

ayuda de hermanos/as de niños/as con retraso mental

mary elisabet hannah y elisabeth midlarsky ■■■

university of detroit mercy y columbia university

traducido por fabián sainz modinos

resumen

Nuestro propósito al realizar este estudio fue extender la investigación sobre la ayuda que los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental dan a sus hermanos y hermanas para incluir no sólo el cuidado, sino también otras formas de conducta de ayuda, como el apoyo emocional, la ayuda tangible, y la información. Comparamos a 100 hermanos/as (50 con y 50 sin un hermano o hermana con retraso mental) en términos de su conducta de ayuda percibida. Los/as hermanos/as de niños y niñas con retraso mental se implicaban en niveles mayores de apoyo emocional percibido y cuidado pero no en información o ayuda tangible. El cuidado básico percibido y el apoyo emocional se asociaron con el género, la necesidad de asistencia del/de la niño/a, y la autoestima.

summary

Our purpose for conducting this investigation was to extend the research on the help that siblings of children with mental retardation give to their brothers and sisters to include not only custodial care, but also other forms of helping behavior, such as emotional support, tangible aid, and information giving. We compared 100 siblings (50 with and 50 without a brother or sister with mental retardation) in terms of their perceived helping behavior. Siblings of brothers and sisters with mental retardation engaged in higher levels of perceived emotional support and custodial care but not information giving or tangible aid. Perceived custodial care and emotional support were associated with gender, the child's need for assistance, and self-esteem.

Uno de los temas más destacados para los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental es la ayuda que prestan a sus hermanos y hermanas. La mayor parte de los/as hermanos/as se prestan varios tipos de asistencia entre ellos (Cicirelli, 1995), y la sociedad espera que lo hagan (Mendelson, deVilla, Fitch y Goodman, 1997). La investigación empírica sobre la ayuda entre hermanos/as de varias edades indica que la ayuda toma diversas formas, como compartir bienes materiales, criar, confortar, dar cuidado físico, ser empático, y dar consejo y apoyo emocional (Abramovitch, Corter y Lando, 1979; Boer Westenberg, McHale, Updegraff y Stocker, 1997; Dunn y Kendrick, 1982; Furman, Jones, Burhmester y Adler, 1989; Pepler, Abramovitch y Corter, 1981; Segomer, 1998; Tucker, Barber y Eccles, 1997; Whiting y Edwards, 1973). Así, parece que incluso en las familias sin ningún miembro con discapacidad, un/a niño/a de la propia familia puede aceptar una responsabilidad considerable para aliviar demandas a los padres (Pollack, 2002). El énfasis recurrente en las relaciones de ayuda dentro de las familias con un/a niño/a que tiene discapacidad (Seligman y Darling, 1997) puede ocurrir por las mayores necesidades de cuidado del/de la niño/a con discapacidad. En consecuencia, el cuidado u otras formas de ayuda pueden ser algo que ocurra con relativa frecuencia, con la preponderancia de hermanos/as implicados/as en ayuda y cuidado (Cicirelli, 1995; Hannah y Midlarsky, 1985). Por ejemplo, Wilson, Blacher y Baker (1989) hallaron que los/as hermanos/as cuyos hermanos o hermanas pequeños tenían retraso mental severo se implicaban en actividades tales como su enseñanza, vestido, alimentación, cuidado de bebés y mantenimiento de disciplina. Más aún, los/as hermanos/as creían que estas actividades reducían la carga experimentada por sus madres. De forma similar, todos los participantes en la

investigación de Graliker, Fishler y Koch (1962) informaban que se les pedía que asumieran alguna responsabilidad con su hermano o hermana con Síndrome de Down. Observando parejas de hermanos/as en periodos breves de tiempo, Caro y Derevensky (1997) hallaron que aproximadamente el 83% de los/as hermanos/as interactuaban con su hermano o hermana con discapacidad. Los/as hermanos/as tendían a asumir papeles directivos, como maestro o jefe más a menudo que roles igualitarios o de sumisión. De cualquier modo, puesto que estos estudios no incluían grupos control, es difícil sacar conclusiones sobre si estos/as hermanos/as se implicaban en niveles más altos de cuidado que los/as hermanos/as de niños/as sin retraso mental.

Como subraya Damiani (1999), en estudios empíricos sobre cuidado que incluían grupo control, los investigadores han obtenido resultados mixtos. Por ejemplo, McHale y Gamble (1989) y Boyce (1990) hallaron que aunque los/as hermanos/as mayores con y sin hermanos/as menores con retraso mental pasaban una cantidad similar de tiempo juntos, los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental dedicaban más tiempo al cuidado. En una línea similar, Stoneman, Brody Davis y Crapps (1987, 1989) observaron y entrevistaron a hermanos/as mayores y sus madres, de los cuales la mitad tenía hermanos y hermanas menores con retraso mental. Stoneman y cols. hallaron que los hermanos/as de niños/as con retraso mental, era más probable que asumieran papeles de jefe y maestro respecto a sus hermanos/as menores. Las chicas con hermanos y hermanas con retraso mental desempeñaban más tareas de cuidado de niños que los hermanos de niños y niñas con retraso mental y que los chicos y chicas que tenían hermanos y hermanas sin condiciones discapacitantes. Más aún, las chicas con hermanos y hermanas con

retraso mental eran las que más los cuidaban; de cualquier modo, los chicos con hermanos/as que tenían retraso mental cuidaban tanto como las chicas con hermanos y hermanas sin condición discapacitante. Es interesante que Stoneman y sus colegas (Stoneman, Brody, Davis, Crapps y Malone, 1991) obtuvieron resultados similares cuando estudiaron a hermanos/as menores con hermanos y hermanas con retraso mental. Otros investigadores, de cualquier modo, han obtenido diferentes resultados. Estudiando a hermanos/as de niños con y sin Síndrome de Down, Cuskelly y Gunn (1993, 2003) no hallaron diferencias entre sus grupos en responsabilidades de tareas del hogar; de cualquier modo, los/as hermanos/as en el estudio de 2003 prestaban más cuidado a los/as niños/as. De forma similar, entre hermanos/as con un hermano o hermana con autismo, Gold (1993) no halló diferencias significativas entre grupos en cuidado de niños/as y responsabilidades del hogar.

