M. (2012). *Cómo construir fortalezas en la educación especial: resiliencia familiar y escolar*. México D.F.: Editorial Miguel Ángel Porúa.
15. Contretas, J., & Velozo, N. (2008). *Repercusión de las relaciones objetales de madres de niños portadores del síndrome de Down en el proceso de estimulación temprana y cómo influyen éstas en sus percepciones relativas a las necesidades educativas especiales y a su integración sociocultural*. Tesis de licenciatura, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
16. Cruz, V. (2014). *Bienestar psicológico y actitudes maternas en madres de hijos con necesidades especiales de Trujillo*. Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
17. Cunningham. (2000). Familias de niños con síndrome de Down. En *Familias y discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS.
18. De la Torre, C., & Pinto, B. (2007). *Estructura familiar del niño con síndrome de Down* (págs. 50-51). Bolivia: Ajayu.
19. De la Torre, C., & Pinto, B. (2007). *Estructura familiar del niño con síndrome de Down* (págs. 50-51). Bolivia: Ajayu.
20. Doménique, Y. (2012). *Actitudes materna y habilidades sociales en hijos de 5 años en la red N° 10 del Callao*. Tesis de maestría, Lima.
21. Essalud "Policlínico Chosica". (2013). *Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil*. Lima.
22. EsSalud. (2013). *ACTITUDES MATERNAS COMO FACTOR DE RIESGO EN LA MALNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS*. EsSalud, Lima.
23. Estrella Villadegut, C. (1985). *Actitudes maternas y nivel socioeconómico; un estudio comparativo*. Lima.
24. Federación Down España. (1991). Madrid.

25. Federación Española de síndrome de Down. (2012). Calidad de vida centrada en la familia. En *Familias y síndrome de Down* (págs. 39-44). Gobierno de España.
26. Federación Española de síndrome de Down. (2012). Calidad de vida centrada en la familia. En *Familias y Síndrome Down* (págs. 39-44). Gobierno de España.
27. Forés. (2010). *Mujer sexo fuerte: la otra mirada*. Santiago de Chile: CL: RIL editores.
28. Gallardo, B. (2000). El síndrome de Down: Un reto en la pediatría de hoy. *PAEDIATRICA*, 22.
29. Galligó Mingo, M., & Galligó Mingo, T. (2003). *El aprendizaje y sus trastornos: consideraciones psicológicas y pedagógicas*. Barcelona: Grupo Editorial CEAC.
30. Garzón, K. (2009). *Los efectos en la relación madre-hijo a partir del nacimiento de un hijo con síndrome de Down desde la perspectiva psicoanalítica. Investigación realizada con 15 madres en la fundación Reina de Quito en los meses de octubre-noviembre del 2009*. Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
31. Gervilla, Á. (2010). *Familia y educación familiar: conceptos clave, situación actual y valores*. Madrid: Narcea Ediciones.
32. Girón. (2008). Apego y discapacidad. V *JORNADAS DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA*, (págs. 9-10). Andalucía.
33. Gómez, Á. (2008). *Estrategia educativa para la preparación de la familia del niño y la niña con diagnóstico de retraso mental*. La Habana: Editorial Universitaria.
34. Gutierrez Rodríguez, M. (2012). *Estilos de relación madre e hijo y conducta agresiva en niños de dos años en el distrito del Callao: Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Educación*. Lima.
35. Gutiérrez, M. (2012). *Estilos de relación madre-hijo y conducta agresiva en niños de 2 años del distrito del Callao*. Tesis de maestría, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima.
36. Hinojosa, A. (2010). *Autoestima materna y calidad de la relación de pareja en madres de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana*. Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
37. Hormigo, A. K. (2006). Bases teóricas de la definición. En *Retraso mental en niños y adolescente* (pág. 22). Buenos Aires: Ediciones novedades educativas.
38. Hurlock, E. (1982). En *Desarrollo del niño*. México: McGRAW-HILL.
39. Hurlock, E. (1982). *Desarrollo del niño*. México D.F.: McGraw Hill.
40. Javes, M., & Trujillo, L. (2010). *Relación entre actitudes maternas e inteligencia emocional en madres de la institución educativa "el piloto" del Porvenir*. Tesis de Licenciatura, Trujillo.
41. Kimura, M., & Yamazaki, Y. (2013). The lived experience of mothers of multiple children with intellectual disabilities. *Qualitative health research*, 1307-1319.
42. Kimura, M., & Yamazaki, Y. (2013). The lived experience of mothers of multiple children with intellectual disabilities. *Qualitative Health Research*, 1307-1307.
43. López, P., López, R., Perés, G., Borges, A., & Valdespino, L. (2000). Reseña histórica del síndrome de Down. *Revista ADM*, 57(5), 193-199.
44. Lozano, M., & Pérez, I. (1998). Cap 6. Necesidades de la familia de las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado.
45. Machín Verdés, M., Purón Sopena, E., & Castillo Mayedo, J. (2004). *Reflexiones sobre la intervención temprana en niños con síndrome de Down, considerando la familia y la comunidad*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
46. McGill, P. (2005). *Una publicación del National Dissemination Center for Children with Disabilities*. Obtenido de [http://www.parentcenterhub.org/wp-content/uploads/repo\\_items/spanish/nd20sp.pdf](http://www.parentcenterhub.org/wp-content/uploads/repo_items/spanish/nd20sp.pdf)
47. Millán, M., & Serrano, S. (2002). Trastornos de la relación del primer año. En *Psicología y familia* (págs. 37-38). Madrid: Caritas.
48. Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2004). Familias. En S. Minuchin, & H. C. Fishman, *Técnicas de terapia familiar* (pág. 25). Buenos Aires: Paidós.