La divergencia en resultados puede atribuirse al menos en parte a las diferencias en las estrategias de investigación. Primero, los investigadores han empleado distintas fuentes para obtener información sobre el cuidado de niños/as y responsabilidades del hogar. McHale y Gamble (1989) y Gold (1993) entrevistaron a hermanos/as, mientras Boyce (1990) hizo que los/as hermanos/as mantuvieran un diario de sus actividades. Cuskelly y Gunn (1993) entrevistaron a las madres, y Stoneman y cols. (1987, 1989) entrevistaron tanto a hermanos/as como a sus madres. Cada fuente tiene distintos tipos de sesgos de respuesta. Las percepciones de las madres pueden estar distorsionadas por su culpa ante las tareas realizadas por los/as hermanos/as, que resulte en una subestimación de dichas tareas (Featherstone, 1980). Las respuestas de los/as hermanos/as pueden estar influidas

por el sesgo de respuesta de la deseabilidad social (Crowne y Marlowe, 1960), resultando en un recuento exagerado de su ayuda. Así, la investigación en la que se pregunta a los/as hermanos/as y madres sobre los tipos y cantidades de ayuda en que se implican los/as hermanos/as pueden ser una aportación valiosa a este campo.

Una segunda consideración metodológica es que los estudios han variado en las medidas empleadas, con preponderancia de investigadores que emplean medidas que han desarrollado específicamente para el estudio (Damiani, 1999). Aunque los instrumentos desarrollados para una sola investigación pueden contener datos importantes, no están estandarizados y tienen variaciones en su contenido. Así, los distintos resultados pueden deberse a las diferencias en el contenido así como a la adecuación técnica de los instrumentos. Los investigadores que emplean una escala con propiedades psicométricas establecidas serían una sólida aportación a la literatura.

Tercero, la naturaleza y grado de discapacidad han variado también con los estudios. McHale y Gamble (1989) y Stoneman y sus colegas (1988, 1989) emplearon hermanos/as con distintas clases de retraso mental, mientras Boyce (1990) y Cuskelly y Gunn (1993) se centraron en los/as hermanos/as de hermanos y hermanas con Síndrome de Down. Más aún, Wilson y cols. (1989) emplearon hermanos/as de hermanos y hermanas que tenían retraso mental severo, y los/as hermanos/as de Gold (1993) tenían hermanos y hermanas con autismo. Puesto que la cantidad de ayuda necesaria depende de la naturaleza y grado de la deficiencia, las diferencias en conducta de ayuda en los distintos estudios pueden deberse a las diferencias en la necesidad de ayuda. Cuarto, y más importante, los investigadores de la conducta de ayuda se han

centrado principalmente en el cuidado. De cualquier modo, la investigación sobre conducta prosocial (Eisenberg, 1992) indica que la conducta prosocial puede categorizarse de varias formas. En la más reciente, empleando técnicas de análisis de factores, Midlarsky, Hannah y Corley (1995) determinaron que la ayuda que los/as hermanos/as se dan entre sí cae en cuatro categorías: cuidado, ayuda tangible, apoyo emocional e información. El cuidado cubre áreas de las que se piensa como cuidado, baño, vestido, cuidado de bebés y alimentación. El apoyo emocional comprende conductas como darles una calidad de crianza, como confortarles, alabarles, abrazarles y apoyarles. La información incluye dar consejo, establecimiento de metas y enseñanza, mientras la ayuda tangible implica el préstamo de dinero o pertenencias, hacer recados o hacer trabajos.

Por tanto, diseñamos esta investigación para estudiar un conjunto de definición más amplia de conductas de ayuda por hermanos de niños con retraso mental en contraste con los hermanos de niños sin condiciones discapacitantes. Es más, obtuvimos datos tanto de los hermanos como de la madre de los hermanos, empleando escalas bien estandarizadas. Ya que la anterior investigación ha indicado que los/as hermanos/as con un hermano o hermana que tiene retraso mental se implican en más ayuda, y las chicas más que los chicos, y los hermanos mayores ayudan a los más pequeños, elegimos centrar nuestra investigación en el grupo, sexo y orden de nacimiento.

Empleando la conceptualización de ayuda descrita por Midlarsky, Hannah y Corley (1995) y basándonos en la investigación anterior, hipotetizamos que los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental moderado o severo se implicarían en un cuidado básico y emocional significativamente mayor que los/as herma-

nos/as de niños/as sin discapacidad. Puesto que los/as niños/as con retraso mental estaban muy limitados/as en sus capacidades, no creímos que recibirían niveles más altos de información o ayuda tangible. Así, hipotetizamos que no habría diferencia entre los grupos en esas áreas. También hipotetizamos que las hermanas de niños/as con retraso mental darían un cuidado básico y apoyo emocional significativamente mayor que los hermanos de niños/as con retraso mental y los hermanos y hermanas cuyos hermanos y hermanas no tenían discapacidad. En términos de orden de nacimiento, hipotetizamos que no habría diferencias en ayuda entre hermanos/as mayores que tuvieran un hermano o hermana con retraso mental y hermanos/as mayores que tuvieran un hermano o hermana sin discapacidad. En cualquier caso, los/as hermanos/as menores de niños/as con retraso mental se implicarían en una ayuda significativamente mayor que los/as hermanos/as menores de niños/as sin discapacidad.

Segundo, queríamos investigar los grados relativos de asociación entre las variables familiares (ingresos y tener un hijo con discapacidad); variables de los hermanos (género y edad); y el grado de necesidad del hermano o hermana, relaciones familiares y variables de personalidad de los/as hermanos/as (altruismo y autoestima). Hipotetizamos que tener un/a niño/a con retraso mental en la familia estaría relacionado positivamente y los ingresos negativamente relacionados con la ayuda en forma de cuidado básico y apoyo emocional. Tanto Barber (1960) como Grossman (1972) notaron una alta incidencia de ayuda prestada por los hermanos/as de niños y niñas con retraso mental en familias de ingresos bajos. En términos de variables de los/as hermanos/as, predijimos, basándonos en las expectativas de rol de género (Smith y

Midlarsky, 1985), que ser una chica estaría relacionado de forma positiva con el cuidado y apoyo emocional. Puesto que la competencia y, por tanto, la habilidad para ayudar, aumenta con la edad, predijimos que los/as hermanos/as mayores mantendrían niveles más altos de cuidado y, más aún, que en términos de orden de nacimiento los/as hermanos/as mayores que el niño/a con retraso mental o el niño/a objetivo tendrían niveles más altos de cuidado. En términos de apoyo emocional, la investigación (Dunn y Kendrick, 1982) ha indicado que niños/as muy pequeños/as responden a otros/as con cuidado y atención. Así que especulamos que la edad u orden de nacimiento no estarían relacionados con el apoyo emocional. Aunque predijimos que tener un/a niño/a con retraso mental en la familia sería predictor de ambos tipos de ayuda, creíamos también que, dada la variación en la necesidad de ayuda en los niños con y sin retraso mental, esta variable mejoraría la predicción tanto del cuidado como del apoyo emocional. Stoneman y cols. (1988) encontraron una relación negativa entre la puntuación del niño en la escala Vineland y la cantidad de ayuda prestada al niño. Predijimos una relación similar en esta investigación.

En la literatura sobre conducta prosocial en niños, tanto la competencia percibida como la autoestima se han relacionado con la conducta de ayuda. En un estudio previo (Midlarsky y Hannah, 1985), hallamos que los niños que creían que sabían qué hacer ofrecían ayuda con dresteza, en contraste con los niños que no se sentían competentes y por tanto, elegían no ayudar. Para los adultos, las relaciones entre competencia, autoestima, y ayuda se han observado también tanto en investigaciones de laboratorio como de campo sobre ayuda interpersonal (Midlarsky, 1984, 1992; Rushton, Chrisjohn y Fekken, 1981). Sentimos que

en el contexto familiar podrían observarse relaciones similares. Por tanto, hipotetizamos que los hermanos con autoestima alta se sentirían más competentes y que se implicarían en más ayuda. Esta investigación no se diseñó para estudiar si la ayuda llevaba a una mayor autoestima o, por el contrario, si una alta autoestima aumentaba la ayuda. Simplemente postulamos e investigamos si de hecho hay una relación positiva entre estas variables con las familias en las que hay un/a niño/a con retraso mental.

Ayudar a otros puede basarse en varios motivos. Un/a niño/a puede prestar ayuda para cumplir los requerimientos de los padres, evitar el castigo, o conseguir premios. Además, la ayuda puede estar basada en el altruismo o el deseo motivado de forma intrínseca de ayudar (Eisenberg, 1977). Este deseo se basa en la percepción de que otra persona necesita asistencia. Fuera de la familia, el altruismo se ha relacionado con conductas prosociales como donar, compartir y prestar asistencia en emergencias. Consecuentemente, estábamos interesados en determinar la relación entre el altruismo y la conducta de ayuda de los/as hermanos/as. Anticipamos que los/as hermanos/as con alto altruismo se implicarían en niveles mayores de ayuda, particularmente en el cuidado básico.

método ■ ■ ■

Sujetos

Los participantes fueron familias que tomaban parte en un estudio mayor de familias con niños/as que tenían retraso mental (Hannah y Midlarsky, 1999). Los sujetos fueron hermanos/as (52 chicos, 48 chicas) con edades de 6 a 17 años ($M=11'62$, desviación estándar $[SD]=4'86$). Cincuenta de los participantes (23 chicos, 27 chicas) tenían un hermano

o hermana sin ninguna discapacidad. Los/as niños/as con retraso mental habían recibido un diagnóstico de retraso mental a nivel moderado o severo de los equipos multidisciplinares de zona. Además, los/as niños/as con retraso mental o empleados/as para la comparación (conocidos como niños/as objetivo) vivían todos en casa y tenían entre 2 y 26 años de edad, que era el rango de edad atendido por educación especial en el estado en que se recogieron los datos.

La media de edad de los/as hermanos/as de los dos grupos era de 12 años. En cuanto al orden de nacimiento, 32 de los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental eran mayores que su hermano o hermana y 18 eran menores. En ambos grupos, el hermano típico era 3 años mayor o menor que su hermano o hermana. Para los niños/as con retraso mental y los niños/as objetivo del grupo de comparación, la media de edad era de 10 años.

El ochenta y uno por ciento de los participantes eran de familias biparentales, y el 19% de familias monoparentales. El noventa y uno por ciento de las familias eran de raza blanca. No había diferencia significativa entre el número de chicos y chicas en los dos grupos. Más aún, cuando se examinaron las características demográficas por edad y género, no hubo diferencias significativas en edad, orden de nacimiento, etnia, o número de hijos en casa. Los grupos eran significativamente diferentes en ingresos familiares $\chi^2(6, N=6) = 30.82, p < .001$. Debido al mayor número de familias con dos fuentes de ingresos en el grupo de comparación, la moda de ingresos de las familias de niños/as sin discapacidad era mayor que 50.000 \$. Por el contrario, las familias de un/a niño/a con retraso mental tenían una distribución bimodal de ingresos (\$ 15.000 - \$ 25.000 o \$ 35.000 - \$ 50.000).

Las familias de niños/as con retraso mental se reclutaron de programas de centros que atendían a alumnos cuyo nivel intelectual estaba en o bajo un nivel moderado (CI por debajo de 55). Todos los niños/as habían sido diagnosticados de retraso mental en los tres años anteriores bien en una evaluación inicial o en una evaluación requerida por las leyes sobre educación especial. Cada programa de centro estaba diseñado para atender a los alumnos de un área específica de captación creado para una serie de distritos escolares. Se enviaron cartas explicando la investigación a las casas con cada niño con retraso mental. Se pidió a los padres que devolvieran una tarjeta si querían participar. Se contactó entonces con quienes habían devuelto la tarjeta, se explicó con más detalle la investigación, y se concertó una cita para que un asistente de investigación fuera al domicilio. Puesto que cada programa atendía a niños de distintos distritos escolares, se consideró poco probable que una selección aleatoria del grupo de contraste del distrito escolar que llevaba el programa resultara en familias con perfiles demográficos similares. Por tanto, las familias del grupo de contraste se reclutaron de los barrios donde residían las familias con un hijo que tenía retraso mental. Esta selección se realizó pidiendo a los padres del niño con retraso mental que sugirieran a varias familias en su barrio que creyeran que eran similares a ellos y que fuera probable que participasen. Se hicieron llamadas telefónicas y se concertó un tiempo para la entrevista con quienes aceptaron participar. La tasa de aceptación de la participación fue del 93% en ambos grupos de estudio.

Instrumentos

Todos los instrumentos se administraron a las madres y hermanos en un formato de entrevista por uno de los cinco entrevistadores, todos los cuales tenían

un master en psicología clínica o escolar. La madres no estaban presentes mientras se entrevistaba al hermano/a ni el hermano/a estaba presente cuando se entrevistaba a la madre. El tiempo medio para entrevistar tanto al hermano/a como a la madre era de 90 minutos. Como medida de la ayuda, se completó la Sibling Helping Scale (Escala de Ayuda de Hermanos/as) del Family Helping Inventory (Inventario de Ayuda Familiar) (Midlarsky, Hannah y Corley, 1995) por parte tanto de los/as hermanos/as como de la madre. La Sibling Helping Scale consiste en 52 ítems que se puntúan en un escala de cuatro puntos (1=nada a 4=mucho), que indica el grado en que un/a hermano/a ha prestado ese tipo de ayuda a su hermano o hermana. Este instrumento mide la ayuda en cuatro áreas: Cuidado (7 ítems), Apoyo emocional (24 ítems), Información (14 ítems) y Ayuda tangible (7 ítems). El coeficiente alfa para las escalas va de ,79 para la Ayuda tangible a ,96 para el Apoyo emocional. La validez convergente es demostrada por correlaciones significativas entre la Sibling Helping Scale y medidas de responsabilidad social (Berkowitz y Lutterman, 1968), crianza (Jackson, 1974), altruismo (Rusthon, Chrisjohn y Pekken, 1981) y autoinformes de conducta de ayuda (midlarsky, Hannah y Corley, 1995).