49. Monteza, C., & Vásquez, F. (2015). *PERSONALIDAD Y ACTITUDES MATERNAS EN ADOLESCENTES GESTANTES DE UN CENTRO HOSPITALARIO ESTATAL DE CHICLAYO, 2014*. Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.
50. Muntaner, J. (2011). *La sociedad ante el deficiente mental: normalización integración educativa, inserción social y laboral*. Madrid: Narcea Ediciones.
51. *Nacional Down Syndrome Society*. (2012). Obtenido de <http://www.ndss.org/Resources/NDSS-en-Espanol/Sobre-de-Sindrome-de-Down/Que-es-el-Sindrome-de-Down/>
52. Organización mundial de la salud. (Diciembre de 2015). *Discapacidad y salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
53. Papalia, D. (2006). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
54. Pequeña Constantino, J. (2003). Actitudes de los padres hacia el retardo mental leve de sus hijos en una muestra de la provincia constitucional del Callao. *Revista de Investigación en Psicología*, 128.
55. Pié, A., Duch, R., Martínez, M., Miró, R., & Rodríguez, I. (2014). *Diversidad(es): discapacidad, altas capacidades intelectuales y trastornos del espectro autista*. Barcelona: Editorial UOC.
56. Prieto, M. D. (2014). *Psicología de la excepcionalidad*. Murcia: Editorial Síntesis.
57. Richi, L., & Hodapp, R. (2003). Fathers of children with Down's syndrome versus other types of intellectual disability: perceptions, stress and involvement. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 273-284.
58. Romero, C., & Peralta, S. (2012). Estudio de la Dinámica en Familias con Hijos/as con Síndrome de Down. *Eureka*, 69-77.
59. Rossel, K. (2004). El recién nacido con Síndrome de Down y el equipo de salud neonatal. *Revista Pediatría Electrónica*, 1(1), 9-12.
60. Rosselli, M., Matute, E., & Ardilla, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México D.F.: Editorial El Manual Moderno.
61. Roth. (1965).
62. Roth. (1965). *Cuestionario de la evaluación de la relación madre - niño*.
63. Roth. (2005). *Adaptación y estandarización de la escala de actitudes hacia la relación madre-niño*. Trujillo.
64. Sánchez. (1998). Construcción de escalas para la evaluación de actitudes. En *Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación en ambientes multiculturales*. Melilla: Editorial Universidad de Granada colección EIRENE.
65. Soriano, M., & Pons, N. (2013). Recursos percibidos y estado emocional en padres de hijos con discapacidad. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 1(1), 84-101.
66. Spitz, R. (1972). El papel de los afectos en las relaciones entre madre e hijo. En *El primer año de vida del niño* (pág. 25). Madrid: Aguilar.
67. Urbano, & Yuni. (2008). *Discapacidad en la escena familiar*. Córdoba: Brujas.
68. Verdugo. (2000). Necesidades de la familia de las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado. En *Familias y discapacidad intelectual* (págs. 9-10). Madrid: FEAPS.
69. Vived, E. (2011). En *Habilidades sociales, autonomía personal y autorregulación* (págs. 27-28). España: Une.
70. Zeledón Ruiz, M. D. (1996). Diferencias personales. En *Estudios sociales en la educación infantil* (pág. 225). Costa Rica: EUNED.