Cada madre de los/as participantes completó la Disability Need Scale (Breslau, Weitzman y Messenger, 1981), una medida de conducta adaptativa en la que se determina la necesidad sobre la base de la cantidad de asistencia requerida por el/la niño/a al caminar, hablar, comer, vestirse, lavarse y usar las escaleras. Mientras otras escalas miden la conducta adaptativa, esta escala era especialmente pertinente para esta investigación porque se centra de forma específica en la necesidad de asistencia. Así, su uso

nos permitió explorar la conducta de ayuda como una función de la necesidad de ayuda. Para determinar la validez de la Disability Need Scale, dimos varios pasos. La comparación entre la puntuación media de niños con diagnóstico de deficiencias mentales severas ($M=29'34$, $SD=6'44$) con otros con diagnóstico de deficiencia mental moderada ($M=15'39$, $SD=7'80$) resultó en una diferencia significativa, $t(48)=6'81$, $p=.01$. Más aún, para cada uno de los grupos con retraso mental así como para el grupo de comparación, las puntuaciones de la Disability Need Scale correlacionaron con la edad, resultando los siguientes coeficientes: deficiencia mental severa, $R = -0,39$, $p=0,10$, y deficiencia mental moderada y grupo de comparación, $r_s = -0,73$ y $-0,44$, respectivamente, $p_s < 0'001$.

Los/as hermanos/as completaron tres medidas adicionales: el Self-Esteem Inventory (Inventario de Autoestima) (Coopersmith, 1987), la versión infantil (Pino, Simons y Slawinoski, 1984) de la Family Environment Scale (Escala de Entorno Familiar) (Moos y Moos, 1981) y la Altruistic Orientation Scale (Escala de Orientación Altruista) (Midlarsky, Hannah y Kahana, 1983). El Self-Esteem Inventory contiene 58 ítems que se agrupan en 4 áreas: general, social-iguales, casa-padres y escuela-académico. La fiabilidad test-retest resultante fue 0,88 para un intervalo de 3 semanas y de 0,70 para un intervalo de 3 años (Coopersmith, 1987). Se dice que las puntuaciones correlacionan de forma significativa con variables como trato de los padres, aspiraciones y ansiedad. La Altruistic Orientation Scale (Midlarsky y cols. 1983) contiene 8 ítems diseñados para medir la tendencia a ayudar a otros. Para cada ítem, el grado de acuerdo se indica en una escala de 5 puntos, desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. Los coeficientes alfa fueron 0,83 y 0,90, lo que indica una buena consistencia. Se han obtenido relaciones positivas signifi-

cativas con medidas de valores altruistas, autoinformes de ayuda y responsabilidad social (Midlarsky y Kahana, 1983). La Versión Infantil de la Family Environment Scale (Escala de Ambiente Familiar) consiste en ilustraciones que representan las distintas dimensiones de funcionamiento familiar correspondientes a cada escala en la versión de adultos. La tarea para cada ítem es seleccionar cuál de las tres ilustraciones describe mejor su familia. La fiabilidad test-retest de esta versión de la Family Environment Scale es, según informan los autores, de 0,80 en un intervalo de cuatro semanas. Holahan y Moos (1982) informaron de que las puntuaciones de cohesión, comunicación y conflicto pueden combinarse para formar un Índice de Relaciones Familiares, que evalúa la calidad de vida general y el grado en que los miembros de la familia son apoyos unos de otros. Ambos grupos puntuaron dentro del rango medio en las tres puntuaciones. No hubo diferencias significativas entre las puntuaciones del Índice de Relaciones Familiares ($M=112,76$ para los hermanos de niños/as con retraso mental y $113,94$ para aquellos sin hermanos/as con retraso mental) y en la Coopersmith Self-Esteem Scale (Escala Coopersmith de Autoestima) ($M=75,54$) para los hermanos de niños/as con retraso mental y $76,92$ para los hermanos de niños/as sin retraso mental. Por el contrario, los/as hermanos/as sin hermanos o hermanas con retraso mental puntuaron significativamente más alto que los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental en la Altruistic Orientation Scale (Escala de Orientación Altruista) ($M_s=35,34$ y $32,96$, respectivamente).

resultados ■ ■ ■

Las puntuaciones medias para las variables dependientes por grupo (familias con niños/as con discapacidad y familias control), orden de nacimiento y género se incluyen en la Tabla 1. Las intercorrelaciones entre las medidas se muestran en

la Tabla 2. La visión de la Tabla 2 indica correlaciones moderadas entre las mismas puntuaciones de subescalas obtenidas por madres y hermanos/as, lo que apoya la validez de las escalas. Más aún, las correlaciones moderadas entre diferentes subescalas obtenidas del mismo informante indican que los/as hermanos/as que ayudan de alguna forma es probable que lo hagan de otras.

Diferencias en la conducta de ayuda

Para determinar las diferencias en los tipos y cantidades de ayuda, analizamos las variables dependientes empleando un análisis multivariado de tres vías Grupo X Sexo X Orden de nacimiento, con los ingresos como covariable. Se calcularon los análisis individuales univariados de covarianza para los efectos en que un análisis multivariado de la varianza era significativo.

Para la ayuda tal como la percibían las madres, se obtuvo una diferencia significativa por grupos $F(4, 88) = 13,46$, $p < 0,001$, orden de nacimiento $F(4, 88) = 5,82$, $p < 0,001$, sexo $F(4, 88) = 2,49$, $p < 0,05$ y la interacción de grupo y orden de nacimiento, $F(4, 88) = 4,11$, $p < 0,004$. Los resultados de las pruebas F univariadas indicaron diferencias significativas para el apoyo emocional, $F(1, 91) = 9,91$, $p < 0,002$, y cuidado $F(1, 91) = 30,55$, $p < 0,001$. Los/as hermanos/as de niños con retraso mental tuvieron informes de más de dos tipos de apoyo. Para el orden de nacimiento, las pruebas F univariadas indicaron una diferencia significativa en el cuidado, $F(1, 91) = 16,99$, $p < 0,001$, con los/as hermanos/as mayores prestando según el informe más de este tipo de asistencia que los/as menores. En términos de género, las chicas se veían como prestando más apoyo emocional, $F(1, 91) = 6,82$, $p = 0,01$, y cuidado, $F(1, 91) = 7,44$, $p < 0,008$. Para la interacción de orden de nacimiento y grupo, se obtuvo una dife-

rencia significativa en información, $F(1, 91) = 8,41$, $p < 0,005$. La prueba post-hoc usando el método Newman-Keuls indicó que los/as hermanos/as mayores de niños sin discapacidad y los/as hermanos/as menores de niños/as con retraso mental informaban que prestaban significativamente más información que lo que hacían los/as hermanos/as menores de niños/as sin discapacidad. No había diferencias significativas para ninguna de las demás interacciones.

Para la ayuda percibida por los/as hermanos/as, se obtuvo una diferencia significativa por grupos, $F(1, 91) = 8,21$, $p < 0,001$. Los resultados de las pruebas F univariadas indicaron diferencias significativas para el apoyo emocional, $F(1, 91) = 7,03$, $p < 0,009$, y para el cuidado, $F(1, 91) = 21,93$, $p < 0,001$. De nuevo, los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental informaron de más de cada tipo de asistencia. No hubo diferencias significativas para el género, orden de nacimiento o ninguna otra de las interacciones.

Predicción de la ayuda

Las regresiones múltiples jerárquicas se realizaron para las puntuaciones de las subescalas de cuidado y apoyo emocional del Sibling Helping Inventory obtenidas tanto de las madres como de los hermanos. Se introdujeron las variables independientes en el siguiente orden: (a) status familiar (ingresos, tener un/a niño/a con retraso mental en la familia), (b) status del hermano/a (edad, género), (c) conducta adaptativa del niño/a con retraso mental o niño/a objetivo, (d) relaciones familiares y (e) personalidad del hermano/a (autoestima y altruismo). El orden en que elegimos introducir las variables en el análisis de regresión refleja nuestra concepción de la estabilidad de las variables. Así, las variables familiares se veían como las más invariables y las características de personalidad, las que

menos puesto que pueden variar de situación a situación. La Tabla 3 contiene la intercorrelación entre las variables, y la Tabla 4 contiene la R^2 , cambio de R^2 , y coeficientes de regresión estandarizada. Al emplear las percepciones de ayuda de las madres con todas las variables, hallamos que se predecían el 56% de la varianza en el cuidado y el 35% del apoyo emocional. Para la ayuda tal como la ven los/as hermanos/as, se predecían el 45% de la varianza en cuidado y el 33% en apoyo emocional.

Para la ayuda vista por las madres, la presencia de un/a niño/a con retraso mental en la familia era un predictor significativo tanto del cuidado como del apoyo emocional. Por el contrario, al emplear las percepciones de los/as hermanos/as, tener un/a niño/a con retraso mental en la familia era un predictor significativo sólo del cuidado. Ser una chica era un predictor significativo de apoyo emocional y cuidado tal como lo percibían tanto las madres como los/as hermanos/as y para el cuidado percibido por los/as hermanos/as. Ser mayor en orden de nacimiento era un predictor significativo de cuidado según la información de las madres. La edad no era un predictor significativo en ningún caso. El grado de necesidad del niño/a que recibía la ayuda y la autoestima eran predictores significativos del cuidado y el apoyo emocional percibidos por las madres y los/as hermanos/as. El altruismo era un predictor significativo del cuidado percibido por los hermanos. En ningún caso se percibieron las relaciones familiares como predictor.

discusión ■ ■ ■

En esta investigación exploramos varios aspectos de la conducta de ayuda por hermanos/as de niños/as con retraso mental. Hipotetizamos que los/as herma-

nos/as de niños/as con retraso mental serían vistos como implicados en niveles más altos de cuidado y apoyo emocional que los/as hermanos/as de niños/as sin retraso mental. Los resultados apoyaron esta hipótesis. Si las percepciones de ayuda se obtuvieron de los/as hermanos/as o de la madre, se encontró que los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental prestaban significativamente más apoyo de estos tipos de asistencia que los/as hermanos/as de niños/as sin discapacidad. Más aún, tener un/a niño/a con retraso mental en la familia era un predictor significativo de cuidado, percibido por los/as hermanos/as y las madres. Estos hallazgos en cuanto a las tareas de cuidado son similares a los obtenidos por McHale y Gamble (1989), Wilson y cols. (1989) y Stoneman y cols. (1987, 1989), pero son distintos a los de Cuskelly y Gunn (2003). Las diferencias pueden atribuirse a las diferencias en la muestras empleadas; Cuskelly y Gunn estudiaron grupos de niños/as con Síndrome de Down.

Es posible que los/as niños/as en la investigación de Cuskelly y Gunn (2003) tuvieran niveles más altos de conducta adaptativa que los/as niños/as de la presente investigación y, así, no requirieran un nivel alto de cuidado. Esta especulación viene apoyada por el hallazgo de que la necesidad de apoyo del niño/a con retraso mental por parte del niño/a objetivo era un predictor significativo tanto del cuidado como del apoyo emocional. En la presente investigación, a causa de la variación en la necesidad de asistencia en el/la niño/a con retraso mental y el/la niño/a objetivo, hipotetizamos que al predecir el cuidado o apoyo emocional, esta variable predeciría la varianza de la que no daba cuenta el hecho de que la familia tuviera un/a niño/a con retraso mental. De hecho, ese era el caso. Ya fuera el cuidado o el apoyo emocional

era informado por las madres o el cuidado elucidado por los/as hermanos/as, la necesidad de asistencia se añadía de forma significativa a la predicción. Este hallazgo sugiere que cuando la necesidad de asistencia del niño/a objetivo es grande, los/as hermanos/as no sólo prestan el cuidado necesario, sino también el apoyo emocional. Este hallazgo es consistente con hallazgos anteriores (Stoneman, Brody, Davis y Crapps, 1988), que indicaban que cuanto más bajo es el nivel de conducta adaptativa mostrado por el/la niño/a con retraso mental, más alta es la ayuda. No está claro si los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental estaban motivados por el deseo de ayudar al niño/a o de evitar la carga del cuidado a su madre. Los futuros investigadores podrían explorar de forma productiva esta importante cuestión.

La investigación previa se ha centrado en hermanos/as mayores (P.ej. McHale y Gamble, 1989; Stoneman y cols., 1988) o en hermanos/as menores de niños/as con retraso mental (Stoneman y cols., 1991). En cada caso, ya fueran mayores o menores, los/as hermanos/as de niños con retraso mental prestaban más asistencia que los/as niños/as de comparación. La investigación actual, en la que empleamos tanto hermanos/as mayores como menores, sugiere que cuando se emplean las percepciones de la madre, los/as hermanos/as mayores se implican en niveles significativamente más altos de cuidado que los/as hermanos/as menores. Es más, ser mayor en términos de orden de nacimiento era un predictor significativo cuando se empleaban las percepciones maternas de cuidado. Desde las percepciones de los/as hermanos/as, no había efectos del orden de nacimiento ni el orden de nacimiento era un predictor significativo del cuidado. Con la excepción de la información tal como era percibida por las madres, no había interacciones

Grupo X Orden de nacimiento. Aunque esto sugiere que no se pone una carga indebida de cuidado en los/as hermanos/as menores de los/as niños/as con retraso mental, esta conclusión es en cierto modo equívoca. La inspección de las medias de cuidado indica que los/as hermanos/as menores de niños/as con retraso mental se implican en un nivel más alto de cuidado que los/as hermanos/as menores de niños/as cuyos/as hermanos/as no tenían discapacidad ($M_s = 15,42$ y $10,53$, respectivamente). Si se hubieran analizado los datos utilizando solamente a los/as hermanos/as menores como en la investigación de Stoneman y cols., los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental pueden haber tenido niveles significativamente más altos de ayuda.