## ANEXOS 1

### **ESCALA DE ACTITUDES DE LA RELACIÓN MADRE – NIÑO**

(R. Roth)

(Adaptación y Estandarización: Edmundo Arévalo – 2005)

#### **INSTRUCCIONES:**

Lea cuidadosamente, luego marque con un aspa (x) en el recuadro que considere correcto en su opinión o sentimiento, en la hoja de respuestas, utilizando los siguientes criterios (Alternativas):

- Marque debajo de **CA**, cuando usted esté de acuerdo con la afirmación.
- Marque debajo de **I**, cuando usted esté indecisa con la afirmación.
- Marque debajo de **D**, cuando usted esté en desacuerdo con la afirmación.
- Marque debajo de **CD**, cuando usted esté completamente en desacuerdo con la afirmación.

Conteste a todas las afirmaciones, pero marcando solo una de las alternativas, que considere adecuada. Debe cuidar que su respuesta coincida con la afirmación, para ello se encuentran enumeradas de forma horizontal, siga el orden de la enumeración.

**NO ESCRIBA NI REALICE MARCA ALGUNA EN ESTE CUESTIONARIO, SUS RESPUESTAS  
LO HARÁ EN LA HOJA DE RESPUESTAS**

1. Una madre debería aceptar las posibilidades que su niño tiene.
2. Una madre debería proporcionarle a su hijo(a) todas las cosas que ella no tuvo cuando niña.
3. Considero que un niño no está en falta cuando hace algo mal.
4. La disciplina estricta es muy importante en la crianza de los niños.
5. Cuando la madre tiene problemas con su hijo el cual no sabe cómo tratar, ella debe buscar la ayuda apropiada.
6. Una madre debe permanentemente al cuidado de los alimentos que ingiere su niño.
7. La obligación de una madre es preocuparse porque su niño(a) tenga todo lo que desea.
8. Es bueno para el niño(a) ser separado de sus padres por breves temporadas (uno o dos meses).
9. Los niños (as) tiene sus propios derechos.
10. Un niño(a) hasta los siete años no debe jugar solito, por tanto la madre debe acompañarlo.
11. Pienso que no es necesario que una madre discipline a su niño(a).
12. Cuando una madre desapruueba un conducta de su niño ella debe señalarle repetidas veces las consecuencias de esa conducta.
13. Es posible que un niño (a) a veces se moleste con su madre.
14. Una madre debe defender a su hijo de las críticas de los demás.
15. No tiene nada de malo que los padres deje que el niño (a) jueguen en el nintendo o vea TV el tiempo que desee.
16. Mi niño no tiene la gracia ni es tan sociable como la mayoría de los otros niños de su edad.