En consecuencia, reanalizamos los datos empleando sólo a los/as hermanos/as menores como en el estudio de Stoneman y cols. (1989) y hallamos diferencias significativas entre los grupos en términos de cuidado, percibido tanto por la madre como por el/la hermano/a, donde los/as hermanos/as menores de niños con retraso mental prestaban significativamente más asistencia en este área que los/as hermanos/as menores de niños/as sin discapacidad. En términos de género, los investigadores anteriores (p. Ej. McHale y Gamble, 1989) han hallado que las hermanas de niños con retraso mental se implican en niveles más altos de tareas de cuidado que los hermanos de niños con retraso mental y los hermanos de niños sin discapacidad. Nuestros resultados apoyan sólo de forma parcial dicha conclusión. Bien se considere el cuidado o el apoyo emocional, las hermanas de niños con retraso mental no se implicaban en niveles significativamente más altos de estos tipos de ayuda. La inspección de las medias de cuidado y de apoyo emocional indica que los hermanos de niños/as con retraso mental se implicaron

en niveles más altos de estos tipos de ayuda que los/as hermanos/as de niños/as sin discapacidad.

Estos hallazgos son similares a los de Stoneman y cols., que informaron que los hermanos menores de niños/as con retraso mental hacían funciones de canguro tanto como las hermanas de niños/as que no tenían discapacidad. En cualquier caso, al predecir la ayuda, las madres y hermanos/as percibían que el género era un predictor significativo del apoyo emocional y los/as hermanos/as percibían que el cuidado era un predictor significativo. Es decir, las chicas eran más aptas para implicarse en la ayuda que los chicos. Este hallazgo es consistente con la teoría y la investigación que muestran que las chicas y las mujeres exhiben niveles más altos de empatía y ayuda que los chicos y los hombres (Smith y Midlarsky, 1985).

Sobre la base de la investigación precedente, hipotetizamos que las variables de familia, hermano, niño objetivo y personalidad predirían el apoyo emocional y cuidado. Las variables dependientes combinadas podían predecir el 46% y el 35% de la varianza, respectivamente, para el cuidado y el apoyo emocional percibido por las madres. Empleando las percepciones de los/as hermanos/as, pudimos predecir el 44% y el 32% de la varianza en esas mismas variables.

Como hemos comentado previamente, la presencia en la familia de un/a niño/a con retraso mental era predictora tanto de cuidado como de apoyo emocional al emplear las percepciones de las madres, pero cuando se empleaban las percepciones de los/as hermanos/as sólo se predecía el cuidado. En cuanto a las variables de los/as hermanos/as, la edad no era un predictor de apoyo emocional ni lo era del cuidado. Aunque algo inesperado, este hallazgo es similar al obtenido por Stoneman y cols. (1991), que halló que

los/as niños/as con hermanos o hermanas mayores con retraso mental daban cantidades considerables de atención. En las familias en las que el/la niño/a con retraso mental está severamente impedido, puede ocurrir que la necesidad de cuidado sea tan grande que los padres enrolen a los/as hermanos/as en la prestación de la ayuda, sin importar la edad del/de la hermano/a.

En contraste con nuestra predicción, no se encontraron asociaciones entre las relaciones familiares y la ayuda. A la vista del hecho de que la ayuda por parte de hermanos/as tiene lugar en el contexto de las relaciones familiares, este hallazgo es en cierto modo desconcertante. En cualquier caso, la ayuda puede no estar relacionada con las relaciones de apoyo en términos de cohesión, comunicación y conflicto, sino, más bien, con la forma en que la familia se maneja para acometer las tareas. Así, la ayuda puede estar más relacionada con variables como la organización y el control. Es más, el Family Relations Index se desarrolló de la versión de adultos de la Family Environment Scale y puede no funcionar de una manera similar al emplear la versión para niños.

Como se predijo, la autoestima predecía de forma significativa el cuidado y el apoyo emocional. Esto es consistente con los hallazgos anteriores sobre las relaciones entre la autoestima y la ayuda, el compartir y la cooperación fuera de la familia. De cualquier modo, es imposible saber si los niveles altos de autoestima llevan niveles altos de ayuda o si ayudar a otros aumenta la autoestima. Aunque se ha relacionado el altruismo con la ayuda fuera de la familia (Kishon-Barasch, Midlarsky y Jonson, 1999), en la presente investigación, era predictivo sólo del cui-

dado percibido por los/as hermanos/as.

Al interpretar estos resultados, deben tomarse ciertas precauciones. Primero, las familias implicadas en este estudio eran voluntarias. Por tanto, estaba más allá de nuestro alcance aquí alcanzar conclusiones definitivas sobre si los tipos y cantidades de ayuda en una muestra aleatoria de familias serían similares a las de las familias estudiadas aquí. Segundo, los hermanos y hermanas con retraso mental tenían deficiencias moderadas y severas. Seleccionamos a este grupo porque creíamos que tendrían niveles altos de necesidad de asistencia por lo que la necesidad de ayuda sería obvia y evidente. Si los niveles de ayuda observados aquí ocurrirían en hermanos/as de niños/as con niveles menos severos de retraso mental o niños/as con otros tipos de condiciones discapacitantes es una cuestión empírica que debería afrontarse en investigaciones futuras.

En resumen, los resultados de este estudio confirman y amplían el conocimiento sobre los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental y la ayuda que prestan a su hermano o hermana. Como en la investigación precedente, este grupo de amigos se implicó en niveles significativamente más altos de cuidado percibido; de cualquier modo, los resultados presentes indican más en profundidad que los/as hermanos/as de niños/as con retraso mental se implican también en apoyo emocional significativamente mayor pero no en ayuda tangible o información. Además, aunque confirman que las variables demográficas son importantes al predecir la ayuda, esta investigación indica también que las variables de personalidad, como la autoestima, juegan un papel importante.

- Abramovitch, R., Corter, C., & Lando, B. (1979). Sibling interaction in the home. *Child Development, 50*, 997-1003.
- Boer, F., Westenberg, M., McHale, S. M., Updegraff, K. A., & Stocker, C. M. (1997). The factorial structure of the sibling relationship inventory (SRI) in American and Dutch samples. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*, 851-859.
- Breslau, N., Weitzman, M., & Messenger, K. (1981). Psychologic functioning of siblings of disabled children. *Pediatrics, 67*, 344-353.
- Boyce, G. C. (1990). *Time use and attitudes among siblings: A comparison in families of children with and without Down syndrome*. Unpublished doctoral dissertation, Utah State University, Logan.
- Caro, P., & Derevensky, J. L. (1997). An exploratory study using the Sibling Interaction Scale: Observing interactions with siblings with and without disabilities. *Education and Treatment of Children, 20*, 383-403.
- Cicirelli, V. G. (1995). *Sibling relationships across the life span*. New York: Plenum.
- Coopersmith, S. (1987). *Self-Esteem Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Crowne, D. P., & Marlow, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*, 349-354.
- Cuskelly, M., & Gunn, P. (1993). Maternal reports of behavior of siblings of children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 97*, 521-529.
- Cuskelly, M., & Gunn, P. (2003). Sibling relationships of children with Down syndrome: Perspectives of mothers, fathers, and siblings. *American Journal on Mental Retardation, 108*, 234-244.
- Damiani, V. B. (1999). Responsibilities and adjustment in siblings of children with disabilities: Update and review. *Families in Society: Journal of Contemporary Human Services, 80*, 34-40.
- Dunn, J. & Kendrick, C. (1982). *Siblings: Love, envy, & understanding*. Cambridge: Harvard University Press.
- Eisenberg, N. (1992). *The caring child*. Cambridge: Harvard University Press.
- Eisenberg, N. (1997). Prosocial behavior. In G. G. Bear, K. M. Minke, & A. Thomas (Eds.), *Children's needs 11: Development, problems and alternatives* (pp. 1-11). Bethesda: MD: National Association of School Psychologists.
- Farber, B. (1960). Family organization and crises: Maintenance of integration in families with a severely mentally retarded child. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 25*(1, Serial No. 75).
- Featherstone, H. (1980). *A difference in the family: Life with a disabled child*. New York: Basic Books.
- Furman, W., Jones, L., Burhmester, D., & Adler, T. (1988). Children's, parents', and observers' perspectives on sibling relationships. In P. G. Zukow (Ed.), *Sibling interaction across cultures: Theoretical and methodological issues* (pp. 165-183). New York: Springer Verlag.

Gold, N. (1993). Depression and social adjustment in siblings of boys with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 147-163.

Graliker, B., Fishler, P., & Koch, R. (1962). Teenage reaction to a mentally retarded sibling. *American Journal of Mental Deficiency*, 66, 838-843.

Grossman, F. (1972). *Brothers and sisters of retarded children*. Syracuse: Syracuse University Press.

Hannah, M. E., & Midlarsky, E. (1985). Siblings of the handicapped: A literature review for school psychologists. *School Psychology Review*, 14, 510-520.

Hannah, M. E., & Midlarsky, E. (1999). Competence and adjustment of siblings of children with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 22-37.

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1982). Social support and adjustment: Predictive benefits of social climate indices. *American Journal of Community Psychology*, 10, 403-415.

Jackson, D. M. (1974). *Personality Research Form manual*. Port Huron, MI: Research Psychologists Press.

Kishon-Barasch, R., Midlarsky, E., & Johnson, D. R. (1999). Altruism and the Vietnam war veteran. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 655-662.

McHale, S., & Gamble, W. C. (1989). Siblings relationships of children with disabled and nondisabled brothers and sisters. *Developmental Psychology*, 25, 421-429.

Mendelson, M. J., deVilla, E. P., Fitch,

T. A., & Goodman, F. G. (1997). Adults' expectations for children's sibling roles. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 549-572. Midlarsky, E. (1984). Competence and helping-Notes toward a model. In E. Staub, D. BarTal, J. Karylowsky, & J. Reykowski (Eds.), *Development and maintenance of prosocial behavior* (pp. 291-308). New York: Plenum.

Midlarsky, E. (1992). Helping in late life. In P. M. Oliner & S. P. Oliner (Eds.), *Embracing the other* (pp. 253-275). New York: New York University Press.

Midlarsky, E., & Hannah, M. E. (1985). Competence, reticence, and helping by children and adolescents. *Developmental Psychology*, 21, 534-541.

Midlarsky, E., Hannah, M. E., & Corley, R. (1995). Assessing adolescent prosocial behavior: The Family Helping Inventory. *Adolescence*, 30, 141-155.

Midlarsky, E., Hannah, M. E., & Kahana, E. (1983). *Who cares? Naturalistic studies of helping across the life span*. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Midlarsky, E., & Kahana, E. (1983). Helping by the elderly: Conceptual and empirical considerations. In M. Kleiman (Ed.), *Interdisciplinary topics in gerontology* (Vol. 17, pp. 10-24). Basel, Switzerland: Karger.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Pepler, D. J., Abramovitch, R., & Corter, C. (1981). Sibling interaction in the home: A longitudinal study. *Child Development*, 52, 1344-1347.

Pino, C., Simons, N., & Slawinowski, M. J. (1984). *Children's Version of the Family Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Pollack, E. G. (2002). The childhood we have lost: When siblings were caregivers, 1900-1970. *Journal of Social History, 36*, 31-61.

Rushton, J. P., Chrisjohn, R. D., & Fekken, G. C. (1981). The altruistic personality and the Self Report Altruism Scale. *Personality and Individual Differences, 2*, 293-302.

Segomer, R. (1998). Adolescents' perceptions of relationships with older siblings in the context of other close relationships. *Journal of Research on Adolescence, 8*, 287-308.

Seligman, M., & Darling, R. B. (1997). *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability*. New York: Guilford Press.

Smith, P. A., & Midlarsky, E. (1985). Empirically derived conceptions of females and males. *Sex Roles, 12*, 313-328.

Stoneman, Z., Brody, G. H., Davis, C. H., & Crapps, J. M. (1987). Mentally retarded children and their older same-sex siblings: Naturalistic in-home observations. *American Journal on Mental Retardation, 92*, 290-298.

Stoneman, Z., Brody, G. H., Davis, C. H., & Crapps, J. M. (1988). Childcare responsibilities, peer relations, and siblings conflict: Older siblings of mentally retarded children. *American Journal on Mental Retardation, 93*, 174-183.

Stoneman, Z., Brody, G. H., Davis, C. H., & Crapps, J. M. (1989). Role relationships between children who are

mentally retarded and their older siblings: Observations in three in home contexts. *Research in Developmental Disabilities, 10*, 61-76.

Stoneman, Z., Brody, G. H., Davis, C. H., Crapps, J. M., & Malone, D. M. (1991). Ascribed role relations between children with mental retardation and their younger siblings. *American Journal on Mental Retardation, 95*, 537-550.

Tucker, C. J., Barber, B. L., & Eccles, J. S. (1997). Advice about life plans and personal problems in late adolescent sibling relationships. *Journal of Youth and Adolescence, 26*, 63-76.