17. Los niños(as) pequeños (as) son como los juguetes que sirven para entretener a sus padres.
18. Un madre debe averiguar sobre el desenvolvimiento de sus niño (a) en la escuela (relación con sus profesores y compañeros, sobre sus tareas) como mínimo tres veces por semana.
19. Yo muchas veces amenazo castigar a mi niño, pero nunca lo hago.
20. Para criar un niño (a) no importa el método que utilice la madre lo importante es criarlo como ella piensa.
21. Traer un bebe al mundo no implica para los padres modificar sus forma de vida.
22. Una madre debe ayudar a su hijo (a) y hacer la tarea cuando él no pueda.
23. Si al niño no le gusta los alimentos que le sirven, no esta mala que proteste hasta que se los cambien por algo que le agrade.
24. Con un entrenamiento estricto un niño puede llegar hacer prácticamente todo.
25. Disciplinar a un niño significa ponerle límites.
26. Una madre nunca debería a su hijo solo, expuesto a sus propios medios (capacidades, habilidades).
27. Los padres responsables deben preocuparse porque su niño tenga una propina fija.
28. Una madre debe dejar que la profesora utilice sus métodos disciplinarios que considere cuando su hijo (a) no cumple las normas.
29. Los niños o niñas deben ser vistos pero no oídos.
30. Es responsabilidad de la madre cuidar que su niño (a) no este triste.
31. La madre debe recostarse todas las noches con su niño (a) hasta que este o esta logre dormirse, como parte de su rutina diaria.
32. Muchas cosas que mi niño hace me fastidia.
33. No me gusta cuando mi niño (a) manifiesta abiertamente sus emociones (alegría, tristeza, cólera, miedo y amor).
34. Un niño (a) necesita más de cuatro controles al año.
35. A un niño no se le debe resontrar, por arrancharle cosas a un adulto.
36. El niño es como un adulto en miniatura.
37. Como chuparse el dedo nos es hábito higiénico, considero que es necesario que una madre tome medidas para que no lo siga haciendo.
38. Una madre no debe confiar en su niño (a) para que haga cosas él solo.
39. Cuando un niño llora debe tener inmediatamente la atención de su madre.
40. La madre debe dejar la alimentación de pecho lo antes posible.
41. A una madre no le ayuda mucho hablar con su niño (a) de sus proyectos personales.
42. Prefiero mantener a mi niño(a) cerca de mí por los peligros a los que se expone cuando juega lejos.
43. Por alguna razón, yo nunca puedo negarme a cualquier pedido que mi niño (a) me hace.
44. A menudo le juego bromas a mi hijo sabiendo que a él le disgustan.
45. Un niño (a) debe complacer en todo a sus padres.
46. Creo que, aun cuando mi niño (a) tuviera más de seis años, es mejor que yo lo (a) bañe porque no puede hacerlo solo.
47. Una medre debe ver siempre que las demandas de sus niño sean atendidas.
48. A menudo los niños actúan como si estuvieran enfermos cuando en realidad no lo están.

**ANEXOS 2**  
**PROTOCOLO DE LA ERMN DE ROTH**

NOMBRE Y APELLIDO:.....EDAD:.....  
 ESTADO CIVIL:.....INSTRUCCIÓN:.....  
 OCUPACIÓN:.....NOMBRE DEL NIÑO:.....EDAD:.....  
 ESCOLARIDAD.....FECHA DE HOY:.....

N°	CA	A	I	D	CD	N°	CA	A	I	D	CD
1	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>								
2	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>								
3	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>								
4	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>								
5	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>								
6	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>								
7	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>								
8	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>								
9	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>								
10	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>								
11	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>								
12	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>								
13	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>								
14	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>								
15	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>								
16	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>								
17	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>								
18	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>								
19	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>								
20	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>								
21	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>								
22	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>								
23	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>								
24	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>								

AREAS	PD	PC
ACEPTACION		
SOBREPROTECCIÓN		
SOBREINDULGENCIA		
RECHAZO		

ACTITUD MATERNA	
Positiva	Negativa
( )	( )

APRECIACIÓN PROFESIONAL:.....  
 .....  
 .....

### ANEXOS 3

#### ANÁLISIS DE FIABILIDAD ESCALA DE ACTITUDES MATERNAS DE ROTH

##### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,623	,612	48

##### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Una madre debería aceptar las posibilidades que su niño tiene.	132,07	165,199	,084	.	,622
Una madre debería proporcionarle a su hijo(a) todas las cosas que ella no tuvo cuando niña.	130,62	153,881	,394	.	,597
Considero que un niño no está en falta cuando hace algo malo.	129,82	159,481	,281	.	,609
La disciplina estricta es muy importante en la crianza de los niños.	131,00	171,231	-,139	.	,639
Cuando la madre tiene problemas con su hijo, al cual no sabe cómo tratar, ella debe buscar la ayuda apropiada.	132,07	166,020	,048	.	,624
Una madre debe de estar permanentemente al cuidado de los alimentos que ingiere su niño.	132,30	162,215	,354	.	,611
La obligación de una madre es preocuparse porque su niño(a), tenga todo lo que desea	131,25	150,500	,514	.	,588