Whiting, B., & Edwards, C. P. (1973). A cross cultural analysis of sex differences in the behavior of children aged three through 11. *Journal of Social Psychology, 91*, 171-188. Wilson, J., Blacher, J., & Baker, B. L. (1989). Siblings of children with severe handicaps. *Mental Retardation, 27*, 167-173.

Tabla 1. Medias (y desviaciones típicas) por grupo, orden de nacimiento, y género, para las subescalas de la Sibling Helping Scale (Escala de ayuda de hermanos)

	Familias con RM				Control			
	Menor		Mayor		Menor		Mayor	
	Masc. (n=10)	Fem. (n=8)	Masc. (n=17)	Fem. (n=15)	Masc. (n=7)	Fem. (n=8)	Masc. (n=18)	Fem. (n=17)
Madres								
Cuidado	15'70 (4'94)	19'50 (6'28)	19'82 (4'82)	22'53 (5'93)	9'42 (2'63)	11'50 (3'77)	14'06 (3'75)	16'88 (5'26)
Apoyo emocional	60'50 (16'91)	69'88 (21'53)	66'71 (14'66)	72'66 (12'29)	48'86 (10'41)	58'50 (13'68)	55'44 (16'10)	63'94 (12'88)
Ayuda tangible	13'70 (5'14)	16'62 (4'95)	16'76 (4'76)	16'00 (4'44)	16'57 (5'74)	17'12 (2'53)	14'78 (3'50)	16'35 (4'24)
Información	34'40 (11'57)	38'75 (13'91)	34'88 (8'99)	30'07 (10'55)	27'29 (8'56)	29'38 (9'87)	34'16 (7'10)	37'88 (7'16)
Hermanos/as								
Cuidado	16'70 (5'19)	21'25 (6'80)	19'58 (4'91)	23'20 (6'08)	11'71 (4'57)	13'25 (6'09)	15'50 (5'00)	17'00 (6'22)
Apoyo emocional	59'20 (9'69)	67'50 (15'76)	66'94 (14'27)	71'93 (10'66)	49'00 (16'54)	55'5 (25'71)	55'94 (16'37)	66'65 (13'20)
Ayuda tangible	13'70 (3'50)	17'25 (6'06)	16'53 (4'40)	17'53 (5'69)	15'86 (5'37)	16'75 (5'66)	16'24 (5'31)	17'47 (5'66)
Información	33'40 (8'88)	36'62 (13'09)	34'47 (8'98)	34'13 (10'78)	31'43 (13'07)	30'62 (16'33)	37'28 (10'76)	40'12 (9'29)

Tabla 2. Intercorrelaciones de Medidas de Ayuda de Madre (M) y Hermano/a (H)

Respondiente/variable	1	2	3	4	5	6	7
1. M cuidado							
2. M apoyo emocional	,60 ***						
3. M información	,34***	,46***					
4. M ayuda tangible	,32***	,57***	,38***				
5. H cuidado	,70***	,55***	,21*	,25**			
6. H apoyo emocional	,48***	,68***	,32***	,41***	,61***		
7. H información	,15	,23*	,58***	,33***	,25***	,58***	
8. H ayuda tangible	,26	,41***	,25*	,59***	,42***	,61***	,63***

* $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

Tabla 3. Intercorrelaciones para las variables independientes y dependientes empleadas en el análisis de regresión

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Ingresos	—											
2. Niño/a RM	-,39**	—										
3. Género	,002	-,04	—									
4. Orden nac.	,10	-,06	-,01	—								
5. Edad	-,06	,08	-,13	-,18	—							
6. P Dis	-,10	,47**	,10	,26*	-,24*	—						
7. FRI	,11	-,04	-,11	,04	-,07	-,09	—					
8. Altruismo	,27**	-,30**	,03	,16	-,28*	-,16	,11	—				
9. Estima	,01	-,05	,03	-,01	,18	-,17	,28	,01	—			
10. MC	-,20*	,48**	,21*	,30*	-,09	,53**	-,04	,06	,26*	—		
11. MAE	-,11	,31**	,24*	,13	-,13	,39**	,10	,16	,25*	,71**	—	
12. HC	-,10	,41**	,19	,20*	-,07	,50**	,24*	,15	,24*	,78**	,55**	—
13. HAE	-,11	,26**	,23*	,20*	-,18	,41**	,17	,20	,17	,57*	,68**	,61*

Nota: Niño RM = Niño con retraso mental en la familia; P Dis = puntuación en la Disability Needs Scale; FRI = Family Relations Index;

Tabla 4. Resumen del análisis de regresión jerárquica de predicción de la ayuda

Variable	B	SEB	b	R2
Cuidado (madres)				
Paso 1				,23
Ingresos	-,26	,28	-,07	
Familia con niño/a con RM	4,72	1,14	,39***	
Paso 2				,40
Género	2,09	,87	,17*	
Orden de nacimiento	-,06	,96	,28***	
Edad	-,06	,17	-,03	
Paso 3				,44
Necesidad de ayuda	,17	,06	,28***	
Paso 4				,45
Relaciones familiares	,03	,03	,08	
Paso 5				,56
Autoestima	,15	,03	,35***	
Altruismo	,14	,12	,11	
Apoyo emocional (madres)				
Paso 1				,10
Ingresos	-,43	,92	-,04	
Familia con niño/a con RM	8,59	3,65	,27*	
Paso 2				,19
Género	6,64	2,77	,21*	
Orden de nacimiento	1,98	3,06	,06	
Edad	-,33	,54	-,06	
Paso 3				,23
Necesidad de ayuda	,36	,18	,23*	
Paso 4				,25
Relaciones familiares	,05	,09	,06	
Paso 5				,35
Autoestima	,33	,10	,29**	

Altruismo	,70	,39	,17	
Cuidado (hermanos/as)				
Paso 1				,18
Ingresos	,01	,34	-,01	
Familia con niño/a con RM	4,48	1,34	,35***	
Paso 2				,27
Género	2,08	1,02	,16	
Orden de nacimiento	1,67	1,13	,12	
Edad	-1,03	,20	,02	
Paso 3				,33
Necesidad de ayuda	,19	,06	,31**	
Paso 4				,34
Relaciones familiares	-,01	,03	,01	
Paso 5				,45
Autoestima	,14	,04	XX	
Altruismo	,29	,14	,18*	
Apoyo emocional (hermanos/as)				
Paso 1				,07
Ingresos	-,09	,95	-,09	
Familia con niño/a con RM	6,49	3,75	,20	
Paso 2				,20
Género	6,44	2,85	,20*	
Orden de nacimiento	3,95	3,15	,11	
Edad	-,46	,55	-,08	
Paso 3				,24
Necesidad de ayuda	,39	,18	,25*	
Paso 4				,26
Relaciones familiares	,08	,09	,09	
Paso 5				,33
Autoestima	,23	,10	,30***	
Altruismo	,75	,40	,21*	

* $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.