Es bueno para el niño(a) ser separado de sus padres por breves temporadas (1 o 2 meses)	129,48	170,563	-,120	.	,637
Los niños(as) tienen sus propios derechos	132,48	162,922	,278	.	,613
Un niño(a) hasta los 7 años no debe jugar solito por tanto la madre debe acompañarlo.	130,45	160,613	,213	.	,613
Pienso que no es necesario que una madre discipline a su niño(a)	129,55	169,433	-,086	.	,630
Cuando una madre desapruueba una conducta de su niño, ella debe señalarle repetidas veces las consecuencias de esa conducta.	130,40	158,554	,289	.	,608
Es posible que un niño(a) a veces se moleste con su madre.	131,52	169,640	-,096	.	,631
Una madre debe defender a su hijo de las críticas de los demás.	132,12	160,728	,294	.	,610
No tiene nada de malo que los padres dejen que el niño(a) jueguen en el nintendo o vea TV el tiempo que desee.	129,48	169,897	-,099	.	,634
Mi niño no tiene la gracia ni es tan sociable como la mayoría de los otros niños de su edad.	130,07	160,994	,204	.	,614
Los niños(as) pequeños(as) son como los juguetes que sirven para entretener a sus padres.	131,52	177,076	-,298	.	,654
Una madre debería averiguar sobre el desenvolvimiento de niño(a) en la escuela (relaciones con profesores y compañeros sobre sus tareas) como mínimo tres veces por semana	131,42	155,430	,320	.	,603

Yo muchas veces amenazo castigar a mi niño, pero nunca lo hago	130,50	150,974	,564	.	,587
Para criar a un niño(a), no importa el método que utilice la madre, lo importante es criarlo como ella piensa.	130,25	154,859	,443	.	,597
Traer un bebé al mundo no implica para los padres modificar su forma de vida.	131,30	172,985	-,183	.	,645
Una madre debe ayudar a su hijo(a) y hacerle la tarea cuando el no puede.	130,07	162,892	,097	.	,622
Si el niño no le gustan los alimentos que le sirven, no está mal que proteste hasta que se los cambie por algo que le agrade.	130,20	160,882	,161	.	,617
Con un entrenamiento estricto un niño puede llegar a hacer prácticamente todo.	130,60	158,605	,258	.	,609
Disciplinar a un niño significa ponerle límites.	130,40	169,733	-,094	.	,639
Una madre nunca debería dejar a su hijo solo, expuesto a sus propios medio (Capacidades, Habilidades).	130,85	164,131	,057	.	,626
Los padres responsables deben preocuparse porque su niño(a) tengan una propina fija.	129,85	158,233	,301	.	,607
Una madre debe dejar que la profesora utilice los métodos disciplinarios que considere cuando su hijo(a) no cumple las normas.	130,87	165,958	,012	.	,630
Los niños o niñas deben ser vistos pero no oídos.	132,05	175,844	-,300	.	,648
Es responsabilidad de la madre que su niño o niña no esté triste.	131,82	160,507	,236	.	,612

La madre debe recostarse todas las noches con su niño(a) hasta que éste(a) logre dormirse, como parte de su rutina diaria.	131,37	149,728	,509	.	,586
Muchas cosas que mi niño hace me fastidian.	129,80	168,369	-,040	.	,629
No me gusta cuando mi niño(a) manifiesta abiertamente sus emociones (Tristeza, Cólera, Alegría, Miedo, Amor)	132,30	168,882	-,061	.	,628
Un niño(a) necesita más de cuatro controles médicos al año.	131,75	152,910	,400	.	,596
A un niño no se le debe resontrar, por arrancarle cosas a un adulto.	130,30	161,292	,146	.	,618
El niño es como un adulto en miniatura.	129,62	164,651	,092	.	,622
Como chuparse el dedo no es hábito higiénico, considero que es necesario que una madre tome medidas para que no lo siga haciendo.	131,45	160,305	,243	.	,611
Una madre no debe confiar en su niño(a) para que haga cosas él solo.	130,60	168,708	-,062	.	,635
Cuando el niño llora debe tener inmediatamente la atención de la madre.	131,60	154,503	,364	.	,600
La madre debe dejar la alimentación de pecho lo más antes posible.	130,57	159,943	,297	.	,609
A una madre no le ayuda mucho hablar con su niño(a) de sus proyectos personales.	131,55	176,049	-,347	.	,646
Prefiero mantener a mi niño(a) cerca de mí por los peligros a los que se expone cuando juega lejos.	131,35	158,797	,252	.	,610

Por alguna razón, yo nunca puedo negarme a cualquier pedido que mi niño(a) me hace.	130,35	152,746	,412	.	,595
A menudo le juego bromas a mi hijo sabiendo que a él le disgustan.	130,32	165,917	,043	.	,625
Un niño(a) debe complacer en todo a sus padres.	131,25	172,808	-,198	.	,641
Creo que, aun cuando mi niño(a) tuviera más de 6 años, es mejor que yo lo(a) bañe porque no pueden hacerlo solo.	130,80	153,805	,428	.	,596
Una madre debe ver siempre que las demandas de su niño sean atendidas.	131,40	154,554	,372	.	,599
A menudo los niños actúan como si estuvieran enfermos cuando en realidad no lo están.	129,90	162,349	,133	.	,619

## ANEXO 4

### PROCESO DE ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE LA ESCALA ERMN

La adaptación de la escala se ha llevado a cabo en un proceso polietápico. Siendo los siguientes:

1. Análisis minucioso de los indicadores en relación a cada uno de los reactivos que mide, para luego establecer los sub indicadores de la escala. En este proceso se revisaron cada uno de los elementos, modificándolos a las características de la población.
2. Evaluación de ensayo en la escala adaptada en una muestra de 20 madres de diferentes estratos sociales, escogidos aleatoriamente en centros de salud y centros de educación inicial de las ciudades de Trujillo y Piura.
3. Revisión de los resultados.
4. Reestructuración de los elementos de la prueba, distribuyéndolas al azar; para posteriormente realizar la nueva aplicación a un grupo de 50 sujetos, con su consecuente análisis de los resultados.
5. Seguidamente se presentó a la opinión de los jueces, 4 psicólogos experimentados, con más de 15 años en trabajos con familias; 2 maestras de niveles de inicial y primaria y 2 madres de familia; quienes nos hicieron llegar sus opiniones y sugerencias.
6. Tomando en cuenta la opinión de los jueces y el análisis de los resultados de la última evaluación, se realizó el ensamblaje de la prueba final; el mismo que se aplicó para determinar la confiabilidad y validez del instrumento.

## ANEXO 5

### CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Confiabilidad de la ERMN en madres de la ciudad de Trujillo y Piura (2004).

Instrumento	Coefficiente de Confiabilidad
Escala de actitudes de la relación madre – niño	0,8976

Índice de validez de los ítems de la ERMN, en madres de las ciudades de Trujillo y Piura (2004).

Ítem	Coefic.	Ítem	Coefic.	Ítem	Coefic.	Ítem	Coefic.
1	0,7654	13	0,6519	25	0,6503	37	0,6400
2	0,6735	14	0,6901	26	0,6601	38	0,6481
3	0,8571	15	0,6324	27	0,5892	39	0,6319
4	0,7112	16	0,7532	28	0,6900	40	0,6494
5	0,1987	17	0,6725	29	0,7593	41	0,5968
6	0,8208	18	0,5921	30	0,6194	42	0,6197
7	0,8124	19	0,8302	31	0,8467	43	0,7396
8	0,7961	20	0,7333	32	0,6378	44	0,8285
9	0,8291	21	0,8505	33	0,6324	45	0,6902
10	0,7819	22	0,6581	34	0,7598	46	0,7418
11	0,7524	23	0,6287	35	0,8397	47	0,8953
12	0,6912	24	0,7916	36	0,8262	48	0,8476

(\*) Ítem válido si coeficiente de Mc Nemar  $> 0.35$